

Forschungsbrief
Ausgabe 5 / Juni 2003

Inhalt

- Studie zu alkoholassozierten Kosten – 20 Milliarden Euro pro Jahr
- ADHS bei Erwachsenen und Substanzstörung
- Psychosoziale Betreuung Substituierter mit Case-Management im Saarland
- Kontrolliertes Rauchen – Themenschwerpunkt in der Zeitschrift SUCHT
- MannSuchtMännlichkeit – Fachtagung in Oldenburg

Neues aus Forschung und Praxis – 2. HLS-Forschungsbrief im Jahre 2003

Bitte richten Sie alle kritischen Anregungen, Hinweise und sonstige Rückmeldungen an folgende Email-Adresse:
hls@hls-online.org

Dieser zweite Forschungsbrief für das Jahr 2003 bietet wieder einige ausgewählte Informationen aus dem Bereich der Suchtforschung und der Sucht-Fachdiskussion. Anregungen und Rückmeldungen nehmen wir selbstverständlich gerne entgegen.

Studie zur alkoholassoziierten Kosten – 20 Milliarden Euro pro Jahr

Das Autorenteam Kerstin Horch und Eckhard Bergmann hat durch die Vorlage einer Dissertation am Fachbereich Politik- und Sozialwissenschaften der FU Berlin einen umfassenden Beitrag zu den Kosten alkoholassoziierten Krankheiten geliefert. Beide Autoren beschäftigen sich seit mehreren Jahren mit dieser Thematik und haben u.a. zuletzt im Jahrbuch SUCHT 2001 einen Beitrag zu den Kosten von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in Deutschland verfasst. Ihre Arbeit ist in der Reihe „Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung“ beim Robert-Koch-Institut 2002 erschienen und kann dort bezogen werden.

Die vollständige Studie von Kerstin Horch und Eckhard Bergmann kann unter der folgenden Internetadresse als Pdf-Datei abgerufen werden:

<http://www.rki.de/GBE/GBE.HTM?/GBE/BEITRAG.HTM&1>

Zur Berechnung der gesamtgesellschaftlichen Kosten wird zwischen direkten Kosten (Prävention, Beratung, Behandlung, Betreuung bzw. Arbeitsunfälle, Sachschäden, Krankentransporte, Verwaltung und Forschung) und indirekten Kosten (Arbeitsausfall, Frühberentung, Tod erwerbstätiger Menschen) differenziert. Für die detailreiche Studie wurden eine Vielzahl von Statistiken (Todesursachen, über 90 alkoholassoziierte Erkrankungen, Krankenhausdaten, Arbeitsunfähigkeit, Bevölkerungsstruktur u.v.m.) ausgewertet. Das Design der Studie entspricht internationalen Standards zu Krankheitskostenstudien und ermöglicht internationale Vergleiche. Keine Berücksichtigung fanden Kosten aus dem Bereich Delinquenz bzw. Kosten aus dem weit reichenden Bereich der psychosozialen Folgen, allerdings wird dies für zukünftige Untersuchungen von den Forschern empfohlen.

Es wurden die Jahre 1993 bis 1995 ausgewertet. Dabei wird festgestellt, dass aufgrund der relativ konstanten Daten von einem eher stabilen Krankheitskomplex ausgegangen werden kann. Der jährliche Gesamtverlust wird mit 20 Mrd. Euro pro Jahr beziffert. Dabei sind die direkten Kosten mit 7,9 Mrd. Euro und die indirekten Ressourcenverluste mit über 12 Mrd. Euro beziffert. Zum Vergleich fielen 2001 bei Bund und Ländern summiert 3,4 Mrd. Euro an Alkoholsteuern an.

Allein für Maßnahmen der Rehabilitation Alkoholabhängiger kann von direkten Kosten von mindestens 520 Mio. Euro pro Jahr ausgegangen werden. Für die indirekten Kosten stehen vorzeitiges Versterben und Verluste durch Erkrankungen. Es wird dabei von jährlich 42.000 frühzeitigen Todesfällen durch Alkohol ausgegangen, die für 900.000 verlorene Lebensjahre und 285.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre stehen.

