universität wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Reproduktion (in) der ‚Opioidkrise'

Eine intersektionale Diskursanalyse zu Substanzgebrauch und Schwangerschaft in den USA

verfasst von / submitted by

Astrid Bergmann, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2022 / Vienna 2022

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	UA 066 824
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Masterstudium Politikwissenschaft
Betreut von / Supervisor:	Dr.in Saskia Stachowitsch

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die meinen Arbeitsprozess begleitet und unterstützt haben. Mein Dank gilt meiner Betreuerin Dr.in Saskia Stachowitsch für ihre geduldige Unterstützung und ihr wertschätzendes Feedback. Ich danke den Korrekturleser_innen und Feedbackgebenden für ihre Mühe und ihren Scharfsinn, die diese Arbeit bereichern. Zuletzt möchte ich von Herzen den liebevollen und klugen Menschen in meinem Umfeld für ihre emotionale und intellektuelle Unterstützung in den unterschiedlichsten Formen danken.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG 1
1.1. Problemstellung und Forschungsinteresse 3
1.2. Aufbau der Arbeit 4
2. FORSCHUNGSSTAND 6
2.1. Kritische Policy-Analysen 6
2.2. Analysen medialer Diskurse 8
2.3. Rechtswissenschaftliche Analysen 10
2.4. Analysen medizinischer Diskurse 12
3. THEORIE 14
3.1. Sucht – Eine sozialwissenschaftliche Perspektive 14
3.2. Gouvernementalisierung des Staates 17
3.2.1. Kriminalisierung 18
3.2.2. Gouvernementale Medikalisierung 20
3.3. Intersektionalität, gesellschaftliche Strukturen und Subjektivität 22
3.4. Neoliberale Geschlechterverhältnisse 23
3.5. Der gefährdete Fötus und die Responsibilisierung schwangerer Frauen 24
4. METHODE 28
4.1. Diskurs- und Rahmenanalyse 28
4.2. Operationalisierung 29
4.2.1. Materialkorpus 29
4.2.2. Theoriegeleitete Fragen an das Material 30
4.2.3. Codierung und Auswertung 32
5. KONTEXTANALYSE 35
5.1. Historischer Kontext: Die Konstruktion von Drogenkrisen und ihren Subjekten 35
5.1.1. Entstehungszusammenhang: Die Crack-Kokain-Krise als historischer Spiegel 35
5.1.2. Schwangere Frauen und Mütter als Adressatinnen des *war on drugs* 39
5.2. Ausweitung von *fetal protection*-Gesetzen: Rechtliche Lage zu Substanzgebrauch während der Schwangerschaft 41
5.2.1. Der Abtreibungskonflikt als *symbolic issue* 42
5.2.2. Zivilrecht und Substanzgebrauch in der Schwangerschaft 45
5.2.3. Strafrecht und Substanzgebrauch in der Schwangerschaft 46
5.2.4. Tendenz zur weiteren Kriminalisierung 50
5.3. Gesundheitspolitik 52
5.3.1. Besonderheiten und Probleme des US-Gesundheitswesens 53
5.3.2. Aufbau des Versicherungssystems 54
5.3.3. Obamas Gesundheitsreform: Der *Affordable Care Act* 57

5.3.4. Klasse, *race* und Geschlecht in der Diskrepanz öffentlicher/privater Gesundheitsleistungen ... 61
6. EMPIRISCHE ANALYSE ... 67
6.1. Bedeutungsrahmen ... 67
6.1.1. Zugang zum Gesundheitssystem und der *Affordable Care Act* ... 67
6.1.2. Umstrittene Substitutionstherapie ... 70
6.1.3. Die Belastung ländlicher Krankenhäuser ... 73
6.1.4. Verschreibungspraxis und Pharmaunternehmen ... 75
6.1.5. Die vergessene Stadt ... 77
6.1.6. Kriminalisierung schwangerer Personen ... 81
6.1.7. Diskussion ... 83
6.2. Analyse vergeschlechtlichter, rassifizierter und klassenspezifischer Diskurse ... 84
6.2.1. Vergeschlechtlichte Diskurse ... 85
6.2.2. Rassifizierte Diskurse ... 96
6.2.3. Klassenspezifische Diskurse ... 99
7. FAZIT ... 100
8. LITERATURVERZEICHNIS ... 105
8.1. Literatur ... 105
8.2. Analysematerial ... 113
9. ANHANG ... 116
9.1. Abstract (deutsch) ... 116
9.2. Abstract (english) ... 117

1. EINLEITUNG

Die Zahl der durch Überdosierung an Opioiden verursachten Todesfälle in den USA ist in den letzten Jahren rasant angestiegen. Sind 2010 noch 21.088 Menschen pro Jahr an einer Überdosis Opioide gestorben, waren es 2017 bereits 47.600, 2019 hat sich die Anzahl auf 49.860 erhöht (NIDA 2021). Diese Entwicklung brachte den ehemaligen US-Präsidenten Donald Trump 2017 dazu, die „Opioidkrise" vom *Department of Health and Human Services* als „national public health emergency" (HHS 2017) deklarieren zu lassen. In die Kategorie der Opioide fallen verschreibungspflichtige Opioide[1], die als Schmerzmittel angewendet werden, sowie Heroin (NIDA 2021). Gesundheitsbehörden sehen die weit verbreitete Verschreibung von Opioiden als schmerzlindernde Arzneimittel als Ausgangspunkt der Krise. Die Verschreibung von Opioiden stieg mit Ende der 1990er-Jahre an, nachdem pharmazeutische Anbieter versichert hatten, Opioide würden nicht abhängig machen. Die hohe Verschreibungsrate führte jedoch zu einem Anstieg der Suchtproblematik und des medizinisch nicht indizierten Gebrauchs von Opioiden, bevor deren Abhängigkeitspotenzial erkannt wurde (HHS 2021). Unter anderem diese Entwicklung ist für die zahlreichen Todesfälle verantwortlich, und in der Folge entstand eine breite gesellschaftliche Debatte über Opioidkonsum. Diese Debatte wird unter dem Schlagwort „Opioidkrise" oder „Opioidepidemie" geführt und erfährt eine starke mediale Rezeption (Mendoza et al. 2018; Netherland/Hansen 2016).

Sogenannte Drogenkrisen, also die erhöhte Aufmerksamkeit zu einem spezifischen historischen Zeitpunkt für eine bestimmte Substanz und ihre negativen Auswirkungen, haben Tradition in den USA (Reinarman/Levin 1997: 5). Diese Krisen sind keine objektiven Gegebenheiten. Welche Phänomene als Krisen sichtbar werden, welche Erklärungen herangezogen werden, wer verantwortlich gemacht wird und welche politischen Strategien und Lösungen legitim und passend erscheinen – das alles sind Aushandlungsprozesse, die mit gesellschaftlichen Machtverhältnissen verwoben sind. Die Opioidkrise dient in dieser Forschungsarbeit als Ansatzpunkt, um sich diesen Machtverhältnissen anzunähern und etwas über ihre Ausformungen zu erfahren.

Drogenkrisen sind historisch von rassifizierten, vergeschlechtlichten und klassenspezifischen Diskursen bestimmt. Die ersten Gesetze gegen das Rauchen von Opium in Kalifornien um 1870 waren das Ergebnis rassistischer antichinesischer Propaganda, die während der Rezession die

[1] Dazu gehören natürliche und halbsynthetische Opioide sowie die synthetischen Fentanyl und Methadon, Letzteres wird zur Substitutionstherapie eingesetzt (NIDA 2021).

ökonomischen Sorgen der *weißen*[2] Mehrheitsgesellschaft auf schlechter bezahlte chinesische Arbeiter_innen[3] projizierte. Die Gesetze richteten sich allein gegen das Rauchen von Opium, das vor allem in chinesischen Communitys praktiziert wurde, nicht gegen andere Arten des Opiumkonsums, die nicht mit Chines_innen assoziiert waren (Reinerman/Levin 1997: 6).

Die Abstinenzbewegung Ende des 19. bis Anfang des 20. Jahrhunderts, die das rechtliche Verbot von Alkoholkonsum erwirkte, war eine Bewegung *weißer* Protestant_innen. Dadurch dass sie Alkoholkonsum als abweichend von der Norm definierte, setzte sie ihre Werte gegenüber migrantischen Gruppen durch und sicherte damit ihre soziale Machtposition ab (Mesner o. J.: 9).

In der jüngeren Vergangenheit, Ende der 1980er bis Anfang der 1990er-Jahre, stellten Medien und Politik eine Verbindung des Konsums von Crack-Kokain zu Kriminalität in Städten her. Es kam zu einer Stigmatisierung städtischer Armut in einer Zeit, die von starken Kürzungen im Sozialbereich geprägt war. Die Crack-Kokain-Krise zog eine Repressionswelle gegen Schwarze Communitys im sogenannten *war on drugs* nach sich. Medienberichte und Politiker_innen machten den Crack-Kokain-Konsum von Schwarzen schwangeren Frauen und Müttern für ökonomische und soziale Schieflagen verantwortlich (Campbell 1999: 896). Ihre Kinder bezeichneten sie als verlorene Generation, zukünftige Sozialleistungsempfänger_innen und Straftäter_innen – ein Mythos, der aufgrund rassistischer Ressentiments auf fruchtbaren Boden fiel (Bridges 2020: 816).

Seit den 2000er-Jahren hat sich der Fokus auf Methamphetamin verschoben, eine Substanz, deren Konsum in den Medien vor allem mit einer *weißen*, ökonomisch marginalisierten, ländlichen Bevölkerung verbunden wird. Diese wird abwertend als *white trash* dargestellt, was eine Abweichung von der *weißen* Norm suggeriert und gesellschaftliche Ängste *weißen* Statusverfalls erkennen lässt (Linnemann/Wall 2013).

Die empathische Reaktion seitens der Medien, die aktuell der Opioidkrise zuteilwird, ist eine andere als im Falle vergangener Drogenkrisen. Historisch bestand die Reaktion in Dämonisierung und der Befürwortung kriminalisierender Maßnahmen, die im *war on drugs* kulminierten (Reinarman/Levin 1997: 1). Aktuell werden jedoch vor allem Forderungen nach dem Ausbau von Therapiemöglichkeiten und einem verbesserten Zugang zum

[2] Um den Konstruktionscharakter der Strukturkategorien Schwarz und *weiß* zu verdeutlichen, wird Schwarz (auch in adjektivischer Verwendung) groß geschrieben und *weiß* kursiv gesetzt, um es vom Schwarzen Widerstandspotenzial, das der Kategorie von Schwarzen Personen und People of Color eingeschrieben wurde, zu differenzieren (Eggers et al. 2009: 13).

[3] In der vorliegenden Arbeit wird die geschlechtersensible Schreibweise verwendet. Es wird der *Gender_Gap* (Unterstrich) herangezogen, um mit dem Geschlechterdualismus Frau/Mann zu brechen und Menschen, welche sich nicht den beiden Kategorien zuordnen, sichtbar zu machen.

Gesundheitssystem laut. Kritische Wissenschafter_innen erklären den veränderten Diskurs der Opioidkrise damit, dass sie vor allem als Krise der suburbanen und ländlichen *weißen* Bevölkerung wahrgenommen wird, im Gegensatz zu vergangenen rassifizierten Drogenkrisen (Mendoza et al. 2018; Netherland/Hansen 2016).

1.1. Problemstellung und Forschungsinteresse

Auf der Website des *National Institute on Drug Abuse* ist als eine der zentralen Konsequenzen[4] der Opioidkrise die Zunahme des Neonatal Abstinence Syndrome (Abk.: NAS)[5] angegeben. Es kann bei Säuglingen auftreten, wenn Opioide während der Schwangerschaft konsumiert wurden (NIDA 2021). Damit rücken schwangere Frauen[6] als Risikogruppe in den Fokus der Krisendefinition.

Substanzgebrauchende Frauen befanden sich immer schon an einer Schnittstelle von gesellschaftlichen Ängsten, da ihr Konsum im medialen, politischen, rechtlichen und medizinischen Diskurs vor allem vor dem Hintergrund ihrer Gebärfähigkeit gesehen wird (Campbell 2000; Knight 2017). Auf substanzgebrauchende schwangere Frauen trifft dies noch verstärkt zu. Sie sind der Überwachung und Kontrolle ihres Umfelds ausgesetzt und mit vielfältigen moralischen Anrufungen konfrontiert, was das vermeintlich richtige Verhalten während einer Schwangerschaft sei. Die Opioidkrise bietet eine Möglichkeit, Diskurse um Substanzgebrauch und Anrufungen an schwangere Frauen in ihrer aktuellen Ausformung zu untersuchen. Ich nähere mich diesen Diskursen über eine Analyse von Berichten der überregionalen Tageszeitung *New York Times*. Massenmedien stellen ein bedeutendes öffentliches Forum dar, das aufgrund seiner großen Reichweite starken Einfluss auf politische Akteur_innen hat. Kommunikationswissenschaftliche Untersuchungen erwiesen, dass mediale Berichterstattung die Wahrnehmung von Themen und die Einstellung des Publikums maßgeblich beeinflusst (Scheufele/Tewksbury 2007; Gross 2008; Chong/Druckman 2013). Forschungen zu vergangenen Drogenkrisen zeigten wiederum, dass die *New York Times* den

[4] Das *National Institute on Drug Abuse* gibt als weitere Konsequenzen den Anstieg von medizinisch nicht indiziertem Opioidgebrauch und damit verbundene Überdosierungen sowie die verstärkte Verbreitung von intravenösem Konsum und einem erhöhten Risiko für Krankheiten wie HIV und Hepatitis C an (NIDA 2021).

[5] Definition von NAS: „Some newborns who are prenatally exposed to opioids, such as heroin, morphine, oxycodone, and medically-recommended medication treatments for opioid dependency (methadone and suboxone), may experience temporary and treatable withdrawal symptoms at birth. These symptoms, which may include trembling, fever, loose stools, and difficulty sleeping, are collectively referred to as neonatal abstinence syndrome (NAS). NAS is a treatable and temporary condition. It is not life threatening or permanent, and studies show that newborns with NAS do not develop any differently than other children." (NAPW o. J.)

[6] Nicht alle Frauen können schwanger werden und nicht alle Personen, die schwanger werden können, sind Frauen. Da sich die medialen Diskurse meiner Untersuchung und die dafür herangezogene Sekundärliteratur auf Frauen beziehen und intergeschlechtliche, trans*-männliche und nichtbinäre Personen mit anderen gesellschaftlichen Zuschreibungen als cis-Frauen konfrontiert sind, welche in meine Untersuchung keinen Eingang fanden, beschränkt sich meine Forschung auf cis-Frauen.

Diskurs um die Substanzgebrauchenden erheblich mitbestimmte (Reinarman/Levine 2004: 185; Springer 2010; Bridges 2020: 792 f.) Wie mediale Diskurse die Themen Schwangerschaft und Substanzgebrauch miteinander in Beziehung setzen und in welche Rahmen sie diese platzieren, hat demzufolge sowohl Eingang in politische Problematisierungen der Opioidkrise als auch in Lösungsvorschläge, die dadurch sichtbar oder unsichtbar werden. Durch die gesellschaftlich zugeschriebene Position von Frauen als Reproduzentinnen der sozialen Ordnung bietet das Themenfeld des Substanzgebrauchs schwangerer Frauen einen geeigneten Ansatzpunkt. Ausgehend davon untersucht die vorliegende Arbeit, wie vergeschlechtlichte, rassifizierte und klassenspezifische Narrative die medialen Diskurse der Opioidkrise strukturieren und sich damit in das Verständnis der Krise und den Anrufungen an schwangere Frauen einschreiben. Die forschungsleitenden Fragen sind:

- Wie werden die Themen Schwangerschaft und Substanzgebrauch im untersuchten Material diskursiv miteinander verknüpft und problematisiert?
- Welche vergeschlechtlichten, rassifizierten und klassenspezifischen Diskurse finden sich im untersuchten Material zur Opioidkrise und zu den Anrufungen an schwangere Frauen?

Demnach beschäftigt sich diese Arbeit einerseits mit Diskursen um Substanzgebrauch während der Schwangerschaft, andererseits wirft sie einen Blick auf Diskurse zu substanzgebrauchenden Frauen allgemein. Darüber hinaus fragt sie, welche Rolle Reproduktionsfähigkeit in der Berichterstattung über sie einnimmt, um die Gewordenheit möglicher Verknüpfungen zu rekonstruieren.

1.2. Aufbau der Arbeit

Die Arbeit geht zunächst auf sozialwissenschaftliche Perspektiven zu vergangenen und aktuellen Drogenkrisen ein. Dabei wird die Bedeutung vergeschlechtlichter, rassifizierter und klassenspezifischer Zuschreibungen in diesem Forschungsfeld angesprochen. Die beleuchteten Arbeiten analysieren Drogenkrisen und den Umgang mit Substanzgebrauchenden sowie Diskurse zum politischen, medialen, rechtlichen und gesundheitlichen Bereich.
In Folge gehe ich im Theoriekapitel darauf ein, wie Sucht aus einer sozialwissenschaftlichen Sichtweise begriffen werden kann. Im Anschluss an eine gouvernementalitätstheoretische Perspektive sehe ich zwei zentrale Regulierungsmodi in der gesellschaftlichen Bearbeitung von Drogenkrisen: Kriminalisierung und Medikalisierung. Deshalb erläutere ich, wie diese theoretisch konzipiert sind. Danach zeige ich auf, wie schwangeren Frauen im Rahmen von Responsibilisierungsdiskursen Verantwortung für die fötale Gesundheit zugeschrieben wird.

Das Methodenkapitel führt in mein Verständnis der Diskurs- und Rahmenanalyse ein und zeigt, wie ich meine theoretische Sichtweise auf das Forschungsthema operationalisiere.

Die anschließende Kontextanalyse bettet das Forschungsthema historisch, rechtlich und gesundheitspolitisch ein. Der historische Abschnitt dient als Folie, damit die vergeschlechtlichten, rassifizierten und klassenspezifischen Diskurse der aktuellen Opioidkrise deutlicher werden. Der rechtliche Abschnitt zeigt die gesellschaftspolitische Brisanz des Themas substanzgebrauchende schwangere Frauen im Kontext ihrer verstärkten Kriminalisierung auf. Der gesundheitspolitische Abschnitt beleuchtet erstens die Debatte um den *Affordable Care Act* als Bezugspunkt im Material und zweitens die medikalisierende Regulierung schwangerer Frauen im Gesundheitsbereich. Zudem hinterfragt er, drittens, die Bedeutung des *Weißseins* der Opioidkrise.

Im Analyseteil stelle ich im ersten Abschnitt die Bedeutungsrahmen, die sich aus dem untersuchten Material ergeben, und ihre vergeschlechtlichten, rassifizierten und klassenspezifischen Narrative vor. Im zweiten Abschnitt interpretiere ich diese hinsichtlich der eben explizierten Diskurse.

Abschließend diskutiere ich meine Einsichten in die erforschten Diskurse vor dem Hintergrund der skizzierten gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse.

2. FORSCHUNGSSTAND

Im Folgenden gehe ich auf Forschungsfelder und Literatur, die besonders zentral für mein Forschungsvorhaben sind, genauer ein. Forschungsfelder, die Drogenkrisen bzw. die politische und mediale Aufmerksamkeit auf Substanzen und Substanznutzende beleuchten näheren sich diesem Thema aus verschiedenen Perspektiven an. Untersuchungen analysieren wie Drogenkrisen, Substanzen und Substanznutzende auf der Ebene von policy-, medialen, rechtlichen und medizinischen Diskursen diskursiv produziert und reguliert werden.

2.1. Kritische Policy-Analysen

Um die Opioidkrise als soziales Phänomen zu begreifen und sie in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext verorten zu können, widmete ich mich Literatur, die Drogenkrisen und Drogenpolitik in ihrer historischen Gewordenheit untersucht und sie in gesellschaftliche Transformationsprozesse einbettet (Campbell 2000; Murphy/Sales 2001; Rainarman/Levine 1997; Wacquant 1997). Das Forschungsfeld dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzungen lässt sich an dem Schnittpunkt von Drogen- und Sozialpolitik verorten. Gemein ist dieser Literatur, dass sie Substanzgebrauch und Drogenkrisen mit gesellschaftlich strukturellen Bedingungen wie Armut und Rassismus verknüpft. Die Literatur hinterfragt die objektive Gegebenheit von Drogenkrisen und beleuchtet ihren sozialen Konstruktionscharakter. Sie rückt die Analyse gesellschaftlicher Ängste ins Zentrum, die in Drogenkrisen ihren Ausdruck finden und verweist auf die kontrollierenden und ausgrenzenden Funktionen von Drogenpolitik gegenüber marginalisierten sozialen Gruppen.

Crack in America: Demon Drugs and Social Justice (1997) von Craig Rainarman und Harry Levine entwickelt das Konzept *drug scare* um Drogenkrisen als eigenständige soziale Phänomene auszuweisen, die nicht mit einem tatsächlichen Anstieg von Substanzgebrauch verbunden sein müssen. Die Autoren betten Crack-Kokain in eine Geschichte dämonisierter Substanzen ein. Es geriet zu einer Zeit gesellschaftlicher Umwälzungen in den politischen und medialen Fokus und bot eine Erzählung für Arbeitslosigkeit, Armut und Kürzungen im Sozialbereich, die ökonomisch marginalisierte und rassifizierte Gruppen für gesellschaftliche Verwerfungen verantwortlich machte.

Aufgrund des geschlechtsspezifischen Fokus möchte ich Nancy D. Campbells 2000 erschienene Monographie *Using Women. Gender, Drug Policy, and Social Justice* besonders

hervorheben. Sie ist einer der grundlegenden Texte zum Themenkomplex Substanzgebrauch von Frauen, Drogenpolitik, Vergeschlechtlichung, Rassifizierung und Klassenzuschreibungen von Substanzen und Substanzkonsument_innen. Da Frauen die generative Reproduktion und in Verbindung damit auch die gesamtgesellschaftliche Reproduktion zugeschrieben wird, rücken sie in den Fokus der Anstrengungen politischer Akteur_innen Substanzgebrauch – besonders während der Schwangerschaft – zu regulieren. Campbell erforscht historische kulturelle Repräsentationen sowie auf Basis einer kritischen Policy-Analyse politische Diskurse zum Substanzgebrauch von Frauen. Es geht jedoch weniger um die substanzgebrauchenden Frauen selbst, sondern darum, wie das (Un-)Sichtbarwerden von weiblichen Substanzkonsumentinnen im öffentlichen Diskurs mit kulturellen und politischen Veränderungen verbunden ist (Campbell 2000: 13). Sie zeichnet nach, wie sich Konstruktionen um Substanzkonsum verschoben haben. Wurde er traditionell als Aspekt von Weiblichkeit gesehen – sowie als unmarkierte Eigenschaft von *Weißsein* – wurde diese Wahrnehmung von Substanzgebrauch zunehmend rassifiziert. Weiblichkeit hat in den Diskursen ebenso eine Bedeutungsveränderung erfahren, weg von einer sexuellen hin zu einer mütterlichen Konnotation. Campbell zeigt, wie diese beiden Prozesse in den 1980er- und 1990er-Jahren kulminierten und die dämonisierte Figur der *Crack Mother* hervorbrachten (ebd.: 9). Die gesellschaftliche Position von Frauen verortet Campbell aufgrund ökonomischer, sexistischer und rassistischer Ungleichheiten in einem Zustand sozialer und ökonomischer Unsicherheit, in dem Frauen die Kosten sozialer Reproduktion tragen. Soziale Gerechtigkeit, so Campbells Zielvorstellung, ist nur auf Grundlage der Umverteilung dieser Verantwortung vorstellbar. Diesen Fokus müsste auch eine erfolgreiche Drogenpolitik haben. Statt weiblichen Substanzkonsum auf „biological vulnerability“ zurückzuführen, so der Policy-Diskurs zur Zeit der Crack-Kokain Panik, müsste die Veränderung sozio-ökonomischer Strukturen ins Zentrum der politischen Anstrengungen gerückt werden. Stattdessen wird Drogenpolitik dazu genützt, soziale Gruppen, die als gefährlich konstruiert werden, zu überwachen, zu regulieren und zu kontrollieren.

Wie Campbell sehe ich die mediale und politische Aufmerksamkeit, die substanzgebrauchenden Frauen zukommt als Ausdruck ihrer gesellschaftlichen Positionierung als Reproduzentinnen der sozialen Ordnung. Richtungsweisend ist Campbells Analyse für mein Vorhaben in ihrer Dezentrierung der Substanz, der jeweiligen Droge, die im Fokus öffentlicher Erregung steht. Stattdessen fokussiert sie gesellschaftliche Transformationen und damit verbundene Ängste, die sich in vergeschlechtlichten, rassifzierten und klassenspezifischen Narrativen über Substanzgebrauch und Substanzgebrauchende manifest oder latent äußern.

2.2. Analysen medialer Diskurse

Anschließend an die kritische Forschung zur Crack-Kokain-Krise hat sich ein Forschungsfeld herausgebildet, das besonders rassifizierte und klassenspezifische Konstruktionen von Drogenkrisen untersucht. Für die vorliegende Arbeit zentral sind hier Studien, die sich mit diesen Konstruktionen im Rahmen medialer Repräsentationen aktueller Drogenkrisen und ihrer Subjekte auseinandersetzen.

Naomi Murakawas *Toothless: The Mephamphetamine „Epidemic," „Meth Mouth," and the Racial Construction of Drug Scares* (2011) untersucht die medial proklamierte Methamphetaminepidemie und die zugehörige Diagnose „meth mouth", die den Verfall der Zahnsubstanz, der mit Methamphetaminkonsum einhergehen soll, bezeichnet. Murakawa kommt zum Schluss, dass es keine ausreichenden Belege gibt für einen derartigen Anstieg von Methamphetaminkonsum, die die Bezeichnung Epidemie rechtfertigen würden und dass sich die „meth mouth" Diagnose als Alleinstellungsmerkmal von Methamphetamingebrauch auf widersprüchliche und unzulängliche Studien stützt. Im Rahmen der Methamphetaminepidemie porträtieren Medien von Armut betroffene, ländliche, *weiße* Konsument_innen als *white trash*. Die Diagnose „meth mouth" wir dabei zum sichtbaren Marker des sonst unmarkierten *Weißseins* und dient als Ausdruck von *weißem* Statusverfall und nicht eingelöster *weißer* Privilegien (ebd.: 223).

Ähnliche Schlussfolgerungen über die *white trash* Darstellungen von Methamphetaminnutzenden ziehen Travis Linnemann und Tyler Wall (2013) in „*This is your face on meth*": *The punitive spectacle of* „*white trash*" *in the rural war on drugs*. Sie untersuchen die Medienkampagne „Faces of Meth", die zum Ziel der Abschreckung vor Methamphetaminkonsum vorher/nachher Fotos von Methamphetaminnutzenden im Stil von Fahndungsfotos vergleicht. Die Fotos suggerieren, dass Methamphetamin seine Konsument_innen in *white trash* verwandle, indem es ansonsten unmarkierte *Weiße* durch sichtbare Läsionen im Gesicht kennzeichnet. Die Angst vor dieser Transformation, die sich in der Methamphetaminepidemie ausdrückt, enthüllt, dass es eine gesellschaftliche Vorstellung einer privilegierten Kategorie des *Weißseins* gibt, die als „rein" imaginiert wird und mit bürgerlichen Werten und dem Versprechen *weißer* Privilegien einhergeht.

> „Importantly then, the abject horrors built into the imaginary of methamphetamine, is not simply about crossing juridical boundaries, but also defiling and polluting one's own body, a white body in particular and giving up the esteemed value of white privilege and bourgeois sensibilities in general." (ebd.: 325)

In der Darstellung von *white trash* scheinen sowohl gesellschaftliche Vorstellungen über die Dominanz als auch gesellschaftliche Ängste über die Prekarität von *Weißsein* als sozialer Norm und Position durch.

The War on Drugs That Wasn't: Wasted Whiteness, „Dirty Doctors", and Race in Media Coverage of Prescription Opioid Misuse von Julie Netherland und Helena B. Hansen (2016) ist eine vergleichende Studie über die medialen Repräsentationen von Konsument_innen nicht medizinisch genutzter, verschreibungspflichtiger Opioide und Heroinkonsument_innen. Ihre Ergebnisse zeigen eine Diskrepanz zwischen einerseits kriminalisierenden Berichten über den Heroinkonsum von urbanen Schwarzen Personen und People of Color und andererseits einfühlsamen Reportagen über vorstädtischen *weißen* Konsum nicht medizinisch genutzter, verschreibungspflichtiger Opioide, auch wenn sich dieser Konsum auf Heroin ausgeweitet hat. Diese rassifizierte symbolische Grenze, die zwischen Heroin- und Opioidgebrauch gezogen wird, – ähnlich wie jene zwischen Crack-Kokain und Kokainpulver in den 1980er- und 1990er-Jahren – unterstützt die differenten politischen und rechtlichen Reaktionen auf die jeweiligen Substanzen und Substanznutzer_innen. Die Darstellung *weißen* Substanzkonsums hat nicht dazu geführt, mit rassifizierten Zuschreibungen über „Drogenabhängige" zu brechen, sondern verstärkt die rassifizierte Anwendung kriminalisierender Drogenpolitiken, während auf *weißen* nicht medizinischen Konsum verschreibungspflichtiger Opioide mit der Forderung nach gesundheitspolitischen Maßnahmen reagiert wird.
Auch wenn Netherland und Hansen keinen geschlechtsspezifischen Fokus haben, sind sie für meine Forschung dennoch instruktiv in ihrer Analyse der rassifizierten Narrative über Substanzkonsum. *Weißsein* wird als unmarkierte Norm nicht explizit in diesbezüglichen Artikeln populärer Medien besprochen. Rassifizierte Narrative entstehen viel eher durch eine „colorblind"-Ideologie (ebd.: 667), die die privilegierte Position *weißer* Substanzkonsument_innen in einem historisch rassifizierten Drogendiskurs nicht reflektiert. Um die verschiedenen Bedeutungen von Substanzkonsum entlang rassifizierter Differenzsetzungen im „colorblind"-Diskurs zu analysieren, suchen Netherland und Hansen nach Codewörtern, die als rassifizierte Marker fungieren. Am wichtigsten in Bezug auf die mediale Berichterstattung zu Substanzgebrauch sind hier die Codes „urban" für den Substanzkonsum von Schwarzen Personen und People of Color und „suburban" und „rural" für *weißen* Substanzkonsum (ebd.). Diese Korrelation bestätigen sie mit demographischen Daten zu den Gebieten, über die in ihrem Material berichtet wird. Dieses Vorgehen ist wegweisend für meine Lesart rassifizierter Codes in den von mir untersuchten Artikeln.

2.3. Rechtswissenschaftliche Analysen

Auch rechtswissenschaftliche Zugänge setzen sich mit Drogenkrisen und Drogenpolitik auseinander. Besonders relevant für die vorliegende Arbeit sind rechtswissenschaftliche Studien, die einen Fokus auf die Verbindung juridischer Diskurse und juristischer Praxis mit *race*-, Klassen- und Geschlechterverhältnissen legen. In der bis zu diesem Punkt vorgestellten Literatur zu Drogenkrisen gibt es oft keinen analytischen Schwerpunkt auf Geschlechterverhältnisse – außer bei Campbell (2000). Substanzgebrauch während der Schwangerschaft findet oft gar nicht oder nur am Rande Eingang. Im rechtswissenschaftlichen Bereich gibt es durch die Überschneidung des Themenfelds Substanzgebrauch in der Schwangerschaft mit dem Forschungsfeld reproduktiver Rechte dagegen viele Untersuchungen mit einem geschlechtsspezifischen Fokus, die sich auch explizit der Regulierung substanzgebrauchender, schwangerer Frauen widmen (Bach 2019; Bridges 2020; Duggan 2016; Fentiman 2006, 2009; Howard 2014; Paltrow 1999; Roberts 1991, 1997a, 1997b).
Literatur, die sich mit dem rechtlichen Umgang von Substanzgebrauch während der Schwangerschaft auseinandersetzt, beforscht oft wie die Einschränkung reproduktiver Rechte mit sozialen Ungleichheitsverhältnissen verstrickt ist sowie die Auswirkungen rechtlicher Diskurse und Praxen auf sozial marginalisierte Gruppen.

Dorothy E. Roberts (1997a) zeichnet in *Killing the Black Body: Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty* verantwortlich für eine umfangreiche Forschung zur Regulierung der Körper Schwarzer Frauen und der Beschneidung ihrer reproduktiven Freiheit im Kontext der Sklaverei, ihrer Exklusion aus feministischen Kämpfen um reproduktive Rechte durch den Fokus auf Wahlfreiheit, von Zwangsterilisation sowie durch Gesundheitsanbieter und Sozialprogramme geförderte Sterilisation und von Reproduktionstechnologien. Ein besonderes Augenmerk legt Roberts auf die Kriminalisierung und rechtliche Verfolgung Schwarzer substanzgebrauchender, schwangerer Frauen im Rahmen der Crack-Kokain-Krise. Sie zeigt auf, dass der Konsum keiner anderen Substanz während der Schwangerschaft so dämonisiert und bestraft wurde wie jener von Crack-Kokain, ungeachtet der negativen Auswirkungen zahlreicher anderer Substanzen. Durch den Fokus medialer und politischer Akteur_innen auf Crack-Kokain wurden Schwarze Frauen zum Ziel des *war on drugs* (Roberts 1991; 1997a; 1997b).

Grace Howard (2014) untersucht in *The Limits of Pure White: Raced Reproduction in the ‚Methamphetamine Crisis'* schwangerschaftsbezogene Verhaftungen in Alabama von 2005 bis

2013 und kommt zu dem Ergebnis, dass überwiegend *weiße,* von Armut betroffene, Methamphetamin konsumierende Frauen unter Alabamas 2006 in Kraft getretenem *chemical endangerment*-Gesetz verhaftet wurden (siehe Kapitel 5.2.). In der strafrechtlichen Verfolgung dieser Frauen spiegele sich die gesellschaftliche Angst wider, sie würden durch ihr normabweichendes Verhalten eine imaginierte *weiße* Vorherrschaft untergraben, so Howards Conclusio.

Khiara M. Bridges' 2020 erschienener Artikel *Race, Pregnancy, and the Opioid Epidemic: White Privilege and the Criminalization of Opioid Use during Pregnancy* betrachtet Substanzgebrauch während der Schwangerschaft aus einer rassismuskritischen und rechtswissenschaftlichen Perspektive. Die Autorin rollt aktuelle Prozesse gegen opioidkonsumierende, schwangere Frauen auf – vor dem Hintergrund der Opioidepidemie als *weiße* Drogenkrise und mithilfe eines Rückblicks auf die historischen zivil- und strafrechtlichen Reaktionen auf Substanzgebrauch während der Schwangerschaft, vor allem zu Zeiten der rassifizierten Crack-Kokain Epidemie. Die aktuellen staatlichen Maßnahmen, um schwangere Frauen zu regulieren, beleuchtet sie mithilfe des Konzepts *weißer* Privilegierung bzw. mit dem Ziel, die Theoretisierung dieses Konzepts weiterzuentwickeln.
Die rassistische Strafverfolgung von schwangeren Crack-Kokain-Nutzerinnen in den 1980er- und 1990er-Jahren hat punitive Maßnahmen gegen Substanzgebrauch während der Schwangerschaft normalisiert, so Bridges' These. Der allgemeine Diskurs der Opioidkrise ist zwar empathisch, viktimisierend und verortet die Krisenursache in ökonomischen und sozialen Verhältnissen, schwangere Opioidkonsumentinnen werden im Gegensatz zu nicht schwangeren Opioidkonsument_innen jedoch trotzdem kriminalisiert. Diese Kriminalisierung sei ein Erbe der historischen Strafverfolgung von schwangeren Crack-Kokain-Nutzerinnen. Bridges sieht das staatliche Interesse Schwarze Crack-Kokain-Nutzerinnen zu kriminalisieren vor allem darin begründet, vermeintlich entstehende finanzielle Lasten für die sozialen und gesundheitlichen Institutionen des Staats dadurch abzuwenden. Die Kriminalisierung *weißer* Opioidnutzerinnen führt sie gerade auf das staatliche, biopolitische Interesse an *weißer* Reproduktion zurück.
Bridges' Arbeit ist instruktiv, um sich einen Überblick über das weitreichende Netz zivil- und strafrechtlicher Regulierungen für Substanzgebrauch während der Schwangerschaft zu verschaffen. Sie analysiert zudem die juridischen Diskurse von Richter_innen und Staatsanwält_innen, die zur Legitimierung der kriminalisierenden Maßnahmen herangezogen werden und welche differenten Bedeutungen die Strukturkategorie *Weißsein* darin einnimmt.

Die medialen Diskurse meiner Forschung lassen sich nur vor dem Hintergrund der staatlichen Kriminalisierung von Substanzkonsum während der Schwangerschaft und ihren zugehörigen juridischen Diskursen verstehen.

2.4. Analysen medizinischer Diskurse

Da die Opioidkrise mit dem Anstieg des Gebrauchs verschreibungspflichtiger Arzneimittel verbunden ist sind auch Untersuchungen zu medizinischen Diskursen um bestimmte Medikamente und darum, wem diese Medikamente aufgrund welcher Diagnosen verschrieben werden relevant (Cosgrove/Vaswani 2020; Knight 2017; Mendoza et al. 2018). Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive sind medizinische Diagnosen auch ein sozialer Aushandlungsprozess.

In *Women on the Edge: Opioids, Benzodiazepines, and the Social Anxieties Surrounding Women's Reproduction in the U.S. "Opioid Epidemic"* analysiert Kelly R. Knight (2017) medizinische und mediale Diskurse rund um den Substanzgebrauch von Frauen. Ihren Ausgangspunkt bildet die Feststellung, dass Frauen, die Opioide in Kombination mit Benzodiazepinen, die gegen Angststörungen verschrieben werden, einnehmen eine besonders hohe Mortalitätsrate aufweisen. Da Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben mit Angststörungen diagnostiziert zu werden und die Verschreibung von Benzodiazepinen gleichzeitig mit jenen von Opioiden angestiegen ist, sind sie besonders betroffen von dieser tödlichen Kombination an Substanzen. Knight stützt sich auf feministische Kritiken der Vergeschlechtlichung von Angststörungen. Sie plädiert für ein erweitertes Verständnis dieser als einem sozialen Phänomen in Zeiten sozio-ökonomischer Unsicherheiten, statt einem rein medizinischen Problem, dem allein pharmazeutisch beizukommen ist. Vor dem Hintergrund dieser medizinischen Diskurse und Praxis untersucht Knight die Opioidepidemie als vergeschlechtlichte Krise und sieht besonders schwangere Frauen und Mütter als soziale Gruppe, die an Schnittpunkten verschiedener gesellschaftlicher Ängste rund um das Thema Substanzgebrauch verortet sind. In medialen Berichten über die Opioidkrise kritisiert sie die diskursive Herstellung von „worthy and unworthy addicted patients" (ebd.: 306) über rassifizierte und klassenspezifische Hierarchien. Entgegen der mehrheitlichen Darstellung der Opioidkrise als Mittelschichts- und *weißer* Krise macht sie die Mehrdimensionalität der Krise sichtbar, indem sie die differenten Erfahrungen zweier, sozial sehr verschieden positionierter, opioid- und benzodiazepinnutzender Frauen beleuchtet. Anhand dieser zwei Fallstudien zeigt Knight, dass die Produktion der Opioidkrise als Krise der *weißen* Mittelschicht, deren

Betroffene Empathie und Therapieangebote verdienen, in Abgrenzung zum Substanzgebrauch des rassifizierten Anderen erfolgt.

> „In this way, the narrative succeeds only by evoking the ‚other' racialized addict as needed foil. It presents women on opioids as ‚regular people' embedded in recognizable, whitewashed social worlds (in the minivan, at the Parent-Teacher Association meeting, at the doctor's office)—not extraordinary social failures like Lexi (homeless, addicted, of color, and alone)." (ebd.: 313)

Substanzgebrauch wird im öffentlichen Bewusstsein mit rassifizierten und ökonomisch marginalisierten sozialen Gruppen verbunden. *Weiße* Frauen, die der Mittelschicht angehören und Opioide konsumieren entsprechen nicht dem gesellschaftlichen Bild von „Drogensüchtigen". Mediale Diskurse normalisieren bestimmte (nämlich *weiße* und der Mittelschicht angehörige) Betroffene der Opioidkrise und legitimieren dadurch den Ruf nach Empathie und Therapieangeboten für die einen, während opioidnutzenden, ökonomisch marginalisierten Frauen of Color diese mitfühlende Rahmung der Opioidkrise inklusive ihrer gesundheitspolitischen Forderungen nicht zuteil wird, sondern sie weiterhin Ziel kontrollierender und repressiver Drogenpolitik bleiben.

Im Forschungsstand wird deutlich, dass die bisherige Forschung zur kritischen Hinterfragung des Phänomens Drogenkrise beigetragen hat. Die zentrale Einsicht hierbei ist, dass es sich bei Drogenkrisen nicht um objektive Krisen handelt, sondern was als Krise problematisiert wird ein sozialer Aushandlungsprozess ist, der mit gesellschaftlichen Machtverhältnissen verwoben ist. Wie gezeigt, arbeitet die diskursive Herstellung von Drogenkrisen zentral mit rassifizierten, klassenspezifischen und vergeschlechtlichten Diskursen. Zudem ist das Themenfeld durch rechtliche Regulierungen und Diskurse sowie medizinische Diskurse strukturiert. Im rechtlichen Bereich ist die Regulierung schwangerer, substanzgebrauchender Frauen gut erforscht. Auf medialer Ebene sind besonders rassifizierte und klassenspezifische Diskurse in der Produktion von Drogenkrisen ausführlich untersucht. Aktuell noch wenig beleuchtet ist, wie mediale Diskurse das Themenfeld schwangerer, susbstanzgebrauchender Frauen im Rahmen der Opioidkrise bespricht und wie rassifizierte, klassenspezifische und vergeschlechtlichte Diskurse diese Berichterstattung strukturieren. An diesem Schnittpunkt setzt die Forschung der vorliegenden Arbeit an.

3. THEORIE

Da die mediale Berichterstattung die Opioidkrise in Form des Anstiegs von Sucht- und Abhängigkeitsproblematiken thematisiert, führe ich zunächst in mein Verständnis des Sucht-Begriffs als ein sozialwissenschaftliches Konzept ein. Denn welche Arten des Konsums als normal und welche als pathologisch gelten, ist ein sozialer Aushandlungsprozess. Ich sehe die rechtlichen und gesundheitlichen Diskurse, die die Opioidkrise sowie den Substanzgebrauch schwangerer Frauen strukturieren, als Teil zweier Regierungstechniken neoliberaler Staatlichkeit, die ich theoretisch herleite: Kriminalisierung und Medikalisierung. Beide Regulierungsmodi zielen auf die Individualisierung gesellschaftlicher Verantwortung ab. Da ich mit den Kategorien „Geschlecht", „race" und „Klasse" arbeite, bespreche ich, wie ich diese als intersektionale Strukturkategorien begreife. Geschlechterverhältnisse bette ich ebenso in neoliberale Gesellschaftsverhältnisse ein und zeige, wie neue Formen der Unsicherheit durch den Abbau sozialer Sicherungsysteme entstehen, die Frauen in prekäre Lebensverhältnisse drängen. Vor diesem theoretischen Hintergrund bespreche ich die Anforderungen, die an schwangere Frauen als risikominimierende Akteurinnen für die fötale Gesundheit gestellt werden. Ich zeige, wie gesellschäftliche Ängste um Substanzgebrauch in der Schwangerschaft das Verhalten von Frauen, statt gesellschaftliche Bedingungen, in den Mittelpunkt stellen. Diese theoretische Perspektive leitet meinen Blick auf den historischen, rechtlichen und gesundheitspolitischen Kontext sowie auf das untersuchte Material an.

