

Von der Präsentation der Präservation

Thomas Ballhausen & Bianca Burger

Das in Wien angesiedelte Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch (MUVS) stellt für die vorliegende Ausgabe eine Bildstrecke zum Thema Präservative zur Verfügung. **rausch**-Redakteur Thomas Ballhausen hat DDR. Christian Fiala, den Leiter der Einrichtung, zu den Aufgaben und Herausforderungen, eine solche Einrichtung zu führen, interviewt.

Thomas Ballhausen: Wann und mit welcher Zielsetzung wurde das Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch eingerichtet?

Christian Fiala: Junge Menschen von heute haben die Folgen der natürlichen Fruchtbarkeit nie erfahren. Kaum jemand kann sich heute vorstellen, dass Frauen in 35 Jahren Fruchtbarkeit im Durchschnitt und natürlicherweise etwa 15-mal schwanger sind, etwa zehn Kinder gebären, wovon acht überleben und sie jedes zwei Jahre stillen, bevor sie in den Wechsel kommen. Aber das war normal bis zur Entdeckung der Pille 1960. Demgegenüber haben junge Menschen heute meist die Vorstellung, es sei natürlich, dass sie nur ein bis zwei Kinder haben, aber Frauen jeden Monat eine Menstruationsblutung. Dabei ist dies ein absolutes Novum in der ganzen Menschheitsgeschichte und das Ergebnis einer sehr wirksamen, aber künstlichen Intervention. Sobald Menschen sich nicht mehr bei jedem Verkehr wirksam schützen, besteht sofort die Wahrscheinlichkeit, dass die Frau schwanger wird. Im MUVS vermitteln wir das Bewusstsein über diese unvorstellbar starke, aber auch rücksichtslose Kraft der natürlichen Fruchtbarkeit. Anhand des historischen „Umwegs“ erzählen wir, wie die Menschen gelernt haben, das Ausmaß der natürlichen Fruchtbarkeit der individuell gewünschten Anzahl an Kindern anzupassen. Dies war ein sehr langer, unvorstellbar schmerzhafter und mühevoller Weg. Durch die ganze Menschheitsgeschichte hindurch erfolglos. Erst mit der Entdeckung der Pille gelang diese zweitwichtigste kulturelle Leistung: nach der Domination des Feuers, die Domination der natürlichen Fruchtbarkeit. Niemand von uns würde heute sein Leben so führen, wie wir es tun, wenn wir unsere eigene Fruchtbarkeit nicht den eigenen Wünschen und Möglichkeiten anpassen könnten.

T. B.: Wie setzen sich die Sammlungsbestände des Museums zusammen?

C. F.: Am Beginn war es sehr schwierig, Objekte zu finden. Weil die Verhütung ein Tabu darstellt und der Schwangerschaftsabbruch erst recht. Wenn die Großmutter gestorben ist, dann haben sich alle um ihren Schmuck gestritten, aber ihr Diaphragma, welches in einer Schachtel im Schrank lag, hat man weggeworfen, möglichst ohne es zu berühren. Dabei war das Diaphragma vermutlich wesentlich wichtiger für das Leben der Großmutter als der Schmuck. Inzwischen haben wir jedoch sehr viele Objekte bekommen, u.a. weil wir weltweit das einzige Museum sind, welches dokumentiert, wie die Menschen gelernt haben, ihre eigene Fruchtbarkeit zu kontrollieren. Allerdings sind die Objekte für uns nur eine Art „Vorwand“, um die dahinterstehende Geschichte zu erzählen. Die Besucher interessiert ja, was das Objekt für die Menschen damals bedeutet hat oder allenfalls auch heute noch bedeutet. Wer es unter welchen Bedingungen erfunden hat, wie es vertrieben wurde, ob es verboten war, wie sich die Einstellung der Gesellschaft gewandelt hat, wie es angewendet wurde, welche Auswirkungen es auf die Paarbeziehung hatte und warum es möglicherweise von einer anderen Entdeckung abgelöst wurde.

T. B.: Wie setzt sich die Struktur der Besucherinnen und Besucher des Museums zusammen? Lassen sich retrospektiv betrachtet dahingehende Veränderungen beschreiben? Gibt es beispielsweise eine gesteigerte Sensibilität für die verhandelten bzw. präsentierten Thematiken?

C. F.: Das Museum ist für alle sexuell aktiven Menschen gedacht, wobei die meisten Besucher Schülergruppen sind. Es kommen derzeit jeden Monat 20-30 Klassen und Jugend-

gruppen für eine Führung als Ergänzung zum Sexualkundeunterricht. Aber es kommen alle Alters- und Berufsgruppen. So sehen wir auch Medizinstudenten, Hebammenschülerinnen und Ärzte. Das Interesse der Besucher spiegelt die aktuellen gesellschaftlichen Themen wider. Seit einigen Jahren ist dies eine zunehmende Skepsis vor Hormonen oder der Wunsch, ohne Hormone zu verhüten. Dieser mediale Hype führt dazu, dass viele Frauen gar nicht oder weniger wirksam verhüten und dann mit einer ungewollten Schwangerschaft zu einem Abbruch kommen.

