

Inhalt

- „Männer sind schon als Baby blau“
- Medikamente in der Substitutionstherapie
- Alkohol, Politik und Wissenschaft in Europa

„Männer sind schon als Baby blau“

Abhängigkeit von Alkohol und anderen Suchtstoffen und manche süchtigen Verhaltensweisen diagnostiziert man häufiger bei Männern als bei Frauen. Es spricht vieles dafür, dass es einen inneren Zusammenhang zwischen Männlichkeit und Sucht gibt, der allerdings in der Suchthilfe nur selten thematisiert wird.

Verweis

Vosshagen, A. (2013): Männer sind schon als Baby blau. Alkoholkonsum und Männlichkeit. Infodienst Sucht, III, 2013. Online unter: <http://www.lssh.de/ima/ges/infodienstsucht/2013-03-maennerundsucht.pdf>

BADO Statusbericht 2012. Online unter: http://www.bado.de/dukumente/2012/BADO-Statusbericht%202012_www.pdf

Stöver, H. (2011): Sucht und Männlichkeiten – Vorstellung eines Manuals zur Suchtarbeit von Männern mit Männern. In: Bayerisches Forum Suchtprävention, 2011. Online unter: http://www.lzgbayern.de/tl_files/catalog_upload/b/bum_11.pdf

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2010)(Hrsg.): Männlichkeiten und Sucht Handbuch für die Praxis. Münster.

Taft, C.T. et al. (2010): Longitudinal risk fac-

Die Statistik weist aus, dass mindestens zwei Drittel aller Menschen, die wegen alkoholbezogener Störungen behandelt werden, Männer sind. Der Anteil der Männer unter den Behandelten steigt bei Abhängigkeit von illegalen Drogen wie Heroin und Kokain sowie bei Glücksspielsucht weiter an auf 80% bis 90% (BADO 2012). Konzentriert man sich auf den Alkohol, dann belegen die Studien, dass der Einstieg zunächst in den gelegentlichen Konsum von alkoholischen Getränken für beide Geschlechter in der frühen Jugend liegt. Je selbstverständlicher und regelmäßiger der Alkoholkonsum wird, umso mehr entwickeln sich die Trinkstile von Männer und Frauen auseinander. Männer, schreibt Vosshagen, „trinken anders als Frauen. Sie trinken schneller, eher ohne besonderen Anlass, verstärkt mit gleichgeschlechtlichen Personen und häufiger außerhalb der Wohnung... Alkohol gilt als ein männliches Symbol“ und insofern steht es auch in einem besonders engen Bezug zur traditionellen Männerrolle.

Ein Patient von Vosshagen bringt das folgendermaßen auf den Begriff: „Es gab Männer und es gab starke Männer. Und die Starken haben dann eben getrunken. Und wenn man nicht nur Mann sein wollte, sondern ein starker Mann, hat man eben mitgetrunken. In dem irrigen Glauben war man ja, bis man langsam merkte, dass man vom Alkohol abhängig wurde, und es blieb vom starken Mann nicht mehr allzu viel übrig“. Im deutschsprachigen Kulturkreis geht Männlichkeit mit Stärke zusammen; wer beim Trinken mithalten kann und den anderen unter den Tisch trinkt, gilt als Sieger. Für viele endet diese Art, Stärke zu demonstrieren, in der Sucht.

Welche Folgerungen sind daraus für die Therapie von alkoholabhängigen Männern zu ziehen? Wie kann man kulturell fest verankerte männliche Stereotype angehen, ohne „Männlichkeit“ zu unterminieren? Eine Antwort darauf versucht das Manual „Männlichkeiten und Sucht“ mit elf Modulen, die sich auf zentrale Themen männlicher Suchtkranker beziehen. Das Manual offeriert kein Männerbild; es möchte vielmehr „Der Vielseitigkeit der Entwicklungsmöglichkeit männlicher Identität gerecht werden“ (Stöver, 2011, S. 56). Unter anderem werden folgende Themen angesprochen: Modul 3: Die Abwesenheit des Vaters und das Fehlen eines männlichen Rollenmodells; Modul 4: Freundschaften im Leben von Männern, insbesondere Männerfreundschaften; Modul 5: Bedeutung der Partnerschaft und Zusammenleben mit einer Partnerin; Modul 8: Sucht und Sex; Modul 9: Sucht und Gewalt – aus der Täter- und der Opferperspektive; Modul 11: Emotionalität und Spiritualität.