3.1. Sucht – Eine sozialwissenschaftliche Perspektive

Im untersuchten Material wird die Opioidkrise in Form des Anstiegs von „opioid addiction" (Board 2019b: 2; Correal 2019a: 2; Louis 2016: 2; O. A. 2019b: 1; Stolberg 2017: 1), „opioid use disorder" (Goodnough 2019: 1; O. A. 2019b: 1), „substance use disorder" (Goodnough 2019: 1; Kristof 2019: 1; Seelye/Goodnough 2017: 1) und Personen, die „dependent on opioids" (Goodnough 2019: 1; Louis 2016: 2; Louis 2017a: 1) sind problematisiert. Substanzgebrauch wird mit Sucht und Abhängigkeit verknüpft. Deshalb werde ich im Folgenden darauf eingehen, wie ich den gesellschaftlich verbreiteten Sucht-Begriff verorte. Zudem werde ich eine sozialwissenschaftliche Perspektive auf das Thema Sucht konzipieren.

Der auch im Alltagsgebrauch häufig verwendete Begriff „Sucht" ist durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihren diagnostischen Leitlinien *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) seit 1964 abgelöst worden durch die Diagnose des „Abhängigkeitssyndroms", das als „psychische Störung mit Krankheitswert" (Sanin 2015: 134) definiert wird. Wichtige Merkmale des Abhängigkeitssyndroms sind

Konsumdrang, Kontrollverlust, Dosissteigerung aufgrund der Toleranzentwicklung, das Auftreten von körperlichen Entzugserscheinungen bei unterbrochenem Konsum, Priorität des Konsums vor anderen Interessen und weiterer Substanzkonsum entgegen gesundheitlicher Nachteile (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften 2021: o. S.). Diese Merkmale treffen auch auf die Diagnose „Substanzgebrauchsstörung" zu, die Sucht-Definition im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der *American Psychiatric Association*. Das Konzept der Substanzgebrauchsstörung unterscheidet sich von jenem des Abhängigkeitssyndroms dadurch, dass seit der fünften Auflage des DSM und mit Einführung dieser Definition nicht mehr zwischen Substanzmissbrauch und -abhängigkeit differenziert wird. Die Kategorie des Missbrauchs war gegenüber jener der Abhängigkeit mit stärkerer Verhaltenskontrolle der Substanzkonsumierenden verbunden, während Abhängigkeit mit verminderter oder fehlender Kontrolle einherging. Bei der Substanzgebrauchsstörung werden beide zu einem gemeinsamen Störungsbild zusammengefasst, das in verschiedenen Ausprägungsgraden bestimmt wird (Rumpf/Kiefer 2011: 45 f.).

Sozialwissenschafter_innen, die zum Thema Sucht forschen, sprechen im Anschluss an Foucault vom gegenwärtigen Suchtdiskurs als Suchtdispositiv – einem Ensemble von Diskursen, Praktiken und Institutionen, das unseren Umgang mit und unser Verständnis von Sucht prägt. Dieses Dispositiv ist von inneren Kämpfen verschiedener Interessengruppen, die um die hegemoniale Position ringen, durchzogen. Aktuell dominiert die Position der Vertreter_innen eines medizinisch-naturwissenschaftlichen Suchtkonzepts, wie anhand des DSM und ICD skizziert, dessen diagnostische Gültigkeit und Objektivität aufgrund seiner naturwissenschaftlichen Diktion kaum hinterfragt wird (Sanin 2015: 126; Schmidt-Semisch 2019: 148).

Der Sucht-Begriff wird nicht nur auf stoffliche Abhängigkeiten angewandt, sondern im Alltagsverständnis ausgedehnt auf alle möglichen menschlichen Verhaltensweisen, z. B. Spielsucht, Kaufsucht, Sexsucht etc. Dadurch schwebt das Risiko der Diagnose Sucht über allen Menschen und wird zu einer Frage der „richtigen" Lebensführung, nämlich der maßvollen, kontrollierten und gesunden. Der Sucht-Begriff kann demnach nicht ahistorisch oder akulturell verstanden werden, sondern immer nur im gesellschaftlichen Kontext, der das Suchtkonzept hervorbringt (Sanin 2015: 126). Aldo Legnaro zeigt in seiner Untersuchung des Alkoholkonsums im Mittelalter bis zur Neuzeit, wie Rausch und Exzess selbstverständlicher Bestandteil der Gesellschaft des Mittelalters waren und erst mit der Verbreitung des Protestantismus Mäßigung als Ausdruck von Selbstbeherrschung und Verhaltenskontrolle im

Rahmen einer rationalen Lebensführung zur zentralen Anforderung wurde. Vor diesem Hintergrund entstand das Krankheitsbild der „Trunksucht“ (Legnaro 1982).

Das moderne Sucht-Konzept ist geprägt von einem Spektrum „guter“ und „schlechter“ Arten, zu konsumieren oder sich zu verhalten. Illegalisierte Substanzen werden als Drogen, Sucht- oder Rauschgift bezeichnet, während ihr legales Pendant Genussmittel (Alkohol, Tabak) oder Arzneimittel sind (Sanin 2015: 127). Sanin benennt drei Zonen des Substanzkonsums, die das Feld von Konsum anhand der Linien „Normalität“ und „Pathologisierung“ aufspalten. Er unterscheidet eine Zone des gesellschaftlich akzeptierten Konsums – „moderat, legal, innerhalb etablierter sozialer Rituale und Konventionen“ (ebd.: 129) – von einer des nicht akzeptieren Konsums – „illegal, intravenös, unhygienisch“ (ebd.). Zwischen diesen beiden Zonen gibt es einen umkämpften Bereich, in dem die Bewertung von Konsumverhalten und Substanzen aktuell ausgehandelt wird (z. B. *binge drinking* oder Cannabiskonsum). Die Zone des gesellschaftlich akzeptierten Konsums fällt in den Bereich der Normalität, während jene des nicht akzeptierten Konsums mit Abhängigkeit und Verelendung assoziiert wird. Im Normalbereich werden im Rahmen gesundheitspolitischer Strategien Konzepte der Suchtprävention angewendet, um die Entwicklung anormalen Verhaltens zu verhindern. In der Zone des nicht akzeptierten Konsums, dem anormalen Bereich, wird im Kontext gesundheitspolitischer Interventionen auf Suchttherapie gesetzt, um die Subjekte wieder in den Bereich des Normalen zu geleiten (ebd.: 130).
Aus einer gouvernementalitätstheoretischen Perspektive (siehe folgenden Abschnitt) können wir die im Suchtdispositiv verankerten Diskurse, Praktiken und institutionellen Zuständigkeiten als Sicherheitstechnologien begreifen, die „auf einer Stufenleiter von Möglichkeiten zwischen optimalen und akzeptablen Strategien beruhen, die innerhalb ausdifferenzierter Bevölkerungen als Normalisierung zu verstehen sind, aber jeweils unterschiedlich moralische Normen auf der Ebene der Individuen hervorbringen“ (Schultz 2006: 228). Das Suchtdispositiv fördert je nach Einordnung auf der Skala optimaler und akzeptabler (Konsum-)Strategien andere Anrufungen an substanzgebrauchende Personen. Da sich schwangere Frauen an einem Schnittpunkt gesellschaftlicher Ängste befinden, sind sie mit besonders zugespitzten Anrufungen konfrontiert. Drogenkrisen sind Phänomene, anhand derer wir die Anrufungen, die mit dem vorherrschenden Suchtdispositiv verbunden sind, untersuchen können. Ich analysiere einen Teil dieser Diskurse anhand von Artikeln der *New York Times*. Folgen wir dem gerade dargelegten Verständnis vom Suchtdispositiv als einem Bündel von Diskursen, Praktiken und Institutionen, das den gesellschaftlichen Umgang mit Sucht prägt, so wird deutlich, dass der im

Rahmen dieser Arbeit analysierte Diskursausschnitt von Bedeutung ist, da er einen Teil des gesellschaftlichen Umgangs mit der Opioidkrise darstellt und diesen wiederum beeinflusst.

3.2. Gouvernementalisierung des Staates

Die medialen Diskurse der Opioidkrise und die Anrufungen an schwangere Frauen betrachte ich vor der historischen Folie der Crack-Kokain-Krise. Außerdem bette ich sie in rechtliche Entwicklungen im Bereich von sogenannten Fötenrechten ein und in gesundheitspolitische Entwicklungen, die zu einer Ausweitung des öffentlichen Versicherungsprogramms Medicaid führten und schwangere Frauen aktuell je nach Versichertenstatus vor verschiedene gesellschaftliche Anforderungen und staatliche Zugriffe stellt. Historischer, rechtlicher und gesundheitspolitischer Kontext sind von einer gouvernementalitätstheoretischen Lesart durchzogen, die danach fragt, wie das Themenfeld substanzgebrauchende schwangere Frauen in den jeweiligen Kontexten regierbar wird. Um diese theoretische Perspektive zu plausibilisieren, werde ich deshalb im Folgenden auf das Konzept der Gouvernementalisierung des Staates als eines neuen, neoliberalen Modus staatlichen Regierens eingehen. Dabei werde ich zwei zentrale Steuerungsmodi dieses neoliberalen Regierens erläutern, die für den politischen Umgang mit Drogenkrisen besonders wichtig sind und uns die historische, rechtliche und gesundheitspolitische Reaktion auf jene besser verstehen lässt: Kriminalisierung und Medikalisierung. Punitive politische Reaktionen auf Drogenkrisen seit den 1980er-Jahren sowie gesundheitliche Anrufungen an schwangere Frauen in der aktuellen Opioidkrise bei gleichzeitiger rechtlicher Verfolgung von Substanzgebrauch in der Schwangerschaft werden aus gouvernementalitätstheoretischer Perspektive als Auswüchse von Kriminalisierung und Medikalisierung erkennbar (Dollar 2019). Diese sind in ihren Maßnahmen und Auswirkungen auf die betroffenen Personen sehr unterschiedlich. Beide können wir jedoch vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung neoliberaler Staatlichkeit einbetten und so als zwei Seiten derselben Medaille erkennen.

Foucault betrachtet die neoliberalen Veränderungen des Modus staatlichen Regierens unter dem Begriff der „Gouvernementalisierung“ des Staates, worunter er die Anrufung zur verstärkten Selbststeuerung der Individuen versteht. Genauer bedeutet „neoliberale Gouvernementalität“ die Ausübung von Macht, indem ökonomische Vorstellungen als Basis sämtlichen Handelns gesetzt werden und eine Aufwertung und Umdeutung von Sicherheitsdiskursen, sogenannten Sicherheitsdispositiven, stattfindet (Sauer 2009: 66f.). Der neoliberale Staatsumbau spaltet das staatliche Gewaltmonopol auf in Oligopole und in

Technologien der Selbststeuerung und des Lebens. „[Es] findet eine Vervielfältigung und Kommodifizierung von Sicherheitsmechanismen statt, die sich immer weiter vom staatlichen Gewaltmonopol lösen – ohne, dass die zentralisierten Zwangs- und Überwachungstechniken dadurch eingeschränkt würden." (Lemke 2004: 94) Diese Aufsplitterung und teilweise Privatisierung staatlicher Gewalt trägt aus geschlechtsspezifischer Perspektive historische Kontinuitäten[7]. Wichtige Neuerungen im Rahmen des neoliberalen Staatsumbaus sind die verstärkte Bedeutung von Sicherheit und Unsicherheit sowie die Neuformierung staatlicher Regierungstechniken (Sauer 2009: 67). Es geht nicht um den Verlust staatlicher Kontrollmechanismen, sondern um die Neuorganisierung der Regierungstechniken (Lemke 2004: 94). Der neoliberale Wandel der Staatlichkeit ist zudem mit einem systematischen Abbau sozialer Sicherungssysteme verbunden (Sauer 2009: 70).

3.2.1. Kriminalisierung

Der Abbau der Sicherungssysteme des Wohlfahrtsstaates korrespondiert mit einem verstärkten Fokus auf innere Sicherheit (ebd.). Statt soziale Sicherheit zu garantieren, werden bedrohliche (z. B. terroristische) Szenarien beschworen, und vor diesen Sicherheitsdispositiven – bzw. mit Lemke (2004) genauer „Dispositiven der Unsicherheit" (ebd.: 95) – rückt ein militärisches Sicherheitsverständnis im Sinne des Schutzes oder der Verteidigung vor diesen Bedrohungsszenarien in den Mittelpunkt. Politik wird auf polizeiliche und kontrollierende Maßnahmen begrenzt, unter dem Versprechen einer Sicherheitsgarantie, die als Legitimation dient, grundlegende Rechte außer Kraft zu setzen (ebd.: 92). Während die sozialstaatlichen Apparate strukturell und auch finanziell geschwächt werden, erfahren die repressiven Staatsapparate Ausbau, Aufwertung und bessere Ausfinanzierung. Im neoliberalen Freiheitsdiskurs bilden Furcht, Strafe und Freiheit eine Trias (Legnaro 2000: 202). Sicherheitsdispositive sind Schattenseite und Grundlage liberaler Regierung. „Die Ausdehnung von Kontrollverfahren und die Vertiefung der Zwangsmechanismen bilden das Gegengewicht zur Etablierung neuer Freiheiten." (Lemke 2004: 90) Freiheit ist im neoliberalen Diskurs als marktförmige Vertragsfreiheit zu verstehen und bildet das Kernstück der neoliberalen Ideologie. Individuen werden als Marktteilnehmer_innen und eigenverantwortliche „Unternehmer ihrer selbst" (Legnaro 2000: 202) gesehen und sind damit Schmied_innen ihres

[7] Der „Gesellschaftsvertrag" laut klassischen Vertragstheorien (z. B. bei Hobbes, Locke, Rousseau) beruht auf der Bündelung von Gewalt beim Staat, um persönliche, physische Gewalt zu begrenzen und zu verhindern (Sauer 2009: 61). Feministische Wissenschaft hat das staatliche Gewaltmonopol jedoch als unvollständig enttarnt. Grund dafür ist, dass sich der Staat nur für die Sicherheit im öffentlichen Bereich verantwortlich sieht, der private, familiäre Bereich jedoch der Gewalt des Patriarchen unterstellt bleibt (ebd.: 64).

sozialen und ökonomischen Glücks. Durch diese Restrukturierungen etabliert sich eine neue Beziehung zwischen Freiheit, Furcht und Strafe. Sie bilden zusammen einen neuen „Regulierungscode“ (ebd.: 203). Freiheit ist in der neoliberalen Regulierung nur in der Trias mit Furcht und Strafe möglich. Furcht bezieht sich dabei als Verhaltensregulativ einerseits auf Vorkehrungen gegen Kriminalität wie auch gegen ökonomische und soziale Unsicherheiten bzw. gegen „die permanente Bedrohung durch ‚Unfreiheit‘“ (Lemke 2004: 91), die das Individuum aufgrund der Eindämmung sozialstaatlicher Gewähr für sich selbst zu treffen hat. Freiheit und Furcht stehen in einem komplementären Zusammenhang. „[I]n ‚Furcht‘ als einer individuellen Verunsicherung werden die Kosten jener ‚Freiheit‘ sichtbar, die allen einen Markt der Möglichkeiten verspricht.“ (Legnaro 2000: 203) Strafe bietet dabei die Möglichkeit, personale Verantwortung in als Tätern ausgemachten Personen zu verorten, und stellt Kausalbeziehungen zwischen Verhaltensweisen und Konsequenzen her. Diese Möglichkeit der Verortung steht im Gegensatz zu den anonymisierten, abstrakten Marktprozessen, denen die Individuen als Marktteilnehmer_innen ausgesetzt sind. Legnaros These ist, dass sich in wachsenden Strafbedürfnissen ein Unbehagen gegenüber der Verallgemeinerung von Marktlogiken ausdrückt (ebd.: 203).

Die regulatorische Kraft von Furcht lässt einen neuen vertraglichen Konsens entstehen – nicht zwischen Gesellschaftsmitgliedern, sondern zwischen Risikogemeinschaften oder der „Gefährdungsgemeinschaft“ (Lemke 2004: 93) sozial, ethnisch und ökonomisch homogener Individuen, die Gefährlichkeit in ein Außen projizieren und dadurch Ein- und Ausschlüsse erzeugen. Die Ausgeschlossenen dieses „neuartigen kontraktuellen Konsensus“ (Legnaro 2000: 207) müssen dabei durch Strafe reguliert werden. Sauer spricht im Anschluss an Legnaro davon, dass der traditionelle Gesellschaftsvertrag von einem „Individualisierungsvertrag“ (Sauer 2009: 71) abgelöst wird. Aus- und Einschlüsse strukturieren sich entlang jener Individuen, die frei sind, diesen Vertrag abzuschließen. Dabei steht der Leistungsgedanke im Zentrum der aufzuwendenden Technologien des Selbst, um als solch freies Individuum anerkannt zu werden. Exklusion und Abwertung erwarten jene, die als „nicht selbststeuerungsfähige Menschen“ (ebd.) klassifiziert werden.

Aus dieser Perspektive werden die rechtlichen punitiven Diskurse um Substanzgebrauch und Schwangerschaft als Element eines Sicherheitsdispositivs greifbar und die Kriminalisierung substanzkonsumierender schwangerer Frauen als die Exklusion aus dem Individualisierungsvertrag der sich selbst führenden Individuen sichtbar. Diese sind deshalb verstärkt Kontroll- und Zwangsmechanismen ausgesetzt, wie Inhaftierung, medizinischen

Zwangseingriffen oder vorgeschriebenen Behandlungen, sowie verstärkter sozialer Kontrolle durch Gesundheitsanbieter und ihr Umfeld (Paltrow/Flavin 2013).

3.2.2. Gouvernementale Medikalisierung

Ein zentraler Aspekt der Gouvernementalisierung von Staatlichkeit und der sich damit durchsetzenden Technologien der Selbstführung ist der Bedeutungsgewinn neoliberaler Gesundheitsdiskurse. Im Kontext von Gesundheit bedeutet Gouvernementalisierung die Anrufung eines für seine Gesundheit selbstverantwortlichen Individuums über gesundheitspolitische Strategien. Das Verhältnis zwischen Fremd- und Selbstführung, zwischen Subjektivierung und Unterwerfung lässt sich dabei nicht ableitungslogisch herleiten oder als komplementäre Pole gegenüberstellen, vielmehr handelt es sich um „Elemente eines Kontinuums“ (Schultz 2006: 222). Die Frage von Struktur- versus Handlungsebene verschiebt sich bei Foucaults Gouvernementalitätsstudien zu jener, welche Selbstverhältnisse durch Machttechnologien begünstigt werden.

Mit der zuvor skizzierten, den Neoliberalismus kennzeichnenden Ausweitung des Ökonomischen auf das Soziale und die Umdeutung des Sozialen durch ökonomische Imperative analysieren die Gouvernementalitätsstudien neue Wissensformen und Praktiken, die Individualisierung und Selbstmanagement fokussieren (ebd.: 223). Im Bereich der Gesundheitspolitik bedeutet das, dass Individuen über das Paradigma der gesundheitlichen Eigenverantwortung angerufen werden und zu einem risikominimierenden Gesundheitsverhalten angehalten sind. Die Risikodefinition unterscheidet sich je nach historisch-spezifischem Kontext und ist von Machtverhältnissen durchzogen. Teil aktueller Gesundheitsdiskurse ist die Anforderung an das Selbst, über den eigenen Körper bestens informiert zu sein und auf Basis dieser Informiertheit umfassende präventive Handlungen zu setzen (ebd.: 224). Risiken sind aus gouvernementalitätstheoretischer Perspektive als diskursive Praktiken zu verstehen, mit denen soziale Probleme in statistisch messbare Unsicherheitsfaktoren umgedeutet werden. Die so entstandenen Unsicherheiten werden durch spezifische Sicherheitstechnologien wieder bewältigbar. Susanne Schultz unterscheidet zwischen zwei Thesen in der Forschung zu Risikotechnologien: einerseits „Risiken als normalisierende Sicherheitstechnologien, die sich auf die Bevölkerung richten“, und andererseits „Risiken als normative moralische Anrufungen an das Subjekt“ (ebd.: 226).

Der Themenkomplex Substanzgebrauch und Schwangerschaft lässt sich aus beiden Perspektiven beleuchten. Den Sucht- und Abhängigkeits-Begriff der Opioidkrise ordne ich Ersterem und die Anforderungen an schwangere Frauen Letzterem zu.

Schultz führt auch den Begriff der „‚gouvernementalen' Medikalisierung" (ebd.: 231) als kritische Erweiterung klassischer Medikalisierungskritik ein. Von Letzterer übernimmt sie die Hinterfragung der Ausweitung medizinischen Wissens auf gesellschaftliche Fragen bzw. deren Umdeutung in naturwissenschaftlich-technische Probleme und die damit einhergehende thematische Verdrängung gesellschaftlicher Verhältnisse und sozialpolitischer Antworten. Auch die Historisierung des „biomedizinischen Blicks auf den Körper" (ebd.: 230) kann sie der Medikalisierungskritik abgewinnen. Sie erweitert dieses Verständnis mit dem Begriff der Gouvernementalität, um das einseitige, simplifizierende Herrschafts- und Autoritätsverhältnis der Medikalisierungskritik durch jene Foucault'sche „Vermittlung zwischen Machttechnologien und Subjektivierung" (ebd.: 222) zu ersetzen. Die Begeisterung für Selbsthilfekonzepte der alten Medikalisierungskritik lässt sie ebenso zurück, da sie Bindeglied zur aktuellen neoliberalen Anrufung der Eigenverantwortung für die individuelle Gesundheit ist (ebd.: 219).
Diese Perspektive der gouvernementalen Medikalisierung ist für mein Forschungsvorhaben erhellend, da in Diskursen um Drogenkrisen oft gesellschaftliche Schieflagen Ausdruck finden, aber nur sekundär durch ihre Umdeutung in eine dämonisierte Substanz und eine mit der Substanz assoziierten Risikogruppe. Besonders instruktiv, um Anrufungen an schwangere Frauen kritisch zu beleuchten, ist der historische Blick auf die Wissensproduktion über schwangere Körper, den die Brille der gouvernementalen Medikalisierung ermöglicht. Auf diesen werde ich im Verlauf von Kapitel 3.5. noch genauer eingehen. Bevor ich jedoch dazu komme, möchte ich meine Perspektive auf die intersektionalen Strukturkategorien „Geschlecht", „race" und „Klasse" erläutern, die die gesellschaftliche Debatte um Drogenkrisen prägen. Ob Substanzen gesellschaftlich mit einer *weißen* Mittelschicht assoziiert werden, wie im Fall von Opioiden, oder mit einer Schwarzen, ökonomisch marginalisierten Schicht verknüpft werden, wie bei Crack-Kokain, schließt an unterschiedliche gesellschaftliche Ressentiments und Ängste an. Schwangere Frauen befinden sich aufgrund ihrer zugeschriebenen Rolle als Reproduzentinnen der sozialen Ordnung an einem Knotenpunkt dieser Ängste. Wie ich diese Strukturkategorien konzipiere, lege ich deshalb im folgenden Abschnitt dar.

3.3. Intersektionalität, gesellschaftliche Strukturen und Subjektivität

Meine Untersuchung der medialen Diskurse zu Schwangerschaft und Opioidgebrauch basiert auf einem intersektionalen Verständnis, das nach vergeschlechtlichten, klassenspezifischen und rassifizierten Narrativen in der Berichterstattung fragt. Folgend skizziere ich deshalb, wie ich mithilfe dieses Verständnisses die genannten Strukturkategorien begreife und diese aus einer gesellschaftstheoretischen und staatstheoretischen Perspektive in Verbindung zu gesellschaftlichen Strukturen setze.

Intersektionalität bezeichnet einen Paradigmenwechsel innerhalb der Sozialwissenschaften im Allgemeinen und der Geschlechterforschung im Besonderen. Intersektionalitätsansätze bilden sich durch die Kritik vor allem Schwarzer Feministinnen und Feministinnen of Color an der Universalität der Strukturkategorie „Geschlecht" in feministischer Theoriebildung heraus (wegweisend hier u. a. Crenshaw 1989). Bemängelt wurde die analytische Leerstelle eines *weißen*, bürgerlichen Feminismus bezüglich der Strukturkategorien „Ethnizität" bzw. „race" sowie „Klasse" und deren unzureichend thematisierter Wechselwirkungen. Die Triade *race – class – gender* findet seitdem Eingang in theoretische Bemühungen. Wie genau deren Verhältnis zu konzipieren ist, ist Gegenstand unabgeschlossener Debatten. Klar ist, dass das Verhältnis komplexer ist als eine rein additive Schichtung von Ungleichheitsstrukturen im Sinne einer „Mehrfachdiskriminierung" (Soiland 2012: o. S.).
Aus einem gesellschaftheoretischen Blickwinkel gilt es zu betonen, dass das Verhältnis von identitätsbildenden Strukturkategorien und gesellschaftlichen Strukturen nicht einseitig hinsichtlich der Identität aufgelöst wird. Ein kritischer Intersektionalitätsansatz setzt vielmehr an allen drei gesellschaftlichen Ebenen an und versucht, diese in ihrer interdependenten Wechselwirkung zu analysieren. Die drei Ebenen gestalten sich aus Mikroebene (Prozesse der individuellen Identitätsbildung), Mesoebene (interpersonale kulturell und politisch bedeutungsvolle Interaktionen) und Makroebene (institutionell-staatliche und strukturelle Rahmenbedingungen, Praktiken und Normen) (Sauer/Wöhl 2008: 258). „Geschlecht", „Klasse" und „Ethnizität"/„race" sind auf allen dieser drei Ebenen wirkmächtig.
Staatliche und zivilgesellschaftliche Akteur_innen tragen ihre Interessen mit unterschiedlichen ihnen zu Verfügung stehenden Machtressourcen im Staat als Terrain oder „Arena der Auseinandersetzung" (ebd.: 260) entlang hegemonialer Positionen aus. Diese Prozesse sind nur im Rahmen kapitalistischer Vergesellschaftung und ihrer staatlich-institutionellen Ausprägung denkbar, denn „[d]ie Eigenschaft kapitalistischer Staatlichkeit ist es gerade, den Prozess der Verdichtung flexibel zu gestalten, also die Intersektionen je nach der Notwendigkeit staatlicher

Kohäsion zu formen“ (ebd.: 259). Das Verhältnis von Subjektivität und Strukturen ist so konzipiert, dass Subjektivierung als der Prozess der Aneignung von Ungleichheitsstrukturen gesehen wird. Subjekte sind also nicht nur passiv den Ungleichheitsstrukturen unterworfen, sondern es findet ein ambivalenter Aneignungsprozess statt, der durch Überdeterminierung zu charakterisieren ist und in dem potenzielle Handlungsspielräume eingelagert sind. Die Strukturkategorien sind dabei nicht monolithisch voneinander zu trennen, sondern stehen in einem ebenso überdeterminierten Verhältnis und konstituieren sich gegenseitig (ebd.: 258).

3.4. Neoliberale Geschlechterverhältnisse

Im Rahmen der neoliberalen Gouvernementalisierung des Staates erfolgt auch die Produktion von Unsicherheit als „neue Unsicherheitsregime“ (Sauer 2009: 67), die neue geschlechtsspezifische Strukturen der Herrschaft und Abhängigkeit entstehen lassen. So sind die aktuellen Transformationen von Staatlichkeit durch einen systematischen Abbau sozialer Sicherungssysteme und deren zunehmende Privatisierung gekennzeichnet. Damit sind Personen auf prekäre familiär und privat organisierte Sicherungssysteme angewiesen, die Frauen verstärkt in traditionelle Geschlechterzuschreibungen zurückwerfen. Der postfordistische Staat schließt Fürsorgearbeit systematisch aus gesellschaftlichen Überlegungen aus und macht diese unsichtbar. Dadurch forciert er unbezahlte Reproduktionsarbeit von Frauen oder ihre kommodifizierte Weitergabe entlang rassifizierter und klassenspezifischer Trennungslinien. Die Privatisierung von sozialen Sicherungssystemen drängt Frauen durch ihre sekundäre Integration in den Arbeitsmarkt (oftmals in prekären Teilzeitarbeitsverhältnissen, schlechter entlohnt, mehrfache Arbeitsbelastung durch Fürsorgearbeit) in persönliche Abhängigkeitsverhältnisse. Diese Rücknahme von *social citizenship* und die sukzessive Entmächtigung, also das *disempowerment* von Frauen, erhöhen die strukturelle Gewaltförmigkeit der aktuellen Geschlechterverhältnisse und die Verletzungsoffenheit von Frauen für physische Gewalt (Sauer 2009: 67, 69).

Gleichzeitig werden Frauen im Neoliberalismus als geschlechtslose Marktteilnehmer adressiert. Die widersprüchlichen Anforderungen an Frauen, sowohl für die unsichtbar gemachte Reproduktionsarbeit verantwortlich zu sein als auch sich vollständig in die Konkurrenz des Marktes einzugliedern, reproduzieren vor dem Hintergrund des neoliberalen Idealbilds von Flexibilität, Mobilität und uneingeschränkter beruflicher Verfügbarkeit – nicht begrenzt durch Erziehungs-, Fürsorge oder Haushaltsarbeiten – alte ordnungsstiftende Geschlechterbilder. Männlichkeit wird mit Unabhängigkeit, Leistungswillen und

Handlungsfähigkeit verbunden, während Weiblichkeit mit Abhängigkeit, Immobilität und Inflexibilität assoziiert wird (ebd.: 68).

Im Rahmen meines Forschungsvorhabens werfe ich ein Augenmerk darauf, ob und wie die gesellschaftlichen Bedingungen von substanzgebrauchenden schwangeren Frauen Eingang in die Berichterstattung finden. Zum Beispiel sind physische Gewalterfahrungen und daraus resultierende Trauma Erklärungsmuster für Suchtproblematiken in Teilen des untersuchten Materials. Doch werden die gesellschaftlichen Verhältnisse, die zu diesen Erfahrungen führen, benannt, oder werden Frauen mit diesen Erzählungen vor allem auf eine viktimisierte Position festgeschrieben? Welche Geschlechterbilder ruft die mediale Berichterstattung an? Welche Vorstellungen von Mutterschaft vermittelt sie? Wie wird das Bild idealer Mutterschaft von rassifizierten und klassenspezifischen Diskursen strukturiert?

3.5. Der gefährdete Fötus und die Responsibilisierung schwangerer Frauen

Was bedeutet das explizierte gouvernementalitätstheoretische Verständnis von Sucht und intersektionalen Geschlechterverhältnissen nun für das Forschungsfeld von Substanzgebrauch in der Schwangerschaft? Dass der Substanzgebrauch von Frauen und besonders der von schwangeren Frauen von gesellschaftlichem Interesse ist, hängt fundamental mit unserer Wahrnehmung von Schwangerschaft und der damit verbundenen Konzeption des Pränatalen und des Fötus zusammen. Schwangere Frauen, die Substanzen konsumieren, erhalten rechtliche und mediale Aufmerksamkeit aufgrund der potenziell schädlichen Wirkung des Konsums für die fötale Gesundheit. Die Wahrnehmung des Fötus und des Pränatalen, wie wir sie heute kennen, und die damit einhergehenden Verantwortungszuschreibungen an Frauen während der Schwangerschaft sind jedoch keine ahistorischen Konstanten.

Eine wissenshistorische Untersuchung der Geschichte „des Ungeborenen“ zeigt, dass im 18. Jahrhundert Schwangerschaft noch als eine Phase der Ungewissheit galt. Es gab Zeichen, die darauf hindeuteten, ob eine Schwangerschaft vorliegt oder nicht, wie das Aussetzen der Menstruation, Bewegungen im Unterleib und ein anschwellender Bauch. Bestätigt wurde die Schwangerschaft jedoch erst mit der Geburt des Kindes (Duden 1999: 16). Die Zeit zwischen Befruchtung und Geburt wurde von damaligen Ärzt_innen als Zeit des Unvorhersehbaren gesehen (ebd.: 13).

Mit neuen Bildgebungstechniken im medizinischen Bereich, vor allem der Entwicklung und Verbreitung des Ultraschalls, hat sich die Wahrnehmung von Schwangerschaft grundlegend verändert. Durch die neuen technologischen Untersuchungsverfahren sind schwangere

Personen, ihre Körper und ihr Verhalten verstärkt zum Objekt von Medikalisierungsprozessen geworden. Der Embryo oder Fötus ist von der schwangeren Frau zunehmend abgespalten worden und wird nunmehr als Entität gesehen, die in Wechselwirkung mit der schwangeren Person steht. Mit dieser relationalen Konzeption ist Schwangerschaft von einer Phase des Ungewissen zu einer Zeit der Einflussnahme geworden. „Embryogenese und fötale Existenz" (Arni 2012: 55) werden zu einer Etappe der menschlichen Entwicklung und in Form unterschiedlicher pränataler Einflüsse auch Teil der individuellen Biografie (ebd.). Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts verband sich das Konzept des Pränatalen als Einflussrahmen mit bevölkerungspolitischen Überlegungen.
„In diesem Kontext lässt sich das Konzept des Pränatalen auch als ein biopolitisches Dispositiv begreifen, das die künftige Bevölkerung in Gestalt ‚vulnerabler Föten' problematisierte." (Arni 2012: 56) Statt Lebensbedingungen zu problematisieren und sozialpolitische Maßnahmen zu setzen, rückt in diesem Dispositiv, das auf individuelle Responsibiliesierung sowie Optimierung setzt, das Pränatale in Form der Lebensführung der schwangeren Frau ins öffentliche Interesse (ebd.: 60). „The pregnant body – formerly the metaphor for the hidden, the secret, and the invisible – is turned into a space for public inspection." (Duden 1999: 24)

Wie eben nachgezeichnet, ist der schwangere Körper im Zuge der Medikalisierung zum Ort gouvernementaler Selbsttechnologien – „care of the self" – geworden, zusätzlich aber auch Ort der Sorge um das ungeborene Andere – „care of the (unborn) other" (Lupton 2013: 94). Dabei hat sich ein Risikodiskurs um den schwangeren Körper entwickelt. In diesem wird jedoch nicht die schwangere Frau als gefährdet gesehen, sondern der Embryo oder Fötus in ihrem Körper. Die Gefährdung bzw. das Risiko wird in der schwangeren Frau selbst und in den Einflüssen, denen sie sich aussetzt, gesehen. In diesem Risikodiskurs ist die schwangere Frau über das Paradigma der Verantwortung angerufen, sich bei Expert_innen über risikominimierende und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu informieren und sich, ihren Körper und seine Bedürfnisse dem Primat ihrer Informiertheit und rationalen Kontrolle zu unterstellen. Gleichzeitig werden schwangere Frauen im populären und medialen Diskurs oft als irrational dargestellt und so, als wären sie den Bedürfnissen ihrer Körper ausgeliefert (ebd.: 95). Diese widersprüchliche Darstellung suggeriert Zweifel in der öffentlichen Wahrnehmung über die Selbstführungsfähigkeiten schwangerer Frauen und darüber, was sie ihrem Körper und damit dem Embryo oder Fötus zuführen. Lupton arbeitet mit dem Konzept „reproductive citizenship" (ebd.: 93), um die moralische Anrufung schwangerer Frauen, ihr Verhalten selbstregulierend auf das Wohlergehen des Fötus auszurichten, auf den Punkt zu bringen. Schwangere Frauen

werden darin als verantwortungsbewusste Akteurinnen ihres eigenen Körpers und der Gesundheit des Embryos oder Fötus dargestellt, während sie gleichzeitig das Risiko bergen, ihn ungewollten Substanzen auszusetzen. Die Umdeutung des schwangeren Körpers in eine risikoreiche maternale Umwelt, die qua Eigenverantwortung und Selbsttechnologien Schutz bieten soll für einen heranwachsenden, von ihr gefährdeten Fötus, findet mit einem wachsenden Kanon an wissenschaftlicher Literatur zu den Auswirkungen maternalen Verhaltens auf den Fötus immer mehr Zuspruch (ebd.: 95; Duden 1999: 24). Aber nicht nur die Zeit „während" der Schwangerschaft, sondern auch „vor" der Schwangerschaft wird zu einer Periode intensiver Vorbereitung umgedeutet, die, wenn nicht verantwortungsvoll genutzt, zu womöglich lebenslangen negativen Folgen für das prospektive Kind führen könnte (ebd.: 96). So erschien 2005 eine Reihe an Empfehlungen für „preconception care" der *Centers for Disease Control and Prevention* und 35 Partnerorganisationen (Frey et al. 2008 zit. n. Lupton 2013: 96).

Schwangere Frauen sind sich der öffentlichen Aufmerksamkeit und Überwachung sowie der potenziellen Risiken für den Fötus während der Schwangerschaft sehr bewusst und versuchen, ihr Verhalten demnach anzupassen. Empirische Studien, die in Großbritannien, den USA, Australien, der Schweiz und Deutschland durchgeführt wurden, haben gezeigt, dass schwangere Frauen oft Schuldgefühle haben, wenn sie glauben, gegen die Verhaltensnormen verstoßen und damit den Fötus potenziell einem Risiko ausgesetzt zu haben (ebd.: 102). Eine Studie mit schwangeren Frauen aus der Schweiz zeigt auch Widerstand gegen die Anrufung der risikominimierenden Subjektivierung (Burton-Jeangros 2011 zit. n. Lupton 2013: 102). Die interviewten Frauen drücken ihre Ablehnung gegenüber den Erwartungen aus, ihr Verhalten entgegen ihren eigenen Bedürfnisse zu modifizieren, und zweifeln die Korrelation mancher Praktiken mit negativen Auswirkungen auf die fötale Gesundheit an oder deuten auf Unsicherheiten diesbezüglich hin. Aber auch sie äußern Schuldgefühle, wenn sie sich nicht an die zugeschriebenen Normen halten (ebd.: 103).
Im Kontext dieser normativen Anrufungen an schwangere Frauen ist auch der Diskurs der Opioidkrise und substanzgebrauchender schwangerer Frauen zu verorten. Er ist gekennzeichnet von historischen „Entdeckungen" der nachteiligen Auswirkung verschiedener Substanzen auf den Fötus – vom fötalen Alkoholsyndrom, das in den 1970ern das erste Mal diagnostiziert wurde (Lupton 2013: 98), zur pränatalen Crack-Kokain-Exponierung (Campbell 2000; Murphy/Sales 2001) bis zum aktuellen neonatalen Abstinenzsyndrom (Bridges 2020: 795). Studien zeigten mittlerweile, dass im Fall von Crack-Kokain für Symptome, die auf den Konsum während der Schwangerschaft zurückgeführt wurden, mit hoher Wahrscheinlichkeit

andere Faktoren wie Armut und eine fehlende Gesundheitsversorgung ausschlaggebender waren (Murphy/Sales 2001: 78). Durch die gouvernementale Medikalisierung der sozialen Faktoren von nachteiligen Schwangerschaftsauswirkungen und der individuellen Responsibilisierung schwangerer Frauen und ihres Verhaltens rücken die gesellschaftlichen Macht- und Reproduktionsverhältnisse jedoch regelmäßig aus dem Blick und werden durch Berichte über „opioid-abusing moms“ (Kristof 2019: 1) und „drug-addicted newborns“ (ebd.: 2) ersetzt, wie ich im Analyseteil zeige.

Die erläuterte Perspektive gibt uns Konzepte an die Hand, mit denen wir nach den Anrufungen an substanzgebrauchende, schwangere Frauen im Material fragen können. Dabei rücken zum Beispiel Fragen nach der Bedeutung des Fötus in der medialen Berichterstattung in den Vordergrund sowie Fragen danach, wer oder was als risikohaft oder einem Risiko ausgesetzt diskursiv hergestellt wird, wessen Gesundheit im Fokus steht, welche Bedeutung dem individuellen Verhalten schwangerer Frauen gegenüber gesellschaftlichen Bedingungen zugemessen wird und welchen Platz Wissen und Informiertheit in Zusammenhang mit Körperlichkeit und besonders Schwangerschaft einnimmt.

4. METHODE

4.1. Diskurs- und Rahmenanalyse

In meiner Forschungsarbeit wende ich eine Kombination aus Diskursanalyse und Rahmenanalyse (*Frame Analysis*), eine spezifische Subvariante der Diskursanalyse, an. Die Diskursanalyse hat zahlreiche Anwendungsmöglichkeiten, ich nutze sie zur kritischen Rekonstruktion eines Ausschnitts der öffentlichen Debatte über Substanzgebrauch während der Schwangerschaft. Die Rahmenanalyse wende ich an, um herauszufinden, welche Problemkonstruktionen innerhalb dieser Debatte diskursiv hergestellt werden (Blatter et al. 2018: 123).

Die Definition des Begriffs „Diskurs" geht in der angewendeten Diskursanalyse nach Diaz-Bone (2006) zurück auf Michel Foucault und wird als „sozio-historisch spezifische Wissenspraxis" (ebd.: 251) bestimmt.

> „Foucault verwendet den Begriff der diskursiven Praxis, um hervorzuheben, dass der Diskurs nicht ein explizites Wissen (etwa der Bestand von Informationen zu einem Thema), sondern eine überindividuelle Praxis ist, die das pulsierende Wissen und insbesondere die Art und Weise des Denkens und des Äußerns darstellt." (ebd.)

Diskurse sind dabei Orte der Aushandlung, an denen darum gekämpft wird welche Position sich hegemonial durchsetzen kann. Diskursanalysen interessieren sich damit auch immer für die den Diskursen eingeschriebenen Machtverhältnisse (Blatter et al. 2018: 126). In der Vorgehensweise der Diskursanalyse orientiere ich mich an den sieben Punkten, die bei Diaz-Bone (2006) formuliert sind. Diese gliedern sich in 1) „Theorieformierung", 2) „Sondierungsphase", 3) „Provisorische Korpuserstellung, Formulierung heuristischer Fragen", 4) „Oberflächenanalyse", 5) „Beginn der Rekonstruktion der diskursiven Beziehungen", 6) „Fertigstellung der Rekonstruktion", 7) „Ergebnisaufbereitung und Rückbezug" (ebd.: 257 ff.). Im dritten Punkt, der Formulierung heuristischer Fragen an das Material, orientiere ich mich im ersten Schritt an den Forschungsinteressen der Rahmenanalyse und im zweiten Schritt stelle ich mir aus meiner theoretischen Perspektive abgeleitete Fragen (siehe Abschnitt 5.2.2.). Rein und Schön (1996) unterscheiden in der Rahmenanalyse Bedeutungsrahmen (*rhetorical frames*) von Handlungsrahmen (*action frames)*. Handlungsrahmen werden auf Basis der von politischen Akteur_innen gesetzten Handlungen rekonstruiert, z. B. in Form von legislativen Prozessen oder der Formulierung politischer Programme. Ich fokussiere mich in meiner Analyse jedoch auf Bedeutungsrahmen (ebd.: 91). Diese werden über politisch relevante Texte rekonstruiert. Die Rahmenanalyse fragt danach „what gives the text its appearance of coherence,

persuasiveness, and obviousness“ (ebd.: 90). Sie beforscht die untersuchten Texte nach ihren Problemdiagnosen und den damit zusammenhängenden Lösungsvorschlägen (ebd.: 91). Themen können je nachdem, in welchem Rahmen sie platziert werden, unterschiedliche Bedeutungen annehmen und verschiedene Probleme sichtbar oder unsichtbar machen (Gerhards 2004: 312).