Diesem aktuellen Trend versuchen wir mit Aufklärung und Bewusstseinsbildung zu begegnen. Was sind Hormone, wie können Frauen diese anwenden, um sich wirksam und ohne negative Nebenwirkungen vor ungewollten Schwangerschaften zu schützen. Letzten Endes muss sich jede Frau entscheiden, entweder sie kontrolliert ihre eigene Fruchtbarkeit oder die Fruchtbarkeit kontrolliert ihr Leben.

T. B.: Was sind die Zukunftsperspektiven des Museums? In welche Richtung möchten Sie die Einrichtung weiterentwickeln?

C. F.: Derzeit sind wir noch auf sehr engem Raum untergebracht, u.a. weil wir keine öffentliche Förderung bekommen. Deshalb planen wir eine Vergrößerung, um u.a. die Abläufe der Fruchtbarkeit erlebbarer zu machen. Diese Vorgänge spielen sich zwar in unserem eigenen Körper ab, aber wir sehen es ja nicht und können uns das auch nicht wirklich vorstellen, z.B. dass in jedem Samenerguss mehrere 100 Millionen Spermien enthalten sind. Deshalb möchten wir mit einem neuen größeren Museum diese Dinge erlebbar vermitteln, damit die Menschen ihre eigene Fruchtbarkeit besser verstehen, sich besser schützen können und es weniger ungewollte Schwangerschaften gibt.

Ferner möchten wir auch Zusatzthemen in Sonderausstellungen zeigen, wie z.B. die wichtige Rolle des österreichischen Gynäkologen Hermann Knaus und seine Entdeckung der fruchtbaren Tage. Dazu haben wir gerade die erste Biographie veröffentlicht, die unter dem Link www.muvs.org/knaus zu finden ist. In dem neuen Museum sollen auch Veranstaltungen stattfinden. Immerhin ist unsere Sexualität und Fruchtbarkeit ein ganz zentraler Lebensaspekt. Über den müssen wir konstruktiver sprechen, jenseits des schrillen nackten Busens auf der Titelseite oder der Seite drei.

**Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch
Mariahilfer Gürtel 37
1150 Wien**

Öffnungszeiten:

Mittwoch bis Sonntag 14-18 Uhr

**Führungen nach telefonischer Vereinbarung
jederzeit möglich.**

Weitere Informationen unter: www.muvs.org

Dank an Bianca Burger (MUVS) für die Unterstützung bei der Bildauswahl und Christian Fiala für die Möglichkeit zum Abdruck.



© Chris Sauppler, 2016

Mag. Dr. Thomas Ballhausen

Autor, Literaturwissenschaftler
und Kulturphilosoph.

Lehrbeauftragter an der Universität Wien
und an der Universität Mozarteum Salzburg.
t.ballhausen@gmail.com



© privat

Bianca Burger, MA MA

Historikerin;

Mitarbeiterin an der Wienbibliothek im
Rathaus und am Museum für Verhütung
und Schwangerschaftsabbruch (MUVS)
burger.bianca@hotmail.de



Humoristische, runde Kondomverpackung mit einem Comic

Das Kondom war seit jeher ein Naturprodukt. Vor der Entdeckung der Vulkanisierung durch Charles Goodyear, die es ermöglichte, Kautschuk als Verhütungsmittel zu verwenden, setzte man auf Kondome aus Schafsdarm. Noch heute gibt es Schafsdarmkondome zu kaufen, allerdings nur in den USA, www.lambskincondoms.org





Kondome, wie hier auf einen Holzpenis aufgezogen, wurden auch aus Fischblasen hergestellt.

Kondome waren damals ein wahres Luxusgut und wurde daher mehrfach verwendet. Nach dem Gebrauch hat man sie gewaschen und vorsichtig auf ein Kondomtrocknungsgestell, wie hier abgebildet, aufgezogen. Um Bruchstellen zu verhindern, wurden sie mit Öl und Kleie eingerieben.



Ihre zarte Beschaffenheit ist es, welche die Fischblase zu einem geeigneten Material zur Kondomherstellung machte. Ein spezieller Geruch musste dabei in Kauf genommen werden.





Die Marke „Billy Boy“ gibt es bereits seit 1990. Ziel war es, ein anderes, junges und freches Design zu entwerfen, das sich vor allem an Jugendliche und junge Erwachsene richtet. Der Werbeslogan „Das aufregend andere Condom“ soll sich unter anderem durch die bunte Comicfigur auf der Verpackung widerspiegeln. Billy Boy bietet eine sehr breite Palette an Präservativen an.



Kondome der Marke „Trojan“ sind vor allem in Amerika verbreitet. In Europa sind sie nicht in jedem Land erhältlich.



Eiförmige Kondomverpackung aus Spanien.