Bei der Betrachtung der Trinkmengen in Zusammenhang mit den Gesamtkosten zeigt sich, dass die Gruppe mit einem gefährlichen Alkoholkonsum nur 5% der Gesamtbevölkerung ausmacht, auf die aber 80% der Verluste der alkoholassoziierten Todesfälle entfallen. In einer ähnlichen Dimension sind die Krankenhausbehandlungsfälle dieser Gruppe einzuordnen, die 88% aller alkoholassoziierten Krankenhausbehandlungen ausmachen.

Im Interesse einer Reduzierung der alkoholassoziierten Folgekosten müsste diese Gruppe stärker im Mittelpunkt der Präventions-, Beratungs- und Behandlungsbemühungen stehen. Sekundär sind hier Überlegungen, ob es sich bei dem gefährlichen Konsum um Abhängigkeit oder Missbrauch handelt. Neben Abstinenz können Angebote zum kontrollierten Trinken dabei eine bedeutende Rolle spielen.

ADHS bei Erwachsenen und Substanzstörung

In der beim ecomed Verlag von Markus Backmund herausgegebenen Loseblattsammlung „Suchttherapie“ bearbeiten Johanna Krause und Klaus-Henning Krause den bisher wenig beachteten Zusammenhang der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen und Substanzstörung.

zum Weiterlesen:
Markus Backmund,
Hrsg. (1999) Suchttherapie, Grundlagen –
Klinik – Praxis; 4. Ergänzungslieferung,
Mai 2003
zu beziehen bei ecomed Verlagsgesellschaft
(www.ecomed.de)

ADHS wird als eine inadäquate Reizverarbeitung, die eine der häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen darstellt, beschrieben. Es wird davon ausgegangen, dass zwischen ein und zwei Drittel der Betroffenen die Störung über Kindheit und Jugend hinweg auch im Erwachsenenalter behalten. ADHS im Erwachsenenalter ist bisher in Deutschland weitgehend unbekannt. Symptome von ADHS werden eher den Persönlichkeitsstörungen und den Störungen aus dem Bereich der Neurosen zugeordnet und entsprechend behandelt. Die Diagnosestellung bei Erwachsenen ist aufwändig und muss das Vorhandensein von ADHS in Kindheit bzw. Jugend, sowie die bei Erwachsenen anderen Erscheinungsformen berücksichtigen. Als wesentliche Beeinträchtigungen von erwachsenen ADHS-Patienten gelten Symptome wie Aufmerksamkeits- Konzentrationsstörungen, motorische Unruhe, Impulsivität und Frustrationsintoleranz, Desorganisation, Stressintoleranz etc. Das kann zu Krisen im beruflichen und privaten Bereich führen mit häufigem Stellenwechsel sowie mit wiederkehrenden Partnerschaftsproblemen usw. Die Folgen von ADHS im Erwachsenenalter sind für die Betroffenen und ihre soziale Umgebung oft erheblich.

Auf der Basis der Erfahrungen und Forschungen aus den USA ist davon auszugehen, dass eine Behandlung Erwachsener mit Stimulanzien (z.B. Ritalin®), ebenso wie bei Kindern und Jugendlichen hilfreich ist. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass für die Indikation ADHS bei Erwachsenen diese Behandlung in Deutschland (noch) nicht offiziell zugelassen ist.