Meine empirische Untersuchung besteht also aus einem zweistufigen Vorgehen. Der allgemeine Vorgang orientiert sich an den diskursanalytischen Schritten, die bei Diaz-Bone (2006) beschrieben sind. Erweitert habe ich diese Schritte mit den analytischen Interessen der Rahmenanalyse, um die Bedeutungsrahmen zu rekonstruieren, die im untersuchten Material die Opioidkrise und den Opioidgebrauch von schwangeren Frauen problematisieren. Sofern es spezifische vergeschlechtlichte, rassifizierte und klassenspezifische Diskurse innerhalb dieser Bedeutungsrahmen gab, bettete ich diese in die Darstellung der Rahmen im ersten Teil des Analysekapitels ein (siehe Kapitel 6.1.). Im zweiten Teil des Analysekapitels (siehe Kapitel 6.2.) beleuchte ich vergeschlechtlichte, rassifizierte und klassenspezifische Diskurse noch etwas tiefergehend in einzelnen Abschnitten mit Schwerpunkt auf die jeweilige Strukturkategorie, deren Diskurse sich aber immer mit den anderen Strukturkategorien überschneiden und nur als intersektionale zu begreifen sind.

4.2. Operationalisierung

4.2.1. Materialkorpus

Gerhards (2004) betrachtet das „massenmediale Forum“ (ebd.: 300) als das bedeutendste öffentliche Forum zur Beeinflussung politischer Entscheidungsträger_innen, da sich in dessen „Galerie“ (ebd.) die meisten Bürger_innen befinden. Da die Art und Weise der medialen Repräsentation der Opioidkrise und des Opioidgebrauchs schwangerer Personen Einfluss darauf hat, wie dieses Phänomen in der Öffentlichkeit wahrgenommen und politisch bearbeitet wird, entschied ich mich in meiner empirischen Studie für die Analyse der Berichterstattung in der überregionalen Tageszeitung *New York Times*. Die *New York Times* ist die auflagenzweitstärkste Zeitung der USA und hat als solche in vergangenen Drogenkrisen den Diskurs um die Substanzgebrauchenden entscheidend mitbestimmt (Reinarman/Levine 2004: 185; Springer 2010; Bridges 2020: 792 f.). Zudem formen sogenannte Qualitätszeitungen auch welche Themen in anderen Medien aufgegriffen werden (Gerhards 2004: 304).

Den Untersuchungszeitraum legte ich über fünf Jahre zwischen 01.01.2015 und 31.12.2019 fest, um die Zeit vor sowie nach der Ausrufung der Opioidkrise als „national public health emergency“ (HHS 2017) 2017 abzudecken. Ich klammerte bewusst das Jahr 2020 aus, da mit

Verbreitung des Corona Virus andere gesundheitspolitische Themen an die Tagesordnung und in den medialen Fokus rückten. Die untersuchten Artikel stammen aus der Datenbank *Gale General Onefile* und wurden durch eine Volltext-Suche mit dem Suchalgorithmus „pregnancy AND opioid“ (20 Ergebnisse) sowie „pregnant AND opioid“ (61 Ergebnisse) gesucht. Nach einer mehrphasigen Sondierung entsprachen 22 Artikel davon dem Kriterium, dass Schwangerschaft und Opioidgebrauch erwähnt werden. Wichtig zu erwähnen ist, dass ich auch Artikel analysierte, in denen der Opioidgebrauch nicht während der Schwangerschaft stattfindet, um die diskursive Verbindung der beiden Themen in der Berichterstattung auszuloten.

4.2.2. Theoriegeleitete Fragen an das Material

Im Verlauf der Rahmenanalyse stellte ich folgende Fragen an das Material:

- Was wird in Zusammenhang mit der Opioidkrise problematisiert? Was wird in Verbindung mit dem Substanzgebrauch schwangerer Frauen problematisiert?
- Welche Themen stehen dabei im Vordergrund und welche Lösungsvorschläge werden erkennbar?
- Wer wird als Verantwortliche_r gezeichnet und wer als Betroffene_r?

Aus den theoretischen Überlegungen zur Responsibilisierung schwangerer Frauen leitete ich folgende Fragen ab, um mich den diskursiven Verknüpfungen von Substanzgebrauch und Schwangerschaft sowie den Anrufungen an substanzgebrauchende schwangere Frauen anzunähern und damit verbunden auch vergeschlechtlichten Diskursen:

- Wie wird Substanzgebrauch und Schwangerschaft in Verbindung gesetzt?
- Welchen Platz nimmt das Konzept des Fötus in der Berichterstattung ein? Wie werden schwangere Frauen mit dem Fötus in Beziehung gesetzt?
- Welche Rolle spielt Risiko und Risikomanagement in der Schwangerschaft in Bezug auf Substanzgebrauch? Was oder wer wird in Bezug auf Schwangerschaft und Substanzgebrauch als riskant gesehen und als einem Risiko ausgesetzt?
- Welche Rolle nimmt Wissen und Informiertheit über die eigene Gesundheit und den (schwangeren) Körper ein?
- Welcher Zusammenhang wird zwischen Frauen allgemein und der Möglichkeit schwanger werden zu können hergestellt?

- Welche Mutterbilder werden angerufen? Wer ist ein-/ausgeschlossen aus dieser idealisierten Vorstellung?

Um vergeschlechtlichte, rassifizierte und klassenspezifische Diskurse in Zusammenhang mit Substanzgebrauch zu erkennen orientierte ich mich an den gouvernementalitätstheoretischen Überlegungen zum Suchtdispositiv und an den Konzepten der Kriminalisierung und der gouvernementalen Medikalisierung. Zudem richtete ich die leitenden Fragen an Zuschreibungen für Substanzgebrauch, die ich aus Forschungen zu vergangenen Drogenkrisen und der aktuellen Opioidkrise (siehe Kapitel „Forschungsstand“) ableitete, aus:

- Werden Menschen in Bezug auf Substanzgebrauch zur Selbststeuerung angerufen (zum Beispiel über Erklärungsmuster individueller Verantwortung und Schuld)? Wer wird verstärkt zur Selbststeuerung angerufen? Wer wird diskursiv als der Selbstführung mächtig dargestellt, wer nicht (zum Beispiel als rational und wissend entgegen emotional und unwissend)?
- Nehmen gesellschaftliche Rahmenbedingungen einen Platz in Erklärungsmustern von Substanzgebrauch ein? Sind Erklärungsmuster für Substanzgebrauch individuell, biografisch, privat oder systematisch, strukturell, öffentlich?
- Wie wird Sucht begriffen (zum Beispiel als individuelle moralische Schwäche oder als Substanzgebrauchsstörung)?
- Wird Substanzgebrauch mit kriminalisierenden Diskursen in Verbindung gesetzt, indem er zusammen mit Themen wie Drogenkriminalität, Strafjustiz, Verhaftungen, Polizeiarbeit diskursiv platziert wird? Werden diese Themen auf kriminalisierende (zum Beispiel individualisierend und strafend) oder gesellschaftskritische Weise (zum Beispiel in Form der Problematisierung von Inhaftierungen schwangerer, substanzgebrauchender Frauen) betrachtet?
- Wird Substanzgebrauch im Rahmen medikalisierender Diskurse platziert, indem Themen wie Gesundheit, Therapie, Sucht als Krankheit im Vordergrund stehen? Werden diese Themen auf medikalisierende (zum Beispiel individualisierend und als rein medizinwissenschaftliches Thema) oder auf gesellschaftskritische Weise beleuchtet (zum Beispiel in Form des Zugangs zum Gesundheitssystem)?
- Wessen Substanzgebrauch wird mit welchen Themen und Diskursen (zum Beispiel medikalisierend, kriminalisierend, gesellschaftskritisch) verbunden?
- Mit wem werden normalisierende oder pathologisierende Diskurse verbunden (zum Beispiel Argumentationen, dass Suchtproblematik jeden treffen könne oder eher

Abwertung als ‚nicht normal'‘)? Wessen Substanzgebrauch hat eine bzw. keine komplexe Hintergrundgeschichte? Wer ist schuldig/unschuldig?

- Mit welchen Bewertungen sind Stadt und Land in Zusammenhang mit Substanzgebrauch aufgeladen (Schwarz/*weiß*, gewöhnlich/überraschend, gefährlich/ungefährlich)?

4.2.3. Codierung und Auswertung

Die Codierung erstellte ich computergestützt mithilfe der qualitativen Datenanalyse-Software MAXQDA. In einer ersten Oberflächenanalyse kategorisierte ich die Artikel und hielt sie tabellarisch nach Themenschwerpunkten fest. Für die Rekonstruktion der diskursiven Beziehungen codierte und analysierte ich die Aussagen innerhalb der Artikel. Die einzelnen Codes entwickelte ich zunächst deduktiv anhand der theoriegeleiteten Fragen an das Material und erweiterte und überholte sie induktiv während dem Codierungsprozess. Verwendete Codes sind zum Beispiel „individuelle Verantwortung“, „Schuld“, „Fötus“, „Mutterbild“, „Stadt“, „Land“, „Kriminalität“, „Gesundheit“ (mit Untercodes wie beispielsweise „Gesundheitsrechte“, „Substitutionstherapie“), „Medicaid“, „privat versichert“. Mithilfe von MAXQDA konnte ich mir für die Auswertung jeweils relevante Textsegmente zu einem bestimmten Code, zu Codeüberschneidungen oder zu einer Codefamilie anzeigen lassen. Anhand dieser Übersichten von codierten Textsegmenten rekonstruierte ich die Bedeutungsrahmen, indem ich mir die Problemdefinitionen gesammelt anzeigen ließ und sie dahingehend unterschied welche Codes bzw. Themen und Narrative innerhalb dieser am wichtigsten waren. Daraus abstrahierte ich folgende Bedeutungsrahmen und analysierte wer welche Position, zum Beispiel Verantwortliche oder Betroffene, innerhalb der Rahmen einnimmt:

- Zugang zum Gesundheitssystem und der *Affordable Care Act*
- Umstrittene Substitutionstherapie
- Die Belastung ländlicher Krankenhäuser
- Verschreibungspraxis und Pharmaunternehmen
- Die vergessene Stadt
- Kriminalisierung schwangerer Personen

Für die Rekonstruktion der vergeschlechtlichten, klassenspezifischen und rassifizierten Diskurse durchsuchte ich das Material mithilfe zunächst deduktiver und später auch induktiver Codes. Für vergeschlechtlichte Zuschreibungen und Narrative befragte ich das Material zum

Beispiel mit folgenden Codes: „Schwangerschaft“, „Mutterschaft“, „Körperlichkeit“, „Privatsphäre“, „Schuld“, „Trauma“.
Klassenspezifische Zuschreibungen und Narrative machte ich um Beispiel anhand folgender Codes fest: „Medicaid“, „privat versichert“, „ökonomisch deprivierter Lebensraum“, „wohlständischer Lebensraum“.
Rassifizierte Zuschreibungen und Narrative eruierte ich beispielsweise mithilfe folgender Codes: „Stadt“, „Land“, „Vorstadt“. Dabei orientierte ich mich an Untersuchungen, die zeigen, dass diese geographischen Codes als rassifizierte Marker im *colorblind*-Diskurs fungieren. Wie diese Untersuchungen auch, glich ich die jeweiligen Gebiete mit demographischen Daten ab (Netherland/Hansen 2016: 667).
Diese Narrative analysierte ich im Hinblick auf die Bedeutungsrahmen im ersten Teil des Analysekapitels und noch einmal genauer mit Schwerpunkt auf die jeweiligen Strukturkategorien im zweiten Teil des Analysekapitels, wozu ich die Kapitelabschnitte auch nach diesen unterteilte. Trotz dieser Unterteilung begreife ich *race,* Klasse und Geschlecht als intersektionale Strukturkategorien, die sich einzig in ihrer interdependenten Wechselwirkung Bedeutung verleihen und nie nur alleine auftreten.
Durch meine gouvernementalitätstheoretische Lesart ergaben sich mit Blick auf die vergeschlechtlichten Diskurse folgende zentrale Kategorien:

- Risiko, Wissen und Körperlichkeit als Responsibilisierungsanrufungen an (schwangere) Frauen
- Der Biographische Blick auf weiblichen Substanzgebrauch als individualisierende Erklärung
- *Rooming-in* und die Mutter-Kind-Beziehung als Anrufungen an Frauen als primäre Betreuungsperson
- Trauma als medikalisierende Perspektive auf gewaltvolle Geschlechterverhältnisse
- Der Zusammenhang von Schuld und Gewissenhaftigkeit als *weiß* markierte Fähigkeit zur Selbststeuerung

Rassifzierte Diskurse bettete ich vor allem vor dem Hintergrund zentraler Thesen von Netherland und Hansen ein:

- Die Überraschung *weißen* Substanzgebrauchs (Netherland/Hansen 2016: 672)
- Die unschuldige Genese *weißen* Substanzgebrauchs (ebd.: 673)
- Ein-/Auschlüsse aus dem gesundheitspolitischen *framing* der Opioidkrise

Klassenspezifische Diskurse befragte ich in Anlehnung an Untersuchungen zur Methamphetaminkrise besonders auf normalisierende und pathologisierende Erzählungen bzw. *othering*-Prozesse (Linnemann/Wall 2013; Murakawa 2011):

- Normalisierung von Opioidgebrauch als gesundheitspolitisches Thema der ökonomisch Marginalisierten
- Mutterschafts-Ideale und der amerikanische Mittelschichts-Traum

Die Bedeutungsrahmen und Diskurse bezog ich im Fazit zurück auf meine Analyse des historischen, rechtlichen und gesundheitspolitischen Kontexts der Opioidkrise und des politischen und medialen Fokus auf schwangere, substangebrauchende Frauen.

5. KONTEXTANALYSE

5.1. Historischer Kontext: Die Konstruktion von Drogenkrisen und ihren Subjekten

Die Einordnung aktueller medialer Diskurse über Schwangerschaft und Substanzgebrauch in gesellschaftliche Herrschafts- und Machtverhältnisse wäre ohne den Hintergrund vergangener Drogenkrisen unvollständig. Je nach Substanz gehen verschiedene vergeschlechtlichte, rassifizierte und klassenspezifische Konstruktionen mit dem Konsum einher. Erst im historischen Rückblick werden die Kontinuitäten und Differenzen im politischen und medialen Umgang mit den verschiedenen sozialen Gruppen, die mit dem Konsum bestimmter Substanzen assoziiert werden und dadurch als besonders sichtbare Subjekte dieser Krisen in Erscheinung treten, erkenntlich. So ermöglicht die historische Perspektive positive Veränderungen in der aktuellen medialen Berichterstattung über Substanzgebrauch in der Opioidkrise zu erkennen. Gleichzeitig befragt sie diese, wie sie verknüpft sind mit der Wahrnehmung der Opioidkrise als *weiße* Krise im Vergleich zu vergangenen rassifizierten Drogenkrisen wie der Crack-Kokain-Krise, auf deren Entstehungszusammenhang ich in diesem Kapitel eingehen werde. Der historische Blickwinkel vermag es auch, die anhaltenden Anklagen und Prozesse gegen substanzgebrauchende schwangere Frauen und die Angriffe auf ihre Rechte als Erbe der ersten Kriminalisierungswelle gegen jene Frauen in der Crack-Kokain-Ära auszuweisen (siehe Kapitel 5.2.). Im politischen und gesellschaftlichen Kontext der Crack-Kokain-Krise bildeten sich folgenreiche Zuschreibungen gegenüber substanzgebrauchenden schwangeren Frauen aus. Ein Rückblick auf diese Zeit dient als historische Folie, um die komplexen Herrschafts- und Machtverhältnisse, die den gesellschaftlichen Umgang mit Substanzgebrauch in der Schwangerschaft damals wie heute strukturieren, aufzuzeigen.

5.1.1. Entstehungszusammenhang: Die Crack-Kokain-Krise als historischer Spiegel

Während der Crack-Kokain-Krise stieg die rechtliche Verfolgung schwangerer, substanzgebrauchender Frauen schlagartig an (Amnesty International 2017: 22). In dieser Zeit legten Politik und Medien erstmals einen intensiven Fokus auf substanzgebrauchende, schwangere Frauen und Mütter. Ausschlaggebend für diese erhöhte Aufmerksamkeit waren mehrere Entwicklungen. Zum einen fand während der Amtszeit Ronald Reagans repressive Drogenpolitik unter dem Slogan *war on drugs* vermehrt Zuspruch. Der Ausbau der repressiven Staatsapparate im Rahmen des *war on drugs* vollzog sich zudem gleichzeitig mit einem systematischen Abbau des Sozialbereichs, in dessen Begleitung sich auch politische Diskurse um Armut veränderten und zusehends stigmatisierender wurden. Die Unterstützung dieser

Politiken von der damaligen medialen Berichterstattung verhalf den Kürzungen im Sozialbereich zu breiter öffentlicher Akzeptanz und schuf ein wirkungsvolles Feindbild von Menschen, die Sozialleistungen bezogen, das schließlich in der Konstruktion der rassistischen und sexistischen Figur der *Crack Mother* kulminierte. Im Folgenden werde ich auf diese zentralen gesellschaftlichen Prozesse eingehen.

Crack-Kokain und der *war on drugs*

Die politische und mediale Aufregung rund um die Substanz Crack-Kokain von 1986 bis 1992 kann als die intensivste Dämonisierung einer Substanz der jüngsten amerikanischen Geschichte des 20. Jahrhunderts gesehen werden. Ausgehend von diesem Phänomen prägten Reinarman und Levine den Begriff *drug scare.* Dieser charakterisiert Zeitperioden, in denen die Mobilisierung gegen bestimmte Substanzen große Legitimität und Bedeutung gewinnen. Dabei sind *drug scares* eigenständige Phänomene, die nicht mit einem tatsächlichen Anstieg von Substanzgebrauch verbunden sein müssen (Reinarman/Levine 1997: 1). Crack-Kokain, dessen aktiver Inhaltsstoff Kokain ist, war weder eine neue Substanz, noch war die Art des Kokainkonsums durch Rauchen neu. Crack-Kokain ist eine billige Art, teures Kokainpulver zu strecken und rauchbar zu machen. Auf diese Weise kann es abgepackt in kleinen Dosen an eine ökonomisch marginalisierte Zielgruppe weiterverkauft werden, im Gegensatz zum kostspieligen Kokainpulver. Reinarman und Levine sprechen in dem Zusammenhang von einer „marketing innovation" (ebd.: 2). Crack-Kokain wurde nie zu einer weit verbreiteten Substanz in den USA. Entgegen der Mythen, dass es sofort abhängig mache, haben die meisten Menschen, die Crack-Kokain rauchten, ihren Konsum nicht langfristig fortgeführt (ebd.: 3). Trotzdem war in politischen Diskursen die Rede von einer allumfassenden Plage, die die amerikanische Gesellschaft zerstöre und sich von den Innenstädten in die Vorstädte ausbreite. Diese Darstellungen wurden von Seiten der Medien, beispielsweise der *New York Times*, unkritisch übernommen und reproduziert (ebd.: 3 f.). Crack-Kokain breitete sich jedoch nicht über die gesamten USA aus, sondern verblieb größtenteils in ökonomisch marginalisierten, urbanen Vierteln. Dort hatte die Crack-Kokain-Krise tatsächlich massive negative Auswirkungen auf größtenteils Schwarze Communitys. Im Gegensatz zur aktuellen Opioidkrise blieb der öffentliche Ruf nach gesundheitspolitischen Interventionen jedoch aus. Stattdessen setzte die Politik auf repressive Maßnahmen im Rahmen des *war on drugs* (ebd.: 23; Bridges 2020: 791).

Der mediale und politische Diskurs verband den Konsum von Crack-Kokain diskursiv mit der Gewalttätigkeit städtischer Drogenmärkte und inszenierte ihn in Zusammenhang mit der

Bekämpfung von Kriminalität in den Städten. Im Kontext der politischen und medialen Aufregung rund um den Konsum von Crack-Kokain fand in der Reagan-Ära eine Expansion des *war on drugs*[8] statt. Der Kongress und die staatliche Gesetzgebung erließen 1986 im Rahmen des *Anti-Drug Abuse Act* strenge Drogengesetze, die obligatorische Mindeststrafen auch bei ersten Verstößen und dem Besitz sehr geringer Mengen illegalisierter Substanzen vorschrieben (Paltrow 1999: 1015 f.; Vagins/McCurdy 2006: i). Dies führte zu einer Explosion der Inhaftiertenrate, die 1980 noch bei 50.000 inhaftierten Personen für Drogendelikte ohne Gewaltanwendung lag und bis 1997 auf über 400.000 inhaftierte Personen anstieg (Drug Policy Alliance 2021: o.S.). Der *Anti-Drug Abuse Act* legte fest, dass im Rahmen einer Anklage erst die hundertfache Menge an Kokainpulver im Vergleich zu Crack-Kokain dasselbe Strafmaß erzielte. Drogendelikte, die Crack-Kokain involvierten, wurden also sehr viel härter bestraft als jene in Verbindung mit Kokainpulver. Kokainpulver wurde vermehrt in wohlhabenderen und *weißen* Communitys konsumiert, Crack-Kokain öfters in ökonomisch marginalisierten und Schwarzen Communitys (Vagins/McCurdy 2006: i). Die Kriminalisierungswelle im Zuge der Crack-Kokain-Krise war demnach ein zutiefst rassifiziertes Phänomen. Mit Unterstützung der unkritischen medialen Berichterstattung etablierten politische Akteur_innen das Thema Substanzgebrauch als Problem der Kriminaljustiz und des Polizei- und Gefängnisapparats, statt als eines des Sozial- und Gesundheitsbereichs.

Für die 1980er-Jahre wie für heute lässt sich feststellen, dass sich Substanzgebrauch in den USA de facto durch die gesamte Bevölkerung zieht, über rassifizierte und klassenspezifische Trennlinien hinweg, und von Schwarzen und *weißen* Menschen in gleichem Maße betrieben wird. Jedoch haben auch heute noch Schwarze Personen gegenüber *weißen* eine zehnmal höhere Wahrscheinlichkeit, für Drogendelikte inhaftiert zu werden (Amnesty International 2017: 22).

Neoliberaler Staatsumbau und die stigmatisierende Individualisierung von Armut

Die politische Bearbeitung der Crack-Kokain-Krise mit kriminalisierenden und repressiven Maßnahmen im Rahmen des *war on drugs,* können wir mithilfe von staatstheoretisch informierten Perspektiven analysieren, da sie tragende Institutionen dieser Prozesse in den Blick nehmen. Im Prozess des neoliberalen Wandels staatlichen Regierens, den wir mit Foucault als Gouvernementalisierung bezeichnen können, nehmen Sicherheitsdiskurse an Bedeutung zu (siehe Kapitel 3.2.). Politische Entscheidungsträger_innen legen einen

[8] Die Bezeichnung *war on drugs* stammt aus einer Rede von 1971 des damaligen Präsidenten Nixon. Der Konsum von illegalisierten Substanzen war vor allem mit der Anti-Kriegs-Bewegung verbunden und die repressive Drogenpolitik diente als Angriff der Regierung gegen diese Bewegung (Drug Policy Alliance 2021: o. S.).

verstärkten Fokus auf innere Sicherheit und dem Schutz vor Bedrohungsszenarien, statt auf das wohlfahrtstaatliche Versprechen sozialer Sicherheit. Vor dem Hintergrund des Bedeutungsgewinns von Sicherheitsdispositiven erfahren repressive Staatsapparate eine ideologische Aufwertung und einen zunehmenden strukturellen und finanziellen Ausbau. Diese Entwicklungen korrespondieren mit dem systematischen Abbau sozialer Sicherungssysteme. Die Crack-Kokain-Krise und der *war on drugs* vollzogen sich im Kontext des neoliberalen Umbaus US-amerikanischer Staatlichkeit von einem „wohltätigen" (Wacquant 1997: 50) – in Abgrenzung zum umfassenderen Wohlfahrtsstaat westeuropäischer Prägung – zu einem strafenden Staat „der die Kriminalisierung von Randgruppen und die ‚punitive Ausgrenzung' sozial Benachteiligter zu einem zentralen Bestandteil seiner Sozialpolitik macht." (ebd.) Im Zuge dieses Umbaus wurde der Sozialbereich strukturell wie finanziell reduziert und der Bereich der Kriminaljustiz und des Gefängniswesens ausgeweitet. Mit dem Abbau sozialpolitischer Maßnahmen ging zunehmend ein Verständnis von Armut als einem individuellen Problem einher, das keinen staatlichen Interventionsraum mehr darstellte. Als Resultat fehlender ausgleichender Sozialpolitik stieg die gesellschaftliche Ungleichheit und es entstanden Verwerfungen, denen der Staat wiederum mit der Expansion seiner repressiven Apparate begegnete (ebd.: 61).

Während der Großen Depression der 1930er-Jahre und im Kontext des Wirtschaftswachstums nach dem Zweiten Weltkrieg boomten Wohlfahrtsprogramme. Besonders die Bürgerrechtsbewegung stärkte den Diskurs, dass Armut kein individuelles, sondern ein strukturelles Problem darstellt, das durch die schlechtere Ausbildung an segregierten Schulen und folglich schlechteren Chancen am Arbeitsmarkt befördert wurde. Armut wurde in diesem historischen Kontext Amerikas rassistischem ökonomischen System zugeschrieben, nicht dem devianten Verhalten Einzelner (Murphy/Sales 2001: 77). Als mit den 1970er-Jahren das Wirtschaftswachstum abflaute und die Fiskalkrise Einzug hielt, veränderte sich der Armutsdiskurs. Konservative Kräfte, allen voran die Wissenschafter Charles Murray und Lawrence Mead, kritisierten sozialstaatliche Interventionen als paternalistisch und läuteten die neoliberale Wendung der Sozialpolitik von *welfare* zu *workfare* ein. Der politische Diskurs der 1980er-Jahren portraitierte von Armut Betroffene als „underclass" (Murhpy/Sales 2001: 77), deren Werte von der amerikanischen Mehrheitsgesellschaft divergieren würden (ebd.; Solinger 1998: 17). In Medienberichten wurden sie mit Drogenkriminalität in Verbindung gebracht und als „freeloaders" (Murphy/Sales 2001: 77) diffamiert.

In den medialen Diskursen um die Reform der Sozialpolitik stellten Schwarze Frauen, besonders Schwarze Mütter, ein zentrales Feindbild als „undeserving recipients" (Carpenter

2012: 267) dar. Carpenter zeigt, wie der politische Diskurs in der Reagan-Ära eine Reihe stereotyper Repräsentationen Schwarzer Frauen aus Film und Medien zur politisch devianten Figur der *Welfare Queen* verdichtete, die imaginiert wurde Kinder zu gebären, um Sozialleistungen für diese zu beziehen (ebd.: 268). Das gesellschaftlich strukturelle Problem der Armut wurde rassifiziert und diente auf diese Weise der *weißen* amerikanischen Mehrheitsgesellschaft als Begründung für die Einsparungen im Sozialbereich (Murphy/Sales 2001: 77). Die stigmatisierende mediale Berichterstattung über eine rassifizierte, vergeschlechtlichte und ökonomisch marginalisierte Bevölkerungsschicht unterstützte die Durchsetzung restriktiver Sozialreformen. Diese erhielten breite politische Zustimmung in beiden Lagern und es gab kaum Opposition in der medialen Öffentlichkeit (ebd.: 78).[9]

5.1.2. Schwangere Frauen und Mütter als Adressatinnen des *war on drugs*

Mit dem Aufkommen der Crack-Kokain-Krise Ende der 1980er-Jahre bekam das rassistische und sexistische Narrativ ökonomisch marginalisierte, Schwarze Frauen für gesellschaftliche Schieflagen verantwortlich zu machen – wie es sich zunächst in der Konstruktion der *Welfare Queen* offenbarte – eine neue Dimension. Die politische und mediale Panik um den Konsum von Crack-Kokain erschuf eine weitere dämonisierte Figur, die Eingang in Film und Medien fand: die Figur der *Crack Mother* (Carpenter 2012). „[T]he pregnant crack addict was the latest embodiment of the bad *Black* mother. The monstrous crack-smoking mother was added to the iconography of depraved Black maternity, alongside the matriarch and the welfare queen." (Roberts 1997a: 324; Hervorh. im Original) Es fand eine intensive mediale Berichterstattung über Schwarze schwangere Frauen und Mütter statt, die Crack-Kokain konsumierten. Die Berichte überschlugen sich in Bedrohungsszenarien über eine daraus vermeintlich resultierende „geschädigte" Generation an Kindern (Goodwin 2014: 846). Der *Washington Post* Journalist

[9] Auch die demokratisch geführte Regierung Clintons setzte den neoliberalen *workfare* Ansatz, der sich unter Reagan und Bush etabliert hatte, im Sozialbereich fort. 1996 beschloss der Kongress unter Präsident Clinton den *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act*. Das erklärte Ziel der Reform war nicht die Bekämpfung von Armut, sondern die Reduktion der Abhängigkeit unterstützter Personen von sozialstaatlichen Leistungen. Durch dieses Gesetz wurde das Sozialbudget nicht mehr auf der bundesstaatlichen Ebene je nach Zahl der Anspruchsberechtigten vergeben, sondern als festgelegtes Pauschalbudget an die Einzelstaaten. Die Kriterien der Anspruchsberechtigung und die Höhe der Leistungen wurden dabei intransparent den individuellen Staaten überlassen. Zudem wurden die Unterstützungsfristen verschärft und das Recht auf Unterstützung von Kindern ökonomisch marginalisierter Familien wurde ersetzt durch die Arbeitspflicht der Betreuenden nach zwei Jahren Leistungsbezug. Insgesamt wird der Leistungsanspruch auf maximal fünf Jahre im Leben gekürzt. Danach haben Leistungsbeziehende keinerlei Anspruch mehr auf staatliche Unterstützung (Wacquant 1997: 62).
Dieses arbeitszentrierte Sozialsystem stellte damals wie heute eine große Hürde für Frauen dar, die einerseits angerufen sind am Arbeitsmarkt teilzunehmen, andererseits weiterhin primär die Verantwortung für Kinderbetreuung und weitere Reproduktionsarbeit übernehmen, während leistbare Kinderbetreuungsplätze selten sind (Murphy/Sales 2001: 80).

Charles Krauthammer schrieb 1989 beispielsweise: „The inner-city crack epidemic is now giving birth to the newest horror: a bio-underclass, a generation of physically damaged cocaine babies whose biological inferiority is stamped at birth." (Krauthammer 1989: o.S.) Diese Kinder würden das Gesundheitssystem und Bildungssystem mit ihren zahlreichen und kostenintensiven Problemen überlasten, so die gängige Annahme (Springer 2010: 492). Dieser Mythos fand unter der Bezeichnung *Crack Baby* weite Verbreitung, entgegen wissenschaftlicher Erkenntnisse, dass der Konsum von Crack-Kokain nicht der ausschlaggebende Faktor für die Entwicklung der betroffenen Kinder war. Symptome, die in vorläufigen wissenschaftlichen Studien zunächst dem Konsum von Crack-Kokain während der Schwangerschaft zugeschrieben wurden, ließen sich nach genaueren wissenschaftlichen Untersuchungen auf einen viel ausschlaggebenderen Faktor, nämlich Armut, zurückführen (Frank et al. 1996: 63; Gustavsson/MacEachron 1997: 677; Parker 1988). Damit verbunden spielte eine mangelnde Gesundheitsversorgung, besonders im Bereich der Schwangerschaftsvorsorge, eine zentrale Rolle (Klein/Goldernberg 1990; Chazotte et al. 1995). Eine Meta-Analyse jener Studien, die einen starken Zusammenhang zwischen dem Konsum von Crack-Kokain während der Schwangerschaft und nachteiligen Auswirkungen auf die Gesundheit von Föten behaupteten, zeigte, dass diese schwerwiegende methodologische Fehler aufwiesen (Lutiger et al. 1991).[10] Diese neuen Erkenntnisse fanden jedoch keinen Eingang in die mediale Berichterstattung, der Mythos *Crack Baby* wurde vielmehr aufrecht erhalten. Mit dieser dämonisierten Bezeichnung ließ sich der Abbau von Sozialprogrammen besser legitimieren.

> „These infants continued to be labeled crack babies rather than, in light of scientific findings, poverty babies for ideological reasons. In an era of fiscal retrenchment, the notion of poverty babies might engender public sympathy and interfere with the conservative drive to demolish social welfare programs. The discourse was manipulated to construct public images of urban recipients of federal entitlement programs (e.g., AFDC) as unfit mothers who sell their children's food stamps to buy their next crack rock." (Murphy/Sales 2001: 79)

Das Verhalten und die Entscheidungen von Schwarzen Frauen wurden im Kontext der Crack-Kokain-Krise medial und politisch als die Ursache sozialer Probleme dargestellt. In Kongressdebatten entfaltete sich sogar ein Diskurs um den vermeintlichen Verfall des „Mutterinstinkts" durch den Konsum von Crack-Kokain (Campbell 1999). Campbell sieht diese Verschiebung der Verantwortung für gesellschaftliche Probleme von der politischen auf

[10] Zu diesen Fehlern gehörten beispielsweise, dass die Studien nicht hinreichend mit Kontrollgruppen arbeiteten, dass sie die Auswirkungen von Crack-Kokain und anderen Substanzen nicht unterscheiden konnten, dass die Gesundheit von Säuglingen nicht im weiteren Verlauf beobachtet wurde und dass sie allein mit Fallberichten arbeiteten (ebd.).

die individuelle Ebene als eine zentrale Regierungstechnologie liberaler, kapitalistischer Gesellschaften:

> „The deflection of responsibility for structural problems onto figures that embody them is central to the regulatory apparatus of public policy in liberal democratic capitalist societies. In the ‚governing mentalities' of illicit drug policy, individual women who lack maternal instincts are discursively constructed as responsible for economic erosion and social disintegration." (Campbell 1999: 896)

Die Figuren der *Welfare Queen,* der *Crack Mother* und des *Crack Baby* und die mit ihnen verbundenen Erzählungen dienten in der Crack-Kokain-Krise als zentrale Erklärungsmuster für Kürzungen im Sozialbereich und für einen repressiven Zugang zur Drogenpolitik, der die Kriminalisierung der rassifizierten und ökonomisch marginalisierten Bevölkerung und von substanzgebrauchenden schwangeren Frauen legitimierte. Durch den politischen und medialen Fokus auf die Substanz Crack-Kokain und ihren Konsum rückten strukturelle Bedingungen des Sozial- und Gesundheitssystems in den Hintergrund und wurden im öffentlichen Bewusstsein nicht mit den sozialen Verwerfungen verbunden, die durch den Sozialabbau erzeugt wurden. Stattdessen traten diese Figuren, in denen klassistische, rassistische und sexistische Diskurse kulminieren, in das Zentrum der medialen Aufmerksamkeit und der politischen Anstrengungen.

5.2. Ausweitung von *fetal protection*-Gesetzen: Rechtliche Lage zu Substanzgebrauch während der Schwangerschaft

In dem gesellschaftlichen Klima der Crack-Kokain-Ära waren vor allem Schwarze schwangere Frauen, die illegale Substanzen gebrauchten, einem hohen Maß an sozialer, medizinischer und rechtlicher Überwachung und Kontrolle ausgesetzt. 1992 verzeichnete das *Reproductive Freedom* Projekt der *American Civil Liberties Union* mehr als 160 strafrechtliche Verfolgungen in 24 Bundesstaaten, dabei waren 75 Prozent dieser Anklagen gegen Frauen of Color (Amnesty International 2017: 22). Eine Studie über medizinische Zwangsmaßnahmen an sowie Festnahmen und Inhaftierungen von schwangeren Frauen von 1973 bis 2005 zeigt einen starken Anstieg in den Jahren 1989 bis 1991, dem Höhepunkt der Crack-Kokain-Krise (Paltrow/Flawin 2013: 312, Fig. 1). Die rechtliche Verfolgung substanzgebrauchender, schwangerer Frauen und Mütter gehört jedoch nicht der Vergangenheit an. Auch aktuell werden Zivil- und Strafrecht als probate Mittel gegen jene angewendet. Im Rahmen der Opioidkrise als *weiße* Krise werden nun auch vermehrt *weiße* Frauen für ihren Substanzgebrauch während der Schwangerschaft rechtlich belangt (Bach 2019: 842, Fn. 213). Die Demographie der Angeklagten verändert sich also langsam. Die Rassifizierung der Crack-Kokain-Krise und besonders die rassistischen und sexistischen Diskurse über Schwarze schwangere Frauen und Mütter ermöglichten, dass sich rechtliche Verfolgung, Festnahme und Inhaftierung als politische Antwort auf

Substanzgebrauch in der Schwangerschaft gegen weniger punitive Alternativen durchsetzten (Roberts 1997a). Die rechtliche Verfolgung, die nun auch substanzgebrauchende, *weiße* Frauen betrifft erweist sich aus dieser Perspektive als Erbe des sich in der Crack-Kokain Ära etablierten Umgangs. „The racist path that we generated in the 1980s has led us to be punitive toward a population that, due to its racial privilege, might have escaped our nation's punitive inclinations." (Bridges 2020: 849)

Neben der rassistischen Durchsetzungsgeschichte der rechtlichen Verfolgung schwangerer, substanzgebrauchender Frauen gibt es damals wie heute weitere gesellschaftliche Kräfte, die zur Perpetuierung eines strafenden Ansatzes im Bereich Substanzgebrauch in der Schwangerschaft beitragen. Besonders zentral ist hier die Bewegung der Abtreibungsgegner_innen, auch *pro life-, fetal rights-* oder *fetal personhood*-Bewegung genannt, die sich aus religiösen, konservativen und rechten Milieus zusammensetzt (Petchesky 1981: 212). Seitdem das Oberste Bundesgericht (engl. *US Supreme Court*) 1973 mit seiner Entscheidung im Fall *Roe v. Wade* das Recht auf Abtreibung stärkte, versuchen Abtreibungsgegner_innen diesen Sieg der feministischen *pro choice*-Bewegung (Befürworter_innen des Rechts auf Schwangerschaftsabbruch) rückgängig zu machen. Dabei erzielen Abtreibungsgegner_innen immer wieder signifikante Erfolge, die in der Einschränkung von Frauenrechten und reproduktiven Rechten münden. Im Folgenden werde ich auf diese gesellschaftliche Auseinandersetzung, die zum Großteil in der rechtlichen Arena stattfindet, eingehen und ihre weitreichenden Konsequenzen für den rechtlichen Umgang mit Substanzgebrauch während der Schwangerschaft aufzeigen.

5.2.1. Der Abtreibungskonflikt als *symbolic issue*

Mesner folgend verstehe ich die gesellschaftliche Auseinandersetzung um Abtreibung als *symbolic issue* (Mesner o. J.: 9 ff.). Die Abtreibungsdebatte ist verbunden mit reproduktiven Rechten und Frauenrechten. In ihr werden gesellschaftliche Vorstellungen über die soziale Position von Frauen und gesellschaftliche Werte bezüglich Kindern und Familienstrukturen verhandelt – also die Art, wie wir Reproduktion gesellschaftlich organisieren. Im Abtreibungskonflikt steht eine ganze Weltanschauung zur Debatte (ebd.). Den aktivsten Teil der Abtreibungsgegner_innen bilden in den USA fundamentalistische evangelikale Protestant_innen, deren Gruppierungen seit den 1960er-Jahren Zuwachs erhielten von Glaubensgemeinschaften, die die sich einsetzende Liberalisierung der etablierten Kirchen ablehnten (ebd.: 19). Evangelikale Gruppen haben in den USA eine lange Tradition, sind gut

organisiert und verfügen über institutionelle Verbindungen und Ressourcen. Diese konservativen Kräfte verteidigen im Abtreibungskonflikt die Vormachtstellung ihrer Werte und Normen, während feministische Bewegungen in der Bestrebung für ein selbstbestimmtes Leben gegen diese „alte Ordnung“ (ebd.: 13) ankämpfen und sie versuchen aufzubrechen. Sozialer Wandel manifestierte sich gerade in der Zeit der Abtreibungsdebatte zu einem großen Teil in veränderten Geschlechterverhältnissen. Die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen stieg, die Scheidungsraten stiegen und Verhütungsmittel zur Geburtenkontrolle wurden einfacher erhältlich. Diese Umwälzung der Geschlechterverhältnisse und damit der gesellschaftlichen Ordnung verlieh der Abtreibungsdebatte ihre Symbolträchtigkeit (ebd.: 10).