Das Handbuch und die Entwicklung von Leitfäden mit Anweisungen dazu, wie männerspezifische Probleme in der ambulanten und stationären Therapie von Sucht angegangen werden können, sind sicherlich wichtige Meilensteine auf dem Weg zu gendersensiblen Behandlungen. Bisher fehlen allerdings Studien, die die Umsetzung dieser Ansätze in der Praxis untersuchen und ihre Wirksamkeit evaluieren.

Taft und Mitarbeiter/-innen haben untersucht, ob und in welcher Weise sich Partnergewalt durch eine Suchtbehandlung ändert. Der Begriff Partnergewalt

tors for intimate partner violence among men in treatment for Alcohol Use Disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78, 924-935.

O'Farrell, T.J. et al. (2004): Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcohol patients: the role of treatment involvement and abstinence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 202-217.

Factsheet/ Galvani, S. (2010): Grasping the nettle: alcohol and domestic violence. Online unter: <http://www.alcoholcern.org.uk/assets/files/Publications/Grasping%20the%20nettle%20factsheet%20revised%20June%202010.pdf>.

bezieht sich auf Männer, die ihre Partnerinnen im häuslichen Umfeld schlagen und körperlich oder sexuell quälen. Die Behandlung war nicht männerorientiert; es handelt sich vielmehr um traditionelle Ansätze der Suchtbehandlung in den USA mit starker Orientierung am 12-Schritte-Modell. Sie konnten zeigen, dass in der Gruppe von Männern, die zum Behandlungsbeginn angegeben haben, ihre Partnerinnen geschlagen zu haben, in den 12 Monaten nach Behandlungsende die Partnergewalt signifikant abnimmt. Das entspricht den Ergebnissen einer Reihe von Studien von O'Farrell und Mitarbeiter/-innen, die Paartherapien durchgeführt haben, in denen Partnergewalt explizit thematisiert worden ist. Inwieweit die Interventionen von O'Farrell den Ansprüchen einer männerorientierten Therapie entsprechen, wäre im Detail zu überprüfen.

In der Studie von Taft und Mitarbeiter/-innen gab es allerdings nach der Behandlung auch Rückfälle in Partnergewalt, insbesondere bei den Männern, die sagen, dass Probleme in der Beziehung zu Alkoholkonsum führt und weiterhin, dass Alkoholkonsum zu Problemen in der Beziehung führt. Sie vermuten, dass Männer, die so argumentieren, nicht willens oder bereit sind, Verantwortung für sich, ihr Handeln und ihre Partnerschaft zu übernehmen. In der traditionellen Suchtbehandlung ist die Beziehung zur Partnerin nur ein Thema unter anderen. Für das Zusammenleben in einer Partnerschaft und nach einer Suchttherapie ist es aber von zentraler Bedeutung, denn Rückfälle in Partnergewalt in Kombination mit Alkoholkonsum erhöhen das Risiko, dass sich die Partnerinnen von diesen Männern trennen wollen, was wiederum deren Risiko, noch mehr Alkohol zu trinken und noch gewalttätiger zu werden, erhöht. Umso wichtiger ist es, entsprechende Module fest in der Behandlung von Männern mit Alkoholproblemen zu verankern (Fact-sheet/Galvani, 2010), wobei ein sensibler Zugang ebenso gefordert ist wie eine engere Zusammenarbeit zum Beispiel mit Männerzentren und Männerberatungsstellen.

Medikamente in der Substitutionstherapie

In einer Reihe von Studien wird diskutiert, welche Medikamente bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit von den Patienten besser toleriert werden und weniger Nebenwirkungen haben.

Verweis

Müller, E.A. & Kirch, W. (2013): Levomethadon in der Substitutionstherapie von opioidabhängigen Patienten. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 138; 2052-2056.

Arznei-telegramm 2013, 44 (9), S. 82-83.

In Deutschland stehen zur Behandlung der Abhängigkeit von Opioiden als Medikamente der ersten Wahl für eine Substitutionstherapie das racematische Methadon, Levomethadon und Buprenorphin zur Verfügung. Als zweite Wahl kommt noch Dihydrocodein/Codein dazu, und für spezifische Patientengruppen Diacetylmorphin. Aus Kostengründen wird in Deutschland zu 55% das racematische Methadon eingesetzt, zu 26% Levomethadon und zu 19% Buprenorphin. Methadon besteht zu gleichen Teilen aus Levomethadon und Dextromethadon. Das an den Opioidrezeptoren wirksame Isomer ist das Levomethadon; es erzielt die in der Substitutionstherapie gewünschten Wirkungen. Dextromethadon hat vor allem unerwünschte Nebenwirkungen wie Schwitzen, Übelkeit, Obstipation.