Ein gleichzeitiges Auftreten von ADHS mit Substanzmissbrauch ist bekannt. Allerdings existieren auch einzelne Studien zu erwachsenen ADHS-Patienten, die diesen Zusammenhang nicht belegen konnten. Wichtige weitere Risikofaktoren scheinen Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen zu sein. Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen und Erwachsenen kann als eine Reaktion auf die durch ADHS verursachten sozialen Störungen verstanden werden; es handelt sich dann um den Versuch einer Selbstmedikation. So berichten Patienten von Besserung der Konzentrationsstörung unter Einfluss von illegal erworbenen Amphetaminen bzw. Kokain. Erwachsene mit ADHS konsumieren am häufigsten Cannabis (vermutlich als Selbstmedikation, um die Impulsivität besser zu steuern), an zweiter Stelle aber mit deutlichem Abstand Stimulanzien, schließlich Kokain und Halluzinogene. Bei rechtzeitiger Behandlung von Kindern mit Stimulanzien nimmt das Risiko eines späteren Substanzmissbrauchs nachgewiesen deutlich ab.

Die Behandlung von ADHS Patienten mit Stimulanzien, die gleichzeitig andere Suchtmittel einnehmen, wird unterschiedlich beurteilt. So konnte in Studien eine Verbesserung des Suchtmittelkonsums (bis Abstinenz) beschrieben werden, wenn Methylphenidat (Ritalin®) gegeben wurde. Andere Studien mit Kokainkonsumenten konnten dies nur z.T. belegen.

Auch die Untersuchung von Erwachsenen mit ADHS und Rauchen zeigt, dass diese Gruppe Nikotin vermutlich zur Selbstmedikation einsetzt. Dabei steht die Verminderung von innerer Unruhe im Vordergrund. In diesem Zusammenhang wird von einer stimulantartigen Wirkung des Nikotins ausgegangen. Ebenso konnten mehrere Untersuchungen belegen, dass Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit bei Erwachsenen mit ADHS gehäuft vorkommt.

Zusammengefasst ist davon auszugehen, dass bei Erwachsenen mit ADHS häufig eine Komorbidität mit Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit vorliegt. Sind einschlägige Symptome zu beobachten, sollte diagnostisch abgeklärt werden, ob ADHS vorliegt, und die Störung sollte gegebenenfalls behandelt werden. Prognostisch ist davon auszugehen, dass mit der Behandlung von ADHS und mit einer Besserung der Symptomatik auch die Behandlung der Substanzstörung günstiger ist.

Psychosoziale Betreuung Substituierter mit Case Management im Saarland

Im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Saarland legte Erik Marzen im Januar diesen Jahres den Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung des Erprobungsvorhabens „Psychosoziale Betreuung Substituierter 2001/ 2002“ vor.

Der Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung wurde vom Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales – Referat für Öffentlichkeitsarbeit herausgegeben.
Tel. 0681-501-3181
E-Mail: presse@soziales.saarland.de

www.soziales.saarland.de

Die Substitutionsbehandlung im Saarland lief bis ins Jahr 2000 zweigleisig. Eine Gruppe Substituierter befand sich im Landesprogramm Substitution, eine andere Gruppe wurde bei niedergelassenen Ärzten behandelt. Mit der vollständigen Übernahme der Substitution in die medizinische Regelversorgung wurde das Landesprojekt beendet. Um die psychosoziale Betreuung aller Substituierter im Saarland sicherzustellen, wurde auf der Basis der frei werdenden Landesmittel das Projekt der psychosozialen Betreuung Substituierter gestartet.

Die Projektziele des Erprobungsvorhabens waren:

- Verbesserung der Versorgungssituation im Bereich der psychosozialen Betreuung (PSB)
- Erweiterung des Angebotes (und Evaluation) von Maßnahmen der einzelfallorientierten, aufsuchenden und nachgehenden Sozialarbeit
- Verbesserung der Kooperation/ Vernetzung zwischen den Akteuren/ Einrichtungen des medizinischen und des psychosozialen Hilfesystems
- Evaluation der Wirksamkeit der PSB Maßnahmen
- Klärung der Bedarfs- und Angebotssituation der PSB im Saarland.