Der wichtigste Entscheidungsträger in den USA im Fall von solch kulturell gelagerten Konflikten sind die bundesstaatlichen Höchstgerichte und auf nationaler Ebene das Oberste Bundesgericht. Dass Gerichten hier so ein großer Stellenwert zukommt hängt mit der politischen Kultur der USA zusammen. Die beiden großen amerikanischen Parteien sind unfähig mit Konflikten, die sich durch ihre Wähler_innenbasis durchziehen umzugehen (ebd.: 23). Deshalb sind Gerichte in diesen Entscheidungen so einflussreich. Das amerikanische politische System ist sehr offen für gut organisierte Interessengruppen aufgrund seiner föderalen Struktur (ebd.: 17). Das föderale System bietet viele Einsatzpunkte für Interessengruppen, Lobbying jeweils in den einzelnen Bundesstaaten zu betreiben und dadurch auf der bundesstaatlichen Legislaturebene Erfolge zu erzielen. Die *pro choice*-Bewegung nutzte genau diese Strategie, um in den einzelnen Bundesstaaten Gesetze, die Abtreibungen verboten, aufzuheben. Als der Widerstand von Abtreibungsgegner_innen gegen diese Versuche der *pro choice*-Bewegung größer wurden, änderte die feministische Bewegung ihre Taktik und wandte sich an das Oberste Bundesgericht (ebd.: 15). Dieses entschied 1973 in einer Grundsatzentscheidung zum Fall *Roe v. Wade*, dass die bis dato gültigen rechtlichen Bestimmungen, die Schwangerschaftsabbrüche auf bundesstaatlicher und nationaler Ebene verboten gegen die Verfassung verstießen und Frauen das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch haben. Dieses Recht wird ihnen im Rahmen des in der Verfassung verankerten Rechts auf Privatsphäre zugesichert und besagt, dass der Staat vor der Lebensfähigkeit des Fötus nicht in die Entscheidung einer Frau für oder gegen eine Abtreibung intervenieren darf (Liviatan 2013: 387 f.).
Seit der Durchsetzung von *Roe v. Wade* versuchen Gruppen von Abtreibungsgegner_innen das Recht auf Abtreibung wieder einzuschränken. Eine Strategie dieser Gruppen ist der Versuch, Föten einen rechtlichen Personenstatus zukommen zu lassen und diesen verfassungsrechtlich

zu verankern. In diesem Rahmen stellen Abtreibungsgegner_innen die schwangere Person und den Fötus als zwei voneinander getrennte Entitäten mit jeweiligen Rechten dar (Henricks 2015: 121). Diese Sichtweise ist ein signifikantes Problem für Frauenrechte. Sobald der Fötus als etwas abgetrenntes von der schwangeren Person gesehen wird, ist das Recht auf körperliche Selbstbestimmung von Frauen bedroht. Im Versuch Schwangerschaftsabbrüche zu rekriminalisieren stellen Abtreibungsgegner_innen die Rechte von Föten jenen von Frauen gegenüber und setzen sich für die Priorisierung von Fötenrechten ein. Auf verfassungsrechtlicher Ebene streben sie an die Definition des Begriffs „Mensch" bzw. „Person" auf befruchtete Eizellen, Embryonen und Föten auszuweiten und diese per Definition als eigene Rechtspersonen, getrennt von der schwangeren Person, anzuerkennen (Amnesty International 2017: 17). Dies würde Föten dieselben Rechte garantieren wie tatsächlich geborenen Menschen. Die Durchsetzung des Fötus als Rechtsperson würde Schwangerschaftsabbrüche kriminalisieren und dazu führen, dass diese als Tötungsdelikte geahndet werden müssten. Bislang ist keine dieser expliziten Maßnahmen, Föten zu verfassungsrechtlichem Personenstatus zu verhelfen, gerichtlich zugelassen worden. Diese Anstrengungen laufen internationalen Menschenrechtsstandards zuwider, die bekräftigen, dass der Schutz durch die Menschenrechte erst nach der Geburt einsetzt (ebd.).
Auf der bundesstaatlichen Ebene erzielten Abtreibungsgegner_innen allerdings Erfolge im Bereich von Kindesschutz- und Kindesmissbrauchsgesetzen, die den Begriff „Kind" teilweise ausweiteten, um Föten zu inkludieren. Außerdem sind in 38 Bundesstaaten Gesetze in Kraft, die Föten als mögliche Opfer von Straftaten definieren, beispielsweise wenn die Schwangerschaft einer Person durch einen fremdverschuldeten Autounfall beendet wird (ACLU o. J.: o. S.). Diese Gesetze finden jedoch immer wieder Anwendung gegen schwangere Frauen selbst, zum Beispiel im Fall von Suizidversuchen (Amnesty International 2017: 18).

Eine der erfolgreichsten Strategien von Abtreibungsgegner_innen ist die Einschränkung des Rechts auf Schwangerschaftsabbrüche und die Durchsetzung der Rechte von Föten mit anderen gesellschaftlich unliebsamen Themen und sozialen Gruppen zu verbinden – wie beispielsweise mit substanzgebrauchenden, schwangeren Frauen (Paltrow 1999: 1001). Mit dem schlussendlichen Ziel, Schwangerschaftsabbrüche zu verunmöglichen, sorgen Abtreibungsgegner_innen auf ihrem Weg dorthin dafür, dass viele weitere Verhaltensweisen während der Schwangerschaft zivil- und strafrechtlich belangbar werden. Wie sich das rechtlich konkret im Fall von Substanzgebrauch in der Schwangerschaft ausdrückt, lege ich in den folgenden zwei Abschnitten zum zivil- und strafrechtlichen Umgang mit diesem Thema dar.

5.2.2. Zivilrecht und Substanzgebrauch in der Schwangerschaft

Wird Substanzgebrauch während der Schwangerschaft als Gegenstand des Zivilrechts behandelt, erfolgt dies im Rahmen der Richtlinien zu Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Die Regulierung von Verhaltensweisen während der Schwangerschaft als Fragen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung spiegelt auf beunruhigende Weise auf staatlicher Ebene das Verständnis wider, dass Föten von geborenen Kindern nicht unterschieden werden sollten – dasselbe Verständnis, das auch Abtreibungsgegner_innen vertreten.

Wird ein Fötus pränatal Substanzen ausgesetzt kann das als Verletzung der schwangeren Person gegenüber dem Fötus verstanden und damit als Fall von Kindesmissbrauch gewertet werden. Im Fall der Kindesvernachlässigung wird der Substanzgebrauch während der Schwangerschaft als Unvermögen der schwangeren Person gedeutet die Grundbedürfnisse des „Kindes" befriedigen zu können. Im Kontext des Zivilrechts sind die Behörden der Kinder- und Jugendhilfe die verantwortlichen Stellen, um über Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung zu entscheiden und entsprechende Maßnahmen zu setzen, wie beispielsweise den Entzug des Sorgerechts (Bridges 2020: 798).

Es liegt im Ermessen der einzelnen Bundesstaaten Fragen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung zu regulieren. 1974 verabschiedete der Kongress jedoch das Gesetz zur Prävention und Behandlung von Kindesmisshandlung (*Child Abuse Prevention and Treatment Act,* CAPTA). Mit diesem stellte der Bund finanzielle Mittel für Bundesstaaten bereit, die ihre Kinder- und Jugendschutzrichtlinien den Bundesrichtlinien entsprechend reformierten. Der 2003 in Kraft getretene Zusatz von CAPTA verlangt von Staaten, die diese Bundeszuschüsse erhalten, dass sie Maßnahmen setzen, sollten sie Substanzgebrauch während der Schwangerschaft vermuten. Als Folge dieser Richtlinie haben 23 Bundesstaaten und Washington, D.C. Gesetze erlassen, die Gesundheitsanbieter verpflichten Substanzgebrauch während der Schwangerschaft an Behörden der Kinder- und Jugendhilfe zu melden und diesen explizit als Kindesmisshandlung im Zivilrecht definiert (Bridges 2020: 799; Guttmacher Institute 2022: o. S.). Die anderen 27 Bundesstaaten, die keine spezifischen Gesetze dafür erließen, sind per Bundesgesetz trotzdem verpflichtet über Richtlinien für Gesundheitsanbieter bei Substanzgebrauch während der Schwangerschaft zu verfügen, auch wenn diese rechtlich nicht verankert sind (Bridges 2020: 799).

Der Umgang variiert zwischen den Bundesstaaten stark. Wie beschrieben finden sich Differenzen in den Definitionen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, aber auch die

staatlichen Richtlinien ab wann Gesundheitsanbieter verpflichtet sind Substanzgebrauch an Behörden der Kinder- und Jugendhilfe zu melden sind sehr unterschiedlich (zum Beispiel, ob ein einzelner positiver Drogentest für eine Meldung ausreicht oder ob nachteilige Auswirkungen auf den Säugling festgestellt werden müssen) (ebd.: 800). Je nach Regelung wird Gesundheitsanbietern hier ein großer Entscheidungsspielraum gewährt. Auch welche Patientinnen Drogennachweisverfahren unterzogen werden liegt im Ermessen der Gesundheitsdienstleister, da Drogentests kein standardisierter Teil von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen oder Untersuchungen von Säuglingen sind. Dieses selektive Melden und Testen öffnet rassistischer und klassenspezifischer Ungleichbehandlung von Patientinnen Tür und Tor (ebd.: 802). Dieser Umstand wird deutlich durch Studien, die Substanzgebrauch während der Schwangerschaft in der Bevölkerung messen – der über Strukturkategorien von *race* und Klasse hinweg ähnlich ist – und Studien, die belegen, dass trotzdem vor allem Frauen of Color, besonders Schwarze Frauen, und ökonomisch marginalisierte Frauen rechtlich für ihren Substanzgebrauch während der Schwangerschaft belangt werden (Chasnoff et al. 1990: 1205; Lester et al. 2004: 33; Paltrow/Flawin 2013: 300 f., 311, 327).

Abseits von zivilrechtlichen Verfahren, die Substanzgebrauch während der Schwangerschaft als Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung einstufen, gibt es zudem drei Staaten (Minnesota, South Dakota und Wisconsin), die per Zivilrecht Zwangseinweisungen von schwangeren Frauen in ein stationäres Behandlungsprogramm ermöglichen, sollten diese Substanzen gebrauchen (Guttmacher Institute 2022: o. S.). So ist etwa im *Wisconsin Children's Code* zu lesen:

> „The court has exclusive original jurisdiction over an unborn child alleged to be in need of protection or services which can be ordered by the court whose expectant mother habitually lacks self-control in the use of alcohol beverages, controlled substances or controlled substance analogs […]." (Wisconsin State Legislature o. J.: 48.133)

Die Fähigkeit zur Selbstkontrolle in Bezug auf Substanzgebrauch wird hier in direkte Verbindung gebracht mit der Eignung zur Elternschaft bzw. Mutterschaft.

5.2.3. Strafrecht und Substanzgebrauch in der Schwangerschaft

Derzeit haben 38 Bundesstaaten Gesetze in Kraft, die Föten als mögliche Opfer von Straftaten definieren. Diese werden allgemein als *fetal assault*-, *fetal homicide*- bzw. *feticide*- oder *fetal protection*-Gesetze bezeichnet. 29 der Bundesstaaten wenden diese Gesetze in jedem Stadium der Schwangerschaft an, nicht erst ab der Lebensfähigkeit eines Fötus. Durch diese Anwendung fallen in manchen Bundesstaaten sogar befruchtete Eizellen und Embryonen unter die

Definition, Opfer einer Straftat werden zu können (ACOG 2020: o.S.). Intendiert sind die Gesetze, um dem Verlust einer Schwangerschaft Rechnung zu tragen, sollte dieser aufgrund einer Straftat, die gegen eine schwangere Person verübt wurde, erfolgen – beispielsweise, wenn die Schwangerschaft einer Person durch einen fremdverschuldeten Autounfall beendet wird (ACLU o. J.: o. S.). Diese Gesetze werden aber reihenweise gegen Frauen für ihr Verhalten während ihrer eigenen Schwangerschaft angewendet, z. B. weil sie beim Autofahren nicht angeschnallt waren, medizinische Eingriffe verweigerten, eine Fehlgeburt hatten oder im Fall von Suizidversuchen (Amnesty International 2017: 18; Paltrow/Flavin 2013: 321 f).
Auch Substanzgebrauch während der Schwangerschaft wird durch diese Erweiterung der Opferdefinition von Straftaten auf Föten strafrechtlich reguliert. Dabei ist Tennessee der einzige Bundesstaat, der von 2014 bis 2016 Substanzgebrauch während der Schwangerschaft explizit kriminalisierte. In anderen Bundesstaaten werden bereits bestehende Gesetze von Seiten der Staatsanwaltschaft uminterpretiert, um Anklage zu erheben (Bridges 2020: 807).

> „Under this approach, states have prosecuted women who have used drugs during their pregnancies for criminal child abuse or neglect, delivering drugs to a minor, criminal endangerment, assault with a deadly weapon, and even manslaughter and murder when a pregnancy loss occurred." (ebd.)

In den meisten Fällen erklärten Berufungsgerichte die Anklagepunkte für nichtig oder hoben erfolgte Verurteilungen auf, da sie die Anwendung dieser Gesetze auf Verhaltensweisen während der Schwangerschaft als einen klaren Widerspruch gegenüber der Intention der Gesetzgebung sahen. Manche staatlichen Höchstgerichte hielten Verurteilungen jedoch aufrecht und erklärten, die Gesetze seien in ihrer Anwendung auf Verhaltensweisen während der Schwangerschaft richtig interpretiert worden, wie in South Carolina und Alabama (ebd.).

South Carolina

Im Fall *Whitner v. State* wurde Cornelia Whitner, eine Schwarze Frau ohne die finanziellen Ressourcen, sich einen eigenen Anwalt zu leisten, wegen strafrechtlicher Kindesmisshandlung angeklagt, nachdem ein Drogenscreening indizierte, ihr Säugling, der vollkommen gesund geboren wurde, sei pränatal Kokain ausgesetzt gewesen (Paltrow 1999: 1029). 1997 entschied das Höchstgericht von South Carolina in diesem Fall, das Strafrecht zu Kindesmisshandlung inkludiere auch Föten und die Anklage Whitners sei rechtmäßig (ebd.: 1031).[11] Durch diese Entscheidung legte das Gericht den Grundstein für die strafrechtliche Verfolgung schwangerer Personen. Wenig später wurde Regina McKnight, ebenso eine Schwarze Frau, die zu dem

[11] „A three-justice majority concluded that a viable fetus is a ‚person' under the Children's Code and that South Carolina Code section 20-7-50 therefore, ‚encompasses maternal acts endangering or likely to endanger the life, comfort, or health of a *viable fetus*.'" (ebd.)

Zeitpunkt obdachlos war, wegen Mordes angeklagt, nachdem sie eine Totgeburt erlitt und positiv auf Kokain getestet wurde. Obwohl medizinische Befunde den Schwangerschaftsverlust auf eine Infektion zurückführten und Forschungsstudien keinen Zusammenhang zwischen Kokainkonsum und „der Wahrscheinlichkeit einer Totgeburt feststellten, wurde sie zu zwölf Jahren Haft verurteilt (Flavin/Paltrow 2010: 235). Sie verbüßte acht Jahre dieser Haftstrafe, bevor ihr Urteil endlich aufgehoben wurde. Um eine erneute Verhandlung und Inhaftierung zu vermeiden, bekannte sie sich schuldig für Totschlag (Bridges 2020: 812). In einer Studie über Verhaftungen von und staatlich verordneten Interventionen an schwangeren Frauen von 1973 bis 2005 identifizierten Forscherinnen South Carolina mit 93 Fällen als jenen Bundesstaat mit der größten Anzahl solcher Fälle (Paltrow/Flavin 2013: 309).

Alabama

2006 verabschiedete Alabama sein *chemical endangerment of a child*-Gesetz (Abk.: *chemical endangerment*-Gesetz). Das Gesetz wurde zu einem Zeitpunkt beschlossen, als Alabama mit einer Methamphetaminkrise konfrontiert war. Es wurde erlassen, um Kinder vor selbstgebauten Küchen- und Garagenlaboren zur Methamphetaminherstellung zu schützen. Doch schon wenige Monate nach Erlass des Gesetzes wurden auch schwangere Frauen darunter angeklagt. „Under the statute's flexible language, they concluded, ‚a child' could be a fetus, and ‚an environment in which controlled substances are produced or distributed' could be a womb." (Martin 2015: o. S.) Hope Ankrom und Amanda Kimbrough, zwei *weiße* Frauen, legten Berufung gegen ihre Urteile mit der Begründung ein, dass das Gesetz Föten und das Verhalten schwangerer Personen nicht einschließe und eine solche Auslegung gegen zahlreiche verfassungsmäßige Rechte verstoße. 2013 bestätigte das Höchstgericht von Alabama in *Ex parte Hope Elisabeth Ankrom,* dass das Gesetz mit dem Wort „child" Föten inkludiere und erweiterte diese Definition sogar auf befruchtete Eizellen (Howard 2014: 374 f.). Wissenschafter_innen und Journalist_innen haben 479 Fälle gegen schwangere Frauen aufgrund des *chemical endangerment*-Gesetzes zwischen 2006 und 2015 dokumentiert, mehr als unter jedem anderen Gesetz. 89 Prozent der angeklagten Frauen konnten sich keinen eigenen Anwalt leisten (Amnesty International 2017: 8).

Tennessee

Von 2014 bis 2016 war in Tennessee ein Gesetz in Kraft, das der Gesetzgeber explizit erließ, um Substanzgebrauch während der Schwangerschaft kriminalisieren zu können. Dieses Gesetz stellte eine Erweiterung des allgemeinen *fetal assault*-Gesetzes dar, das Föten – in Tennessee

und 28 weiteren Bundesstaaten auch schon befruchtete Eizellen und Embryonen – als mögliche Opfer von Straftaten definiert. Die Änderung des Gesetzes ermöglichte eine Strafanzeige wegen Körperverletzung gegen Frauen zu erheben, die während der Schwangerschaft illegal Substanzen konsumierten, wenn der Säugling Symptome zeigt, die mit pränatalem Substanzgebrauch in Verbindung stehen.

> „The law allowed for a woman to be charged with misdemeanour simple assault if her child ‚is born addicted to or harmed by the narcotic drug and the addiction or harm is a result of her illegal use of a narcotic drug taken while pregnant', and interpreted by prosecutors to permit charges for any unlawful ‚act' or ‚omission'. (Amnesty International 2017: 27)

Tennessee ist bis dato der einzige Bundesstaat, der die Kriminalisierung von Substanzgebrauch während der Schwangerschaft eindeutig in seinem Gesetzestext – für diese zwei Jahre – festschrieb (Bridges 2020: 807). Das stellt einen qualitativen Unterschied zu anderen Bundesstaaten dar, in denen bereits bestehende Gesetze und deren Ausweitung auf Föten zur strafrechtlichen Verfolgung von Verhaltensweisen während der Schwangerschaft genutzt werden. Tennessee erließ das Gesetz, nachdem ein staatliches Gericht ablehnte, eine Frau wegen strafrechtlichem Kindesmissbrauch anzuzeigen, weil sie während der Schwangerschaft Kokain konsumiert hatte (ebd.: 812).

Der Gesetzestext spricht von dem "illegalen Konsum eines Betäubungsmittels während der Schwangerschaft", was suggeriert, dass der Gesetzgeber die Kriminalisierung von Opioiden erwirken wollte und als Reaktion auf die Opioidkrise gedeutet werden kann. Die erste Person, die unter der Gesetzeserweiterung strafrechtlich angezeigt wurde, ist jedoch positiv auf Methamphetamin getestet worden, das nicht zu der Kategorie der Betäubungsmittel zählt und medial mit klassistischen *white trash*-Stereotypen belegt ist (Bridges 2020: 812; Murakawa 2011: 223). Die Gesetzeserweiterung, die speziell Substanzgebrauch während der Schwangerschaft kriminalisiert, lief 2016 aus, nachdem der Gesetzesentwurf für die Verlängerung des Gesetzes durch das *Tennessee Criminal Justice Subcommittee* abgelehnt wurde. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Kriminalisierung von bestimmten Verhaltensweisen während der Schwangerschaft unter anderen Gesetzen aufhört. Das allgemeine *fetal assault*-Gesetz ist immer noch in Kraft und kann in der nächsten Legislaturperiode erneut geändert werden (Amnesty International 2017: 27). Von 2014 bis zum Auslaufen der Gesetzeserweiterung 2016 wurden mindestens 124 Frauen darunter strafrechtlich verfolgt (Bridges 2020: 812).

5.2.4. Tendenz zur weiteren Kriminalisierung

Während der Crack-Kokain-Krise versprachen sich die Stimmen, die sich für die Kriminalisierung von Substanzgebrauch in der Schwangerschaft aussprachen, befeuert durch rassistisch dämonisierende mediale Darstellungen von Crack-Kokain konsumierenden Schwarzen Frauen, vor allem eine Bestrafung der Frauen (ebd.: 817). Mit der Opioidkrise als *weiße* Krise kam ein neues Bild für den rechtlichen Umgang mit substanzgebrauchenden schwangeren Frauen und Müttern auf, das nicht nur einen rein punitiven Aspekt aufweist, nämlich jenes des samtenen Hammers (engl. „velvet hammer", Duggan 2016: 1327). Terry Lynn Weaver, die Abgeordnete Tennessees, die sich maßgeblich für die Erweiterung des *fetal assault*-Gesetzes im Bundesstaat einsetzte, popularisierte das Bild des samtenen Hammers für dieses und ähnliche Gesetze. Aus Weavers Perspektive verdienen es substanzgebrauchende, schwangere Frauen zwar bestraft zu werden, wenn sie jedoch während ihrer Schwangerschaft an einem Therapieprogramm für Substanzgebrauchsstörungen teilnehmen und dieses absolvieren, können sie der strafrechtlichen Verfolgung entgehen (ebd.: 1329). Befürworter_innen der rechtlichen Verfolgung schwangerer, substanzgebrauchender Frauen sehen darin eine Möglichkeit, dass sich Frauen, konfrontiert mit der Wahl zwischen einer Strafanzeige oder der Option therapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen, für letzteres entscheiden. Dieses Argument operiert auf Basis der Annahme, es gäbe genügend Behandlungseinrichtungen, die Menschen unabhängig ihrer Versicherung zugänglich sind und die auf die Bedürfnisse schwangerer Frauen mit Substanzgebrauchsstörung ausgerichtet sind (z. B. Einrichtungen, die Kinderbetreuung anbieten für Frauen mit Betreuungspflichten für weitere Kinder). Dem ist jedoch nicht so. In Alabama, das sich wie besprochen für die strafrechtliche Verfolgung schwangerer, substanzgebrauchender Frauen einsetzt, gibt es gerade einmal eine Behandlungseinrichtung, die auf die Bedürfnisse der Frauen ausgerichtet ist und Patientinnen unabhängig ihres Versicherungsträgers und ihrer finanziellen Möglichkeiten aufnimmt (Bridges 2020: 806).

Auch die Hoffnung von Vertreter_innen des Kriminalisierungsansatzes, dieser würde zu einer besseren Mütter- und Säuglingsgesundheit führen trifft nicht zu. Der Ansatz erwirkt sogar das Gegenteil. Frauen werden durch die kriminalisierenden Maßnahmen abgeschreckt Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen vorzunehmen, aus Angst ihr Gesundheitsanbieter könnte ihren Substanzkonsum an die Behörden der Kinder- und Jugendhilfe oder direkt an die Polizei melden. Diese Angst ist offensichtlich berechtigt. Aus diesem Grund sprechen sich die meisten medizinischen und gesundheitspolitischen Organisationen gegen die strafrechtliche Verfolgung von Substanzgebrauch während der Schwangerschaft aus (ebd.: 803).

Der Trend zur strafrechtlichen Verfolgung von ungewollten Verhaltensweisen schwangerer Frauen wächst und in den letzten zwanzig Jahren werden Frauen für immer schwerere Verbrechen angeklagt (Fentiman 2017: 131). Die Kriminalisierung von Frauen, die während der Schwangerschaft Substanzen gebrauchen, verweist auf den prekären Status von Frauenrechten allgemein und bezeugt ein zutiefst sexistisches Frauenbild, in dem Frauen zur körperlichen Umwelt von Föten reduziert werden. Schwangere Frauen stellen unter den gegebenen Bedingungen eine Gruppe an Personen dar, die aufgrund ihres Schwangerseins für Taten rechtlich belangt werden können, für die nicht schwangere Personen nicht belangt werden können. Die meisten Bundesstaaten sowie auch der Bund selbst kriminalisieren für gewöhnlich nur den Besitz von Substanzen, nicht aber ihren Gebrauch. Da Substanzgebrauch ohne schwanger zu sein nicht strafbar ist, wird durch die Kriminalisierung von Substanzgebrauch während der Schwangerschaft ein geschlechtsspezifisches Verbrechen geschaffen. Substanzgebrauch während der Schwangerschaft strafrechtlich zu verfolgen, ist eine Ausweitung des Strafrechts, die allein Personen reguliert und bestraft, die schwanger werden können, also vor allem Frauen (Bridges 2020: 808). Die rechtliche Verfolgung schwangerer, substanzgebrauchender Frauen spannt ein Netz der Kontrolle und Überwachung um diese, bestehend aus ihrem sozialen Umfeld, ihren Gesundheitsanbietern, den Behörden der Kinder- und Jugendhilfe, der Polizei, der Staatsanwaltschaft und Richter_innen.

Dieses Institutionengefüge reguliert vor allem Frauen of Color, insbesondere Schwarze Frauen, und ökonomisch marginalisierte Frauen. Schwarze Frauen waren historisch unter den Angeklagten im Verhältnis zu ihrem Bevölkerungsanteil deutlich überrepräsentiert und machen in einer Studie über Verhaftungen von und Interventionen an schwangeren Frauen in den USA 52 Prozent der Fälle aus (Paltrow/Flavin 2013: 311). Eine Vielzahl dieser Fälle stammt aus den Jahren der politischen und medialen Panik rund um Crack-Kokain, was Bach als die erste große Verfolgungswelle schwangerschaftsspezifischer Verbrechen bezeichnet (Bach 2019: 841).
Die zweite Welle sieht Bach in den frühen 2010er-Jahren anrollen, als die Justiz verstärkt Methamphetamin und Opioide in den Fokus nimmt, zwei Substanzen, die zum Großteil von der *weißen* Bevölkerung konsumiert werden. Dadurch sind von der rechtlichen Verfolgung von Substanzgebrauch in der Schwangerschaft aktuell zum Großteil *weiße* Frauen betroffen (ebd.: 842). Trotzdem kann es sein, dass Frauen of Color, besonders Schwarze Frauen, bei den Anklagen weiterhin überrepräsentiert sind im Vergleich zum allgemeinen Bevölkerungsanteil schwangerer Personen, die Substanzen gebrauchen. Hierzu gibt es aktuell noch keine Studien.

Die Geschichte rassistischer und sexistischer Diskriminierung Schwarzer Frauen in Verknüpfung mit Schwangerschaft, Elternschaft und Substanzgebrauch lehrt uns jedoch, dass es durchaus möglich ist (Bridges 2020: 821).
Für die aktuelle Opioidkrise gilt, wie schon zuvor für die Crack-Kokain-Krise, dass der überwältigende Anteil von rechtlich verfolgten substanzgebrauchenden schwangeren Frauen ökonomisch marginalisiert ist. In Alabama beispielsweise wurden von 2006 bis 2015 479 Anklagen unter dem *chemical endangerment*-Gesetz dokumentiert. 89 Prozent der angeklagten Frauen konnten sich keinen eigenen Anwalt leisten (Amnesty International 2017: 8).

Abschließend lässt sich feststellen, dass der strafende Ansatz, der auf die rechtliche Verfolgung und Kriminalisierung von Substanzgebrauch während der Schwangerschaft abzielt, allein für marginalisierte Bevölkerungsteile bestimmt zu sein scheint. Dies ist nicht der Fall, weil sich ihr Substanzgebrauch grundlegend von privilegierteren Personen unterscheiden würde, sondern weil ihr Risiko getestet, gemeldet, angeklagt und verurteilt zu werden ein weit höheres ist. Da Substanzgebrauch vor allem mit marginalisierten Bevölkerungsteilen assoziiert wird, ist es ein von konservativen Kräften strategisch gut gewähltes Thema, um über dessen Problematisierung Einschnitte in reproduktiven Rechten und Rechten von Frauen zu erzielen, die zum Ziel haben, Schwangerschaftsabbrüche zu erschweren und schlussendlich zu verunmöglichen (Paltrow 1999: 1001). Es stehen nicht allein die Rechte von substanzgebrauchenden Frauen auf dem Spiel im Versuch der *fetal rights*-Bewegung Föten rechtlich als Kinder zu definieren und sie als Opfer von Straftaten festzuschreiben, sondern die Rechte aller Frauen und Personen, die schwanger werden können.

5.3. Gesundheitspolitik

Anders als vorangegangene Drogenkrisen wird die Opioidkrise politisch wie medial vor allem als eine Krise des Gesundheitssystems gesehen. Besonders der fehlende Zugang eines großen Teils der amerikanischen Bevölkerung zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung steht im Fokus des im Zuge dieser Arbeit analysierten Materials. Im Rahmen dessen schreibt sich das Material in die gesellschaftlich aufgeheizte Debatte um Obamas 2010 erwirkte Gesundheitsreform (*The Patient Protection and Affordable Care Act*, Abk.: ACA) ein. Dadurch ist diese Debatte Teil der Bedeutungsrahmen der Opioidkrise. Demzufolge ist es wichtig, ein Verständnis für die Situation vor und nach dieser Reform zu entwickeln in Bezug auf die Gesundheitsversorgungslage und Versicherungsabdeckung der US-Bevölkerung und darauf, wie diese mit gesellschaftlichen Ungleichheiten zusammenhängt. Aus diesem Grund bespreche

ich im Laufe dieses Kapitels sowohl den Zustand vor der Reform sowie die wichtigsten Veränderungen, die durch sie erwirkt wurden. Außerdem gehe ich auf die Auswirkungen ein, die die Versuche der Trump-Administration, die Reform rückgängig zu machen, nach sich zogen. Ich diskutiere die Situation schwangerer Frauen und schwangerer, substanzgebrauchender Frauen im Gesundheitswesen und wie klassenspezifische und rassifizierte Ungleichheiten den Zugang zum Gesundheitssystem und zu Opioiden strukturieren.

5.3.1. Besonderheiten und Probleme des US-Gesundheitswesens

Das markt- und gewinnorientierte amerikanische Gesundheitssystem gehört weltweit zu jenen, mit den höchsten pro Kopf Ausgaben bei gleichzeitig mittelmäßiger Leistung (Mulligan/Castañeda 2018: 4). Im Vergleich mit anderen OECD-Ländern schneidet das US-Gesundheitswesen mit einer unterdurchschnittlichen Lebenserwartung und einer hohen Kindersterblichkeitsrate ab (Cacace 2010: 17). Es erzielt schlechte Leistungen im Umgang mit chronischen Krankheiten und im Zugang zur Primärversorgung (Mulligan/Castañeda 2018: 4). Sowohl ländliche, gering besiedelte Gebiete wie auch urbane Zentren in Metropolen leiden an einer Unterversorgung mit Allgemeinmediziner_innen. Diese mangelnde primärärztliche Versorgung steht auf unausgewogene Weise einem sehr ausdifferenzierten Angebot an Spezialist_innen gegenüber. Das US-Gesundheitswesen verzeichnet verglichen mit anderen OECD Ländern die höchste Anzahl an vermeidbaren Sterbefällen (Cacace 2010: 17).

Neben den hohen finanziellen Kosten und den mangelhaften gesundheitlichen Ergebnissen zeichnet das US-Gesundheitssystem verantwortlich für eine enorme Anzahl an unversicherten und unterversicherten Personen und einer daraus resultierenden fehlenden flächendeckenden Gesundheitsversorgung. So waren 2008 15 Prozent der Bevölkerung nicht versichert, was ungefähr 46 Millionen Menschen entspricht (ebd.: 15). Dieser mangelnde Zugang zur Gesundheitsversorgung trägt zur Entwicklung und Verschlimmerung von Krankheiten bei und verkürzt Leben. Für Un- und Unterversicherte kann der Anspruch medizinischer Leistungen außerdem schnell in den finanziellen Ruin führen (Mulligan/Castañeda 2018: 4).

In starkem Kontrast dazu steht die Gesundheitsversorgung von Personen, die über einen guten Versicherungsschutz und genügend Eigenmitteln verfügen. Diese können eine qualitativ hochwertige Behandlung erwarten und auf einen sehr ausdifferenzierten Gesundheitssektor zugreifen, in dem es ihnen möglich ist, Leistungen in einer angemessenen Zeit zu beziehen (Cacace 2010: 16). Dieser Kontrast im Zugang zur Gesundheitsversorgung reproduziert und verstärkt soziale Ungleichheiten und hängt mit dem Aufbau des Gesundheitssystems

zusammen, das in einen privaten und öffentlichen Sektor unterteilt und durch hohe Eigenbehalte von Leistungen gekennzeichnet ist, die ein entsprechendes Einkommen oder Vermögen voraussetzen.

5.3.2. Aufbau des Versicherungssystems

Die Absicherung gegen Krankheitsrisiken gliedert sich im US-Gesundheitswesen in einen privaten und einen öffentlichen Versicherungssektor. 2008 [12] waren ca. 67 Prozent der Bevölkerung privat versichert, 29 Prozent waren öffentlich versichert und ca. 15 Prozent verfügten das ganze Jahr über keinen Versicherungsschutz (ebd.: 24).[13]
Von den Privatversicherten ist der Großteil durch eine Gruppenversicherung des Arbeitgebers abgedeckt (ca. 59 Prozent) und nur ein kleiner Teil individual versichert (ca. 9 Prozent). Die öffentlich Versicherten teilen sich in Medicare- und Medicaid-Versicherte (jeweils ca. 14 Prozent). Ein kleiner Teil der Bevölkerung bezieht Leistungen über Versicherungssysteme des Militärs (ca. 4 Prozent). Es gibt noch weitere von der Bundesregierung und den einzelnen Bundesstaaten finanzierte Programme, die quantitativ aber nur eine untergeordnete Rolle spielen (ebd.: 25).

Private Versicherungen: Individual- und Arbeitgeberversicherung

Diese Daten zeigen, dass die Privatversicherung den wichtigsten Bezugspunkt des Versicherungsschutzes darstellt. Eine Privatversicherung wird individuell oder als Gruppenversicherung über den Arbeitgeber abgeschlossen (ebd.). Im Fall der individuellen Versicherung schließen einzelne Personen einen Versicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen ab (ebd: 34 f.). Im Unterschied dazu basiert die Arbeitgeberversicherung auf der Abdeckung der gesamten Belegschaft eines Betriebs in Form einer Gruppenversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen. Die private Versicherung ist als Vollversicherung konzipiert und im Gegensatz zur privaten Zusatzversicherung auf eine umfassende Absicherung von Krankheitsrisiken ausgelegt. Der Umfang der Leistungen sowie die Höhe der Zuzahlungen für Behandlungen und Medikamente variieren de facto jedoch stark. Die Differenzen in den abgedeckten Versicherungsleistungen

[12] Die Zahlen aus dem Jahr 2008 sind relevant, da sie die Versicherungsabdeckung der Bevölkerung vor der Durchsetzung des *The Patient Protection and Affordable Care Act* (Abk.: PPACA, meistens vereinfacht als ACA) zeigen. Der ACA ist eine Gesundheitsreform, die während Obamas Amtszeit eingeführt wurde und die u.a. die Ausweitung des staatlichen Versicherungsprogramms Medicaid zum Ziel hatte. Auf die Bedeutung der Reform werde ich im Rahmen dieses Kapitels später noch eingehen.

[13] Die Angaben addieren sich nicht auf 100 Prozent, da einige Personen doppelt anspruchsberechtigt sind. Dieser Umstand gilt auch für nachfolgende statistische Angaben zur Versicherungsabdeckung.

und in den Zuzahlungsbeiträgen spiegeln sich in der Höhe der Versicherungsprämien wider. Vor der Implementierung von Obamas Gesundheitsreform ACA, auf die ich im Rahmen dieses Kapitels noch genauer eingehen werde, gab es kein gesetzlich festgelegtes Leistungspaket. Der Versicherungsschutz konnte von einer sehr eingeschränkten Absicherung, die nur gegen existenzbedrohende Schäden schützt, zu einer umfassenden Abdeckung reichen. Unternehmen waren grundsätzlich nicht verpflichtet Versicherungen anzubieten und Angestellte konnten das Angebot auch ablehnen (ebd.: 35). Für alle medizinischen Güter und Behandlungen für die Personen keinen privaten Versicherungsschutz erworben haben, müssen sie die gesamten Kosten selbst tragen (ebd.: 27).

Öffentliche Versicherungen: Medicare und Medicaid

Im öffentlichen Bereich sind die beiden wichtigsten Bezugsquellen für einen Versicherungsschutz Medicare und Medicaid. Personen können auch an beiden öffentlichen Programmen teilnehmen und über Medicaid beispielsweise Leistungen beziehen, die in Medicare nicht enthalten sind.

Medicare ist ein staatliches Versicherungsprogramm, das Menschen über 65 Jahren sowie seit 1973 auch Menschen mit Behinderungen und Dialysepatient_innen im Endstadium krankenversichert (ebd.: 43). Wie bei privaten Krankenversicherungen auch, werden bei Medicare Zuzahlungen für Behandlungs- und Medikamentenkosten verlangt, teilweise in erheblichem Ausmaß (ebd.: 26).

Medicaid sichert die Gesundheitsversorgung eines Teils der Bevölkerung mit niedrigem Einkommen ab (ebd.: 25). Im Fall von Medicaid definiert die Bundesregierung Pflichtleistungen, die in jedem Bundesstaat abgedeckt sein müssen durch die Versicherung. Behandlungen erfolgen, sofern sie in das Leistungspaket eingeschlossen sind, meist ohne Zuzahlungen. Für Medikamente und Behandlungen, die nicht unter die versicherten Leistungen fallen sind, wie bei Medicare und privaten Versicherungen auch, Selbstzahlungen in voller Höhe zu leisten (ebd.: 27). CHIP ist ein Teil von Medicaid und erstattet Gesundheitskosten für Kinder aus Haushalten, die nur über ein geringes Einkommen verfügen, das jedoch die Höchstgrenze zur Anspruchsberechtigung für Medicaid überschreitet. Seit 1982 nehmen alle Bundesstaaten am Medicaid-Programm Teil, aber nicht alle bieten das CHIP-Programm an (ebd.: 44).

Die Voraussetzung, um für Medicaid anspruchsberechtigt zu sein, ist das Kriterium der „Bedürftigkeit“ zu erfüllen und die Zugehörigkeit zu einer als „besonders schutzbedürftig“ („categorically needy“, ebd.: 60) definierten Personengruppe. Die Bedürftigkeit bemisst sich

an verschiedenen Einkommens- und Vermögensgrenzen, wobei der wichtigste Wert hier die *Federal Poverty Line* (FPL) ist, die durch Behörden der Bundesregierung eruiert wird. Auch wer zum Kreis der besonders schutzbedürftigen Personen zählt wird von der Bundesregierung festgelegt. In diesen Kreis fallen Kinder, schwangere Personen, Eltern mit oder ohne Beschäftigung, Menschen über 65, Menschen mit Behinderung und vereinzelt auch Menschen mit spezifischen Krankheitsbildern (ebd.: 60). Kinder sind in Medicaid einbezogen, solange das Haushaltseinkommen bis zu 200 Prozent der FPL entspricht, bei anderen Gruppen definieren die Bundesstaaten die Einkommensgrenzen (ebd.: 61). Medicaid ist föderalistisch strukturiert. Die Bundesregierung erlässt generelle Richtlinien innerhalb derer die einzelnen Bundesstaaten über einen Entscheidungsspielraum zur Ausweitung der Anspruchsberechtigung verfügen. Wichtig herauszustreichen ist, dass vor Obamas Gesundheitsreform Erwachsene ohne Kinder, die keiner besonders schutzbedürftigen Gruppe angehörten, nicht grundsätzlich Medicaid-berechtigt waren – ohne Rücksicht darauf wie gering ihr Einkommen war (ebd.: 62).
Die verschiedenen Richtlinien, die die Anspruchsberechtigung auf Medicaid regulieren, machen den Bezug von Gesundheitsleistungen über Medicaid zu einem komplexen Verfahren. Deshalb fällt Medicaid weit hinter dem Ausmaß an Personen zurück, die durch das Programm versichert sein könnten (ebd.). Gesundheitsdienstleister favorisieren privat Versicherte gegenüber Medicaid-Versicherten, da sie bei Letzteren für die erbrachten Leistungen geringfügiger vergütet werden (ebd.: 59). Medicaid-Versicherte sind mit einem eingeschränkten Angebot an Gesundheitsdienstleistern, wenig Auswahlmöglichkeiten bezüglich Untersuchungen und Behandlungen sowie langen Wartezeiten konfrontiert (Andaya 2018: 118).

Unversichert und Unterversichert

Eine Besonderheit des US-Gesundheitswesens ist die hohe Zahl an Unversicherten. Bis zur Durchsetzung von Obamas Gesundheitsreform 2010 gab es keine individuelle Versicherungspflicht. Im Jahr 2008 hatten 15 Prozent der Bevölkerung, ca. 45 Millionen Menschen, keine Versicherung und damit keinen Zugang zu Gesundheitsleistungen, außer sie tragen die Kosten in voller Höhe selbst. Menschen ohne jedwede Versicherung verfügen zumindest trotzdem über die Möglichkeit eine Notfallversorgung in Anspruch zu nehmen, auch wenn sie diese nicht bezahlen können (Cacace 2010: 30). Vor der Durchsetzung von Obamas Gesundheitsreform waren mittellose unter 65-jährige Erwachsene ohne Kinder, die keiner als besonders schutzbedürftig eingestuften Personengruppe angehörten, mit hoher Wahrscheinlichkeit unversichert, da sie sich eine private Versicherung nicht leisten konnten

(ebd.: 63). Personen, die als besonders schutzbedürftig gelten, deren Einkommen aber minimal über der FPL liegt, konnten sich aufgrund der Einkommensgrenzen nicht für Medicaid qualifizieren, sich eine private Versicherung jedoch ebenso wenig leisten. Teilzeitbeschäftigte waren ebenfalls oft unversichert, da sie keine Gruppenversicherung über den Arbeitgeber angeboten bekamen. Auch wenn Personen im Ausmaß einer Vollzeitbeschäftigung mehreren Teilzeitjobs nachgingen, waren sie häufig unversichert (ebd.: 64). Die *weiße* Bevölkerung weist den kleinsten Anteil an unversicherten Personen auf (US Census 2009).[14] Das zeigt deutlich, dass es rassifizierte Differenzen im Zugang zu Gesundheitsleistungen gibt.

Ein großer Teil der Bevölkerung gilt zudem als unterversichert, da manche medizinischen Behandlungen und Güter nur gegen hohe Eigenbeträge erworben werden können und öffentliche wie private Versicherungen gravierende Deckungslücken aufweisen. Unversicherte und unterversicherte Personen leiden unter erheblichen Schranken im Zugang zur Gesundheitsversorgung. Oft erhalten sie Leistungen nicht innerhalb der angemessenen Zeit und nicht im nötigen Ausmaß (Cacace 2010: 65 f.).

5.3.3. Obamas Gesundheitsreform: Der *Affordable Care Act*

Unter dem Namen *The Patient Protection and Affordable Care Act* (meistens vereinfacht als *Affordable Care Act* bezeichnet, Abk.: ACA) konzipierte die Bundesregierung unter der Federführung Obamas 2010 eine Gesundheitsreform, die zum Ziel hatte, den Zugang zur Gesundheitsversorgung durch die Ausweitung von Medicaid und der besseren Leistbarkeit von privaten Versicherungsprogrammen durch eine Reihe an Maßnahmen zu verbessern. Diese Reform war von einer gesellschaftlich aufgeheizten Debatte begleitet. Republikanische Politiker_innen rückten mit einer durch den Kalten Krieg erprobten „Politik der Angst“ (Roth 2018: 99) Präsident Obama, die demokratisch geführte Regierung und die gesundheitspolitischen Bestrebungen des ACA in die Nähe des Feinbilds Sozialismus und rahmten den ACA diskursiv als überbordende Machteinwirkung der Bundesregierung gegenüber den einzelnen Bundesstaaten und gegenüber Individuen. Der ACA wirkte durch diese Debatte wie eine weit radikalere Reform als sie tatsächlich ist. Er fällt weit hinter der Angstvorstellung einer „socialized medicine“ (Roth 2018: 98), einem verstaatlichten Gesundheitssystem, unter deren Namen er von seinen republikanischen Gegner_innen viel diskutiert wurde, zurück (Mulligan/Castañeda 2018: 4). Fürsprecher_innen des ACA bezeichnen die Gesundheitsreform zwar als universelles Versicherungsprogramm, sie stellt

[14] Da die Mehrheit der Bevölkerung *weiß* ist, stellen *Weiße* in absoluten Zahlen trotzdem den höchsten Wert an Unversicherten dar, auch wenn ihre Versicherungsquote in Relation zu ihrem Bevölkerungsanteil die höchste ist.

aber bei weitem keine Vollversicherung der Bevölkerung dar, zumal sie zahlreiche Ausweichstrategien zulässt. Für Unternehmen kann es beispielsweise billiger sein, eine Strafe in Kauf zu nehmen als der Belegschaft eine Versicherung anzubieten (Cacace 2010: 67). Die Reform strebt keinen verstaatlichten Zugang zur Gesundheitsversorgung an, sondern baut auf einer Mischung aus privaten und öffentlichen Lösungsansätzen auf (Mulligan/Castañeda 2018: 4). Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die wichtigsten Änderungen durch die Gesundheitsreform.