Als besonders problematisch gelten die Herzreizleitungsstörungen, was zu schweren kardialen Komplikationen führen kann. Zur Prüfung der Arzneimittelsicherheit wurde eine Reihe von Studien durchgeführt. In zwei groß angelegten Beobachtungsstudien konnte gezeigt werden, dass Levomethadon mit weniger unerwünschten Nebenwirkungen assoziiert ist als Methadon. Eine doppelblinde Cross-over-Studie sowie die Meldungen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bestätigen diese Ergebnisse jedoch nicht.

Das Arznei-Telegramm kommt aufgrund der eigenen Recherchen zu folgenden Schlüssen: (1) Sowohl Methadon als auch Levomethadon können lebensbedrohliche polymorphe Kammertachykardien auslösen. (2) Nach Einschätzung des Arznei-Telegramms ist bislang nicht hinreichend belegt, dass Levomethadon in dieser Hinsicht weniger riskant ist als Methadon. (3) Daher sollten bei beiden Substitutionsmitteln regelmäßig EKG-Kontrollen erfolgen (wie auch vom Hersteller der Medikamente gefordert). Ergeben sich Anzeichen für eine Herzrhythmusstörung, kommen eine Dosisreduktion, ein Wechsel auf ein alternatives Substitutionsmittel sowie eine Korrektur anderer Risikofaktoren (zum Beispiel Absetzen von Psychopharmaka, Abstinenz von Alkohol oder Kokain usw.) in Betracht. In der Praxis erweist sich der Wechsel von einem auf ein anderes Medikament in der Substitutionstherapie als schwierig. Auf Buprenorphin kann ohne zusätzliche Entzugserscheinungen nur dann umgestellt werden, wenn die Methadondosis bei 30mg/Tag liegt. Eine Umstellung auf Dihydrocodein ist von den Patienten in den meisten Fällen unerwünscht. Wünschenswert wäre daher die Zulassung weiterer Medikamente für die Substitutionstherapie von Opioidabhängigen.

Alkohol, Politik und Wissenschaft in Europa

Europa ist der Kontinent, in dem am meisten Alkohol produziert und konsumiert wird. Jeder Europäer und jede Europäerin ab 15 Jahren trinken zwischen 12 und 13 Litern reinen Alkohols im Jahr und damit doppelt soviel wie der Durchschnitt der Weltbevölkerung. Entsprechend hoch sind auch die alkoholbezogenen gesundheitlichen und sozialen Belastungen in Europa. Das Amphora-Projekt und verschiedene WHO-Veröffentlichungen analysieren diesen Zusammenhang und die Frage, welchen Einfluss die Politik darauf hat.

Verweis
Anderson P, Braddick
F, Reynolds J & Gual A
eds. (2012) Alcohol
Policy in Europe: Evi-
dence from
AMPHORA. The
AMPHORA project.
Online unter:
http://amphoraproject.net/view.php?id_cont=45

Der durchschnittliche Konsum reinen Alkohols liegt in Europa mit mehr als 27 Gramm pro Tag deutlich über den z.B. von der DHS empfohlenen Grenzwerten von 24 Gramm für Männer und 12 Gramm für Frauen. Das bleibt nicht ohne Folgen: Innerhalb der EU rechnen die Autoren des Amphora-Projekts mit jährlich 95.000 Männern und 25.000 Frauen, die vor dem 65. Lebensjahr an alkoholassoziierten Erkrankungen sterben. Dieser Berechnung zufolge sind einer von sieben vorzeitigen Todesfällen bei Männern und einer von 13 bei Frauen auf Alkohol zurückzuführen. Dabei zeigen sich auffällige regionale Unterschiede. So liegt etwa der Anteil der vorzeitigen alkoholbedingten Todesfälle in Osteuropa bei den Männern doppelt so hoch wie in Südeuropa.

World Health Organi-
zation Regional Office
for Europe (2013):
Status Report on Al-
cohol and Health in 35
European Countries.
Copenhagen: WHO.
Online unter
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf

Die nordeuropäischen und die mittelwest- und westeuropäischen Länder (zu denen auch Deutschland gehört) liegen dabei in der Mitte. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den alkoholbezogenen Krankheiten. Die schädlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums überwiegen somit mögliche positive Effekte – etwa auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen – bei weitem. Der größte Teil dieser Todes- und Krankheitsfälle wird auf besonders hohen Alkoholkonsum (mehr als 60 Gramm reinen Alkohols täglich bei Männern und mehr als 40 Gramm bei Frauen) zurückgeführt.