Als zentrale Bestandteile des Projektes sind die beiden in Saarbrücken und Neunkirchen eingerichteten PSB-Clearingstellen anzusehen. In diesen beiden Städten lebt ein Großteil der saarländischen Substituierten. Zu den Hauptaufgabe der Clearingstellen gehört die Sicherstellung einer psychosozialen Versorgung mit den Methoden des Case-Managements bei einer gleichzeitigen Verbesserung der Vernetzung aller Beteiligten. Große Bedeutung kommt dabei der aufsuchenden und nachgehenden Sozialarbeit zu. So wurde mit den Nutzerinnen und Nutzern der PSBs individuell vereinbart, welche subjektiv relevanten Themen sie mit den Beratenden behandeln wollen. Zur Planung des Betreuungsumfanges wurde von 60 Stunden pro Jahr und Klient ausgegangen. Den beiden Clearingstellen wurde jeweils ein Budget zur Leistung von 9000 Betreuungsstunden pro Jahr zur Verfügung gestellt.

Als wichtigstes Ergebnis des Projektes gilt die Zunahme der Zahl der Fälle, die in beiden Städten betreut wurden. Von den 480 Substituierten im Saarland konnten im Untersuchungszeitraum ca. 60% erreicht werden; die Clearingstellen schnitten deutlich besser ab als Beratungsstellen oder andere Anlaufstellen.

Untersucht man einzelne Lebensbereiche, so stellt man weiterhin fest, dass die Betreuten Verbesserungen vor allem in folgenden Bereichen erzielten: Gesundheit, Wohnen (Abnahme der Obdachlosigkeit von 6,5% auf 0%), justizieller Sektor, Hilfesystem-Kompetenz und Zufriedenheit mit der Behandlung. Im 18-monatigen Beobachtungszeitraum schieden knapp 8% der Teilnehmer abstinenter aus dem Projekt aus. Allerdings ist auch festzuhalten, dass ca. 25% der Teilnehmer nicht oder kaum vom Projekt profitierten.

Der Autor geht davon aus, dass der Erfolg des Projekts vor allem auf das Case-Managements mit aufsuchenden und nachgehenden Elementen zurückzuführen ist. Der ermittelte Betreuungsaufwand lag mit einer halben Stunde pro Woche und Klient/in deutlich niedriger als bei der Planung angenommen worden ist. Die Betreuungsdichte nahm im Zeitverlauf ab; so nahmen 45% der Klienten/innen nach 18 Monaten Laufzeit nur noch sporadisch Hilfe in Anspruch. In einer Modellrechnung werden die durchschnittlichen Betreuungskosten pro Klient/in und Jahr mit rund 1.200 Euro angegeben. Nach verschiedenen gescheiterten Versuchen, die Krankenversicherungen in die Finanzierung der (nach BUB-Richtlinien vorgeschriebenen) PSB mit einzubeziehen, werden das Land und die Kommunen diese Leistungen im Saarland für weitere zwei Jahre sicherstellen. Damit bleibt im Saarland, wie auch andernorts, eines der Grundprobleme der Substitutionsbehandlung weiterhin ungelöst.

Kontrolliertes Rauchen – Themenschwerpunkt in der Zeitschrift SUCHT

„Mit dem Rauchen aufzuhören ist ganz einfach, das habe ich schon hundertmal getan“

Mark Twain

Die Behandlungsoption „kontrollierter Konsum“ ist in den vergangenen Jahren vornehmlich im Bereich Alkohol diskutiert und praktisch erprobt worden. Allerdings ist Selbstkontrolle beim Konsum von psychoaktiven Substanzen allgemein erwünscht. Das gilt auch für das Rauchen und so kommt es nicht von ungefähr, dass in der Februarausgabe der Zeitschrift SUCHT über das „kontrollierte Rauchen“ diskutiert wird.