Grundpfeiler des ACA

Erstens schreibt das Gesetz Richtlinien für Versicherungsunternehmen vor. Dazu gehören die Bestimmungen, dass es Kindern möglich ist, bis zum Alter von 26 Jahren mit ihren Eltern mitversichert zu sein, ein Diskriminierungsverbot von Personen mit vorherrschenden Erkrankungen und die Bestimmung eines grundsätzlichen Leistungspakets, das alle Versicherungen verpflichtet sind abzudecken (Hoornbeek et al. 2018: 191).

Zweitens inkludiert das Gesetz ein individuelles Mandat, das Personen verpflichtet, eine Versicherung abzuschließen. Zu diesem Zweck erschuf der ACA Versicherungsbörsen, die eine bessere Vergleichbarkeit von privaten Versicherungsangeboten für Personen, Familien und Haushalte schaffen sollte. Das Gesetz veranlasste hierfür aus Bundesmitteln auch Steuererleichterungen für Versicherungsprämien und Zusatzzahlungen für Personen mit niedrigem und mittlerem Einkommen (ebd.).

Drittens implementierte das Gesetz auch ein Unternehmensmandat, das Unternehmen mit mehr als fünfzig Vollzeit-Angestellten dazu verpflichtet, ihnen eine Versicherung anzubieten. Für kleine Unternehmen gewährte es Subventionen, um sie bei der Kostenübernahme des Versicherungsschutzes zu entlasten (ebd.).

Viertens erweiterte der ACA die Kriterien zur Anspruchsberechtigung für Medicaid auf alle Erwachsenen, deren Einkommen unter 138 Prozent der FPL liegt (Mulligan/Castañeda 2018: 5). Insbesondere verfügte er, dass nun auch Erwachsene ohne Kinder anspruchsberechtigt sind. Die Bestimmung der Bundesregierung jenen Staaten, die die Medicaid-Expansion nicht umsetzen, Fördergelder für Medicaid zu entziehen wurde 2012 im Fall *National Federation of Independent Businesses (NFIB) vs. Sebelius* als verfassungswidrig eingestuft und zurückgewiesen (ebd.). Durch diese höchstgerichtliche Entscheidung ist es Bundesstaaten selbst überlassen, ob sie an der Ausweitung von Medicaid teilnehmen oder nicht. Diese

Entscheidung hob einen Grundpfeiler des ACA auf. Bis dato implementierten 39 Staaten die Medicaid-Erweiterung, zwölf lehnten es ab (Kaiser Family Foundation 2022: o.S.).[15]

Repeal and replace-Versuche unter Trump

Der ACA war schon zur Amtszeit Obamas wiederholten Versuchen, ihn rückgängig zu machen, ausgesetzt. Seit der Verabschiedung 2010 bis 2016 stimmten republikanische Kongressabgeordnete im Repräsentantenhaus über sechzig Male für seine Aufhebung. Diese schlug durch die negative Abstimmung im Senat immer fehl und wäre auch nie durchgegangen, da der Präsident über ein letztgültiges Vetorecht verfügt (Roth 2018: 213). Ein Grundpfeiler der Präsidentschaftskampagne Donald Trumps war unter dem Slogan „repeal and replace" das Versprechen, den ACA rückgängig zu machen und durch eine eigene Reform zu ersetzen (ebd.: 215). Nach Trumps Wahlsieg 2017 war der ACA im US Kongress folglich vielfachen Versuchen ausgesetzt eingeschränkt, untergraben und revidiert zu werden (Hoornbeek et al. 2018: 190). Es gab nur wenige Anhörungen zu dem Thema und nur beschränkte Möglichkeit seitens der Öffentlichkeit und von Interessengruppen, sich in die Diskussion einzubringen, weshalb sich ein großer Teil der Debatte in den medialen Raum verlagerte. Auch noch sechs Jahre nach der Reform zeigte sich die Bevölkerung laut einer Umfrage gespalten. Diese gab an, dass 49 Prozent der Befragten die Reform skeptisch sahen und nur 39 Prozent ihr positiv gegenüberstanden (Roth 2018: 213 f.). Diese Uneinigkeit in der Öffentlichkeit ist auf die sehr polarisierte politische Debatte über den ACA zurückzuführen und auf die gespaltene Haltung in der amerikanischen Gesellschaft, welche Funktion die Bundesregierung und der Zentralstaat in sozialpolitischen Belangen einnehmen sollen und welches Maß an staatlicher Intervention erwünscht ist (ebd.: 214).

Die vier umfassendsten Gesetzesentwürfe zur direkten Aufhebung des ACA wurden alle im Senat abgelehnt. Im Zuge von Trumps Amtsantritt 2017 konnten die Gegner_innen des ACA jedoch indirekt durch Verwaltungsmaßnahmen einige politische Erfolge erzielen.

Unter der Führung Trumps eliminierte die Regierung die Kostenbeteiligung von Versicherungsunternehmen, die eingeführt wurden, um die Kosten für medizinische Behandlungen von Personen mit hohem Krankheitsrisiko zu senken (Hoornbeek et al. 2018: 192).

Einer der bedeutendsten Einschnitte in die Reform ist die de facto Aufhebung der individuellen Versicherungspflicht, indem die Steuerstrafe beim Verstoß gegen das individuelle Mandat

[15] Alabama, Florida, Georgia, Kansas, Mississippi, North Carolina, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Wisconsin, Wyoming erweiterten Medicaid bis dato nicht (ebd.).

durch eine Steuerreform außer Kraft gesetzt wurde. Diese und weitere politische Vorstöße untergruben die Bestrebungen des ACA und schufen neue, unerwartete Unsicherheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung und der Versicherungsabdeckung in den einzelnen Bundesstaaten (ebd.).

Zu diesen folgenreichen Abänderungen des ACA zählt auch die oben erwähnte Entscheidung des Obersten Verfassungsgerichtshofs von 2012 Bundesstaaten selbst zu überlassen, ob sie den Zugang zu Medicaid ausweiten, sodass alle Erwachsenen deren Einkommen unter 138 Prozent der FPL liegt anspruchsberechtigt sind. Für Personen mit niedrigen Einkommen, die allerdings über der Bezugsgrenze von Medicaid liegen, ermöglicht die Gesundheitsreform Zuschüsse, um den Erwerb einer Privatversicherung leistbarer zu machen. Diese Zuschüsse sind jedoch so gestaltet, dass Personen mit einem Einkommen unter 100 Prozent der FPL nicht bezugsberechtigt sind, da sie im ursprünglichen ACA-Design am Medicaid-Programm teilnehmen würden. In den Bundesstaaten, die Medicaid nicht expandierten sind demzufolge Millionen Menschen nicht versichert – sie verfügen über ein zu hohes Einkommen für Medicaid und ein zu niedriges Einkommen, um sich für Zuschüsse für den individuellen Versicherungsmarkt zu qualifizieren. Dieses Problem ist unter dem Namen „the coverage gap" (Mulligan/Castañeda 2018: 6), die Versorgungslücke, bekannt geworden.

Die Biden-Administration verpflichtete sich in ihrem Regierungsprogramm dazu, die Versicherungsabdeckung auszuweiten und die Leistbarkeit von Versicherungen unter dem ACA zu fördern. 2021 unterzeichnete Biden *The American Rescue Plan Act* (ARPA), der Zuschüsse für Versicherungsprämien ausweitet. Aber auch diese Reform setzt erst bei Personen mit einem Einkommen über 100 Prozent der FPL an und adressiert damit die beschriebene Versorgungslücke in Staaten ohne Medicaid-Erweiterung nicht und lässt ökonomisch marginalisierte Personen in einigen Teilen des Landes unversichert zurück (O'Mahen/Petersen 2021: e210871).

Gegner_innen des ACA sowie Personen, die in diese Versorgungslücke fallen, machen oft den ACA für die Lücke verantwortlich, statt die jeweiligen staatlichen Regierungen, die sich gegen die Medicaid-Erweiterung entschieden und – besonders im republikanisch dominierten Süden – die Vorgaben des ACA nicht vollständig umsetzten (Mulligan/ Castañeda 2018: 6). Infolge der nicht flächendeckenden Umsetzung der Expansion von Medicaid nahmen geographisch bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu, die auch immer wieder Ausdruck in dem im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Material finden. Auf der einen Seite erweiterte der ACA den Versicherungsschutz und damit den Zugang zu wichtigen Gesundheitsleistungen für viele

Menschen. Auf der anderen Seite schuf er neue Ausschlüsse und reproduzierte darin alte Hierarchien, indem leistbare Gesundheitsleistungen abhängig sind von Wohnort, Einkommen und Staatszugehörigkeit – Kategorien, die unter anderem durch ungleiche Geschlechter-, *race*- und Klassenverhältnisse sowie durch das US-amerikanische Grenzregime strukturiert werden (ebd.: 22).

5.3.4. Klasse, *race* und Geschlecht in der Diskrepanz öffentlicher/privater Gesundheitsleistungen

Schwangerschaftsvorsorge unter Medicaid: Fürsorge und Disziplin

Schwangerschaftsvorsorge variiert in den USA stark danach, ob die schwangere Person privat – individuell oder im Rahmen einer Gruppenversicherung durch den Arbeitgeber – oder öffentlich durch Medicaid versichert ist. In den bundesweiten gesundheitsrechtlichen Bestimmungen sind schwangere Frauen unter einer gewissen Einkommensgrenze als besonders schutzbedürftige Personengruppe definiert und damit anspruchsberechtigt für Medicaid (Cacace 2010: 61). Sie sind durch Gesundheitsdienstleister und medizinische Institutionen auch immer einem gewissen Maß an Kontrolle ausgesetzt. Dieses Maß variiert je nach Versicherungsart und trifft Personen, die öffentlich versichert sind stärker als jene, die privat versichert sind. Dieser Umstand wird deutlich, wenn wir den Blick nicht allein auf den Versicherungsstatus, also darauf ob Personen versichert sind oder nicht, werfen. Auch die Art der Leistungen, ob diese frei wählbar oder verpflichtend sind, und der interpersonelle Umgang in Gesundheitsinstitutionen prägen die Erfahrungen schwangerer Frauen mit dem Gesundheitssystem (Andaya 2018: 117).

Schwangere Frauen haben durch Medicaid Zugang zu einer Reihe an schwangerschaftsvorsorglichen Dienstleistungen und Untersuchungen. Viele dieser Leistungen stehen ihnen jedoch nicht wahlweise zur Verfügung, sondern sind verpflichtend zu absolvieren. Demzufolge ist Medicaid von einer Ambivalenz der Fürsorge und Disziplin durchzogen (ebd.). Im Unterschied dazu können sich privat versicherte schwangere Frauen die Art der Schwangerschaftsvorsorge und welche Untersuchungen sie vornehmen möchten stärker aussuchen. Diese Wahlfreiheit ist jedoch ebenso kritisch zu betrachten, da Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen oft nicht in den abgeschlossenen Leistungspaketen privater Versicherungsanbieter inkludiert sind (Cacace 2010: 36). Seit der Implementierung des ACA müssen Versicherungspolizzen diese enthalten. Versicherungsvereinbarungen, die Versicherte vor 2010 abschlossen, müssen Versicherungsanbieter jedoch nicht um diese

Mindeststandards des vom ACA verordneten Leistungspakets erweitern (HRSA 2022: o. S.; Insurance Commisionar o. J.: o. S.).

Frauen, die über Medicaid Schwangerschaftsvorsorge beanspruchen, sind mit Untersuchungen und Beratungsangeboten konfrontiert, die sie nur begrenzt ablehnen können, wollen sie versichert bleiben. Manche empfinden diese Angebote als hilfreiche institutionelle Fürsorge, die sie in gesundheitlichen Entscheidungen begleitet und unterstützt. Diese Dienstleistungen werden jedoch vor allem öffentlich und nicht privat versicherten Personen angeboten oder gar vorgeschrieben. Auf diese Weise werden ökonomisch marginalisierte Frauen als eine einheitliche Bevölkerungsgruppe von Risikopatientinnen konstruiert, ungeachtet ihrer individuellen Risikofaktoren, die stärkerer Kontrolle unterliegen als privat versicherte Frauen. Sie sind beispielsweise aufgefordert mehrfache Tests auf sexuell übertragbare Krankheiten durchzuführen, Fragen zu ihren Beziehungen zu beantworten oder sich in Ernährungsberatung zu begeben (Andaya 2018: 117 f.). Öffentlich versicherte Frauen unterliegen auch einer höheren Wahrscheinlichkeit Drogentests ablegen zu müssen als privat versicherte (Lester et al. 2004: 33). Schwarze Frauen mit niedrigem Einkommen haben ein eineinhalbmal so hohes Risiko getestet zu werden wie nicht Schwarze Frauen, obwohl es ähnlich oft zu einem positiven Ergebnis kommt. Im Fall eines positiven Tests melden Gesundheitsdienstleister Schwarze Frauen zehnmal häufiger als nicht Schwarze Frauen an Kinderschutzbehörden weiter, was zu zivil- und strafrechtlichen Verfahren führen kann (Amnesty International 2017: 25; siehe Kapitel 5.2.). Demzufolge ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen über Medicaid mit rassifizierter und klassenbasierter Ungleichbehandlung gepflastert.

Öffentlich versicherte Personen sind zudem oft langen Wartezeiten ausgesetzt, was aufgrund der Wahrnehmung seitens Gesundheitsdienstleistern, dass es sich bei öffentlichen Versicherungsleistungen um „wohltätige“ Dienste handle, kaum problematisiert wird. Die Überzeugung, dass die Zeit ökonomisch marginalisierter Menschen weniger wertvoll und entbehrlich ist, ist im Gesundheitssektor und darüber hinaus weit verbreitet. Die zusätzlichen Untersuchungen, die Medicaid versicherte schwangere Frauen gegenüber privat versicherten durchführen müssen, verlängern die gesamte Aufenthaltsdauer in Gesundheitsanstalten weiter (Andaya 2018: 118).

Frauen, die für gewöhnlich aus dem Medicaid-Programm exkludiert sind, können durch eine Schwangerschaft erstmals Zugang zum Gesundheitssystem erlangen. Eine Schwangerschaft setzt andere rechtliche Kategorien, die normalerweise zum Ausschluss aus Medicaid führen, außer Kraft. Schwangere Frauen fallen unter bestimmten Bedingungen (Einkommen, Wohnort,

Haushaltsgröße, *immigration status*) in die bundesstaatlich geregelte Definition des als besonders schutzbedürftig eingestuften Personenkreis und haben dadurch Anspruch auf eine Versicherung durch Medicaid (Chen/Hayes 2018: 2). Wie weitreichend diese Inklusion ist, beispielsweise mit welchem *immigration status* (z.B. *qualified non citizen, lawfully residing immigrants, undocumented immigrants*) Frauen an Medicaid teilnehmen können, hängt wiederum von den Richtlinien der einzelnen Bundesstaaten ab und variiert stark. Die Anspruchsberechtigung läuft 60 Tage nach der Geburt aus (ebd.: 5). Frauen, die nach dieser Frist nicht aufgrund anderer Kategorien am Medicaid-Programm teilnahmeberechtigt sind und die über keine individuelle oder berufsbasierte private Versicherung verfügen, sind danach unversichert. Ihre neugeborenen Kinder sind möglicherweise aufgrund anderer staatlicher Bestimmungen für Kinder versichert. Frauen das Recht auf eine gesundheitliche Versorgung je nach Schwangerschaftsstatus zu gewähren, reflektiert ein eingeschränktes staatliches Interesse an Frauenleben vornehmlich als Reproduzentinnen der nationalen Bevölkerung und von „citizen-fetuses“ (Andaya 2018: 121).

Schwangerschaft und Substanzgebrauch: Zugang zu Therapien

Die Begrenzung der Zeitperiode, in denen schwangere Frauen versichert sind, hat gravierende Auswirkungen für substanzgebrauchende, schwangere Frauen und die Therapieangebote, die sie in Anspruch nehmen können. Medicaid finanziert grundsätzlich Substitutionstherapie, die im Sektor der öffentlichen Gesundheit als Therapiestandard für Substanzgebrauchsstörungen gilt. Nur wenige Therapieeinrichtungen sind jedoch auf die Bedürfnisse substanzgebrauchender, schwangere Frauen ausgerichtet. Demnach erhielten 2014 nur die Hälfte der schwangeren Patientinnen in staatlich geförderten Therapieangeboten Substitutionstherapie. Zudem ist Kontinuität ein Schlüsselfaktor, um die Therapie wirkungsvoll zu gestalten. Gerade aber die Zeit vor, während und nach einer Schwangerschaft ist eine Phase, in der Frauen oft zwischen unterschiedlichen Versicherungsstatus schwanken. Wenn Frauen sechzig Tage nach der Geburt nicht mehr versichert sind, da ihre Medicaid-Berechtigung ausläuft, können sie die Therapie nicht fortsetzen. Studien zeigen jedoch, dass sieben bis zwölf Monate nach der Geburt das Risiko einer Überdosierung besonders hoch ist. Vor dieser Zeit endet jedoch der Versicherungsschutz und damit auch die Substitutionstherapie (Connolly/Gilbard 2021: o. S.). Das setzt substanzgebrauchende Frauen einem unnötigen und vermeidbaren Risiko einer Überdosierung aus.

Gesundheitsorganisationen fordern deshalb eine Verlängerung des Versicherungsschutzes auf ein Jahr nach der Geburt. Dies würde, so die Hoffnung von Vertreter_innen öffentlicher

Gesundheit, auch die desaströsen rassifizierten Ungleichheiten im Bereich reproduktiver Gesundheit und Müttersterblichkeit adressieren (Alker et al. 2020: 2). Schwarze Frauen haben im Kontext von Geburten ein drei- bis viermal so hohes Risiko zu sterben wie *weiße* Frauen (CDC 2022: o. S.). Schätzungen zufolge tritt ein Drittel dieser Todesfälle eine Woche bis zwölf Monate nach der Geburt auf. Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes würde zumindest einen Teil dieser Todesfälle verhindern, indem Frauen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben während sie noch einem hohen Risiko für schwangerschaftsbedingte Komplikationen und Todesfälle ausgesetzt sind (Alker et al. 2020: 2).

Im März 2020 beschloss der Kongress den *Families First Coronavirus Response Act*, der Bundesstaaten verbietet die Anspruchsberechtigung für Medicaid von Personen während der Corona-Krise zu beenden. Paradoxerweise hat die Corona-Krise dazu geführt, dass viele Bundesstaaten das erste Mal Frauen nach einer Geburt in angemessener Weise weiter versicherten (Connolly/Gilbard 2021: o.S.).

Die Bedeutungen des *Weißseins* der Opioidkrise

Wie im Verlauf dieses Kapitels deutlich geworden, ist der Zugang zum Gesundheitssystem durch In- und Exklusion anhand sozialer Ungleichheiten strukturiert. Dies ist ein ausschlaggebender Faktor für Analysen der Opioidkrise. Diese wird von medizinischen, politischen und medialen Diskursen als *weiße* Krise dargestellt. Was in dieser Darstellung jedoch oft vergessen wird ist, warum *weiße* Personen über einen so uneingeschränkten Zugang zu Opioiden verfügen. Ein entscheidender Grund ist die privilegierte Position von *weißen* Personen im Gesundheitssystem. Diese zeigt sich beispielsweise daran, dass sie im Verhältnis zu ihrem Bevölkerungsanteil prozentual den kleinsten Teil an unversicherten Personen ausmachen (US Census 2009). Dadurch hatten sie auch einen besseren Zugang zu verschreibungspflichtigen Medikamenten wie Opioiden (Hansen/Netherland 2016: 2127).

In den Jahren 1999 und 2001 fordern die *Veteran's Health Administration* und die *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* eine bessere Regulierung und Behandlung von Schmerzen als Teil qualitativer Pflege im Gesundheitsbereich ein, um so einen angemesseneren therapeutischen Umgang mit Schmerzen zu fördern (Humble 2014: o. S.) Der Aufstieg der pharmazeutischen Marke *Oxycontin*, die opioidbasierte Schmerzmittel für den medizinischen Gebrauch vermarktet, fällt ebenso in diesen Zeitraum. Die FDA beschloss 1996 die Zulassung von *Oxycontin* als Schmerzmittel zur Kontrolle mäßiger Schmerzzustände und mit der Einschätzung einer minimalen Suchtgefahr. Vor dem wandelnden Diskurs, der die Wichtigkeit von Schmerzregulation und -kontrolle hervorstrich, bewarb *Oxycontin* seine

Produkte in den Praxen der Allgemeinmediziner_innen. In mehrheitlich *weißen* Staaten wie Maine, West Virginia, Kentucky und Virginia fand *Oxycontin* schnell Verbreitung (Hansen/Netherland 2016: 2127). Die meisten Personen, die aufgrund ihres Versichertenstatus und der Möglichkeit einen Arzt aufzusuchen Opioide verschrieben bekamen, waren *weiß*. Selbst wenn nicht *weiße* Personen versichert waren und Zugang zu einem_r Allgemeinmediziner_in hatten, wurde ihnen seltener Opioide verschrieben (ebd.: 2128). Mit 1999 begann die Lebenserwartung von *Weißen* zu sinken, eine Entwicklung die einzigartig ist für die USA im Vergleich zu anderen reichen Ländern. Ein ausschlaggebender Grund waren Alkoholvergiftungen und Drogenüberdosierungen, viele ausgelöst durch den nicht medizinisch indizierten Gebrauch von Opioiden (Case/Deaton 2015: 15081). Die politische Reaktion auf diese Drogenkrise war nicht härtere Strafen für Drogendelikte im Zusammenhang mit Opioiden zu fordern, wie zu Zeiten der Crack-Kokain-Epidemie. Vielmehr wurde die Opioidkrise durch medizinwissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskurse so platziert, dass sie eine andere Reaktion als jene des *war on drugs* forderte. Als Reaktion auf die Opioidkrise erließen politische Entscheidungsträger_innen beispielsweise Gesetze, die Personen vor einer rechtlichen Verfolgung aufgrund von Drogendelikten schützen, wenn sie im Fall einer Überdosierung Notfalldienste verständigen (County Health Rankings 2022: o. S.; Hansen/Netherland 2016: 2128). Obwohl nicht medizinisch indizierter Opioidgebrauch weitaus verbreiteter ist, ist die Verhaftungsrate für den Verkauf oder Besitz illegal erworbener Opioide nur ein Viertel jener von Heroin. Diese unterschiedlichen rechtlichen Konsequenzen erinnern an das Gesetz von 1986 zur Unterscheidung von Crack-Kokain und Kokainpulver, demnach eine hundertfache Menge Kokainpulver erst dasselbe Strafmaß wie bei Crack-Kokain erzielte. Dies schuf eine rassifizierte Trennung in der Umsetzung des *war on drugs,* bei der Schwarze Männer das sechsfache Risiko von *weißen* Männern haben, eine Haftstrafe verbüßen zu müssen (Hansen/Netherland 2016: 2128).

Auch die Rahmenbedingungen für Therapieangebote für eine Opioidgebrauchsstörung unterscheiden sich von jenen anderer Substanzgebrauchsstörungen. Buprenorphin ist ein substituierendes Medikament, das zur Therapie bei einer Substanzgebrauchsstörung eingenommen werden kann. Mit Blick auf die Ausbreitung der Opioidabhängigkeit in der *weißen* Mittelschicht legalisierte der US-Kongress die Verschreibung von Buprenorphin durch zertifizierte Allgemeinmediziner_innen. So mussten opioidabhängige Patient_innen nicht die stigmatisierten Methadonkliniken aufsuchen, die Substitutionstherapie für größtenteils heroingebrauchende Personen anbieten und mit einem stärkeren Maß an Kontrolle verbunden sind (ebd.). Die Versicherungsabdeckung von Substitutionstherapie mit Buprenorphin durch

Medicaid variiert, was sich in rassifizierten und klassenbasierten Ungleichheiten im Zugang dazu widerspiegelt:

> „Three years after US Food and Drug Administration approval of buprenorphine, 91% of the US patients taking buprenorphine were White, and most were college educated, employed, and dependent on prescription opioids, in contrast to methadone patients who were less often White, college educated, or employed and who primarily used heroin.“ (ebd.)

Vor dem Hintergrund, dass sich immer mehr *weiße*, der Mittelschicht angehörende Opioidkonsument_innen auch dem Gebrauch von Heroin zuwandten, forderten politische Entscheidungsträger_innen mildere Strafen für nicht gewalttätige Drogendelikte. Der kriminalisierende Ansatz des *war on drugs* ist nicht für sie bestimmt. Vielmehr werden gesundheitspolitische Forderungen nach dem Ausbau von Therapieangeboten für Suchtproblematiken laut. Schwarze Personen und People of Color werden weiterhin vom punitiven Arm des *war on drugs* für Drogendelikte kriminalisiert, inhaftiert und ausgeschlossen aus gesundheitspolitischen Forderungen nach angemessenen Therapieangeboten für Substanzgebrauchsstörungen (Hansen/Netherland 2016: 2128).

Abschließend möchte ich festhalten, dass wenn über die Opioidkrise als eine *weiße* Krise gesprochen wird, es wichtig ist, den Fokus nicht allein auf die verstärkte Betroffenheit von *weißen* Personen zu richten. Auch gilt es in diesem Rahmen über rassifizierte Ungleichheiten im Zugang zum Gesundheitssystem zu sprechen und über die verschiedenen politischen Reaktionen auf *weißen* und nicht *weißen* Substanzgebrauch, wobei ersterwähnter vermehrt als Objekt gesundheitspolitischer Interventionen fungiert und letzterwähnter verstärkt als Objekt der Strafjustiz dient.

6. EMPIRISCHE ANALYSE

6.1. Bedeutungsrahmen

In diesem Teil des Analysekapitels rekonstruiere ich die Bedeutungsrahmen, in denen die Opioidkrise und Opioidgebrauch während der Schwangerschaft problematisiert werden. Zudem beleuchte ich, wie im untersuchten Material Opioidgebrauch mit der Reproduktionsfähigkeit von Frauen verknüpft wird. Im Aufbau der Bedeutungsrahmen orientiere ich mich an der diskursiven Herstellung von Problemdefinitionen, Verantwortlichen, Betroffenen sowie Lösungen und vergeschlechtlichten, rassizifierten und klassenspezifischen Diskursen.

Bei der Rahmenanalyse des Materials kristallisierten sich insgesamt sechs Rahmen heraus. Vier davon rechne ich thematisch dem Bereich des Gesundheitswesens zu. Diese problematisierten die Opioidkrise und Opioidgebrauch während der Schwangerschaft erstens auf einer grundsätzlichen Ebene des Zugangs zum Gesundheitssystem anhand des Versicherungssystems und der Gesundheitsreform *Affordable Care Act*, zweitens über die gesellschaftlich umstrittene Substitutionstherapie, drittens anhand der Belastung ländlicher Krankenhäuser, die an der steigenden Zahl von Säuglingen mit *Neonatal Abstinence Syndrome* (Abk.: NAS) festgemacht wird, und viertens über die Rolle von Pharmaunternehmen und der Verschreibungspraxis von Ärzt_innen. Szenen innerhalb dieser vier Rahmen, für die es geografische Angaben gibt, spielen sich zum Großteil in ländlichen Gebieten ab. Im Kontrast zu diesen ländlichen Erzählungen der Opioidkrise rekonstruiert der fünfte Rahmen die Bedeutungen, die der städtische Raum im Material einnimmt. Der sechste Rahmen beschäftigt sich mit der kritischen Berichterstattung zur Kriminalisierung schwangerer Personen.

Da die Bedeutungsrahmen gleichzeitig zur Darstellung des analysierten Materials dienen, ordnete ich sie so an, dass sie von allgemeineren Themen hin zu spezifischen Problematisierungen führen. Auch wenn die analysierten Zeitungsartikel zu großen Teilen bestimmten Rahmen zugeordnet sind, kann ein Artikel sich inhaltlich trotzdem in mehreren Bedeutungsrahmen bewegen. Die Rahmen sind nicht als abgeschlossene zu verstehen, sie können sich ergänzen oder teilweise überschneiden.

6.1.1. Zugang zum Gesundheitssystem und der *Affordable Care Act*

In diesem Bedeutungsrahmen werden Opioidkrise und Opioidgebrauch während der Schwangerschaft als eines von vielen Problemen eines unzureichenden Zugangs zur Gesundheitsversorgung formuliert (Seelye/Goodnough 2017; Stolberg 2017). Fragen wie: Wer

ist in- und exkludiert aus dem Versicherungssystem? Wie strukturiert sich dieser Zugang unterschiedlich zwischen Medicaid- und Privatversicherten?, stehen im Zentrum. Zum Beispiel welche Therapien diese aufgrund ihrer zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln und den abgedeckten Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen können. Argumentationen, die innerhalb dieses Bedeutungsrahmens geäußert werden, beziehen sich auf den grundlegenden Aufbau des amerikanischen Gesundheits- und Versicherungssystems (siehe Kapitel 5.3.). Die verschiedenen Positionen zu diesem Versicherungssystem spitzen sich besonders in der gesellschaftlichen Debatte um den *Affordable Care Act* (Abk.: ACA), auch bekannt als *Obamacare*, zu.

In der Berichterstattung sehen Fürsprecher_innen des öffentlichen Gesundheitswesens einen großen Fortschritt darin, dass unter dem ACA Therapien für Substanzgebrauchsstörungen zu großen Teilen finanziell abgedeckt und damit einem großen Teil der Bevölkerung erstmals zugänglich gemacht werden (Seelye/Goodnough 2017; Stolberg 2017). Paradoxerweise hätten durch den verbesserten Zugang zu medizinischen Leistungen mehr Personen als vor dem ACA auch einfacheren Zugriff auf Opioide und könnten auf diesem Weg eine Opioidabhängigkeit entwickeln, so eine Sorge von Gesundheitsbehörden (Seelye/Goodnough 2017: 1). Fürsprecher_innen des Gesundheitswesens kritisieren, dass die Republikanische Partei unter der Trump-Regierung eine Reform des ACA plane, die die Ausweitung der Versicherungsleistungen wieder zurückdrängen solle. Hier findet sich die wiederkehrende Darstellung, dass die Republikanische Partei mit diesem Vorgehen Politik gegen ihre eigene Wähler_innenschaft mache, die überproportional von der Opioidkrise und ihren Folgen betroffen und durch den ACA erstmals versichert sei (ebd.; Stolberg 2017):

> „Many of the states hardest hit by opioids – including Ohio, West Virginia and Kentucky – voted for Mr. Trump, but some Republican governors have expressed concern about what might happen to people being treated for addiction if their party repeals or scales back the health law." (Seelye/Goodnough 2017: 1)

Wir lernen hier, wer die Betroffenen der Opioidkrise und ausgrenzender Gesundheitspolitik in der öffentlichen Wahrnehmung sind: Trump-Wähler_innen aus Ohio, West Virginia und Kentucky. Rassifizierte Zuschreibungen werden nicht explizit angesprochen, die aufgezählten Bundesstaaten und der Verweis, dass es sich um Trump-Wähler_innen handelt, sind jedoch klar mit einer mehrheitlich *weißen*, ländlichen und suburbanen Bevölkerungsgruppe assoziiert (US Census 2019a: o. S.; Pew Research Center 2018: 2). Im Gegensatz zu rassifizierten Verhältnissen werden ökonomische Verhältnisse direkt sichtbar gemacht: „Perhaps no region in Kentucky has benefited as much as Appalachia, the impoverished eastern part of the state, where in some counties more than 60 percent of people are covered by Medicaid." (Stolberg

2017: 1) Appalachia erscheint hier als Gegend, die aufgrund ihrer ökonomischen Deprivation besonders vom ACA profitiert und unter seiner Revidierung leiden würde. Appalachia ist auch allgemein dafür bekannt, dass Oxycodongebrauch[16] und -abhängigkeit besonders virulent sind, weshalb Oxycodon in Verbindung mit der hügeligen Landschaft auch als „hillbilly heroin" (Borger 2001: o. S.) bezeichnet wird. Ein derogativer Terminus der eine „*weiße* Unterklasse" bezeichnet, also als *weiß* markiert ist und klassistische Konnotationen aufweist (Hartigan 1997). Selbst wenn nicht direkt über rassifizierte Zuschreibungen oder über den Opioidgebrauch in Appalachia gesprochen wird, gibt es in der kollektiven Wahrnehmung wirkmächtige Assoziationen, wer hier als Opfer der Opioidkrise und eines unzureichenden Zugangs zum Gesundheitswesen dargestellt wird. Opioidnutzer_innen als *weiße*, ländliche, ökonomisch marginalisierte Bevölkerungsschicht sind in diesem Bedeutungsrahmen die Leidtragenden einer unzureichenden Abdeckung von Gesundheitsleistungen durch eine fehlende staatliche Absicherung. Im untersuchten Material erscheinen sie als Opfer ihrer selbstgewählten politischen Führungsfiguren, die die breite Leistungsabdeckung durch den ACA wieder rückgängig machen wollen und damit vielen ihrer Wähler_innen die Versicherung kosten würden (Seelye/Goodnough 2017; Stolberg 2017).

Als verantwortlich für diese Krise wird das unzulängliche Gesundheitssystem gesehen, das jedoch mit dem ACA unter der Federführung der Obama-Regierung neuerdings positive Entwicklungen verzeichne. Dadurch dass die Republikanische Partei unter der Trump-Regierung den ACA wieder einschränken will, wird sie als Mitverantwortliche für das schlecht zugängliche Gesundheitssystem gezeichnet. Republikanische Senatoren argumentieren vor allem in einem ökonomischen Rahmen nach neoliberalen Logiken. Punkte wie Kostenreduktionen, Stabilisierung von Märkten, höhere Flexibilität und ein *work fare*-Zugang zum Gesundheitssystem werden gegen den ACA angeführt (Stolberg 2017: 2). Im untersuchten Material wird das Bild einer republikanischen politischen Elite, die abgeschnitten sei von den Bedürfnissen ihrer eigenen Wähler_innenschaft, gezeichnet: „Mr. McConnell, who was re-elected handily in 2014, seems committed to his party's pledge to repeal the Affordable Care Act even if it might hurt some constituents back home." (ebd.: 1)

Mit der Rückdrängung des ACA wird befürchtet, dass substanzgebrauchenden schwangeren Frauen weitere Barrieren für ihre Versorgung in den Weg gelegt würden, und

[16] Oxycodon ist ein verschreibungspflichtiges opioidbasiertes Schmerzmittel, das z. B. unter dem Markennamen OxyContin verkauft wird (Van Zee 2009: 221).

Gesundheitsanbieter bezweifeln, ob sie diese noch erreichen können: „‚It makes me very nervous,' said Brittany Hunsaker, 29, a clinic social worker who counsels pregnant women addicted to opioids. ‚Some of the most vulnerable people that we serve, we may not be seeing any more.'" (Stolberg 2017: 1) Substanzgebrauchende schwangere Frauen, spezifisch aus ländlichen Gegenden, werden in diesem Rahmen als Bevölkerungsgruppe platziert, die als besonders vulnerabel gilt. Ihnen sei der Zugang zur Gesundheitsversorgung allgemein durch soziales Stigma rund um Opioidgebrauch während der Schwangerschaft erschwert, und durch die Eindämmung des ACA hätten sie keinen Zugriff mehr auf Gesundheitsleistungen, da ihre ökonomische Situation ihnen keine Privatversicherung ermöglicht. Die strukturelle ökonomische Ungleichheit zwischen jenen, die sich eine Privatversicherung leisten können, und jenen, die bei Medicaid versichert sind, wird auch in der Sorge darum angesprochen, dass der Anteil schwangerer Opioidnutzerinnen unter Medicaid-Versicherten höher ist, wobei nicht klar ist, worauf diese Divergenz zurückzuführen ist. Faktoren könnten z. B. bevölkerungsschichtsspezifische Krankheiten oder eine gesteigerte Verschreibungspraxis von Ärzt_innen an Medicaid-Versicherte sein (Tavernise 2015: 1).

Innerhalb dieses Bedeutungsrahmens werden rassifizierte Ungleichheiten im Gesundheitssystem erkennbar. Jedoch nicht indem hinterfragt wird, warum rassifizierte Personen historisch weniger Zugang zu Opioiden hatten. Vielmehr wird die *weiße* Bevölkerung viktimisiert, die durch ihren „privilegierten" Zugang zu Opioiden nun verstärkt von der Opioidkrise betroffen ist (Netherland/Hansen 2016: 2127). Die Strukturkategorie *Weißsein* wird dabei nicht explizit markiert, sondern implizit durch geografische Marker ausgewiesen. Explizit benannt werden ökonomische Ungleichheitsverhältnisse und der dadurch strukturierte ungleiche Zugang zum Gesundheitssystem und zu Versorgungsleistungen. Substanzgebrauchende schwangere Frauen werden als vulnerable, ökonomisch marginalisierte Risikogruppe sichtbar.

6.1.2. Umstrittene Substitutionstherapie

In diesem Bedeutungsrahmen wird die Opioidkrise als Frage danach, mit welchen Therapiemöglichkeiten sie am besten zu bewältigen sei, verhandelt (Goodnough 2018; Louis 2017a; Macy 2016; O. A. 2019b; Seelye 2016a, 2016b). Im Vordergrund steht dabei die gesellschaftliche Debatte um Substitutionstherapie. Auch wenn im Material darüber gesprochen wird, dass im Gesundheitssektor Substitutionstherapie (engl. *medical assisted treatment*) mittlerweile zum „gold standard" (Macy 2016: 1) geraten ist, um

Substanzgebrauchsstörungen zu behandeln, wird klar erkennbar, dass diese Meinung in der allgemeinen Öffentlichkeit und bei Akteur_innen des Gesetzes- und Strafvollzugs umstritten ist und die Debatte über das Für und Wider von Substitutionstherapie in einem moralisch aufgeladenen Klima stattfindet. Auf der Seite der Fürsprecher_innen von Substitutionstherapie stehen dabei vor allem Akteur_innen des öffentlichen Gesundheitswesens, als Gegner_innen von oder Barrieren für Substitutionstherapie treten *drug courts,* Gefängnisse und Strafverfolgungsbehörden auf. Auf beiden Seiten stehen Menschen mit Opioidabhängigkeit und ihre Angehörigen (Goodnough 2018; Louis 2017a; Macy 2016; O. A. 2019b; Seelye 2016a, 2016b).

In den USA gibt es eine lange Tradition von Abstinenzbewegungen, die auf die Prohibitionszeit zurückgeht (Mesner o. J.: 9). Substitutionstherapie wird vor diesem Hintergrund oft nicht als legitime und vollwertige Therapieform von Suchtproblematiken anerkannt, sondern als das Ersetzen von einer Sucht mit einer anderen abgewertet oder als Zwischenschritt am Weg zur Abstinenz gesehen (Macy 2016: 2). Neben diesem gesellschaftlichen Stigma, das nur vollkommene Abstinenz als Therapieerfolg wertet, werden versicherungstechnische, logistische und institutionelle Hürden in den analysierten Artikeln aufgezeigt, die den Zugang zu Substitutionstherapie erschweren. Der wichtigste argumentative Bezugspunkt für Fürsprecher_innen von Substitutionstherapie ist ein wissenschaftliches *framing* (O. A. 2019b). Opioidabhängigkeit wird als Krankheit definiert, die in ihren Therapieformen auf diskriminierende Weise strengeren Regelungen unterliege als andere chronische Krankheiten, wodurch die Bekämpfung der Opioidkrise erschwert werden würde. Statt wissenschaftlich erwiesene Ansätze wie Substitutionstherapie und *harm reduction*-Programme zu fördern, würden diese von politischen Akteur_innen ignoriert oder gar kriminalisiert werden (ebd.).
Auf Seiten der Kritiker_innen wird Substitutionstherapie als Möglichkeit der pharmazeutischen Industrie gesehen, nun Geld an der eigens ausgelösten Opioidkrise zu verdienen. Stationäre Therapiezentren sorgen sich darum, dass das Bild entstehe, eine rein pharmazeutische Lösung für Abhängigkeit gefunden zu haben, die billiger ist als ihr eigenes Angebot, jedoch auch komplexere Hintergründe von Sucht nicht bearbeiten kann (Goodnough 2018). Kritisiert wird, dass mit Substitutionstherapie der „cycle of dependence“ (Macy 2016: 1) nicht gebrochen, sondern nur verschoben wird und ein illegaler Markt für Substitutionsmittel entstehe, der Kriminalität befördere.

Die beschriebene Divergenz zwischen Akteur_innen im Gesundheitsbereich sowie im Gesetzes- und Strafvollzug, wie auch in zivilrechtlichen und sozialen Systemen wie der Kinderfürsorge stelle schwangere Frauen mit Substanzgebrauchsstörung vor eine schwierige Situation, da die Rechtslage auf bundesstaatlicher sowie auf County-Ebene verschieden sein kann, was die Möglichkeit einer legalen Einnahme von substituierenden Medikamenten während der Schwangerschaft betrifft (Louis 2017a). Vor diesem Hintergrund werden substanzgebrauchende schwangere Frauen in substitutionsbefürwortenden Argumentationen dargestellt, als wären sie der Willkür des Rechtssystems ausgeliefert, das ihnen den Zugang zu wichtigen Gesundheitsleistungen versperre, da sie Repression fürchten müssten (ebd.; Seelye 2016b).

In einem substitutionskritischen Artikel ist das Bild über substanzgebrauchende schwangere Personen jedoch ein negativeres (Macy 2016). Hier werden Topoi von Kleinkriminalität, um den Substanzgebrauch zu finanzieren, angesprochen und eine, wie ich meine, als risikoreich suggerierte Unwissenheit über den eigenen schwangeren Körper, die die Selbsttechnologien der beschriebenen Person in Zweifel ziehen (Lupton 2013: 94).

> „She was arrested on suspicion of stealing plumbing equipment from Lowe's with the intention of pawning it to buy heroin. At the local jail, she was so strung out she had no idea that she was five months pregnant until a sheriff's deputy handed her a prenatal vitamin after a routine pregnancy screen.“ (Macy 2016: 2)

Aber auch diese negative Darstellung ist eingebettet in die größere Problematik um die Wirksamkeit von Substitutionstherapie. Nicht die Person allein wird als verantwortlich für ihren Substanzgebrauch gezeichnet, sondern auch der Misserfolg der Substitutionstherapie.

Auch in den Debatten über Substitutionstherapie wird Appalachia wieder als besonders betroffene Gegend von der Opioidepidemie hervorgehoben.