Die hohe Belastung Osteuropas mit alkoholbedingten Krankheits- und Todesfällen korreliert nach wie vor mit hohen Konsumdaten für diese Länder. Während der Alkoholkonsum vor allem in Südeuropa und – etwas schwächer – auch in Mittelwest- und Westeuropa seit 20 Jahren leicht rückläufig ist, steigt er in den mittelost- und osteuropäischen Ländern (und auch in Nordeuropa, dort allerdings auf wesentlich niedrigerem Niveau) seit gut 10 Jahren wieder an. Diese Ländergruppen unterscheiden sich nach wie vor deutlich – trotz einer allgemei-

Anderson P, Møller L, Galea G, editors. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012.

Online unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf.

nen Tendenz zur Angleichung – hinsichtlich der Konsumgewohnheiten und auch der darauf bezogenen Alkoholpolitik. Nach wie vor gibt es in Nordeuropa die strengsten Regulierungen in Bezug auf Alkohol.

Im Amphora-Projekt wurden anhand verschiedener Indikatoren Punktwerte für die eher liberalere oder eher strengere Alkoholpolitik der unterschiedlichen Länder berechnet. Mit Ausnahme Südeuropas zeigte sich dabei ein fester Zusammenhang zwischen strikteren Regulierungen und niedrigeren Konsumdaten. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich formelle und informelle Normen anscheinend ergänzen: In Ländern, in denen die gesetzliche Regulierung des Alkoholkonsums hoch ist (wie z.B. in Skandinavien), zeigen die informellen Normen eine größere Toleranz Alkohol gegenüber, während in Ländern mit einer eher unterdurchschnittlichen gesetzlichen Regulierung des Alkoholkonsums die informellen Normen besonders strikt sind.

Auch die Hilfe- und Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit alkoholbezogenen Problemen unterscheiden sich nach wie vor in Europa. Das zeigt sich beispielsweise bei der unterschiedlichen Rolle der Hausärzte und der Bedeutung alkoholbezogener (Kurz-)Interventionen in der Arztpraxis. Überall in Europa erreicht nur eine Minderheit der Menschen mit Alkoholproblemen die spezialisierten ambulanten und stationären Behandlungsangebote. Trotz aller methodischer Zweifel an der Vergleichbarkeit der Daten der Amphora-Gruppe fällt auf, dass in Deutschland diese Versorgungslücke besonders groß ist und weniger als 5 % der Menschen mit einer alkoholbezogenen Störung von entsprechenden spezialisierten Behandlungen profitieren.

Die Höhe des Alkoholkonsums und damit auch das Ausmaß alkoholbezogener gesundheitlicher und sozialer Belastungen hängen von unterschiedlichen Faktoren ab, die nur zu einem Teil von der Politik und staatlicher Regulierung beeinflussbar sind. Im Amphora-Projekt zeigen aber sowohl die ländervergleichenden Analysen als auch Längsschnittanalysen innerhalb einzelner Länder, dass staatliche Alkoholpolitik durchaus Einfluss auf Alkoholkonsum und alkoholbedingte Schäden hat. Die jeweilige nationale Alkoholpolitik wird in den einzelnen Ländern Europas von unterschiedlichen Akteuren unterschiedlich stark beeinflusst, wobei eine stärkere Einflussnahme der Wissenschaft eher mit einer strengeren Alkoholpolitik und eine stärkere Einflussnahme von Alkoholproduzenten und Alkoholhandel eher mit einer liberaleren Alkoholpolitik zu korrelieren scheinen. Sowohl der WHO-Bericht von Anderson et al. (2012) als auch das Amphora-Projekt kommen zu klaren und empirisch basierten Empfehlungen für eine effektive Alkoholpolitik.

Vor allem der Preisgestaltung und damit der Besteuerung kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Viele Indizien sprechen dafür, dass sowohl moderate als auch starke Alkoholkonsumenten auf Preiserhöhungen mit einer Konsumreduktion reagieren, was insgesamt zu einer Verringerung der alkoholbezogenen gesundheitlichen und sozialen Schäden führt. Die Regulierung des Zugangs zu Alkohol sowie das Verbot kommerzieller Werbung sind weitere Felder für eine effektive staatliche Alkoholpolitik. Darüber hinaus könnte bereits heute mehr Menschen mit Alkoholproblemen in Europa geholfen werden, wenn die Zugänge zu Behandlungsmöglichkeiten verbessert würden.

Impressum

Herausgeberin:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: hls@hls-online.org

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt,
Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF),
Fachhochschule Frankfurt am Main, Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 94413495, E-Mail: vogt@fb4.fh-frankfurt.de
Prof. Dr. Martin Schmid,
Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften,
Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz,
Tel: (0261) 9528254, E-Mail: martin.schmid@hs-koblenz.de