Anil Batra stellt zu Beginn seines Beitrages fest, dass beim Rauchen seit ca. 15 Jahren offenbar der Status quo in Deutschland anhält, d.h., der Anteil der Raucher/innen ist pauschal gesehen konstant. Die Raucherprävalenz liegt bei Männern bei 35% und bei Frauen bei 22%, trotz Einführung von Nikotinersatzmitteln, Raucherentwöhnung und verstärkter Prävention. Betrachtet man die Zahl der jährlich verkauften Zigaretten, dann hat in den letzten 10 Jahren die Rauchintensität sogar um 8,6 % zugenommen. Diese Ergebnisse sind beunruhigend.

Der Zusammenhang zwischen Rauchen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist in vielen Studien belegt worden. Je höher der Konsum von Tabakwaren, umso wahrscheinlicher sind Gesundheitsschäden. Eine Reduzierung des Konsums und damit der aufgenommenen Schadstoffmengen ist daher ein erster Schritt in die richtige Richtung; es ist eine Maßnahme zur „harm-reduction“. Zur Erreichung einer Schadstoffmengenreduzierung sieht Batra mehrere Möglichkeiten. So kann durch

- Umstellung auf unschädlichere Konsumformen (Kautabak, nikotinfreie Zigaretten, Zigaretten, die den Tabak nicht verbrennen, sondern verdampfen),
- Substitution mit Nikotinpflaster/-kaugummi,
- Reduktion der Menge durch Selbstkontrolle (mit Hilfe von verhaltenstherapeutischen Techniken)

die aufgenommene Schadstoffmenge reduziert werden.

Batra betont, dass diese Maßnahmen sich besonders an diejenigen richten sollen, die sich auf eine vollständige Abstinenz nicht einlassen können (weil sie abhängig sind) oder wollen. Der Königsweg ist jedoch die Abstinenz, nicht die Reduktion und die damit verbundene Selbstkontrolle.

Klaus-Dietrich Stumpfe verweist darauf, dass es eine Gruppe von „Gelegenheitsrauchern“ gibt, die 5 oder weniger Zigaretten/Tag rauchen. Das nimmt er als Beweis dafür, dass kontrolliertes Rauchen möglich ist. Als Zielgruppe für ein Behandlungsprogramm zum „begrenzten Rauchen“ sieht er Raucher/innen, die zum einen eine Reduzierung wünschen, um spätere Schäden einzudämmen und Raucher/innen, die bereits bestehende Schädigungen der Gesundheit eindämmen und vermindern wollen. Stumpfe setzt auf ein Behandlungsmodell mit starken externen Kontrollen durch die Behandler. So soll dieser z.B. die Konsumgrenzen festlegen. Damit unterscheidet sich dieses Modell deutlich von dem von Körkel und Mitarbeitern für den Umgang mit Alkohol, die davon ausgehen, dass die Klienten/innen selbst ihre Konsumziele festlegen.

Christoph Kröger eröffnet seinen Beitrag zum Thema kontrolliertes Rauchen mit der Beobachtung, dass Reduzierung der Tabakkonsums im Vermögen eines jeden Rauchers steht. In der Behandlungsoption kontrolliertes Rauchen sieht er eine zeitgemäße Form, da damit Ambivalenz, dynamische Motivation und individuelle Ziele der Rauchenden berücksichtigt werden. Gleichzeitig sieht er in Programmen zum kontrollierten Rauchen eine Alternative für Raucher/innen, die sich auf Abstinenzprogramme nicht einlassen. Kröger hält das kontrollierte Rauchen besonders geeignet für die Behandlung von Jugendlichen, da sie gegenüber dem Rauchen noch sehr ambivalent und gerade deswegen für Abstinenz wenig zu begeistern sind. Auch verweist er auf die Literatur zur Raucherentwöhnung, woraus hervorgeht, dass Jugendliche oftmals große Reduktionsquoten erreichen können, aber eben nicht sofort Abstinenz.

zum Weiterlesen:
SUCHT – Zeitschrift für
Wissenschaft und
Praxis, Jahrgang 49
Heft Nr.1 /2003