> „And now President Obama’s proposed 2017 budget includes $1 billion for the expansion of M.A.T. What looks like a common-sense investment in Washington looks more complicated here in Appalachia, where the OxyContin ‚hillbilly heroin‘ epidemic began back in the 1990s and where opioid overdose death rates remain among the highest in the nation.“ (ebd.: 1)

Diesmal wird die Oxycodonproblematik direkt angesprochen und explizit mit dem Ausdruck „hillbilly heroin“ verknüpft. Was in dieser Überbetonung von Appalachia verdeckt wird, ist, dass die Opioidepidemie nicht nur in dieser *weißen*, ländlichen, ökonomisch marginalisierten Gegend von Relevanz ist. Auch in städtischen Gebieten wie Washington, D. C., in denen die Bevölkerung mehrheitlich Schwarze Personen oder People of Color sind und schon lange eine Opioidepidemie herrscht, die jedoch nicht von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln,

sondern von Heroin ausgeht, steigen die Zahlen der Todesfälle, die durch Überdosierung verursacht werden (CDC 2019; Gollust/Miller 2020: 246). Diese kommt in dem *framing* um gesundheitspolitische Fragen wie Substitutionstherapie jedoch nicht vor. Mit der wiederholten Erzählung der Opioidepidemie als Problem von Gegenden wie Appalachia, also als *weißes* und ländliches Problem, wird die Opioidepidemie in den Städten und unter Schwarzen Personen und People of Color unsichtbar gemacht. Die städtische Infrastruktur und Schwarze Personen wie auch People of Color sind aus dem *framing* ausgeklammert und damit auch aus der Position exkludiert, gesundheitspolitische Forderungen geltend machen zu können.

6.1.3. Die Belastung ländlicher Krankenhäuser

Die Problemdefinition in diesem Bedeutungsrahmen dreht sich um die Zunahme von Säuglingen mit *Neonatal Abstinence Syndrome* (Abk.: NAS), die besonders im ländlichen Raum mit Sorge beobachtet wird (Louis 2016, 2017b). Im Zentrum dieser Sorge stehen einerseits die Ressourcen von ländlichen Krankenhäusern, die nicht die nötigen Kapazitäten hätten, um mit dieser Entwicklung umzugehen. Andererseits wird der jetzige Behandlungsstandard hinterfragt, der vorsieht, Säuglinge mit NAS in *Neonatal Intensive Care Units* (Abk.: NICUs), also eigens dafür spezialisierten Abteilungen in Krankenhäusern, zu therapieren. Ländliche Krankenhäuser sind oft nicht mit NICUs ausgestattet, weshalb Säuglinge manchmal in städtische Krankenhäuser verlegt werden, oft schlecht erreichbar für ihre Mütter.

Die steigende Zahl von Säuglingen mit NAS wird als überbordende Belastung für ländliche Krankenhäuser und Versorgungsstrukturen problematisiert: „As the opioid epidemic sweeps through rural America, an ever-greater number of drug-dependent newborns are straining hospital neonatal units and draining precious medical resources." (Louis 2016: 1) Die Säuglinge würden dabei kostbare Ressourcen strapazieren, die nicht für sie intendiert seien: „Babies with the worst withdrawal symptoms are routinely separated from their mothers and whisked by ambulance, at great expense, to hospitals hours away, filling up beds intended for newborns who have even more serious problems, like heart defects." (Louis 2017b: 1) Einerseits erscheinen Säuglinge mit NAS als Opfer des Opioidgebrauchs ihrer Mütter durch Zeitungsartikeltitel wie *Tiniest Victims of Opioids Tax Rural Hospitals* (Louis 2016) und *Mom Is Part of the Cure for Tiny Opioid Victims* (Louis 2017b). Im Vergleich zu anderen Säuglingen, die durch den vermeintlich strapaziösen Ressourcenverbrauch der Säuglinge mit NAS nicht zu ihrer Behandlung kommen würden, wirken sie jedoch wie „undeserving victims" (Charman

2020: 7). Sie sind in der Hierarchie der Viktimisierung in ihrem Opferstatus abgestuft durch die Verbindung zum Substanzgebrauch der Mutter, so meine These (ebd.).

Im Zentrum der Problemdefinition steht eine ökonomische Argumentationslogik, die Berechnungen für die Versorgungskosten von Säuglingen mit NAS in den Vordergrund rückt: "Generally, treatment for drug-dependent babies is expensive and can go on for months. Nationally, hospitalization costs rose to $1.5 billion in 2012, from $732 million in 2009, according to researchers at Vanderbilt University." (Louis 2017b: 2) Zusätzlich zu finanziellen wird die Ressourcenbelastung auch in zeitlichen Einheiten gemessen:

> „The hospital costs associated with treating addicted newborns rose to $1.5 billion in 2013, from $732 million in 2009, according to a study in the Journal of Perinatology. Some neonatal intensive care units, called NICUs, now devote 10 percent of their hours to caring for infants who have withdrawal symptoms." (Louis 2016: 1)

Weiters im selben Artikel: „Indeed, eight intensive care units reported spending more than 20 percent of their time caring for these vulnerable babies. The strain has prompted a debate about whether the NICU is the best place to treat these infants." (ebd.: 2)

Die problematisierte Belastung der Krankenhäuser findet Ausdruck in Begriffen, die für gewöhnlich mit Naturkatastrophen assoziiert werden und die Situation damit katastrophisieren und unkontrollierbar erscheinen lassen (Campbell 2000: 173). Krankenhäuser sind in diesen Beschreibungen Fluten oder Stürmen ausgesetzt, sie haben mit „a tide of opioid-exposed babies" (Louis 2017b: 1) zu kämpfen oder befinden sich „in the eye of this storm" (Louis 2016: 1).

Der Opioidgebrauch der gebärenden Frauen wird dabei als Ursache für die Zunahme der Neugeborenen mit pränataler Opioidbelastung ausgemacht: „The rising rates are due largely to widening use of opioids among pregnant women, the researchers found." (ebd.) Die Verantwortung wird jedoch nicht allein personalisiert, sondern es werden auch strukturelle Faktoren für die Zunahme von Opioidgebrauch genannt. Gründe dafür werden beispielsweise darin gesehen, dass Frauen am Land öfters Opioide verschrieben werden als in der Stadt und von diesen, jenen die bei Medicaid versichert sind öfters als jenen, die privat versichert sind. Auch dass opioidabhängige schwangere Frauen in ländlichen Gebieten nicht den Zugang zur nötigen Gesundheitsversorgung und zu Therapiemöglichkeiten bekommen, wird als beitragender Faktor thematisiert (Louis 2016; 2017b).

Als Lösung für die Belastung von Krankenhäusern und auch, um der Trennung von Müttern und Säuglingen durch die Überstellung in andere Krankenhäuser mit NICUs entgegenzuwirken, wird *rooming-in* gesehen. *Rooming-in* bedeutet, dass die Neugeborenen nach der Geburt bei der Mutter im selben Zimmer bleiben und nicht auf eine separate Intensivstation verlegt werden, wo sie mit Methadon oder Morphin von Opioiden langsam entwöhnt werden würden. Beim *rooming-in* wird nur im äußersten Notfall auf Morphin zurückgegriffen, stattdessen werden Säuglinge durch viel Körperkontakt und Nähe beruhigt. Einige Argumentationen für *rooming-in* beziehen sich auf die positiven Effekte der Strategie für die Eltern-Kind-Beziehung bzw. vor allem für die Mutter-Kind-Beziehung (Louis 2017b: 3). Viele folgen jedoch einer ökonomischen Argumentationslogik und sehen *rooming-in* als eine kostengünstigere und ressourcenschonendere Behandlungsoption als NICUs:

> „Rooming-in reduced the length of stay for morphine-treated infants to 12 days from nearly 17, and the average hospital costs per infant to $9,000 from roughly $20,000, according to a study published last year in the journal Pediatrics." (ebd.: 3)

> „A study in Pediatrics found that allowing mother and child to stay together in the same hospital room reduces the amount of drugs babies need, and overall costs, too." (Louis 2016: 2)

Der zunehmende Opioidgebrauch schwangerer Frauen wird mit dem Fokus auf Geburtengesundheit, Versorgungskapazitäten von Krankenhäusern und Therapiemöglichkeiten für Säuglinge mit NAS problematisiert. Nicht der Opioidkonsum von Frauen an sich wird als Problem definiert, sondern erst die Auswirkungen auf die fötale Gesundheit erzielen Problemstatus. Frauengesundheit wird durch diesen Fokus auf reproduktive Gesundheit verkürzt.

6.1.4. Verschreibungspraxis und Pharmaunternehmen

In diesem Bedeutungsrahmen werden die angestiegene Verschreibungsrate von Opioiden durch Ärzt_innen und der hohe Vertrieb von Opioiden durch die pharmazeutische Industrie problematisiert (Bakalar 2017; Kristof 2019; Tavernise 2015). Die beschriebenen Effekte, die durch dieses Problem ausgelöst werden, sind ähnliche wie jene, die im vorherigen Unterkapitel Ausdruck gefunden haben. Thematisiert wird dabei die Sorge über „birth defects" (Tavernise 2015) und einen Anstieg an Säuglingen, die mit NAS geboren werden (Kristof 2019). Die Narrative drehen sich hier jedoch verstärkt um die Angebotsseite von Opioiden und weniger um die der Nachfrage oder um Therapieoptionen. Damit verschiebt sich auch die Perspektive, was mögliche Lösungsvorschläge seien können oder wer als verantwortlich für das diagnostizierte Problem gesehen wird, weg von den Konsument_innen hin zum Vertrieb und der Regulierung von Opioiden.

In *High Rates of Opioid Prescriptions Among Women Raise Birth Defect Fears* (Tavernise 2015), in dem es um hohe Opioidverschreibungsraten geht, wird der Opioidgebrauch von Frauen als Thema der Reproduktion besprochen, selbst wenn es um Frauen geht, die nicht schwanger sind und von denen keinerlei Informationen vorliegen, einen Kindeswunsch geäußert zu haben. Aufgrund der ihnen zugeschriebenen Reproduktionsfähigkeit werden sie als Risikogruppe für erhöhten Opioidgebrauch gesehen. Das Risiko stellen dabei sie selbst dar, nicht für sich, sondern für einen potenziellen (nicht tatsächlichen) Embryo oder Fötus.

> „The federal health authorities reported Thursday that nearly one-third of women of reproductive age had had an opioid painkiller prescription filled every year from 2008 to 2012. Experts said the practice carried considerable risks for birth defects." (Tavernise 2015: 1; Hervorh. A.B.)

Die Formulierung „women of reproductive age" oder „women of childbearing age" (ebd.) schafft eine scheinbar logische Verbindung zwischen Frauen, die sich innerhalb einer bestimmten Altersgrenze befinden, und Frauen, die tatsächlich eine Schwangerschaft austragen werden, und fasst sie zu einer gemeinsamen Kohorte biopolitischer Überlegungen zusammen. Die grundsätzliche Gebärfähigkeit ist Grundstein dieser Gruppenbildung, nicht der tatsächliche reproduktive Status.

In einem Artikel, der die drastische Überschrift *Newborns Crying for Drugs, Not Milk* (Kristof 2019) trägt, erfüllt das Bild des Säuglings mit NAS einen anderen Zweck als in den Artikeln, die sich mit den Kapazitäten von Krankenhäusern beschäftigen. Während sie bei Letzteren viktimisiert werden, diese Opferkonstruktion jedoch zugleich von der Problematisierung der Kosten und Ressourcen ihrer Versorgung durchbrochen wird, steht im hier erwähnten Artikel ein ungebrochenes Opferbild im Vordergrund, das zur dramatischen Untermalung des Versagens der Politik, Pharmaunternehmen zu regulieren, eingesetzt wird. „These drug-addicted newborns are suffering partly because of Johnson & Johnson, McKinsey, Purdue Pharma, McKesson and many other companies; these babies are a reminder of why corporate regulation is essential." (ebd.: 2)

Netherland und Hansen (2016) verbinden die Konzentration der Medienberichterstattung auf die Angebots- statt auf die Nachfrageseite von Opioiden damit, dass die Opioidkrise im öffentlichen Bewusstsein *weiß* markiert ist. Indem das Narrativ den Fokus auf die Anbieter lenkt, können *weiße* Opioidnutzer_innen als schuldlos dargestellt werden, selbst wenn sie die Subjekte einer Drogenkrise sind. Diese Strategie zeichnet sich auch in dem hier beleuchteten Artikel ab, wobei sich keine vollständige Verlagerung der Schuld auf Pharmaunternehmen

vollzieht. Opioidnutzende Mütter sind weiterhin eingeschlossen in die Schuldfrage, jedoch auf einer weniger umfassenden Ebene als Pharmaunternehmen: „There's plenty of blame to go around, encompassing opioid-abusing moms and opioid-prescribing doctors. But it's appropriate to feel special loathing for executives at pharma companies whose corporate strategy was to profit by getting people hooked." (Kristof 2019: 1) Der Vergleich von Pharmaunternehmen mit „big drug dealers" (ebd.: 2) und die Beschreibung der Strategie, Patient_innen absichtlich abhängig zu machen und diese damit aus der Verantwortung zu nehmen, projizieren zu großen Teilen die Schuld der Opioidkrise auf diese Unternehmen. Dieser Schulddiskurs ist ein grundsätzlich anderer als in vergangenen rassifizierten Drogenkrisen, in denen die Verantwortung für den Substanzgebrauch individualisiert wurde und damit assoziierte gesellschaftliche Probleme, wie beispielsweise ökonomische Marginalisierung, den substanznutzenden Subjekten selbst eingeschrieben wurden (Murphy/Sales 2001: 73).

Als Lösungsvorschläge werden eine verstärkte Regulierung, Rechenschaftspflicht sowie strafrechtliche Konsequenzen als Abschreckungsstrategie für Pharmaunternehmen vorgeschlagen (Kristof 2019: 2). Bezüglich der Verschreibungspraxis von Opioiden wird ein besser an individuelle Behandlungsbedürfnisse angepasster Ansatz gefordert, der nicht allen Patient_innen dieselbe Dosis verschreibt, sondern Schmerztherapie auf den_die Einzelne_n zuschneidet (Bakalar 2017: 1).

6.1.5. Die vergessene Stadt

Im Großteil des analysierten Materials wird das rurale, *weiße* Amerika als Schauplatz der Opioidkrise gezeichnet. In einzelnen Artikeln geht es allerdings explizit um den urbanen Raum. Wie im Forschungsstand angesprochen, dienen die geografischen Kategorien „urban" versus „ländlich" oder „suburban" als rassifizierte Marker, wobei „urban" mit der Schwarzen Bevölkerung und People of Color assoziiert wird und „ländlich" oder „suburban" mit der *weißen* Bevölkerung (Netherland/Hansen 2016: 667). Um die unterschiedlichen Bedeutungen, die die Stadt in diesen Artikeln annimmt, herauszustreichen, halte ich es für sinnvoll, im Folgenden einzeln auf diese einzugehen und die verschiedenen Bedeutungen der Stadt so nebeneinander zu betrachten.

In *It Never Left* (Bellafante 2017) wird reflektiert, dass die mediale Erzählung und der öffentliche Fokus auf die Opioidkrise als „a plague of the white rural and Rust Belt underclass"

(ebd.: 1) verdecken, welche Auswirkungen sie auch auf die ökonomisch marginalisierte, städtische, Schwarze Bevölkerung und People of Color hat. Das Narrativ der Neuheit der Opioidkrise und wie diese Krise definiert wird, wird hier infrage gestellt. Argumentiert wird, dass die Krise nicht neu entstanden, sondern einfach sichtbar geworden sei, dadurch dass nun auch *weiße* und der Mittelschicht angehörige Bevölkerungsteile betroffen seien. In der Stadt sei sie aber schon lange präsent und materialisiere sich vor allem im nicht abflauenden Gebrauch und Vertrieb von Heroin.

Netherland und Hansen (2016) zeigen in ihrer Medienstudie, dass Heroin in die öffentliche Debatte über die Opioidkrise meistens nur inkludiert ist, wenn sich *weißer* Substanzgebrauch von verschreibungspflichtigen Opioiden hin zum Gebrauch von Heroin entwickelt. In dieser Entwicklungsdarstellung ist auch Heroingebrauch durch eine „blameless etiology" (ebd.: 673), durch eine unschuldige Genese begründet. Das bedeutet, dass Personen, die Heroin als Folge einer Schmerzmittelabhängigkeit konsumieren, empathischer beleuchtet und als weniger verantwortlich für ihren Konsum gesehen werden als Personen, die auf andere Weise anfingen, Heroin zu konsumieren. Diese Differenz ist dabei rassifiziert (ebd.: 666). Heroinkonsument_innen sind meistens nicht Teil der großen Erzählung über die Opioidkrise. In *It Never Left* (Bellafante 2017) wird dieser Ausschluss aus dem Narrativ der Opioidkrise an städtischen Heroinnutzer_innen aufgezeigt und kritisch hinterfragt.

Neben dieser kritischen Erzählung über die eingeschränkte Definition der Opioidkrise und ihrer Betroffenen dient in *City's Transit Hubs: Destinations for Drugs* (Correal 2019a) die Stadt wiederum nur als Kulisse für den Substanzgebrauch von Personen aus dem suburbanen oder ländlichen Raum. Verkehrsknotenpunkte in New York würden einen Zuwachs an auf den Straßen sichtbaren Opioidnutzer_innen erfahren. Im Zentrum des Berichts stehen Bewohner_innen nahe liegender Vorstädte oder ländlicher Gegenden mit mehrheitlich *weißen* Einwohner_innen[17], die in die Stadt kommen würden, um einen einfacheren Zugang zu *harm reduction*-Maßnahmen, Wohnprogrammen und anderen sozialen und gesundheitspolitischen Programmen zu bekommen und weniger Stigma für ihren Konsum ausgesetzt zu sein. Auch die höhere Verfügbarkeit von Substanzen in der Stadt wird als ein Faktor erwähnt, der Nutzer_innen dorthin führe.

Die Opioidgebrauchenden werden vor allem als Unversorgte der suburbanen und ländlichen Gesundheitsversorgung dargestellt. Für manche Schmerzmittelnutzer_innen ist der Wechsel in

[17] Im Artikel erwähnt werden Ohio, Massachusetts, North Carolina, Long Island, New Jersey, Connecticut sowie eine nicht benannte Vorstadt Atlantas (Bevölkerungsstatistik hierzu unter US Census 2019b). Atlanta hat mehrheitlich Schwarze Einwohner_innen, die Vorstadt ist jedoch mehrheitlich *weiß* geprägt (Pooley 2015).

die Stadt auch mit dem Übergang ihres Substanzskonsums zu Heroin verbunden: „Many said they had first become addicted to prescription opioids, but had progressed to street drugs and were battling heroin addictions when they arrived.“ (Correal 2019a: 2)

Netherland und Hansen (2016) beleuchten in ihrer Untersuchung, dass der Übergang von verschreibungspflichtigen Medikamenten zu Heroin oft in eine Erzählung eingebettet ist, in der sich suburbane wie urbane Substanzen sowie Substanzkonsument_innen „‚drohen‘ würden, zu vermischen“ („‚threath‘ of miscegenation“, ebd.: 676). Dabei verlassen *weiße* suburbane oder ländliche Substanzkonsument_innen ihre als sicher wahrgenommene Gemeinschaft und betreten den als gefährlich imaginierten, rassifizierten urbanen Raum (ebd.: 677).

In *City's Transit Hubs: Destinations for Drugs* (Correal 2019a) seien die suburbanen und ländlichen Substanzkonsument_innen auf der Suche nach einer besseren Versorgung. Die Stadt sei besser ausgestattet, da sie nicht mit der vermeintlichen Neuheit von Substanzgebrauch konfrontiert sei, sondern es eine lange Tradition gäbe, auf diese Situation einzugehen. Auch wenn die Stadt als gesundheitspolitische Pionierin auftritt, ist sie es, weil sie explizit mit ihren Erfahrungswerten mit Substanzgebrauch und Drogenpolitik verbunden wird, was die vermeintliche Neuheit des Substanzgebrauchs am Land und in den Vorstädten unterstreicht. Teilweise wird die Stadt als gefährlicher Ort dargestellt, besonders für Frauen:

> „On a recent afternoon, Ms. Conklin, of North Carolina, sat outside Penn Station finishing a donated salad. She and her husband had parted ways, she said, and she had been sleeping on the subway and asking passers-by for change. She had been robbed of four cellphones and narrowly escaped sexual assault. ‚The hard part is going from a life of normality to this,‘ Ms. Conklin said.“ (ebd.: 3)

Untersuchungen zeigen, dass Diskurse um *weißen* Opioidgebrauch, die substanzgebrauchenden Personen keinem *othering*-Prozess unterziehen (Knight 2017: 313; Mendoza et al. 2018: 675). Sie werden vielmehr normalisiert und als Identifikationsfiguren mit der als *weiß* imaginierten Leser_innenschaft erschaffen. Mit diesem Verständnis lese ich auch die Darstellung von Ms. Conklin, die auf ihr ehemals ganz normales Leben zurückblickt. Das Berichtenswerte in *City's Transit Hubs: Destinations for Drugs* ist, dass die imaginierte Leser_innenschaft von den dargestellten Personen nicht erwartet, opioidabhängig zu sein (Knight 2017: 313). Es ist eine Erzählung über Menschen, die eigentlich nicht in der Stadt sein und keine Substanzen gebrauchen sollten, weil sie *weiß* sind, weil sie der Mittelschicht angehören. Sogar wenn es ausnahmsweise um die Opioidkrise in der Stadt geht, werden wieder vor allem opioidgebrauchende Personen aus dem vorstädtischen oder ländlichen Raum porträtiert. Damit wird die Opioidkrise wieder als Problem ländlicher und suburbaner Gesundheitsversorgung

gerahmt. Die Stadt, ihre Bewohner_innen und mögliche gesundheitspolitische Forderungen in diesem Bereich treten in den Hintergrund.

In *Death and Life In the Bronx Opioid Crisis* (Correal 2019b) geht es um den Todesfall von Jerlanne Rojas und Alex Cruz, die beide an einer Überdosierung gestorben sind. Die Geschichte wird aus Perspektive der Angehörigen von Jerlanne Rojas, vor allem aber aus jener der *Bronx overdosis squad* erzählt. Dieses Dezernat wurde nach dem Anstieg an Todesfällen durch Überdosierung von Fentanyl und anderen synthetischen Opioiden in jedem New Yorker Bezirk eingerichtet. Der Artikel ist im Stil eines Kriminalromans geschrieben und verfolgt das Dezernat bei der Auflösung des Falls. Thematisiert werden unter anderem Drogenhandel, Kartelle und die Herstellung illegalisierter Substanzen in Privathaushalten. Dass die Opioidkrise in der Bronx so stark mit Themen rund um Kriminalität verbunden wird, bestärkt stereotype Erzählungen vom urbanen Raum als kriminell und gefährlich (Anderson 2015: 13). Auch die Substanzkonsument_innen sind in diese Darstellung eingebunden:

> „Once, she turned up limping and with bruises on her face, said her brother, who asked that he and his mother not be named because they had been threatened in the past by Ms. Rojas's dealers over her debts. Another time, she called saying she had been kidnapped by dealers and needed hundreds of dollars." (Correal 2019b: 4)

Diese diskursive Verknüpfung von Opioidgebrauch und Kriminalität findet sich in den anderen Artikeln, die suburbane oder ländliche Nutzer_innen porträtieren nicht. Der Fokus auf diese Kriminalität *framed* die Opioidkrise in der Bronx als ein Thema des Strafjustizapparats statt als gesundheitspolitisches Thema, wie es zahlreich in den Artikeln über die Opioidkrise in ländlichen und suburbanen Gegenden geschieht. Da urbane Räume rassifziert und ländliche Räume *weiß* konnotiert sind, sagen diese differenten Verknüpfungen auch etwas über die unterschiedliche Wahrnehmung von *weißen* und Schwarzen Personen und People of Color als Substanzkonsument_innen aus. Während die einen als Verlierer_innen des Gesundheitssystems dargestellt werden, stehen die anderen in Verbindung mit der Gewalt städtischer Drogenmärkte (Anderson 2015: 13).

Die soeben besprochenen Artikel, die im urbanen Raum spielen, zeigen im Fall von *It Never Left* (Bellafante 2017) Lücken in der Berichterstattung auf, indem sie die Darstellung der Opioidkrise als Krise der *weißen*, ländlichen Bevölkerung problematisieren. In *City's Transit Hubs: Destinations for Drugs* (Correal 2019a) wird die kritisierte Darstellung jedoch reproduziert, indem wiederum alleine ländlicher und vorstädtischer Konsum vor einer städtischen Kulisse beleuchtet wird. *Death and Life In the Bronx Opioid Crisis* (Correal 2019b)

stellt die städtische Opioidkrise vor allem in Verbindung mit Kriminalität dar, reproduziert damit Vorstellungen vom urbanen Raum als gefährlich und verstellt so den Blick auf eine gesundheitspolitische Thematisierung von Substanzgebrauch in der Stadt.

Substanzgebrauchende schwangere Frauen kommen in den Artikeln mit Stadtfokus nur am Rande vor. Das bestätigt wiederum, dass Säuglinge mit NAS aktuell vor allem als Problem ländlichen Substanzgebrauchs wahrgenommen werden. In *It Never Left* (Bellafante 2017) und *City's Transit Hubs: Destinations for Drugs* (Correal 2019a) werden substanzgebrauchende schwangere Frauen als Bezieherinnen von Gesundheits- und Sozialleistungen gezeichnet, die in der Stadt mit weniger Stigma belegt und gut ausgebaut sind. In *Death and Life In the Bronx Opioid Crisis* (Correal 2019b) wird die Schwangerschaft von Jerlanne Rojas indirekt als Ausgangspunkt ihrer Substanzgebrauchsgeschichte gezeichnet. Ihre Karrierepläne wurden durch eine frühe Schwangerschaft vereitelt, so die Darstellung, wegen der sie Gewicht zunahm, das sie mit einer Bypass Operation wieder abbauen wollte. Diese Operation und die dadurch ausgelösten Schlafstörungen bildeten den Einstieg in ihre Opioidabhängigkeit (ebd.: 2).

6.1.6. Kriminalisierung schwangerer Personen

Einige Artikel setzen sich kritisch mit der Kriminalisierung von schwangeren Personen auseinander (Board 2019a, 2019b; Goodwin 2019; Louis 2017a; O. A. 2019a). Sie beleuchten die verheerenden Folgen für schwangere Frauen und deren Rechte durch die fortschreitende Durchsetzung von Gesetzen, die Föten als mögliche Opfer von Straftaten definieren, sogenannte *feticide laws* (dt. Fötizid-Gesetze). Solche Gesetze ermöglichen es Personen, die durch ihre Handlungen den Verlust einer Schwangerschaft verursachen (beispielsweise durch die Verursachung eines Autounfalls) für Mord oder Totschlag an dem Fötus zu belangen. Diese Gesetze werden allerdings nicht nur gegen andere Personen angewendet, sondern auch gegen Schwangere selbst. Diese können dadurch für Verhaltensweisen reguliert und kriminalisiert werden, die als gefährlich für die Schwangerschaft eingeschätzt werden und für die andere, nicht schwangere Personen nicht oder in viel eingeschränkterem Maße reguliert werden, z. B. bei Substanzgebrauch, wenn sie einen Kaiserschnitt ablehnen, sie in einen Autounfall verwickelt sind, sie einen Suizidversuch begehen (ACLU o. J.: o. S; Amnesty International 2017: 18).

Als Auslöser dieser diskriminierenden Gesetzgebung werden organisierte Abtreibungsgegner_innen identifiziert. Diese würden sich Fälle suchen, bei denen auf tragische

Weise die Schwangerschaft einer Person durch Fremdeinwirkung beendet wurde, und knüpfen Kampagnen daran, um Fötenschutz-Gesetze zu stärken. Das Ziel dieser Strategie sei es, Föten als eigene Rechtspersonen und mögliche Opfer von Straftaten zu definieren, um dadurch Abtreibungen perspektivisch zu rekriminalisieren, so beispielsweise Mike Fichter, der Vorsitzende von *Indiana Right to Life*: „The recognition of the worth of a child killed during a felony further places Roe v. Wade on a collision course with law and history." (Board 2019b: 1) Aber nicht nur organisierte Abtreibungsgegener_innen, sondern auch Polizei, Staatsanwaltschaft und Gesundheitspersonal würden in einigen Bundesstaaten (z. B. aktuell in Alabama und historisch in South Carolina) kollaborieren, um schwangere Frauen, deren Handlungen als schwangerschaftsgefährdend eingestuft werden, rechtlich zu belangen (Board 2019a: 1).

Als größeres Problem dahinter stehe ein breiterer Trend hin zu einer antifeministischen Ideologie, die die gesellschaftliche Aufgabe von Frauen in ihrer Reproduktionsfähigkeit sehe. Beweise dafür fänden sich auch in der ungewöhnlich hohen Müttersterblichkeitsrate in den USA, in restriktiven Antiabtreibungsgesetzen und in „pregnancy exclusion"-Gesetzen (Goodwin 2019: 2), die vorschreiben, die Wünsche schwangerer Personen zu missachten, wenn diese kraft einer Patient_innenverfügung lebenserhaltende Maßnahmen ablehnen sollten.

Substanzgebrauch während der Schwangerschaft kann unter verschiedenen rechtlichen Maßnahmen belangt werden. Die kriminalisierende Antwort auf substanzgebrauchende schwangere Personen wird darauf zurückgeführt, dass ein gesundheitliches Problem als strafrechtliches Problem behandelt wird. Dieser Umstand hänge mit der langen Geschichte der Kriminalisierung von Drogen als politischen Werkzeug, um soziale Gruppen, vor allem Schwarze Personen und People of Color, zu kontrollieren, zusammen. Dieser Mechanismus würde nun genutzt werden, um auch schwangere Personen zu kontrollieren. Zu Zeiten der Crack-Kokain-Krise, in den 1980er- und 1990er-Jahren, wurden vor allem Schwarze, ökonomisch marginalisierte Frauen für Substanzgebrauch während der Schwangerschaft verhaftet (Board 2019b: 2). Mit der Methamphetaminkrise in den frühen 2000er-Jahren und der aktuellen Opioidkrise würden zunehmend *weiße*, ökonomisch marginalisierte schwangere Frauen kriminalisiert werden, da beide Substanzen öfters von *weißen* Personen genutzt werden würden (O. A. 2019a: 2).

Die hier besprochenen Artikel, die sich mit der Kriminalisierung schwangerer Personen beschäftigen, benennen rassifizierte und klassenspezifische Strukturkategorien explizit und verknüpfen sie mit der Wahrscheinlichkeit, für Substanzgebrauch während der Schwangerschaft kriminalisiert zu werden (Board 2019a, 2019b; Goodwin 2019; Louis 2017a; O. A. 2019a). Einen wichtigen Bezugspunkt bildet also eine grundlegende Gesellschaftskritik, die rassifizierte und ökonomisch marginalisierte Frauen als von staatlichen und medizinischen Institutionen besonders kontrollierte und kriminalisierte Gruppe benennen. Die Argumentation erfolgt in einem rechtlichen Rahmen, in dem aufgezeigt wird, dass Fötizid-Gesetze gegen konstitutionell abgesicherte Rechte verstoßen. Bezogen wird sich hier besonders auf den Gleichheitsgrundsatz, da Personen aufgrund ihrer Schwangerschaft entgegen dem Grundsatz anderen Regulierungen ausgesetzt werden als andere Menschen. Wichtige Grundlage der Argumentation ist auch, dass Rechte schwangerer Personen gefährdet seien, wenn Föten durch Fötizid-Gesetze als von den schwangeren Personen getrennte Entitäten behandelt werden. Durch diese Trennung eröffne sich ein Konfliktraum zwischen den Rechten des Fötus und denen der schwangeren Person. Um die Selbstbestimmung schwangerer Personen schützen zu können, wird gefordert, den Fötus als Teil der schwangeren Person zu definieren. Auf rechtlicher Ebene wird hier positiv auf Bundesstaaten verwiesen, die sich gegen die Erlassung von Fötizid-Gesetzen entschieden haben und stattdessen ein höheres Strafmaß verhängen, sollte eine Straftat gegen eine schwangere Person mit dem Resultat des Verlusts der Schwangerschaft erfolgen.

6.1.7. Diskussion

Die vier gesundheitspolitischen Bedeutungsrahmen *framen* die Opioidkrise als *weiße* ländliche Krise. Das *framing* als *weiß* basiert zumeist nicht auf expliziter Nennung von *Weißsein*, sondern über geografische Verweise auf eindeutig mehrheitlich *weiße* Orte, die so als Marker für die *weißen* Bewohner_innen dienen. Auch Verweise auf die politische Klientel von Donald Trump, die von der Krise besonders betroffen wären, evozieren wirkmächtige Assoziationen zu einer *weißen*, eher ökonomisch marginalisierten sozialen Gruppe. In den Rahmen stehen gesundheitspolitische Forderungen zu einem besseren Zugang zum Gesundheitssystem, der Frage angemessener Therapiemöglichkeiten, wie Pharmaunternehmen zur Verantwortung gezogen werden können. Die Schuld für die Krise wird vor dem Hintergrund des stratifizierten Gesundheitssystems, das Therapieangebote schwer zugänglich macht, und der Rolle der pharmazeutischen Industrie, die den Vertrieb von Opioiden perpetuierten, gesehen. Statt pathologisierender Diskurse oder *othering*-Diskurse stehen normalisierende Diskurse im

Vordergrund, die Opioidgebrauchende nicht am Rande der Gesellschaft, sondern mitten in ihr verorten.

Schwangere Frauen wiederum werden im Gegensatz zu anderen Opioidgebrauchenden innerhalb dieser Rahmen schon mit Schuld in Verbindung gebracht, die fötale Gesundheit zu gefährden und im weiteren Verlauf zur Überlastung ländlicher Krankenhäuser beizutragen. Argumentationen dahingegen äußern sich in einer ökonomischen Sprache, die vor allem die Behandlungskosten von Säuglingen mit NAS in den Fokus rückt.

Frauen insgesamt werden, egal ob schwanger oder nicht, über Risikodiskurse angerufen. Ihre Körper sind in Verbindung mit Opioidgebrauch bedrohliche Orte für potenzielle Föten. Dieser Risikodiskurs fasst Frauen im Rahmen ihrer Gebärfähigkeit zusammen, nicht vor dem Hintergrund einer tatsächlich bestehenden Schwangerschaft.

Der städtische Raum, der stärker mit Schwarzen Personen und People of Color assoziiert ist, spielt insgesamt eine untergeordnete Bedeutung in der untersuchten Berichterstattung um die Opioidkrise. Die Stadt dient als Kulisse, die ländlichen und suburbanen *weißen* Substanzgebrauch als vermeintlich außergewöhnlich hervorhebt vor der beschriebenen Normalität von Substanzgebrauch in der Stadt. Außerdem wird sie verstärkt mit Polizeiarbeit und Drogenkriminalität in Verbindung gebracht, was auch städtische Substanzgebrauchende, die rassifiziert sind, stärker mit diesen Themen in Verbindung bringt.

Der letzte Bedeutungsrahmen zur Kriminalisierung von Schwangeren berichtet gesellschaftskritisch über diese, benennt rassifizierte, vergeschlechtlichte und klassenspezifische Ungleichheiten und reproduziert diese nicht.

6.2. Analyse vergeschlechtlichter, rassifizierter und klassenspezifischer Diskurse

In diesem Teil des Analysekapitels fokussiere ich stärker auf vergeschlechtlichte, rassifizierte und klassenspezifische Diskurse. Die Kapitel sind nach den jeweiligen Strukturkategorien aufgeteilt, das bedeutet jedoch nicht, dass ich sie getrennt voneinander begreife. Im Gegenteil, meinem intersektionalen Verständnis folgend, verstehe ich diese Strukturkategorien als sich gegenseitig konstituierend. Sie verleihen sich gegenseitig Bedeutung und sind nur in Verbindung miteinander zu begreifen. Wo es mir möglich ist, zeige ich in den jeweiligen Kapiteln auf, wie zum Beispiel *race* und Klasse Weiblichkeit diskursiv herstellen und welche Anrufungen an wen auf diese Weise erzeugt werden. Beispielsweise: Wer wird als ideale Mutter diskursiv platziert? Wer wird als wie verantwortlich für Substanzgebrauch gesehen, wem wird Schuld, aber auch Gewissenhaftigkeit zugesprochen?

Aus gouvernementalitätstheoretischer Perspektive ergaben sich folgende zentrale Kategorien bei der Analyse des Materials in Bezug auf vergeschlechtlichte Diskurse: Risiko, Wissen und Körperlichkeit als Responsibilisierungsanrufungen an (schwangere) Frauen; das Biografische als individualisierende Erklärung weiblichen Substanzgebrauchs, *rooming-in* als Anrufungen von Frauen als primären Betreuungspersonen über die Bedeutung der Mutter-Kind Beziehung; Trauma als medikalisierender Blick auf gewaltvolle Geschlechterverhältnisse; die Frage der Schuld als Responsibilisierungsdiskurs und die Herstellung *weißer* Weiblichkeit über Gewissenhaftigkeit.
Im Abschnitt zu rassifizierten Diskursen bespreche ich zusammenfassend die impliziten und expliziten Annahmen über *weißen* und Schwarzen Substanzgebrauch im untersuchten Material. Der Teil zu klassenspezifischen Diskursen greift anhand von Überlegungen zum Suchtdispositiv Fragen zu Normalisierung und Pathologisierung bzw. *othering*-Prozessen von Substanzgebrauch anhand klassenspezifischer Zuschreibungen auf.

6.2.1. Vergeschlechtlichte Diskurse

Frauenkörper als riskante, reproduktive Körper

Besonders Artikel, die unter die Bedeutungsrahmen drei und vier (zur Belastung ländlicher Krankenhäuser und der Verschreibungspraxis sowie Pharmaunternehmen) fallen und sich enger mit dem Opioidkonsum schwangerer Frauen auseinandersetzen, besprechen dieses Thema im Hinblick auf die Folgen, die der Opioidgebrauch während der Schwangerschaft auf den Fötus haben könnte (Bakalar 2017; Kristof 2019; Louis 2016, 2017b; Tavernise 2015). Frauengesundheit wird dabei auf die Fähigkeit zur generativen Reproduktion beschränkt. Im Fokus stehen nicht die gesundheitlichen Auswirkungen des Opioidgebrauchs auf die Frauen selbst, sondern Risikoabwägungen für den Fötus. Diese Sichtweise lässt sich auf die moderne Konzeptionierung des Pränatalen als Zeitraum der Einflusssphäre der schwangeren Person auf den Fötus zurückführen (Arni 2012: 54). Die Gegenwart der schwangeren Frau wird überblendet mit der Zukunft des Fötus, dessen Optimierung sich die schwangere Frau zu widmen habe. Der Fötus interessiert aber nicht allein aufgrund seines individuellen Schicksals, in ihm spiegelt sich vielmehr die Zukunft der Bevölkerung. Das Pränatale ist demnach ein biopolitisches Dispositiv, das der schwangeren Frau sowohl die Verantwortung für die fötale Gesundheit als auch für die zukünftiger Generationen zuschreibt (ebd.: 59). Dieses biopolitische Dispositiv ist hochgradig rassifiziert und klassenspezifisch. Zu Zeiten der medialen Panik um Crack-Kokain stand beispielsweise die fötale Gesundheit nicht als sorgenvolle Erzählung um „citizen-fetuses“ (Andaya 2018: 121) im Fokus, sondern als

biopolitische Bedrohung, die von einer „bio-underclass, a generation of physically damaged cocaine babies“ (Krauthammer 1989: o. S.) für das Sozial- und Gesundheitssystem ausgehe.

In *High Rates of Opioid Prescriptions Among Women Raise Birth Defect Fear* (Tavernise 2015) dient als Bedrohungsszenario zunächst ein abstraktes Risiko, das von opioidkonsumierenden Frauen allgemein ausgehe, also auch von nicht schwangeren Frauen, aufgrund ihrer Gebärfähigkeit. Das Risiko besteht dabei darin, dass sie durch den Gebrauch von Opioiden möglicherweise nachteilige Auswirkungen auf einen potenziellen Fötus – über den sie nicht informiert sind – erwirken könnten.

> „A 2014 study found that nearly a quarter of pregnant women on Medicaid had filled an opioid prescription in 2007. The current analysis, based on more recent data, looked at a larger sample of women of childbearing age, not just those who were pregnant, and included privately insured women.“ (ebd.: 1)

Zudem wird uns in der Berichterstattung über Säuglinge mit NAS ein plastisches Schreckensszenario vorgeführt, das in Kausalbeziehung zum Konsum schwangerer Personen gesetzt wird, wie im folgenden Zitat:

> „New Hampshire has two other small facilities for pregnant women with substance use issues. But as the opioid epidemic has worsened, both have long waiting lists. The need is growing, as evidenced by the sharp rise in the number of babies born with neonatal abstinence syndrome, in which the newborn suffers withdrawal from the mother’s drug use.“ (Seelye 2016b: 1)

Das vormals abstrakte Risiko des Opioidkonsums von Frauen generell und schwangeren Frauen in Besonderem konkretisiert und materialisiert sich in den „drug-addicted newborns“ (Kristof 2019: 2). Das Risiko, Opioide während einer Schwangerschaft oder allgemein als Frau ‚im reproduktiven Alter‘ zu gebrauchen, bekommt „leibhaftige Konsistenz“ (Duden 2008: 611) durch die bildhaften Darstellungen der Säuglinge, wie hier zum Beispiel: „His body dependent on opioids, he writhes, trembles and cries. He is exhausted but cannot sleep. He vomits, barely eats and has lost weight. He is also a baby.“ (Kristof 2019: 1) In dem zitierten Artikel wird die Verantwortung für Säuglinge mit NAS zwar auf die unzureichende Regulierung von Pharmaunternehmen zurückgeführt, warum dieser Zustand in so drastischer Weise unbedingt anhand von Säuglingen dargestellt wird, ist trotzdem fraglich. Es ist mittlerweile erforscht, dass NAS gut behandelbar ist und Kinder sich meistens vollständig davon erholen (Kraft/John 2012). Auch wenn – wie im Bedeutungsrahmen zur Verschreibungspraxis und Pharmaunternehmen gezeigt – ein Großteil des Schulddiskurses von *weißen* Opioidnutzer_innen weggelenkt wird hin zu Pharmaunternehmen, bleiben die dramatischen Bilder von Säuglingen mit NAS doch im öffentlichen Bewusstsein. Damit bleibt auch die Kausalverbindung mit ihren opioidkonsumierenden Müttern vorhanden. Der Fokus der

Berichterstattung auf Säuglinge mit NAS macht, meiner Meinung nach, vor dem Hintergrund der vorherrschenden Responsibilisierung schwangerer Frauen automatisch die Verbindung zur pränatalen Einflusssphäre auf und zieht die schwangere Person und ihr Verhalten damit zur Verantwortung, sollten ungewollte Entwicklungen beim geborenen Kind auftreten.

Thematisiert wird auch die Möglichkeit, von einer Schwangerschaft nicht zu wissen. „At the local jail, she was so strung out she had no idea that she was five months pregnant until a sheriff's deputy handed her a prenatal vitamin after a routine pregnancy screen." (Macy 2016: 2) Diese Unwissenheit ist bedrohlich aufgeladen. In einer Gesellschaft, deren Gesundheitsbild einem selbstverantwortlichen Risikomanagement unterliegt und die von ihren Individuen Selbstführung durch „informierte Entscheidungen" (Duden 2008: 605) verlangt, wird Nichtwissen zu einem Quell von unkalkulierbaren Risiken. Durch den Schauplatz des „local jail" wird zudem eine deviante Weiblichkeit produziert, die klassenspezifische Assoziationen weckt und die Selbststeuerungsfähigkeiten der beschriebenen Frau zusätzlich infrage stellt. Das Nichtwissen um die Schwangerschaft verbindet einerseits Frauen ‚im reproduktiven Alter' immer mit dem Potenzial, schwanger zu sein, und andererseits stellt es sie in eine prekäre gesellschaftliche Position, in der ihre Selbstführungsfähigkeiten und ihre Fähigkeit als Entscheidungsträgerinnen ihrer selbst zu fungieren angezweifelt werden. Dieses Nichtwissen und das dauerpräsente Potenzial einer Schwangerschaft stellen ein Einfallstor dar, Frauen „of childbearing age" anders zu behandeln als andere Personen, beispielsweise ihnen generell weniger oder seltener Opioide zu verschreiben, unabhängig davon, wie ihr Schwangerschaftsstatus tatsächlich ist.

> „Dr. Thomas R. Frieden, director of the C.D.C., described the numbers as ‚astonishing' and said they presented a substantial risk for birth defects. Women often do not know they are pregnant in the early weeks after conception, a critical time for organ formation, and could be ‚unknowingly exposing their unborn child' while taking the drugs." (Tavernise 2015: 1)

Was wir in dem Zitat oben weiters sehen, ist, wie Thomas R. Frieden, der Direktor der *Centers for Disease Control and Prevention* von 2009 bis 2017, also der höchste Beamte der offiziellen US-amerikanischen Gesundheitsbehörde, ein Embryo als „unborn child" bezeichnet. Hinter diesem Terminus steht die antifeministische Ideologie der Fötenrechts-Bewegung. Diese Diktion wird in dem Artikel unhinterfragt wiedergegeben. Wurde der Begriff „unborn child" historisch auch rein deskriptiv verwendet, so ist er aktuell normativ aufgeladen und mit dem Versuch verbunden, Föten als eigenständige Rechtssubjekte durchzusetzen und Abtreibungen zu rekriminalisieren (McCullough/Chervenak 2008: 34).

Vergeschlechtlichte Substanzgebrauchsbiografien

Beziehungen als zentrale Erklärung

In einigen der analysierten Artikel wird die Entwicklung des Opioidgebrauchs und der -abhängigkeit von Frauen entlang einschneidender Erlebnisse in den Beziehungen zu ihren Partner_innen und innerhalb familiärer Konstellationen erklärt, also über den Lebensbereich, der allgemein als Privatsphäre bekannt ist (Board 2019b; Correal 2019b; Szalavitz/Jones 2018). Beispielsweise die Geschichte von Valerie Ross Zhaawendaagozikwe in *Addiction doesn't always last a lifetime:*

> „Her addiction was born in heartbreak when her first love went to prison at 17. ‚I turned to drinking and I was like, This is the only way I'm going to get rid of this pain,' she said. Her younger sister was already using prescription pain pills and heroin – and soon, Valerie was, too." (Szalavitz/Jones 2018: 3)

Liebeskummer bildet in dieser Darstellung den Ausgangspunkt der Opioidabhängigkeit von Zhaawendaagozikwe. Das Kennenlernen ihres Partners und vor allem die Schwangerschaft und Geburt ihres Sohns sind wiederum wichtige Pfeiler in ihrer Genesungsgeschichte: „‚If I didn't have my son, I'm not sure how far I would've made it,' she said." (ebd.: 3)

Auch die Substanzgebrauchsgeschichte von Jerlanne Rojas wird in zentralen Punkten über die Beziehung zu ihrem Partner, Alex Cruz, erzählt. Der Artikelabschnitt, der die letzten Lebensmomente von Rojas vor ihrem Tod und dem Tod von Cruz an einer Überdosierung nachzeichnet, leitet mit dem Kennenlernen des Paars in einer Therapieeinrichtung ein, die sie bald zusammen, ohne die Therapie zu beenden, verlassen und endet mit einer SMS von Rojas an ihre Mutter mit der Hoffnung, dass sie den Partner akzeptiere, wenn er ‚der Richtige' sei (Correal 2019b: 4).

Ähnlich wird auch die Geschichte von Kasey Dischman erzählt, die ihren Partner, Andy Lucas, bei der Heroinbeschaffung kennenlernte: „A year later, the couple was living with Mr. Lucas's mother, and Ms. Dischman was in thrall to the twin forces that would carve her path to adulthood: Mr. Lucas and heroin." (Board 2019b: 1) Während ihr Partner inhaftiert ist, hört sie auf, Heroin zu konsumieren, und begibt sich erfolgreich in Substitutionstherapie. Mit der Haftentlassung ihres Partners fängt sie erneut an, Heroin zu gebrauchen: „‚It was like we didn't know how to be sober together,' Ms. Dischman says." (ebd.: 1)

Anhand dieser Ausschnitte zeigt sich, dass Liebesbeziehungen ein zentrales Erklärungsmuster für weiblichen Substanzgebrauch sind. Liebesbeziehungen sind in diesen Narrativen das, was

Frauenbiografien und ihre Entscheidungen prägt, ob es nun das Anfangen oder Aufhören von Substanzgebrauch ist.

Folgend ein Beispiel dafür, welche Form Erklärungsmuster für männlichen Substanzgebrauch im untersuchten Material annehmen: „In that sense, the opioid crisis in the Bronx looks as it does elsewhere in the country; a sizable number of the addicted are men who never reaped the benefits of the economy that bestowed so many riches on the well-educated over the last 20-plus years." (Bellafante 2017: 1) Der Bezugspunkt für die Erklärung der Opioidabhängigkeit von Männern sind hier ökonomische Schieflagen, die ungleiche Verteilung von gesellschaftlichen Reichtümern und ein stratifizierter Arbeits- und Ausbildungsmarkt, allesamt Kräfte, die gemeinhin in der sogenannten Öffentlichkeit verortet werden.

Meiner Meinung nach reproduzieren die unterschiedlichen Diskurse, in die weiblicher und männlicher Substanzgebrauch eingebettet sind, hierarchische geschlechtliche Zuschreibungen gesellschaftlicher Sphären. Frauen werden darin mit der abgewerteten Privatsphäre in Verbindung gebracht, die mit Körper, Gefühl, Emotionalität, Geduld und Fürsorge assoziiert ist. Männer werden mit der öffentlichen Sphäre in Zusammenhang gebracht, die mit Geist, Vernunft, Rationalität, Aggressivität und Effizienz konnotiert ist (Behning 2004: 193). Ich zweifle nicht an den geschilderten Erfahrungen der Frauen, es stellt sich jedoch die Frage, welche anderen Erzählungen durch diesen einseitigen Fokus auf Beziehungen und den privaten Bereich ausgeblendet werden. Orientieren wir uns am soeben skizzierten männlichen Substanzgebrauchsdiskurs, der über ökonomische Erklärungen funktioniert, könnten Themen bei Frauen beispielsweise die sekundäre Eingliederung in den Arbeitsmarkt sein, die sich oftmals durch prekäre Teilzeitarbeitsverhältnisse auszeichnet, Frauen aus sozialen Sicherungssystemen ausgrenzt und sie dadurch in eine unsichere gesellschaftliche Position drängt (Sauer 2009: 67).

Familienwerte und Mutterschaft

Da es starke gesellschaftliche Erwartungen an Frauen gibt, für die soziale Reproduktion verantwortlich zu sein, gibt es ebenso viele gesellschaftliche Ängste darum, Frauen könnten diese Position zurückweisen. Mit einer Zurückweisung würden sie einerseits ablehnen, die gesellschaftlich notwendige Reproduktionsarbeit, die ihnen qua Geschlecht zugeschrieben wird, zu leisten, und andererseits würden sie sich verweigern, die hierarchische Geschlechterordnung im Gesamten zu reproduzieren. Deshalb hat die Gesellschaft ein besonderes Interesse daran, den Substanzgebrauch von Frauen zu beobachten und zu regulieren.

Die traditionelle Zuschreibung an Frauen, für Kinder, Partner_innen und andere im Allgemeinen zu sorgen, steht in Konflikt mit Vorstellungen über Substanzgebrauch, wie exzessivem Verhalten und damit verbunden Risiken. Substanzgebrauchende Frauen überschreiten geschlechtliche Normen (Campbell 2000: 6).

> „The young women, soon to be mothers, gathered around a big kitchen table, chatting excitedly about due dates and baby names and even morning sickness. But these were not typical expectant mothers. They had used opioids, mostly heroin and fentanyl. Many had been incarcerated. Few had families they could turn to for help, and the fathers of their babies were out of the picture." (Seelye 2016b: 1)

Was die hier beschriebenen Frauen zu untypischen werdenden Müttern macht, ist ihr Substanzgebrauch, der mit weiteren Faktoren verbunden wird, die deviantes Verhalten markieren sollen, nämlich Inhaftierung und keine stabile Familienkonstruktion oder Partner. Das normative Bild einer typischen Mutter ist demnach gekennzeichnet davon, dass sie keine Substanzen konsumiert, nicht mit dem Gesetz in Konflikt gerät und einen stabilen Familienhintergrund sowie einen verlässlichen Partner hat. Dieses Bild knüpft an wirkmächtige Vorstellungen des *weißen,* amerikanischen Mittelschichtstraums an, von dem die beschriebenen Frauen, die nicht in der Mittelschicht verortet werden, abweichen (Campbell 2000: 181).

Schwangerschaft als Wendepunkt

Die Thematisierung von Schwangerschaft und Mutterschaft ist im untersuchten Material geprägt von Anrufungen an Frauen, ihre Lebensführung nach der fötalen Gesundheit und dem Wohl ihrer Kinder auszurichten und riskante Verhaltensweisen wie Substanzgebrauch einzustellen.

> „Mr. Lucas was dealing again, and just a few nights after her release, she found a small bag of heroin tucked under the couch. In that moment, she says, neither her 8-year-old daughter nor the fetus that had been growing in her womb for seven months was enough to overpower the pull she felt." (Board 2019b: 1)

Schwangerschaft und Mutterschaft werden – den Anrufungen für risikominimierende und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen entsprechend – oftmals als Wendepunkt für den Substanzgebrauch in den Biografien der Frauen vorgebracht: „She has used heroin since she was 18 and has been in and out of rehab and jail. She says becoming pregnant was ‚the only thing' that made her stop using illegal drugs." (Seelye 2016b: 2) „She continued to use heroin, but stopped cold when she became pregnant." (Seelye 2016a: 2) Auch Campbell (2000) zeigte in ihren Untersuchungen auf, wie Therapieprogramme Schwangerschaft als „special window of opportunity" (ebd.: 171) anpriesen.

Im untersuchten Material bietet die Schwangerschaft einen Ansatzpunkt für die substanzgebrauchenden Frauen, sich wieder in die bestehende Geschlechterordnung einzugliedern, jedoch nur, wenn sie von einer Therapie der Substanzgebrauchsstörung und dem Streben nach einem Idealbild von Mutterschaft und nach einem heteronormativen Familienmodell begleitet ist. Statt normative Geschlechtervorstellungen anzugreifen und diese als fördernde Faktoren für Substanzgebrauchsstörungen zu sehen, wird die Erfüllung dieser Normen als Idealbild der Genesung dargestellt (Campbell 2000: 6 ff.). „Now she is unrecognizable from her days of addiction. She moved to Maine, married her son's father, is pregnant with their second child, and is studying to be a high school English teacher. ‚I have a real sense of purpose now,' she said." (Seelye 2016a: 2) Die Erzählungen und Vorstellungen über das Leben nach der Abhängigkeit sind aufgeladen mit idealisierten Wertvorstellungen über Familie und Mutterschaft. Die Position von Frauen wird zwar nicht mehr allein in der Familie verortet, sie stellt aber weiterhin ein zentrales sinnstiftendes Moment dar. ‚Ms. Dischman thought that maybe, after nearly 15 years punctuated by relapses and prison sentences, they could finally build a stable family." (Board 2019b: 1) Auch Erwartungen des gesellschaftlichen Aufstiegs sind mit der Genesung von der Substanzgebrauchsstörung verknüpft. „Ms. Dischman joined a 12-step program, went on Suboxone, a medication that treats opioid addiction, and stayed off heroin for almost seven years – long enough to claw her way into the middle class." (ebd.) Die nicht süchtige, kontrollierte Weiblichkeit, die hier über klassenspezifische Diskurse hergestellt wird, ist eine der Mittelschicht zugehörige Weiblichkeit.

Rooming-in und Mutterbilder

Auch die Vorstellungen über Therapieformen für Säuglinge mit NAS sind geprägt von vergeschlechtlichten Konstruktionen von Elternschaft und idealisierten Bildern über Mutterschaft. Dies fällt besonders im Zusammenhang mit dem *rooming-in*-Konzept auf, das wie im Bedeutungsrahmen zur Belastung ländlicher Krankenhäuser gezeigt, als Lösungsstrategie für diese gesehen wird.

> „Dr. Stephen Patrick, a neonatologist at Vanderbilt Children's Hospital and an author on the JAMA Pediatrics study, finds the evidence on rooming-in convincing. In their intensive care unit, he said, ‚some of the babies we see are not in drug withdrawal. It's mom withdrawal.'"(Louis 2016: 2)

Beim *rooming-in* werden Säuglinge nach der Geburt nicht auf eine andere Station gebracht, sondern bleiben zusammen im selben Zimmer mit der gebärenden Person, die die Pflege des Säuglings übernimmt. *Rooming-in* wurde als neue medizinische Versorgungsmethode im Amerika des Kalten Krieges für die gemeinsame Erholung von Müttern und Säuglingen nach

der Geburt entwickelt. Es war eine Gegenreaktion auf die damalige Idealisierung von Technologie, Wissenschaft und Medizin in der Geburtshilfe und Pädiatrie, die gebärende Frauen als sekundär bei der Geburt behandelte und ärztliches Expert_innentum priorisierte, zudem Säuglinge einem rigorosen Essensplan unterwarf und dem Prinzip, sich selbst zu beruhigen. *Rooming-in* dagegen beruht auf dem Prinzip, dass die primäre Betreuungsperson physisch nah beim Säugling ist, um auf seine Bedürfnisse eingehen zu können, zum Beispiel durch Kuscheln, Füttern etc. (Temkin 2000: 275).
In der Opioidkrise wird *rooming-in* im untersuchten Material als Behandlungsstrategie für Säuglinge mit NAS propagiert, statt diese auf *Neonatal Intensive Care Units* zu verlegen und dort mit niedrigen Morphin- oder Methadongaben zu behandeln (Louis 2016, 2017b).

Während Diskurse der öffentlichen Gesundheit *rooming-in* als erfolgreiche Gesundheitsreform im Bereich der Geburtennachsorge rezipieren, die durch die Zusammenarbeit von engagierten Ärzt_innen und Patient_innen erreicht wurde, zeigen Temkin (2002) und Beshar (2014), dass das Konzept weitere intendierte und nicht intendierte Folgen zeitigt. Zur Zeit des Kalten Krieges, als *rooming-in* an Popularität gewann, wurde es genutzt, um die amerikanische *home front* gegenüber der Sowjetunion zu stärken und das Idealbild der amerikanischen Kleinfamilie – das den männlichen Familienernährer, der einer außerhäuslichen Erwerbsarbeit nachgeht, und die weibliche Hausfrau und Mutter, die an den Haushalt und die Kindererziehung gebunden ist – als Norm setzt (Beshar 2014: 7). Ein Idealbild, das für Menschen aus der Arbeiterklasse und für Schwarze Personen und People of Color aufgrund rassistischer Diskriminierung am Arbeitsmarkt unerreichbar blieb und klar mit rassifizierten und klassenspezifischen Ausschlüssen verbunden ist. *Rooming-in* sollte dabei schon früh die Mutter-Kind-Beziehung in den Vordergrund rücken und die Mutter durch den engen Kontakt in den ersten Wochen mit dem Säugling als primäre Betreuungsperson verankern. Frauen sollten auf diese Weise in die Mutterrolle eingeführt werden und darin bestärkt werden, zu Hause die Kindererziehung zu übernehmen, statt einer Erwerbsarbeit nachzugehen (Temkin 2002: 294). *Rooming-in* ist einerseits eine von Patient_innen getragene Reform, um Geburtshilfe gegenüber einer technisierten Medizin zu humanisieren und Gebärende in ihren Rechten zu bestärken, durchsetzen konnte sie sich jedoch, weil sie andererseits auf gesellschaftlichen Geschlechterzuschreibungen basiert und diese perpetuiert (ebd.: 295).
Ein weiterer Effekt von *rooming-in* war, dass der Knappheit von Krankenpfleger_innen nach dem Zweiten Weltkrieg in Krankenhäusern durch die verstärkte Auslagerung von Pflegearbeit in der Nachsorge an Mütter entgegengewirkt werden konnte. Im *Jefferson Medical College*

Hospital in Philadelphia wurde *rooming-in* verpflichtend für Patientinnen in Mehrbettenstationen, während Patientinnen, die in teureren semiprivaten oder privaten Zimmern untergebracht waren, selbst entscheiden konnten, welche Nachsorge sie bevorzugten. *Rooming-in* verschärfte also nicht nur Geschlechterungleichheiten, sondern auch Klassenungleichheiten zwischen Frauen selbst (ebd.: 281f.).

Wie im entsprechenden Bedeutungsrahmen gezeigt, werden Säuglinge mit NAS als Belastung für ländliche Krankenhäuser problematisiert, die finanzielle und zeitliche Ressourcen strapazieren würden. In diesem Diskurs wird für *rooming-in* als kostengünstigere Lösung, vor allem für ländliche Krankenhäuser, gegenüber der teuren Pflege in NICUs geworben. *Rooming-in* wird also erneut als Strategie herangezogen, um die diagnostizierte Versorgungskrise in Krankenhäusern abzudecken. War *rooming-in* im Amerika des Kalten Krieges damit verbunden, die *weiße*, der Mittelschicht angehörende amerikanische Kleinfamilie, Häuslichkeit von Frauen und ein binäres Geschlechterbild zu fördern, so sind auch heute starke Anrufungen an Mutterschaft mit *rooming-in* verbunden.

> „Increasingly – maybe because the forces that bind a mother and child are also complex and enduring – doctors are concluding that the best treatment for babies born with neonatal abstinence syndrome, the clinical term for postnatal opioid withdrawal, is not so different from the best treatment for all newborns: keeping them with their mothers, encouraging them to bond with each other and treating complications as needed.“ (Board 2019b: 2)

Nicht der enge Kontakt des Säuglings mit einer primären Bezugsperson, die die Mutter sein kann, aber nicht sein muss, steht im Mittelpunkt des Diskurses um *rooming-in*, sondern explizit die Verbindung mit der Mutter. Diese wiederkehrende Zentrierung der Mutter-Kind-Beziehung naturalisiert Geschlechterverhältnisse und vergeschlechtlichte Zuständigkeiten für Fürsorge.

Trauma

Trauma fungiert in den analysierten Artikeln als zentrale Erklärungskategorie für den Substanzgebrauch von Frauen allgemein und von Frauen während der Schwangerschaft (Board 2019b; Kristof 2019; Louis 2017b; Szalavitz/Jones 2018). „Dr. Smith notes that many of the mothers have mental health problems and their own traumas that they are wrestling with, and he estimates that 85 percent of the pregnancies involving drug exposure are unplanned.“ (Kristof 2019: 2)

Trauma wird in Diskursen um psychische Gesundheit als psychologische Reaktion auf das Erleben oder Miterleben eines gewaltvollen Ereignisses definiert. Diagnostiziert wird es als

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Diese Definition beruht auf der grundlegenden Annahme, dass nur Personen mit einer „gestörten“ psychischen Konstitution auf Extremsituation mit der Ausbildung eines Traumas reagieren würden, während Menschen mit „normaler“ psychischer Konstitution mit Extremsituation umgehen könnten, ohne Traumata zu entwickeln. Diese Prämisse fördert einen individualisierten Blick auf die psychischen Mechanismen des Opfers, mit der erfahrenen Gewalt umzugehen, und verstellt damit einerseits die Sicht auf Täter_innenschaft und andererseits auf den gesellschaftlichen Kontext, in dem sich die gewaltvolle Situation vollzieht (Körner 2015: 195). Die psychischen Folgen von Gewalterfahrungen werden in die „Sphäre der ‚Krankheit‘“ (ebd.) gerückt. Diese Psychologisierung wirkt individualisierend und verstellt den Blick auf die strukturelle Gewaltförmigkeit der aktuellen Geschlechterverhältnisse, die die Verletzungsoffenheit von Frauen gegenüber physischer Gewalt produzieren (Sauer 2009: 69). Wenn Trauma als Erleben oder Miterleben gewaltvoller Ereignisse definiert ist, dann begründen gewaltförmige Geschlechterverhältnisse meiner Meinung nach einen Nährboden für Traumata. Auch Daniels (1999) argumentiert, dass sich Suchtpräventionsprogramme zu eng am Verhalten von substanzgebrauchenden Frauen selbst orientieren, statt gesellschaftlich breiter aufgestellte Präventionsprogramme zu entwickeln, die jene Gewalt verhindern, die zum Auslöser von Substanzabhängigkeit werden kann – geschlechtsspezifische Gewalt, Kindes- und sexueller Missbrauch (ebd.: 96 f.).

Dass Traumata nicht auf gesellschaftliche Verhältnisse rückbezogen werden, sondern vielmehr den als traumatisiert gekennzeichneten Frauen als Defizit eingeschrieben und sie damit pathologisiert werden, verdeutlicht sich im folgenden Zitat:

> „Rooming-in also may be better for mothers addicted to opioids, who ‚often have a history of trauma and loss,‘ helping them bond with babies from birth, Dr. Bogen said. ‚Separation may impair her attachment to her baby, increase the guilt she feels about the impact her addiction has on her baby and diminish her perception of her own mothering capacity – all of which can increase her risk of relapse,‘ she said.“ (Louis 2017b: 3)

Substanzgebrauch und Trauma begründen in dieser Darstellung eine defizitäre Beziehung zum Säugling. Die Ursachen dieses Traumas werden im zitierten Artikel nicht angesprochen, stattdessen rücken die Symptome des Traumas, der Substanzgebrauch, in den Fokus und vor allem die negativen Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung.

Schuld und *weiße* Gewissenhaftigkeit

Ein wiederkehrendes Thema in den analysierten Artikeln sind Schuldgefühle bezüglich Substanzgebrauchs während der Schwangerschaft. Substanzkonsum ist gesellschaftlich besonders stigmatisiert bei Frauen, da sie mit dem Konsum geschlechtliche Normen überschreiten, während Männer mit ihrem Konsum geschlechtliche Normen bestätigen, solange er nicht zu exzessiv wird, da ihnen risikoreicheres Verhalten zugeschrieben wird, das sich mit den Wahrnehmungen über Substanzkonsum deckt (Campbell 2000: 215). Substanzgebrauch während der Schwangerschaft ist durch die potenziellen Auswirkungen, die dieser auf den Fötus haben kann, und den starken gesellschaftlichen Anrufungen an Frauen, sie sollen ihr Verhalten während der Schwangerschaft auf das Wohl des Fötus ausrichten, mit starkem Stigma belegt (Murphy/Rosenbaum 1999). Schuldgefühle können emotionale Auswirkungen dieses Stigmas bei Betroffenen sein. In einigen der analysierten Artikel werden diese Gefühle jedoch nicht von substanzgebrauchenden, schwangeren Frauen selbst wiedergegeben, sondern sie werden ihnen von außen zugeschrieben (Louis 2017a, 2017b; Kristof 2019).

> „It took three months to find Jamie Clay, the young, raven-haired addict at the center of my front-page article on the opioid-dependent babies of rural Kentucky. Apparently it is one thing to wrestle with the guilt of bringing a baby into the world with withdrawal symptoms, and another to let a reporter be there at the hospital just after birth." (Louis 2017a: 1)

Diese Schuldzuschreibung von außen evoziert die Assoziation, dass dieses Gefühl bei substanzgebrauchenden schwangeren Frauen jedenfalls vorhanden sein müsste. Der moralisierende Sprachgebrauch der „Schuld" suggeriert die moralische Verurteilung der Frauen und separiert sie vom gesellschaftlichen Kontext, in dem ihr Substanzgebrauch stattfindet (Benoit et al. 2014: 253). Würde es um die gesellschaftlichen Erwartungen gehen, durch die diese Schuldgefühle ausgelöst werden, wäre wohl eher die Rede von Stigma. Wie in den Bedeutungsrahmen über den Zugang zum Gesundheitssystem und der Verschreibungspraxis und Pharmaunternehmen besprochen, wird die als *weiß* markierte Opioidkrise als Problem eines unzureichenden Zugangs zur Gesundheitsversorgung gesehen, und Schuld für den vermehrten Opioidkonsum wird eher auf der Angebotsseite von Opioiden, vor allem bei Pharmaunternehmen, gesucht, statt auf der Nachfrageseite, also bei den Konsument_innen. Der Diskurs der Schuld kommt erst bei opioidkonsumierenden schwangeren Frauen ins Spiel. In einer als „national public health emergency" (HHS 2017) ausgerufenen Opioidepidemie erscheinen schwangere Opioidkonsument_innen schuldiger als nicht schwangere.

> „In contrast to the executives, some moms acknowledge their failings. They are already suffering terribly from their own addictions, and many will lose custody of their babies. ‚Lots of these moms are very well

> meaning,‘ said Dr. Cody Smith, a neonatologist at the J.W. Ruby Memorial Hospital in Morgantown, W.V., 150 miles northeast of Charleston. ‚The vast majority of these moms love their babies, and they feel a tremendous amount of guilt.‘“ (Kristof 2019: 1; Hervorh. A. B.)

Im Gegensatz zu den Pharmaunternehmen, würden opioidkonsumierende schwangere Frauen zumindest ihr Versagen eingestehen, so das Zitat. Einerseits werden substanzgebrauchende schwangere Frauen vor allem als liebevolle Mütter angerufen, in dem Versuch, ein empathisches Bild von ihnen zu zeichnen, werden sie jedoch auf ihre Identität als Mütter festgeschrieben. Gleichzeitig wird ihnen jedoch nur die Subjektivierung der schuldigen und reumütigen Mutter zugesprochen. Eine andere Position dürfen sie in den Darstellungen der Journalist_innen und Ärzt_innen nicht einnehmen, um weiterhin als gute Mütter zu gelten.

Campbell (2000) zeigt, wie in politischen Diskursen um den Crack-Kokain-Gebrauch Schwarzer Frauen, die Sorge, dass er den „maternal instinct“ erodieren würde, im Zentrum stand und mit Gewissenlosigkeit assoziiert wurde. Der Methamphetamin-Konsum *weißer* Frauen wurde dagegen als Vehikel, um in ihrem stressigen Alltag als Mütter und gleichzeitig Erwerbstätige funktional zu sein, thematisiert. Zudem wurde er mit Reue verbunden, was auf die Unterstellung eines Maßes an Gewissenhaftigkeit hindeutet. Was wir in dem Schulddiskurs über opioidkonsumierende schwangere Frauen aktuell sehen, kann als Fortschreibung des Diskurses über den Substanzgebrauch *weißer* Frauen interpretiert werden, die zwar Schuld trügen, aber dadurch auch gewissenhaft und somit besserungswürdig wären (ebd.: 3).

6.2.2. Rassifizierte Diskurse

Wie anhand der Bedeutungsrahmen gezeigt, ist der Schauplatz der Opioidkrise im analysierten Material vor allem das ländliche Amerika. Was wir in Verbindung damit in einem Großteil der analysierten Artikel sehen, ist, was Netherland und Hansen (2016) als „the surprise of white drug use“ (ebd.: 672) bezeichnen. Während Substanzgebrauch im rassifizierten, urbanen Raum erwartet wird, wird er im suburbanen und ländlichen Raum, der *weiß* konnotiert ist, als neuartig und überraschend dargestellt. In der medialen Darstellung spiegelt sich die Annahme wider, dass in *weißen* Wohngegenden bis dato kein Substanzkonsum stattgefunden hätte, obwohl epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die Schwarze und *weiße* Bevölkerung in ähnlichem Maß illegalisierte Substanzen gebrauchen (ebd.: 672). Im folgenden Zitat über eine Studie zu Säuglingen mit NAS wird diese unterschiedliche Wahrnehmung über den städtischen und ländlichen Raum in Bezug auf Substanzkonsum besonders deutlich:

> „In the 1970s, withdrawal symptoms affected mostly babies of heroin-addicted mothers in cities such as Philadelphia and New York, Dr. Tolia said. ‚What this study shows is this has totally flipped,‘ he added.

> Babies may be born with symptoms of withdrawal from any number of drugs, including certain antidepressants or barbiturates, after prolonged use by their mothers during pregnancy. But the new report found that rates of infant drug dependency are rising in tandem with maternal opioid use in particular. Doctors frequently prescribe opioids to mothers-to-be to treat back pain or abdominal pain. Nearly 42 percent of pregnant women in Utah on Medicaid were prescribed opioids, and roughly 35 percent in Idaho, a 2014 study found. Maternal opioid use was nearly 70 percent higher in rural counties than urban ones, the new report found." (Louis 2016: 1)

Der Substanzgebrauch von Frauen „in cities such as Philadelphia and New York"[18] scheint nicht weiter erklärungsbedürftig zu sein. Dass die Zahlen von Säuglingen mit NAS im ländlichen Raum[19] nun höher sind als im städtischen, weicht jedoch von der impliziten Erwartung ab, Substanzkonsum sei etwas Urbanes und verlange deshalb nach einer genaueren Erläuterung. Viele Frauen würden die Opioide legal von Ärzt_innen gegen Rücken- oder Unterleibsschmerzen verschrieben bekommen und so, zumindest anfänglich, in Kontakt mit ihnen kommen. Diese Erzählung schafft eine klare Grenze zwischen urbanen, heroinkonsumierenden Frauen, deren Konsum keine Hintergrundgeschichte erhält und aufgrund der illegalisierten Substanz am Rand der Gesellschaft verortet wird, und opioidkonsumierenden Frauen, die nicht durch eigene Verantwortung zum Substanzgebrauch gekommen wären, sondern durch die Verschreibung eines_einer Arztes_Ärztin. In Abgrenzung zu urbanen, rassifizierten Frauen wird ländlichen, *weißen* Frauen weniger Verantwortung für ihren Substanzkonsum in diesem Narrativ zugeschrieben. Die implizite Schuldzuschreibung spiegelt sich auch in der Wahl der Begrifflichkeiten wider: einerseits „heroin-addicted mothers", die neben der illegalisierten Substanz auch mit stigmatisierter Abhängigkeit in Verbindung gebracht werden, und andererseits „maternal opioid use", das nicht aufgeladen ist mit Bedeutungen von Abhängigkeit oder gar dem „misuse" oder „abuse" von Substanzen. Die Erzählung über den Opioidkonsum der Frauen aus dem ländlichen Raum lässt die Logik der „blameless etiology" (Netherland/Hansen 2016: 674), also der unschuldigen Genese *weißen* Substanzkonsums, erkennen. Dabei werden nicht die Substanzgebrauchenden individuell verantwortlich für ihren Konsum gemacht, sondern in diesem Fall opioidverschreibende Ärzt_innen.

Es mag zunächst widersprüchlich erscheinen, dass der Opioidgebrauch *weißer* schwangerer Frauen und Mütter einerseits durch die unschuldige Genese *weißen* Substanzgebrauchs erklärt wird, ihnen andererseits Schuld zugeschrieben wird, wodurch diskursiv eine *weiße* gewissenhafte und reumütige Weiblichkeit hergestellt wird (siehe vorherigen Abschnitt). Die unschuldige Genese des Substanzkonsums *weißer* Frauen widerspricht jedoch den

[18] Philadelphia hat eine Schwarze Bevölkerungsmehrheit; New York hat eine leichte weiße Mehrheit, aber auch eine große Schwarze und lateinamerikanische Bevölkerung (US Census 2019c).
[19] Idaho und Utah sind beides Bundesstaaten mit 90 Prozent *weißer* Bevölkerung (US Census 2019d).

vergeschlechtlichten Zuschreibungen der Schuld nicht. In der Erzählung der unschuldigen Genese geht es um den Ursprung des Substanzgebrauchs. In diesem Kontext schreibt das untersuchte Material *weißen* opioidkonsumierenden Frauen weniger Schuld zu als heroingebrauchenden Schwarzen Frauen. Schuld für Opioidgebrauch verortet das Material bei Pharmaunternehmen und Ärzt_innen. Trotzdem weist das untersuchte Material *weißen* opioidgebrauchenden Frauen Schuld in Bezug auf die vermeintlich vernachlässigte Verantwortung für die fötale Gesundheit zu. Aufgrund des Fötus wird opioidgebrauchenden schwangeren Frauen eben schon mehr Schuld als anderen Opioidgebrauchenden unterstellt, bei denen der Schulddiskurs innerhalb das untersuchten Materials nicht vorkommt. Das Material zeichnet opioidkonsumierende *weiße* Frauen jedoch schuldloser als heroingebrauchende Schwarze Frauen, deren Schuldzuschreibungen auch nicht mit Diskursen um Reue oder Gewissenhaftigkeit verbunden werden. Am besten verdeutlicht das Zusammenspiel von unschuldiger Genese, Schuld und Reue dieses Zitat: „In contrast to the executives [of pharma companies; Anm. A. B.], some moms acknowledge their failings." (Kristof 2019: 1)

Weißen Substanzgebrauch als neues Phänomen zu *framen* ist Teil des mehrheitsgesellschaftlichen, historischen Verdrängens und Vergessens von *weißem* Substanzkonsum. Dieser Verdrängungsprozess rechtfertigt die Trennung zwischen einerseits punitiven politischen Maßnahmen gegen den Substanzkonsum von Schwarzen Personen und People of Color und die Kontinuität des *war on drugs,* während andererseits gesundheitspolitische Reaktionen auf *weißen* Substanzkonsum erfolgen, der als *public health emergency* gesehen wird. Diese rassifizierten Differenzen in der öffentlichen Wahrnehmung und den politischen Reaktionen auf Substanzkonsum helfen ein System *weißer* Vorherrschaft zu stabilisieren, in dem Schwarze Personen eine sechs- bis zehnmal höhere Wahrscheinlichkeit haben, für illegalisierten Substanzkonsum inhaftiert zu werden als *weiße* Personen, trotz gleicher Konsumraten (Netherland/Hansen 2016: 672, 669).

Während Schwarze Personen und People of Color im untersuchten Material sichtbar werden im Rückblick auf die Drogenkrisen der Städte, werden sie weniger sichtbar im Diskurs um die Opioidkrise. Die *weiße* Bevölkerung ist zwar stärker von der Krise um verschreibungspflichtige Opioide betroffen, aber auch Todesfälle bei Schwarzen Personen und People of Color steigen (Gollust/Miller 2020: 246). Wird die Definition der Opioidkrise ausgeweitet auf illegalisierte Opioide, ist die Krise auch nichts Neues. Jetzt, wo es um ein gesundheitspolitisches *framing* geht und damit auch Forderungen für marginalisiertere Substanzgebrauchende einhergehen könnten, stehen jedoch vor allem viktimisierte, *weiße* Substanzgebrauchende im Vordergrund

und der Ausbau von therapeutischen Einrichtungen in mehrheitlich *weißen*, ländlichen Wohngebieten.

6.2.3. Klassenspezifische Diskurse

Während in der Methamphetaminkrise, die die mediale Berichterstattung diskursiv ebenfalls als *weiße* Krise problematisierte, starke klassistische Zuschreibungen über die Darstellung der Betroffenen als *white trash* (Murakawa 2011: 223) stattgefunden haben, sind in den analysierten Artikeln über die Opioidkrise kaum negative klassenbasierte, stereotype Zuschreibungen zu finden, außer der Erwähnung von „hillbilly heroin“ (Macy 2016: 1). Diese ist jedoch ebenfalls in einen gesundheitspolitischen Rahmen gebettet, der den ungleichen Zugang zu gesundheitlichen Versorgungsleistungen problematisiert. Klassenverhältnisse finden Ausdruck in der Thematisierung des nach sozioökonomischen Status stratifizierten Zugangs zum Gesundheitssystem und in der Debatte über die Rückdrängung des *Affordable Care Act*. Armut und ein Mangel an öffentlichen Förderungen für Menschen mit Substanzgebrauchsstörung werden als strukturelle Hindernisse für Therapiemöglichkeiten problematisiert. Ökonomische Ungleichheit wird kritisch reflektiert und nicht naturalisiert.

Das deckt sich mit den Ergebnissen von Untersuchungen, die argumentieren, dass Opioide aufgrund ihrer Verortung in der Mittelschicht und der *weißen* Bevölkerung stärker mit Normalisierungsdiskursen verbunden sind, als mit Diskursen, die deviante Subjekte schaffen, die sie ausschließen möchten (Knight 2017: 313; Mendoza et al. 2018: 675; Netherland/Hansen 2016: 669). Der Opioiddiskurs versuche vielmehr, die Subjekte, die er der Mehrheitsgesellschaft zurechnet, über Normalisierungsdiskurse zu reinkludieren, statt sie über die Markierung devianten Verhaltens zu exkludieren.

Substanzgebrauchende schwangere Frauen und Mütter werden jedoch an verschiedenen Stellen im untersuchten Material über normative Bilder von Mutterschaft, die stark mit dem Ideal der amerikanischen Kleinfamilie verbunden sind, angerufen. Dieses Ideal spiegelt den amerikanischen Traum des gesellschaftlichen Aufstiegs in die bürgerliche Mittelschicht wider und ist auf diese Weise stark von klassenspezifischen Zuschreibungen geprägt (Knight 2017: 314). Auch ist es ein Ideal, das *weiß* markiert ist und rassifizierte Ausschlüsse produziert (ebd.; Roberts 1997a: 324).

7. FAZIT

Die vorliegende Arbeit zeigt, wie die öffentliche Wahrnehmung über die Opioidkrise durch rassifizierte, vergeschlechtlichte und klassenspezifische Diskurse hergestellt wird. Besonders fokussiert sie das Thema substanzgebrauchende schwangere Frauen. Diese Frauen befinden sich am Knotenpunkt vielfältiger gesellschaftlicher Erwartungen und Ängste, und die erwähnten Diskurse und mit ihnen verbundenen Machtverhältnisse treten ans Licht.

Anhand eines historischen Rückblicks auf die Crack-Kokain-Krise (ca. 1986 bis 1992) verdeutlicht die Arbeit, wie substanzgebrauchende schwangere Frauen das erste Mal intensiv in den medialen und politischen Fokus gerückt sind. Politik und Medien platzierten Schwarze schwangere Frauen und Mütter diskursiv als Verantwortliche für soziale und ökonomische Verwerfungen (Campbell 1999: 896).
Vor diesem Hintergrund etablierte sich auch die kriminalisierende rechtliche Verfolgung substanzgebrauchender schwangerer Frauen und Mütter, die bis in die Gegenwart reicht (Bridges 2020: 849). Konservative Abtreibungsgegner_innen gewinnen aktuell an politischem Einfluss und betreiben erfolgreiches Lobbying für die Durchsetzung von Gesetzen zum Schutz von Föten. Diese Gesetze beschneiden Frauenrechte und reproduktive Rechte. Waren in der Vergangenheit vor allem Schwarze Frauen und Frauen of Color von der rechtlichen Verfolgung betroffen, werden durch den Fokus der Justiz seit den 2000er-Jahren auf Methamphetamine und Opioide vermehrt *weiße* Frauen für ihren Substanzgebrauch während der Schwangerschaft rechtlich belangt (Bach 2019: 842). Unverändert bleibt, dass die rechtliche Verfolgung nach wie vor großteils ökonomisch marginalisierte Frauen betrifft (ebd.; Amnesty International 2017: 8).
Im Rahmen der Opioidkrise ist – abseits opioidgebrauchender schwangerer Frauen – der Ruf nach Kriminalisierung vergangener Drogenkrisen durch Forderungen nach gesundheitspolitischen Interventionen zum Wohle von Opioidnutzer_innen ersetzt worden. Im Gesundheitsbereich führte die Reform *Affordable Care Act* zu einer besseren Versicherungsabdeckung durch die Expansion von Medicaid. Die Reform baut jedoch weiterhin auf der Trennung in ein öffentliches und ein privates Gesundheitswesen auf (Mulligan/Castañeda 2018: 4). Der Zugang zu und die Qualität von Gesundheitsleistungen ist anhand von Kategorien, zum Beispiel Einkommen und *immigration status*, stratifziert und produziert damit klassenspezifische, rassifizierte und vergeschlechtlichte Ausschlüsse. Schwangere Frauen, die über Medicaid versichert sind, haben ein höheres Risiko, von Gesundheitsdienstleistern Drogentests unterzogen zu werden und dadurch rechtliche

Konsequenzen für ihren Substanzgebrauch zu tragen (Lester et al. 2004: 33). Generell sind sie im Vergleich zu privat versicherten Frauen vermehrter Kontrolle ausgesetzt und haben weniger Entscheidungsfreiheit über ihre Geburtenversorgung (Andaya 2018: 117). Die Kontextanalyse des Gesundheitsbereichs zeigt auch, was in der Berichterstattung über die Opioidkrise als *weiße* Krise oft vergessen wird: Die Anzahl *weißer* Betroffener hängt mit dem privilegierten Zugang zum Gesundheitssystem, zu Allgemeinärzt_innen und zu verschreibungspflichtigen Opioiden zusammen (Hansen/Netherland 2016: 2127). Was in der Berichterstattung dagegen sichtbar wird, sind ökonomische und geografische Ungleichheiten und daraus resultierende Gesundheitsdisparitäten.

Das untersuchte Material problematisiert die Opioidkrise vor allem als Krise der *weißen* ländlichen und vorstädtischen Bevölkerung. Im Fokus stehen die Kritik am US-Gesundheitssystem und daran, dass es für viele Menschen nur eingeschränkt zugänglich ist; die Frage nach angemessenen Therapiemöglichkeiten für Substanzgebrauchsstörungen; die schlecht ausgebaute ländliche Gesundheitsinfrastruktur, um Substanzgebrauchenden und Säuglingen mit *Neonatal Abstinence Syndrome* (NAS) zu therapieren; sowie die Kritik an der pharmazeutischen Industrie und opioidverschreibenden Ärzt_innen. Die Stadt als rassifizierter Raum und ihre Bewohner_innen stehen stärker in Verbindung mit bedrohlich aufgeladenen Themen wie Kriminalität statt mit gesundheitspolitischen Forderungen. Das *framing* der untersuchten Berichterstattung macht *weiße* Opioidnutzer_innen sehr sichtbar. Im Vordergrund stehen normalisierende Diskurse – die Opioidgebrauchende nicht am Rand der Gesellschaft, sondern als Teil von ihr verorten – statt pathologisierender Diskurse oder *othering*-Diskurse, von denen die rassifizierte Crack-Kokain-, aber auch die Methamphetaminkrise aufgrund ihrer klassenspezifischen Verortung als *white trash*-Krise gekennzeichnet waren (Roberts 1997a; Linnemann/Wall 2013; Murakawa 2011).
Unsichtbar werden durch das *framing* der Opioidkrise als *weiße* Krise am Land und in den Vorstädten Schwarze Betroffene, betroffene People of Color, Betroffene im städtischen Raum und nicht opioidkonsumierende Substanzgebrauchende, die durch dieses begrenzte *framing* aus den gesundheitspolitischen Forderungen ausgeklammert werden. Dabei steigen auch in städtischen Gebieten wie Washington, D. C., wo die Bewohner_innen mehrheitlich Schwarze Personen und People of Color sind, die Zahlen der Todesfälle, die durch Überdosierung verursacht wurden. Hier herrscht schon lange eine Opioidepidemie, die jedoch nicht von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, sondern von Heroin ausgeht (CDC 2019; Gollust/Miller 2020: 246).