Eine durchweg kritische Position nimmt Peter Lindberger gegenüber Programmen zum kontrollierten Rauchen ein. Er stellt sehr resolut fest, dass es keinen irgendwie zu definierenden unschädlichen Tabakkonsum gebe, was man angesichts neuester Ergebnisse der Demenzforschung durchaus in Frage stellen kann. Aus seiner Sicht ist auch der Konsum von vergleichsweise geringen Mengen von Tabak mit erheblichen Gesundheitsrisiken verbunden. Darum ist eine Reduzierung der Zigarettensmenge keine nutzbringende Strategie auf dem Weg zur Gesundheitsförderung. Einzig für Patienten mit psychiatrischer Komorbidität bzw. als Lockangebot für Entwöhnungsprogramme gibt Lindberger dem kontrollierten Rauchen eine Chance. Als breit wirkende gesundheitsfördernde Maßnahmen schlägt er Strukturmaßnahmen vor wie drastische Steuererhöhung auf Tabakprodukte, Werbeverbote, Automatenverbote sowie eine gesellschaftliche Verständigung darüber, Rauchen zu ächten.

Der abschließende Beitrag von Pál L. Bölcskei verweist darauf, dass Behandlungskonzepte zum kontrollierten Rauchen bisher wenig erprobt sind und dass die Wirksamkeit der Programme bislang nicht nachgewiesen ist. Unter anderem formuliert er daher eine Reihe von Forschungsfragen:

- Was passiert, wenn Raucher/innen ihren Konsum einschränken: kompensieren sie dann durch tiefere Inhalation? Wenn ja, führt das zu einer Steigerung der Schadstoffaufnahme?
- Kann eine Reduktion der Zigarettenszahl tatsächlich zu einer Herabsetzung des gesundheitlichen Risikos führen?
- Wer profitiert von der Reduktionsmethode (diejenigen die nicht aufhören wollen oder diejenigen, die nicht aufhören können)?

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Diskussion und Forschung um „kontrolliertes Rauchen“ noch am Anfang steht. Klar ausformulierte Programme (wie im Bereich Alkohol) und deren Evaluation fehlen noch. Ebenso ist die Spanne der Definitionen zum kontrollierten Rauchen noch weit und unpräzise. Immerhin zeichnen sich hier neue Behandlungsansätze ab, die eine Erweiterung der Hilfsangebote versprechen.

MannSuchtMännlichkeit – Fachtagung in Oldenburg

Das Zentrum für Frauen und Geschlechterforschung (ZFG) der Universität Oldenburg und das Bremer Institut für Sucht- und Drogenforschung (BISDRO) veranstalteten am 25. Juni 2003 eine Fachtagung unter dem Titel „MannSuchtMännlichkeit“. Ziel der Veranstaltung war es, den männerspezifischen Aspekten von Sucht nachzugehen.

In ihrer einleitenden Begrüßung umriss Jutta Jacob (ZFG) die zentralen Themen der Tagung. Sie wies darauf hin, dass der Konsum von Drogen sowie der Rausch gepaart seien mit riskanter Lebensführung, die wiederum für die Männlichkeitskonstruktion erhebliche Bedeutung habe. Schon allein darum müsse man mit den weitgehend geschlechtsneutralen Suchtkonzepten kritischen umgehen. Ebenso stehe die Geschlechterrollenreflexion der Professionellen auf dem Prüfstand.