Dieses *framing* der Opioidkrise reproduziert implizit die Trennung zwischen einem *weißen* „national public health emergency“ (HHS 2017), dem mit gesundheitspolitischen Interventionen beizukommen sei, und davon vermeintlich zu unterscheidenden rassifizierten Drogenkrisen, denen mit kriminalisierenden Maßnahmen im Rahmen des *war on drugs* entgegenzutreten sei (Hansen/Netherland 2016: 2128).

Die untersuchten medialen Diskurse verschieben sich im Fall von substanzgebrauchenden schwangeren Frauen weg von einer Problematisierung der Opioidkrise, die strukturelle Ungleichheiten etwa im Zugang zum Gesundheitssystem verantwortlich sieht, in Richtung medikalisierender Diskurse, die die individuelle Verantwortung zur risikominimierenden Selbststeuerung prominenter als bei anderen Substanzgebrauchenden hervorhebt.
Dies geschieht anhand subtiler Anrufungen an schwangere Frauen, ihre Körper und Bedürfnisse durch risikominimierendes Verhalten dem Wohl des Fötus zu unterstellen. Durch die Generierung von Wissen über den schwangeren Körper sollen sie sich selbstverantwortlich für das „richtige“ Verhalten während der Schwangerschaft entscheiden. Die untersuchte Berichterstattung zeichnet Säuglinge mit NAS einerseits als Opfer – sowohl des Substanzgebrauchs der Mütter als auch der Pharmaunternehmen. Andererseits stellt sie sie als ökonomische Belastung für vor allem ländliche Krankenhäuser dar.
Frauen werden, wenn es um mögliche Nebenwirkungen von Opioiden geht, mit der Formulierung „women of reproductive age“ (Tavernise 2015: 1) adressiert. Diese Generalisierung von Frauen aufgrund ihrer Gebärfähigkeit, statt den tatsächlichen reproduktiven Status heranzuziehen, bietet ein Einfallstor dafür, Frauen nur wegen des Potenzials, schwanger werden zu können, medizinisch anders zu behandeln als andere, sie beispielsweise von opioidgestützten Therapien auszuschließen.
Die mediale Berichterstattung reproduziert normative Vorstellungen von Mutterschaft durch die Anrufung des Ideals der amerikanischen Kleinfamilie. Diese ist *weiß* markiert und spiegelt den amerikanischen Traum des gesellschaftlichen Aufstiegs in die bürgerliche Mittelschicht wider (Knight 2017: 314). So stellt dieses Ideal klassenspezifische und rassifizierte Ausschlüsse her.
Die Propagierung von Geburtennachsorgekonzepten wie *rooming-in* legt einen verstärkten Fokus auf Mütter in der Eltern-Kind-Beziehung und ruft sie als primäre Erziehungsperson an. Das Leben und der Substanzgebrauch von Frauen werden vorrangig über die Sphäre des Privaten erklärt. Anders bei Männern, bei ihnen sind zum Beispiel ökonomische Gesellschaftsentwicklungen Erklärungsfaktoren. Liebesbeziehungen strukturieren in der Berichterstattung oft den Anfang und das Ende von Substanzgebrauchsstörungen,

Schwangerschaft dient häufig als Wendepunkt in der Substanzgebrauchsgeschichte. Diese privaten Erklärungen verstellen den Blick auf gesellschaftliche Faktoren, wie die sekundäre Eingliederung von Frauen in den Arbeitsmarkt, die sie aus sozialen Sicherungssystemen ausgrenzt und verstärkter Abhängigkeit in Beziehungen aussetzt (Sauer 2009: 67). Trauma ist eine zentrale Erklärungskategorie für weiblichen Substanzgebrauch im untersuchten Material. Dadurch werden gewaltvolle Erfahrungen der Frauen jedoch nicht in gewaltvolle Geschlechterverhältnisse eingebettet, sondern ein medikalisierender Blick auf traumatische Erfahrungen von Frauen gefördert. Auch Suchtpräventionsprogramme orientieren sich stark am Verhalten von substanzgebrauchenden Frauen selbst, statt zusätzlich Programme zu entwickeln, die jene Gewalt verhindern, die zum Auslöser von Substanzabhängigkeit werden kann: geschlechtsspezifische Gewalt, Kindes- und sexueller Missbrauch (Daniels 1999: 96 f.). Die analysierten Berichte rufen substanzgebrauchende schwangere Frauen – im Gegensatz zu nicht schwangeren Substanzgebrauchenden – auch über die Kategorie der Schuld an. Im Rahmen dieses Schulddiskurses wird *weißen* opioidgebrauchenden Frauen auch die Fähigkeit zur Reue und Gewissenhaftigkeit zugeschrieben; dies ist ein Unterschied zu historischen Darstellungen über Crack-Kokain gebrauchende Schwarze Frauen, die als schuldig und gewissenlos beschrieben wurden (Campbell 2000: 3).

Gerade wenn es direkt um die Kriminalisierung schwangerer substanzgebrauchender Frauen geht, fokussieren die analysierten Artikel gesellschaftliche Ungleichheiten und kritisieren diese vehement. Es herrscht eine Kluft zwischen dem kriminalisierenden Umgang der Justiz mit substanzgebrauchenden schwangeren Frauen und der untersuchten Berichterstattung über diese. In der Crack-Kokain-Krise waren die Diskurse hier vermehrt deckungsgleich, bzw. sie befeuerten sich gegenseitig. Der kritische Blick auf die aktuelle Kriminalisierung ist jedoch sicher auch meiner Wahl der *New York Times* geschuldet und divergiert vermutlich je nach Medium. Was aber gerade an der *New York Times* spannend ist, ist, dass trotz dieses kritischen Blickwinkels schwangere und nicht schwangere Frauen auf klassenspezifische und rassifizierte Weise über Risikodiskurse um den Fötus, idealisierte Vorstellungen von Mutterschaft und über die Zentrierung ihrer Gebärfähigkeit angerufen werden. Zudem wird die Gesundheit schwangerer Frauen oft der fötalen Gesundheit untergeordnet. Diese Tendenz ist im Kontext der fortschreitenden Kriminalisierung substanzgebrauchender schwangerer Frauen kritisch zu betrachten, da sie sich in Diskurse einreiht, die den „bedrohten“ Fötus fokussieren und gesellschaftliche Reproduktionsverhältnisse in den Hintergrund rücken lassen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die aktuellen Diskurse um opioidgebrauchende schwangere Frauen weit entfernt sind von der Dämonisierung substanzgebrauchender Frauen während der politischen und medialen Panik um Crack-Kokain. Dies ist der medialen Verortung der Opioidkrise als einer *weißen* Krise zuzurechnen, die grundsätzlich andere Erklärungen für Substanzgebrauch hervorbringt – wie die vermeintliche Überraschung *weißen* Substanzgebrauchs und seine unschuldige Genese – als die, die mit rassifizierten Drogenkrisen verbunden sind. So öffnet sich ein politischer Raum abseits des *war on drugs* für gesundheitspolitische Forderungen. Dieser bleibt jedoch jenen Substanzgebrauchenden, die nicht *weiß* sind, nicht ländlich oder vorstädtisch und keine Opioide konsumieren, bis dato verschlossen.

8. LITERATURVERZEICHNIS

8.1. Literatur

- Alker, Joan/Verma, Seema/Cash, Judith (2020): *Re: Request for Action on Pending Section 1115 Demonstrations to Reduce Racial Disparities*. Abrufbar unter: https://ccf.georgetown.edu/wp-content/uploads/2020/07/Medicaid_Supporting-Black-Women-Sign-On-Letter.pdf [Zugriff am 27.04.2022]
- American Civil Liberties Union (ACLU) (o. J.): *What's Wrong with Fetal Rights. A Look at Fetal Protection Statutes and Wrongful Death Actions on Behalf of Fetuses*. Abrufbar unter: https://www.aclu.org/other/whats-wrong-fetal-rights [Zugriff 27.04.2022]
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2020): Opposition to Criminalization of Individuals During Pregnancy and the Postpartum Period. Statement of Policy. Abrufbar unter: https://www.acog.org/clinical-information/policy-and-position-statements/statements-of-policy/2020/opposition-criminalization-of-individuals-pregnancy-and-postpartum-period [Zugriff am 27.04.2022].
- Amnesty International (2017): *Criminalizing Pregnancy. Policing Pregnant Women Who Use Drugs in the USA.*
  Abrufbar unter: https://www.amnesty.org/en/documents/amr51/6203/2017/en/ [Zugriff am 27.04.2022]
- Andaya, Elise (2018): Stratification through Medicaid. Public Prenatal Care in New York City, in Mulligan, Jessica/Castañeda, Heide (Hrsg.): *Unequal Coverage: The Experience of Health Care Reform in the United States*, NYU Press Scholarship Online, 102-125.
- Anderson, Elijah (2015): The White Space, in *Sociology of Race and Ethnicity* 1(1), 10-21.
- Arni, Caroline (2012): Vom Unglück des mütterlichen „Versehens“ zur Biopolitik des „Pränatalen“: Aspekte einer Wissensgeschichte der maternal-fötalen Beziehung, in: *Biopolitik und Geschlecht: zur Regulierung des Lebendigen*, Münster, 44-66.
- Bach, Wendy (2019): Prosecuting Poverty, Criminalizing Care, in *William and Mary Law Review* 60(3), 809-889.
- Behning, Ute (2004): Arbeit und Arbeitsteilung, in Rosenberger, Sieglinde K./Sauer, Birgit (Hrsg.): *Politikwissenschaft und Geschlecht. Konzepte – Methoden – Perspektiven.* Wien, 191-210.
- Benoit, Cecilia/Stengel, Camille/Marcellus, Lenora/Hallgrimsdottir, Helga/Anderson, John/MacKinnon, Karen/Phillips, Rachel/Zazueta, Pilar, & Charbonneau, Sinead (2014): Providers' constructions of pregnant and early parenting women who use substances, in *Sociology of Health & Illness* 36(2), 252-263.
- Beshar, Isabel (2014): Rooming-In: Cold War Consumer Product?, in *Intersect* 7(1), 1-13.
- Bridges, Khiara M. (2020): Race, Pregnancy, and the Opioid Epidemic: White Privilege and the Criminalization of Opioid Use During Pregnancy, in *Harvard Law Review* 133(3), 770-851.

- Blatter, Joachim/Langer, Phil C./Wagemann, Claudius (2018): Qualitative Methoden in der Politikwissenschaft. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Borger, Julian (2001): Hillbilly Heroin: The Painkiller Abuse Wrecking Lives in West Virginia, in *The Guardian*, 25. Juni 2001. Abrufbar unter: https://www.theguardian.com/world/2001/jun/25/usa.julianborger [Zugriff am 05.08.2021]
- Cacace, Mirella (2010): *Das Gesundheitssystem der USA. Governance Strukturen staatlicher und privater Akteure.* Schriften des Zentrums für Sozialpolitik 23, Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Campbell, Nancy D. (1999): Regulating "Maternal Instinct": Governing Mentalities of Late Twentieth-Century U.S. Illicit Drug Policy, in *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 24(4), 895-923.
- Campbell, Nancy D. (2000): *Using Women: Gender, Drug Policy, and Social Justice*. New York.
- Carpenter, Tracy R. (2012): Construction of the Crack Mother Icon, in *The Western Journal of Black Studies* 36(4), 264-275.
- Case, Anne/Deaton, Angus (2015): Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century, in *Proceedings of the National Academy of Sciences* 112(49), 15078-15083.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2022): Pregnancy Mortality Surveillance System.
  Abrufbar unter: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/pregnancy-mortality-surveillance-system.htm?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Freproductivehealth%2Fmaternalinfanthealth%2Fpregnancy-mortality-surveillance-system.htm [Zugriff am 27.04.2022]
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2019): 2019 Drug overdose death rates. Abrufbar unter: https://www.cdc.gov/drugoverdose/deaths/2019.html [Zugriff am 05.08.2021]
- Charman, Sarah (2020): Making sense of policing identities: the 'deserving' and the 'undeserving' in policing accounts of victimization, in *Policing and Society* 30(1), 81-97.
- Chasnoff, Ira J./Landress, Harvey J./ Barrett, Mark E. (1990): The Prevalence of Illicit-Drug or Alcohol Use during Pregnancy and Discrepancies in Mandatory Reporting in Pinellas County, Florida, in *New England Journal of Medicine* 322(17), 1202–1206.
- Chazotte Cynthia/Youchah, Joan/Freda, Margaret C. (1995): Cocaine Use During Pregnancy and Low Birth Weight: The Impact of Prenatal Care and Drug Treatment, in *Seminars in Perinatology* 19(4), 293-300.
- Chen, Amy/Hayes, Emily (2018): Q&A on Pregnant Women's Coverage Under Medicaid and the ACA. Abrufbar unter: https://healthlaw.org/wp-content/uploads/2018/09/QA-on-Pregnant-Women%E2%80%99s-Coverage.pdf [Zugriff am 27.04.2022]
- Chong, Dennis/Druckman, James N. (2013): Counterframing effects, in *The Journal of Politics, 75*(1), 1–16.

- Connolly, Beth/Gilbard, Kamren (2021): *Extended Medicaid Coverage Would Help Postpartum Patients With Treatment for Opioid Use Disorder*. Abrufbar unter: https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/articles/2021/01/14/extended-medicaid-coverage-would-help-postpartum-patients-with-treatment-for-opioid-use-disorder [Zugriff am 27.04.2022]
- Cosgrove, Lisa/Vaswani, Akansha (2020): Fetal Rights, the Policing of Pregnancy, and Meanings of the Maternal in an Age of Neoliberalism, in *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology* 40(1), 43-53.
- County Health Rankings (2022): *Good Samaritan drug overdose laws*. Abrufbar unter: https://www.countyhealthrankings.org/take-action-to-improve-health/what-works-for-health/strategies/good-samaritan-drug-overdose-laws [Zugriff am 27.04.2022]
- Crenshaw, Kimberlé (1989): Demarginalizing the Intersection of Race and Sex. A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine. Feminist Theory and Antiracist Politics, in *University of Chicago Legal Forum*, 139-167.
- Daniels, Cynthia R. (1999): Fathers, Mothers, and Fetal Harm. Rethinking Gender Difference and Reproductive Responsibility, in Morgan, Lynn M./Michaels, Meredith W. (Hrsg.): *Fetal Subjects, Feminist Positions*, University of Pennsylvania Press.
- Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (2021): *Sucht- bzw. Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 und DSM-5*. Abrufbar unter: https://www.drze.de/im-blickpunkt/enhancement/module/sucht-bzw.-abhaengigkeitssyndrom-nach-icd-10-und-dsm-5 [Zugriff am 05.08.2021]
- Diaz-Bone, Rainer (2006): Zur Methodologisierung der Foucaultschen Diskursanalyse, in *Historical Social Research* 31(2), 243-274.
- Dollar, Cindy Brooks (2019): Criminalization and Drug "Wars" or Medicalization and Health "Epidemics": How Race, Class, and Neoliberal Politics Influence Drug Laws, in *Critical Criminology* 27, 305–327.
- Drug Policy Alliance (2021): *A History of the Drug War*. Abrufbar unter: https://drugpolicy.org/issues/brief-history-drug-war [Zugriff am 27.04.2022]
- Duden, Barbara (2008): Frauen-„Körper", in Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hrsg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 593-607.
- Duden, Barbara (1999): The Fetus on the "Farther Shore", in Morgan, Lynn M./Michaels, Meredith W. (Hrsg.): *Fetal Subjects, Feminist Positions*, University of Pennsylvania Press.
- Duggan, Eliza (2016): A Velvet Hammer: The Criminalization of Motherhood and the New Maternalism, in *California Law Review* 104, 1299-1332.
- Eggers, Maureen Maisha/Kilomba, Grada/Piesche, Peggy/Arndt, Susan (2009*)*: *Mythen, Masken und Subjekte. Kritische Weißseinsforschung in Deutschland*, 2. Überarb. Auflage, Münster: Unrast Verlag.
- Fentiman, Linda C. (2017): *Blaming Mothers. American Law and the Risks to Children's Health*, New York: NYU Press.
- Fentiman, Linda C (2009): In the Name of Fetal Protection: Why American Prosecutors Pursue Pregnant Drug Users (and Other Countries Don't), in *Columbia Journal of Gender and Law* 18(2), 647-669.

- Fentiman, Linda C. (2006): The New "Fetal Protection": The Wrong Answer to the Crisis of Inadequate Health Care for Women and Children, in *Denver University Law Review* 84, 537-599.
- Flavin, Jeanne/Paltrow, Lynn M. (2010): Punishing Pregnant Drug-Using Women: Defying Law, Medicine, and Common Sense, in *Journal of Addictive Diseases* 29(2), 231-244.
- Frank, Deborah A./ Bresnahan, Karen/ Zuckerman, Barry S. (1996): Maternal Cocaine Use. Impact on Child Health and Development, in *Current Problems in Pediatrics* 26 (2), 49-76.
- Gerhards, Jürgen (2004): Diskursanalyse als systematische Inhaltsanalyse. Die öffentliche Debatte über Abtreibungen in den USA und in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, in Keller, Reiner/Hirseland,Andreas/Schneider, Werner/Viehöfer, Willy (Hrsg.): *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse*, Band 2, Forschungspraxis (2. Auflage), 299-324.
- Gollust, Sarah E./Miller, Joanne M. (2020): Framing the Opioid Crisis: Do Racial Frames Shape Beliefs of Whites Losing Ground?, in *Journal of Health Politics, Policy and Law* 45(2), 241-276.
- Goodwin, Michele (2014): Fetal Protection Laws: Moral Panic and the New Constitutional Battlefront, in *California Law Review* 102(4): 793-794.
- Gross, Kimberly (2008): Framing Persuasive Appeals: Episodic and Thematic Framing, Emotional Response, and Policy Opinion, in *Political Psychology* 29(2), 169-192.
- Gustavsson, Nora S./MacEachron, Ann E. (1997): Criminalizing Women's Behavior, in *Journal of Drug Issues* 27(3), 673-687.
- Guttmacher Institute 2022: *Substance Use During Pregnancy*. Abrufbar unter: https://www.guttmacher.org/print/state-policy/explore/substance-use-during-pregnancy [Zugriff am 27.04.2022]
- Hansen, Helena B./Netherland, Julie (2016): Is the Prescription Opioid Epidemic a White Problem?, in *AJPH Perspectives* 106(12), 2127-2128.
- Hartigan, John Jun. (1997): Unpopular culture: The case of "white trash", in *Cultural Studies* 11(2), 316-343.
- Health and Human Services (HHS) (2021): *What is the opioid epidemic?* Abrufbar unter: https://www.hhs.gov/opioids/about-the-epidemic/index.html [Zugriff am 05.08.2021]
- Health and Human Services (HHS) (2017): *HHS Acting Secretary Declares Public Health Emergency to Address National Opioid Crisis*. Abrufbar unter: https://public3.pagefreezer.com/browse/HHS.gov/31-12-2020T08:51/https://www.hhs.gov/about/news/2017/10/26/hhs-acting-secretary-declares-public-health-emergency-address-national-opioid-crisis.html [Zugriff am 27.04.2022]
- Health Resources and Service Administration (HRSA) (2022): *Women's Preventive Services Guidelines.* Abrufbar unter: https://www.hrsa.gov/womens-guidelines/index.html [Zugriff am 27.04.2022]

- Henricks, Jennifer (2015): What to Expect When You're Expecting: Fetal Protection Laws That Strip Away the Constitutional Rights of Pregnant Women, in *Boston College Journal of Law & Social Justice* 35(1), 117-152.
- Hoornbeek, John/Lanese, Bethany/Albugmi, Mutlaq/Filla, Joshua (2018): Healthcare Reform Repeal Efforts in the United States in 2017: An Inquiry into Public Advocacy Efforts by Key Interest Groups, in *Politics and Governance* 6(3), 190-204.
- Howard, Grace (2014): The limits of pure white: Raced reproduction in the methamphetamine crisis, in *Women's Rights Law Reporter* 35(3/4), 373-405.
- Humble, Will (2014): *The 5th „Vital Sign" & the Painkiller Epidemic (Part I of V).* Abrufbar unter: https://directorsblog.health.azdhs.gov/the-5th-vital-sign-the-painkiller-epidemic-part-i-of-v/ [Zugriff am 27.04.2022]
- Insurance Commissioner (o. J.): *What is a grandfathered plan?* Abrufbar unter: https://www.insurance.wa.gov/what-grandfathered-plan [Zugriff am 27.04.2022]
- Kaiser Family Foundation (2022): *Status of State Medicaid Expansion Decisions: Interactive Map.* Abrufbar unter: https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map/ [Zugriff am 27.04.2022]
- Klein, Luella/Goldenberg, Robert L. (1990): Prenatal care and its effect on preterm birth and low birth weight, in Merkatz, Irwin R./Thompson, Joyce E. (Hrsg.): *New Perspectives on Prenatal Care*, New York: Elsevier, 501-529.
- Knight, Kelly R. (2017): Women on the Edge: Opioids, Benzodiazepines, and the Social Anxieties Surrounding Women's Reproduction in the U.S. "Opioid Epidemic", in *Contemporary drug problems* 44(4), 301-320.
- Körner, Catalina (2015): Trauma-Konzepte im Spannungsfeld zwischen psychischer Störung und gesellschaftspolitischer, in Schmechel, Cora/Dion, Fabian/Dudek, Kevin/Roßmöller, Mäks* (Hrsg.): *Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychiatrie und Psychologie,* edition assemblage, 194-209.
- Kraft, Walter K./Anker, John N. van den (2012): Pharmacologic Management of the Opioid Neonatal Abstinence Syndrome, in *Pediatr. Clin. North. Am.* 59(5): 1147–1165.
- Krauthammer, Charles (1989): Children of Cocaine, in *The Washington Post.* Abrufbar unter: https://www.washingtonpost.com/archive/opinions/1989/07/30/children-of-cocaine/41a8b4db-dee2-4906-a686-a8a5720bf52a/ [Zugriff 27.04.2022]
- Legnaro, Aldo (1982): Alkoholkonsum und Verhaltenskontrolle – Bedeutungswandel zwischen Mittelalter und Neuzeit in Europa, in Gisela Völger, Gisela/Welck, Karin von (Hrsg.): *Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich*, Band 1, Reinbeck: 153-175.
- Legnaro, Aldo (2000): Aus der Neuen Welt. Freiheit, Furcht und Strafe als Trias der Regulation, in *Leviathan* 28(2), 202-220.
- Lemke, Thomas (2004): Dispositive der Unsicherheit im Neoliberalismus, in *Widerspruch. Beiträge zu sozialistischer Politik* 24(46), 89-98.
- Lester, Barry M./Andreozzi, Lynne/Appiah, Lindsey (2004): Substance Use During Pregnancy: Time for Policy to Catch Up with Research, in *Harm Reduction Journal* 1(5), o. S.
- Linnemann, Travis/Wall, Tyler (2013): „This is your face on meth": The punitive spectacle of „white trash" in the rural war on drugs, in *Theoretical Criminology* 17(3), 315-334.

- Liviatan, Ofrit (2013): *Competing Fundamental Values: Comparing Law's Role in American and Western-European Conflicts over Abortion*, in Durham, Cole W./Ferrari, Silvio/Cianitto, Cristiana/Thayer, Donlu (Hrsg.): Law, Religion Constitution: Freedom of Religion, Equal Treatment, and the Law, Ashgate, 385-401.
- Lupton, Deborah (2013): *The Social Worlds of the Unborn*, Palgrave.
- Lutiger, Beatrix/Graham, Karen/Einarson Thomas R./Koren Gideon (1991): Relationship Between Gestational Cocaine Use and Pregnancy Outcome: A Meta-Analysis. *Teratology* 44, 405-414.
- Martin, Nina (2015): This Law Is Supposed to Protect Babies, But It's Putting Their Moms Behind Bars, in *Mother Jones*. Abrufbar unter: https://www.motherjones.com/politics/2015/09/alabama-chemical-endangerment-drug-war/ [Zugriff am 27.04.2022]
- McCullough, Laurence B./Chervenak, Frank A. (2008): A Critical Analysis of the Concept and Discourse of 'Unborn Child', in *The American Journal of Bioethics* 8(7), 34-39.
- Mendoza, Sonia/Rivera, Allyssa S./Hansen, Helena B. (2019): Re-racialization of Addiction and the Redistribution of Blame in the White Opioid Epidemic, in *Medical anthropology quarterly*, *33*(2), 242–262.
- Mesner, Maria (o. J.): *The Abortion Conflict: War Versus Containment: Political Culture in Austria and in the United States.* Abrufbar unter: http://www.demokratiezentrum.org/fileadmin/media/pdf/mesner_abortion.pdf [Zugriff am 27.04.2022]
- Mulligan, Jessica/Castañeda, Heide (2018): *Introduction*, in dies. (Hrsg.): *Unequal Coverage: The Experience of Health Care Reform in the United States*, NYU Press Scholarship Online, 1-33.
- Murakawa, Naomi (2011): The Methamphetamine "Epidemic," "Meth Mouth," and the Racial Construction of Drug Scares, in *Du Bois Review* 8(1), 219–228.
- Murphy, Sheigla/Rosenbaum, Marsha (1999): *Pregnant Women on Drugs: Combating Stereotypes and Stigma*, Rutgers University Press.
- Murphy, Sheigla/Sales, Paloma (2001): Pregnant Drug Users. Scapegoats of Reagan/Bush and Clinton-Era Economics, in *Social Justice* 28(4), 72-95.
- National Advocates for Pregnant Women (NAPW) (o. J.): *Understanding Opioid Use During Pregnancy*. Abrufbar unter: https://advocatesforpregnantwomen.org/wp-content/uploads/2019/10/Opioid20Use20Pregnancy202016.pdf [Zugriff am 05.08.2021]
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2021): *Overdose Death Rates*. Abrufbar unter: https://www.drugabuse.gov/drug-topics/trends-statistics/overdose-death-rates [Zugriff am 05.08.2021]
- Netherland, Julie/Hansen, Helena B. (2016): The War on Drugs That Wasn't: Wasted Whiteness, "Dirty Doctors," and Race in Media Coverage of Prescription Opioid Misuse, in *Culture, medicine and psychiatry* 40(4), 664-686.
- O'Mahen, Patrick N./Petersen, Laura A. (2021): Subsidizing Affordable Care Act Marketplace Insurance for Adults Below the Federal Poverty Level, in *JAMA Health Forum* 2(6), e210871.

- Paltrow, Lynn M./Flavin, Jeanne (2013): Arrests of and Forced Interventions on Pregnant Women in the United States, 1973–2005: Implications for Women's Legal Status and Public Health, in *Journal of Health Politics, Policy and Law* 38(2), 299-343.
- Paltrow, Lynn M. (1999): Pregnant Drug Users, Fetal Persons, and the Threat to Roe v. Wade, in *Albany Law Review* 62, 999-1054.
- Parker, Steven (1988): Double Jeopardy: The Impact of Poverty on Early Child Development, in *Pediatric Clinics of North America* 35(6), 1227-1240.
- Petchesky, Rosalind P. (1981): Antiabortion, Antifeminism, and the Rise of the New Right, in *Feminist Studies* 7(2), 206-246.
- Pew Research Center (2018): *For Most Trump Voters, 'Very Warm' Feelings for Him Endured.* Abrufbar unter: https://www.pewresearch.org/politics/2018/08/09/an-examination-of-the-2016-electorate-based-on-validated-voters/ [Zugriff am 27.04.2022]
- Pooley, Karen (2015): Segregation's New Geography: The Atlanta Metro Region, Race, and the Declining Prospects for Upward Mobility, in *Southern Spaces*. Abrufbar unter: https://southernspaces.org/2015/segregations-new-geography-atlanta-metro-region-race-and-declining-prospects-upward-mobility/ [Zugriff am 27.04.2022]
- Rein, Martin/Schön, Donald (1996): Frame-Critical Policy Analysis and Frame-Reflective Policy Practice, in *Knowledge and Policy. The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization* 9(1), 85-104.
- Reinarman, Craig/Levine, Harry G. (2004): Crack in the Rearview Mirror: Deconstructing Drug War Mythology, in *Resisting Militarism and Globalized Punishment* 31(1/2, 95-96), 182-199.
- Reinarman, Craig/Levin, Harry G. (Hrsg.) (1997): *Crack In America: Demon Drugs and Social Justice*, Berkeley: University of California Press.
- Roberts, Dorothy E. (1997a): *Killing the Black Body. Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty*, New York: Vintage Books Random House.
- Roberts, Dorothy E. (1997b): Unshackling Black Motherhood, in *Michigan Law Review* 95(4), 938-964.
- Roberts, Dorothy E. (1991): Punishing drug addicts who have babies: Women of color, equality, and the right of privacy, in *Harvard Law Review* 104(7), 1419-1482.
- Roth, Miriam (2018): *„Obamacare". Die US-Gesundheitsreform im föderalen Mehrebenensystem der USA*. Schriften zum Sozialrecht 43, Baden: Nomos.
- Rumpf, Hans-Jürgen/Kiefer, Falk (2011): DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte, in *SUCHT*, 57(1), 45-48.
- Sanin, Daniel (2015): Entstehung und Funktion der Diagnose „Abhängigkeitssyndrom" im Kapitalismus aus kritisch-psychologischer Sicht, in Schmechel, Cora/Dion, Fabian/Dudek, Kevin/Roßmöller, Mäks* (Hrsg.): *Gegendiagnose. Beiträge zur radikalen Kritik an Psychiatrie und Psychologie,* edition assemblage, 126-142.
- Sauer, Birgit (2009): Staatlichkeit und Geschlechtergewalt, in Ludwig, Gundula/Sauer, Birgit/Wöhl, Stefanie (Hrsg.): *Staat und Geschlecht. Grundlagen und aktuelle Herausforderungen feministischer Staatstheorie*, Baden: Nomos, 61-74.

- Sauer, Birgit/Wöhl, Stefanie (2008): Governing intersectionality. Ein kritischer Ansatz zur Analyse von Diversitätspolitiken, in Klinger, Cornelia/Knapp, Gudrun-Axeli (Hrsg.): *ÜberKreuzungen. Fremdheit, Ungleichheit, Differenz,* Münster: Westfälisches Dampfboot, 249-273.
- Scheufele, Dietram A./Tewksbury, David (2007): Framing, Agenda Setting, and Priming: The Evolution of Three Media Effects Models, in *Journal of Communication* 57(1), 9-20.
- Schmidt-Semisch, Henning (2019): „Sucht". Zur Pathologisierung und Medikalisierung von Alltagsverhalten, in Feustel, Robert/Schmidt-Semisch, Henning/Bröckling, Ulrich (Hrsg.): *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive*, Wiesbaden: Springer VS, 143-157.
- Schultz, Susanne (2006): *Hegemonie, Gouvernementalität, Biomacht. Reproduktive Risiken und die Transformation internationaler Bevölkerungspolitik*, Wien: Westfälisches Dampfboot.
- Springer, Kristen W. (2010): The Race and Class Privilege of Motherhood. The New York Times Presentations of Pregnant Drug-Using Women, in *Sociological Forum* 25(3), 476-499.
- Soiland, Tove (2012): *Die Verhältnisse gingen und die Kategorien kamen. Intersectionality oder vom Unbehagen an der amerikanischen Theorie.* Abrufbar unter: https://www.querelles-net.de/index.php/qn/article/view/694/702 [Zugriff am 27.04.2022]
- Solinger, Rickie (1998): Dependency and Choice: The Two Faces of Eve, in *Social Justice* 25(1), 1-27.
- Temkin, Elizabeth (2002): Redesigning Hospitals and Motherhood in Cold War America, in *Bulletin of the History of Medicine* 76 (2), 271-298.
- US Census (2019a): *Quick Facts. West Virginia; Kentucky; Ohio*. Abrufbar unter: https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/WV,KY,OH/PST045219 [Zugriff am 27.04.2022]
- US Census (2019b): *Quick Facts. Connecticut; New Jersey; North Carolina; Massachusetts; Ohio*. Abrufbar unter: https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/CT,NJ,NC,MA,OH/PST045219 [Zugriff am 27.04.2022]
- US Census (2019c): *Quick Facts. Philadelphia city, Pennsylvania; New York city, New York.* Abrufbar unter: https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/philadelphiacitypennsylvania,newyorkcitynewyork/PST045219 [Zugriff am 27.04.2022]
- US Census (2019d): *Quick Facts. Utah; Idaho*. Abrufbar unter: https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/UT,ID/PST045219 [Zugriff am 27.04.2022]
- US Census (2009): *People Without Health Insurance Coverage by Selected Characteristics: 2007 and 2008*. Abrufbar unter: https://www2.census.gov/programs-surveys/demo/tables/p60/236/p60no236_table7.pdf [Zugriff am 27.04.2022]
- Vagins, Deborah J. /McCurdy, Jesselyn (2006): *Cracks in the System: Twenty Years of the Unjust Federal Crack Cocaine Law*. Abrufbar unter:

https://www.aclu.org/sites/default/files/pdfs/drugpolicy/cracksinsystem_20061025.pdf [Zugriff am 27.04.2022]
- Van Zee, Ar (2009): The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy, in *Am J Public Health* 99(2): 221–227.
- Wacquant, Loïc J.D. (1997): Vom wohltätigen Staat zum strafenden Staat: Über den politischen Umgang mit dem Elend in Amerika, in *Leviathan* 25 (1), 50-66.
- Wisconsin State Legislature (o. J.): *Wisconsins Children's Code 48.133*. Abrufbar unter: https://docs.legis.wisconsin.gov/statutes/statutes/48/III/133/ [Zugriff am 27.04.2022]

8.2. Analysematerial

- Bakalar, Nicholas (2017): Pregnancy; Opioids After Cesareans, in *New York Times*, 20. Juni 2017, D4(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A495896111/ITOF?u=43wien&sid=bookmark-ITOF&xid=d1bc17b4 [Zugriff am 27.04.2022]
- Bellafante, Ginia (2017): It Never Left, in *New York Times*, 26. März 2017, 1(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A487104225/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=47ab3c5c [Zugriff am 27.04.2022]
- Board, The Editorial (2019a): How the Feticide Playbook Repeats Itself Again and Again, in *New York Times*, 20. Jan. 2019, F5(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A570309353/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=5767acf4 [Zugriff am 27.04.2022]
- Board, The Editorial (2019b): The Mothers Society Condemns, in *New York Times*, 20. Jan. 2019, F8(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A570309357/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=359e102a [Zugriff am 27.04.2022]
- Correal, Annie (2019a): City's Transit Hubs: Destinations for Drugs, in *New York Times*, 17. Juli 2019, A23(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A593525430/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=e29fdfce [Zugriff am 27.04.2022]
- Correal, Annie (2019b): Death and Life in the Bronx Opioid Crisis, in *New York Times*, 11. Aug. 2019, 1(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A596123900/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=7575577d [Zugriff am 27.04.2022]
- Goodnough, Abby (2019): Woman Sues U.S. Prison System Over Ban on Methadone to Treat Drug Addiction, in *New York Times*, 16. März 2019, A20(L), Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A578549067/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=0945342b [Zugriff am 27.04.2022]
- Goodnough, Abby (2018): Debating the Use of Drugs to Curb the Abuse of Drugs, in *New York Times*, 30. Dez. 2018, A1(L). Abrufbar unter:

link.gale.com/apps/doc/A567692410/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=dc677b57 [Zugriff am 27.04.2022]
- Goodwin, Michele (2019): Pregnant and Punished, in *New York Times*, 3. Juli 2019, A23. Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A591994793/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=04a4e7fa [Zugriff am 27.04.2022]
- Kristof, Nicholas (2019): Newborns Crying for Drugs, Not Milk, in *New York Times*, 8. Sept. 2019, 9(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A598667956/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=a16e4df6 [Zugriff am 27.04.2022]
- Louis, Catherine Saint (2017a): "You Can't Have Your Baby", in *New York Times*, 14 Juli 2017, A2(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A498455013/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=c226fbc6 [Zugriff am 27.04.2022]
- Louis, Catherine Saint (2017b): Mom Is Part of the Cure for Tiny Opioid Victims, in *New York Times*, 14. Juli 2017, A1(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A498455141/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=bb7c5853 [Zugriff am 27.04.2022]
- Louis, Catherine Saint (2016): Tiniest Victims of Opioids Tax Rural Hospitals, in *New York Times*, 13. Dez. 2016, A1(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A473677245/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=6642205e [Zugriff am 27.04.2022]
- Macy, Beth (2016): Addicted to a Treatment for Addiction, in *New York Times*, 29. Mai 2016, 4(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A453956481/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=69924aa9 [Zugriff am 27.04.2022]
- O. A. (2019a): The Feticide Playbook, in *New York Times*, 2. Jan. 2019, A18(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A567970334/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=a3f16d01 [Zugriff am 27.04.2022]
- O. A. (2019b): Strict Rules Hinder Addiction Treatment, in *New York Times*, 27. März 2019, A22(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A580196740/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=8e2151cb [Zugriff am 27.04.2022]
- Seelye, Katharine Q. (2016a): A Lifesaver for Heroin Users, but No Cure for an Epidemic, in *New York Times*, 31. Juli 2016, A14. Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A459539695/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=d84fe20f [Zugriff am 27.04.2022]
- Seelye, Katharine Q. (2016b): New Mothers Derailed by Drugs Find Support in New Hampshire Home, in *New York Times*, 12. Dez. 2016, A10(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A473616921/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=b8d41323 [Zugriff am 27.04.2022]
- Seelye, Katharine Q./ Goodnough, Abby (2017): Without Health Law, Addicts Could Have the Most to Lose, in *New York Times*, 11. Feb. 2017, A1(L). Abrufbar unter:

link.gale.com/apps/doc/A480680475/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=d073bdfe [Zugriff am 27.04.2022]

- Stolberg, Sheryl Gay (2017): For Kentucky, A Fear the Cure Will Be Worse, in *New York Times*, 29. Juni 2017, A1(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A497235875/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=1e3a5184 [Zugriff am 27.04.2022]
- Szalavitz, Maia/ Jones, Ryan Christopher (2018): Addiction Doesn't Always Last a Lifetime, in *New York Times*, 1. Sept. 2018, A19(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A552522442/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=f9ba5ff7 [Zugriff am 27.04.2022]
- Tavernise, Sabrina (2015): High Rates of Opioid Prescriptions Among Women Raise Birth Defect Fears, in *New York Times*, 23. Jan. 2015, A18(L). Abrufbar unter: link.gale.com/apps/doc/A398490848/ITOF?u=43wien&sid=ITOF&xid=b43f4c45 [Zugriff am 27.04.2022]

9. ANHANG

9.1. Abstract (deutsch)

Seit 2017 gilt die Opioidkrise als „national public health emergency“ in den USA. Sie reiht sich in eine lange Geschichte von sogenannten Drogenkrisen ein. Drogenkrisen sind keine objektiven Gegebenheiten, sondern soziale Aushandlungsprozesse und als solche durch Machtverhältnisse strukturiert. Aus einer gouvernementalitätstheoretischen Perspektive beleuchtet vorliegende Arbeit ebendiese Verhältnisse anhand des Themenfelds Substanzgebrauch von Frauen während der Schwangerschaft. Schwangere Frauen sind mit vielfältigen gesellschaftlichen Ängsten und Anrufungen konfrontiert, in denen sich Machtverhältnisse verdichten. Mithilfe einer Rahmen- und Diskursanalyse untersucht die Arbeit anhand von Zeitungsartikeln aus der *New York Times* wie Schwangerschaft und Substanzgebrauch diskursiv miteinander verknüpft und problematisiert werden. Zudem beforscht sie, wie die Opioidkrise und darin speziell Anrufungen an schwangere Frauen durch vergeschlechtlichte, rassifizierte und klassenspezifische Diskurse produziert werden.

Mit der diskursiven Platzierung der Opioidkrise als *weiße* Krise, im Gegensatz zu vergangenen rassifizierten Drogenkrisen, geht eine Fokusverschiebung von kriminalpolitischen und punitiven hin zu gesundheitspolitischen Forderungen einher, wie ein verbesserter Zugang zum Gesundheitssystem. Im Speziellen substanzgebrauchende schwangere Frauen werden aus diesem systemischen, gesundheitspolitischen *framing* jedoch ausgeschlossen. Zwar bewegen sich die Diskurse weiterhin im gesundheitlichen Bereich, fokussieren jedoch verstärkt auf individuelle Verantwortung und rufen schwangere und nicht schwangere Frauen auf klassenspezifische und rassifizierte Weise an: über Risikodiskurse um den Fötus, vergeschlechtlichte Substanzgebrauchserklärungen und idealisierte Vorstellungen von Mutterschaft. Im Kontext der Erfolge von Abtreibungsgegner_innen durch den Erlass von *fetal protection*-Gesetzen, die Frauen für ihr Verhalten in der Schwangerschaft kriminalisieren, wird die antifeministische, gesellschaftspolitische Kraft dieser Diskurse deutlich. Sie reihen sich in Diskurse ein, die den „bedrohten“ Fötus fokussieren und gesellschaftliche Reproduktionsverhältnisse in den Hintergrund rücken lassen.

9.2. Abstract (english)

Since 2017, the opioid crisis has been considered a "national public health emergency" in the United States, joining a long history of so-called drug crises. Drug crises are not objective realities but social negotiation processes and as such are structured by power relations. Through the lens of governmentality theory, this thesis illuminates these very relations by looking at media discourses about substance-using pregnant women. Pregnant women come to symbolize manifold social anxieties surrounding substance use and (social) reproduction. Using frame and discourse analysis, the thesis examines how pregnancy and substance use are discursively linked and problematized in newspaper articles from *The New York Times*. Additionally, it explores how the opioid crisis, and within it specifically invocations to pregnant women, are produced through gendered, racialized, and class-related discourses.

Accompanying the discursive placement of the opioid crisis as a *white* crisis, as opposed to past racialized drug crises, is a shift in focus from criminal and punitive to health policy demands, – such as improved access to the health care system. Specifically, however, substance-using pregnant women are excluded from this systemic and health policy framing. While discourses continue to address health issues, they increasingly focus on individual responsibility and invoke pregnant and nonpregnant women in class-related and racialized ways: via discourses of the fetus at risk, gendered substance use explanations, and idealized notions of motherhood. In the context of anti-abortionists' successes in advocating fetal protection laws that criminalize women for their behavior during pregnancy, the anti-feminist, sociopolitical power of these discourses becomes clear. They join discourses that focus on the "threatened" fetus and relegate social relations of reproduction to the background.