Heino Stöver verwies in seinem Vortrag „Männlichkeit und Rausch“ darauf, dass die männerspezifische Betrachtung der Entstehung, des Verlaufs und der Beendigung von Sucht ein aktuelles und brennendes Thema ist. Er stellte die These von einer festen Koppelung von Rausch und Männlichkeit in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Mit Rausch werden, wie er ausführte, eine Vielzahl von Ereignissen assoziiert, wie Aufhebung von Begrenzungen, Antriebssteigerungen, Reduktion des Schmerzempfindens, Abbau von Blockaden, Übergriffe, Regelverletzungen, Risikobereitschaft. All das sind jedoch Eigenschaften, die als typisch männlich gelten. Das Suchen von Risikosituationen mittels Rausch sieht Stöver als die künstliche Schaffung von Gefahren, um diese zu beherrschen und um mittels Angstüberwindung sich selbst als männlich zu konstruieren. Konsum von psychoaktiven Substanzen und Rausch werden somit zu einem wesentlichen, funktionalen Merkmal von Männlichkeitskonstruktion. Männer, die Alkohol trinken und Zigaretten rauchen, unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht von Konsumenten illegaler Drogen. Weitere Merkmale von Rausch und Männlichkeitskonstruktion sind Homophobie, Kontroll-, Macht und Wettbewerbszwänge, gehemmtes Sexualverhalten

durch Trennung von Sex und Gefühl, Zwang zu Leistung und Erfolg (Tun und Haben) und eine ungenügende Gesundheitspflege. Dem Rausch kommen eine Fülle von z.T. widersprüchlichen Funktionen zu, wie Stimulation von Kampfbereitschaft, Linderung von Konflikten oder Erleichterung sozialer Kontakte. Da der Rausch für die Konstruktion von Männlichkeit so bedeutsam ist, stellt sich die Frage, wie Suchthilfe männerspezifisch ausgerichtet werden könnte. Dabei müsse man beachten, welche Teile einer Männlichkeitskonstruktion positiv bewertet werden können, um sie als Ressourcen zu nutzen. Fragen wie: was können Männer (gut), worauf können sie stolz sein, können z.B. dabei leitend sein. Damit soll die Findung einer nicht pathogenen Geschlechterrolle gefördert werden. Es wurde die Vision einer „neuen Männlichkeit“ diskutiert, die ohne die klassischen Insignien wie Macht, Geld, Arbeit auskommen kann und die es erlaubt, die eigene Rolle, die eigenen Gefühle und die Sexualität befriedigend zu erleben.

Als zweiter Referent berichtete Norbert Wolf von der Suchtberatungsstelle Oldenburg anschaulich aus der therapeutischen Praxis mit alkoholabhängigen Männern. Zentral ist für ihn die Beobachtung der „abwesenden Vätern“ bei den alkoholabhängigen Männern. Wolf beschrieb aus seiner aktuellen Klientel Männer, die als Nachkriegsgeneration darunter gelitten haben, dass die Väter tatsächlich abwesende waren (weil sie zum Beispiel im Krieg gefallen waren) bzw. dass sie in der Erziehung abwesend waren (weil sie zum Beispiel als traumatisierte Kriegsheimkehrer an dieser nicht aktiv beteiligt waren). In der Diskussion wurde die Frage aufgeworfen, ob Frauen überhaupt „Männerarbeit“ leisten können. Die Diskussion blieb allerdings auf einem unbefriedigenden Niveau; es wurde vielmehr ganz global gefordert, dass Männer Männerarbeit machen sollen, ohne zu klären wie ein Geschlecht per se eine Qualifikation darstellt und welche (weiteren) Qualifikationen Professionelle für männerspezifische Arbeit vorweisen sollten.

Detlef Pech von der Universität Lüneburg stellte ein Konzept aus der Männerforschung zu Männlichkeit vor. Er bezog sich auf die Arbeiten von Robert Connell, nach denen es kein einheitliches Konzept von Männlichkeit gebe, allerdings die so genannte „hegemoniale Männlichkeit“ ein dominierendes Konzept sei, welches sich vornehmlich aus folgenden Bausteinen zusammensetze: Weiße Hautfarbe – heterosexuell Präferenz – Verachtung gegenüber Frauen (und Homosexuellen) – Überlegenheit schlechthin. Marginalisierte Männlichkeitskonzepte, wie sie von Homosexuellen gelebt werden, werden zur Abgrenzung gebraucht. Eine Deckungsgleichheit zwischen der Männlichkeitspraxis und der hegemonialen Männlichkeit ist für den einzelnen Mann schwer herzustellen und dadurch eine Quelle von Konflikten, auf die u.a. mit Substanzkonsum/ Rausch reagiert werden kann. Eine Grundkonstante dieses Männlichkeitsmodells ist die immanente Abwertung von Frauen, Homosexuellen, „Warmduschern“ etc. Die Konstruktion von Männlichkeit funktioniert im Kern negativ als Nicht-Nichtmann, was als eine eher instabile Form der Identitätsbildung angesehen wird, die ständiger Vergewisserung und Sicherung bedarf. Auch dabei ist der Gebrauch von Suchtmitteln eine entscheidende Größe, als z.B. eine Möglichkeit, zumindest subjektiv eine Überlegenheit herzustellen.

In einem abschließenden Beitrag berichtete Herbert Müller über die therapeutische Wohn- und Arbeitsgemeinschaft „Casa Fidelio“ in Niederbuchsiten (Schweiz). Müller betonte die Notwendigkeit und den Sinn von Behandlungseinrichtungen von Männern für Männer (Klienten/ Team). In einem auf 18 Monate angelegten Aufenthalt wird in einem männerbündisch anmutenden Setting – Müller: „... es soll eine Männerwelt sein...“ – die suchttherapeutische Arbeit geleistet. In Wohngruppen werden alltagspraktische Tätigkeiten vermittelt. Den Kern der Arbeit stellen z.T. groß angelegte Arbeitsprojekte (v.a. Bauprojekte) dar, die es den Klienten ermöglichen, Aufbauleistungen positiv zu erleben. Die Absolvierung einer Berufsausbildung ist fester Bestandteil der Behandlung. Ein weiterer Baustein ist die Arbeit am Themenkomplex Vaterschaft, wobei der Umgang mit Kindern im Rahmen von Praktika angeleitet erprobt werden kann (in Kooperation mit einer benachbarten frauenspezifischen Suchthilfeeinrichtung) und die Einbeziehung eigener Kinder in die Behandlung fester Bestandteil ist. Die vergleichsweise sehr gute Beschäftigungssituation in der Schweiz hat es ermöglicht, bisher alle Klienten in ein Arbeitsverhältnis zu vermitteln.

Zum Weiterlesen:
Robert Connell, 1995,
1998; Hegemoniale
Männlichkeit

Als Schattenseite nannte Müller, dass das Element Homophobie stark ausgeprägt sei und eine Behandlung von Homosexuellen bisher stets scheiterte. In der Abschlussdiskussion wurde zusammenfassend festgehalten, dass eine männerspezifische Arbeit weiterer Entwicklung bedarf und dass man dabei vom schon viel länger währenden Diskussionsprozess zur frauenspezifischen Suchtarbeit profitiert kann. Entwicklungsbedarf besteht bei positiven Konzepten von Männlichkeit, um männerspezifische Arbeit nicht grundsätzlich als defizitorientiert (gegen Gewalt, Exzess, Aggression, Rausch etc.) auszurichten. Dies ist jedoch nicht einfach, wenn man das Konzept der hegemonialen Männlichkeit mit Rausch und Exzess als elementare Teile der Männlichkeitskonstruktion definiert.

Und für weitere
Informationen:
www.casafidelio.ch

Impressum:

Herausgeber

Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (HLS) e.V. ■ Auf der Körnerwiese 5, 60322 Frankfurt am Main ■ Tel. (0 69) 596 96 21, Fax (0 69) 596 97 24

Email: hls@hls-online.org Homepage: www.hls-online.org

Redaktion

Edgar Zeissler, Dr. Martin Schmid, Prof. Dr. Irmgard Vogt, Institut für Suchtforschung, Fachbereich 4, Fachhochschule Frankfurt am Main ■ Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main ■ Tel: 069-1533 3152. Fax: 069-1533 3153

Email isff@fb4.fh-frankfurt.de Homepage: www.isff.de