Kondome der Marke Einhorn sind vegan, da sie aus Naturkautschuk hergestellt werden. Sie fallen besonders durch ihr abwechslungsreiches und vor allem einfallsreiches Verpackungsdesign auf.



Männlichkeiten und Sucht

Heino Stöver

1 Einleitung

Frauen und Männer, Mädchen und Jungen, haben je ihre eigenen Formen, ihr Geschlecht zu inszenieren und Weiblichkeits-/Männlichkeits-/Mischformen in einer Welt zu konstruieren, die voll kulturell festgefügtter Erwartungen und Anforderungen an das Verhalten der Geschlechter ist. Insbesondere im Gesundheitsverhalten zeigen sich die Geschlechter sehr unterschiedlich, bezogen auf Wahrnehmungen, Zur-Sprache-bringen von Störungs-/Krankheitssymptomen, Gesundheitsbewusstsein (z.B. Risikoverhalten, Gefahrenabschätzung), Inanspruchnahme von Vorsorge-Untersuchungen (Rohe, 1998) und Arbeitsunfähigkeiten (DAK, 2008). Traditionell bemerken (traditionelle) Männer Krankheitszeichen nicht nur später, sie negieren diese auch oft und nehmen demgemäß seltener ärztliche Hilfe in Anspruch. Zusätzlich gibt es wichtige Unterscheidungen bezüglich der Möglichkeiten von Frauen und Männern, Gesundheit zu thematisieren: Traditionell sind Mädchen und Frauen viel stärker gewöhnt, über ihren Körper zu sprechen, Veränderungen wahrzunehmen, sich darüber vorwiegend mit anderen Mädchen/Frauen auszutauschen und bestimmte Gesundheitsstrategien in diesem Prozess zu entwickeln.

Es gilt heute als fachlich unumstritten, dass substanzbezogene Störungen, v.a. Suchterkrankungen bei Frauen und Männern zwar auch Gemeinsamkeiten, aber sehr viele Unterschiede in den Ursachen, Konsummotiven, -gründen, -anlässen, den Ausprägungen und Verläufen aufweisen.

So sind zum Beispiel zwei Drittel der von illegalen Drogen und Alkohol abhängigen Menschen in Deutschland Männer, bei der Medikamentenabhängigkeit stellt sich dieses Verhältnis genau umgekehrt dar: Zwei von drei Betroffenen sind Frauen. Auch der gesellschaftliche Umgang mit suchtkranken Frauen und Männern ist verschieden (Stöver & Vogt, 2011). Dies macht unterschiedliche Beratungs- und Behandlungsansätze notwendig. Während

sich eine geschlechterdifferenzierte/-sensible Versorgung vor allem von suchtkranken Frauen bereits bewährt hat, jedoch noch nicht dem Bedarf angemessen vorhanden ist, besteht in der geschlechtsspezifischen Beratung und Behandlung von Jungen und Mädchen mit Drogen- und Suchtproblemen ein noch größerer Entwicklungsrückstand.

2 Geschlechtsspezifische Ursachen, Verlaufs- und Beendigungsformen

Die Ursachen, Verlaufs- und Beendigungsformen des (dauerhaften) Konsums psychoaktiver Substanzen lassen sich vor allem vor dem Hintergrund der Parameter Geschlecht, Alter, sozialer Status, kulturelle Herkunft und ihrer Schnittstellen bzw. ihrer möglichen Überschneidungen (Intersektionalität) verstehen und erklären (Stöver & Vogt, 2011). Das „sozial konstruierte Geschlecht“ bestimmt zeit- und kulturabhängig, weibliches und männliches Verhalten und v.a. auch Drogenkonsumverhalten. Männer und Frauen bevorzugen unterschiedliche psychoaktive Substanzen, die sie aus unterschiedlichen Gründen konsumieren (Vogt, 2004).

Die wichtigsten Ursachen, die Frauen zum riskanten und compulsiven Konsum von Suchtmitteln veranlassen können, sind frühe Gewalt- und Missbrauchserfahrungen mit der Folge, dass die Betroffenen oft die Opferrolle annehmen. Das kann eine lebenslange Viktimisierung zur Folge haben. Weitere wichtige Faktoren sind gesellschaftliche Rollenerwartungen, die oft einengend und überfordernd sind (Meyer, 2000). Dazu kommen beruflich-familiäre Mehrfachbelastungen (Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Haushalt) und damit zusammenhängende Beschränkungen auf der sozialen Mikro-, Meso- und Makroebene. Von zentraler Bedeutung sind zudem männliche Partner mit Drogenproblemen, mit denen Frauen sowohl beim Einstieg in den abweichenden

Konsum von psychoaktiven Drogen als auch während einer Abhängigkeit und auch nach einer Behandlung überdurchschnittlich häufig zusammenleben. Das erhöht ihr Risiko, selbst drogenabhängig zu werden und zu bleiben.

Bei Männern sind andere Faktoren prägend (Heinzen-Voß & Stöver, 2016; Vosshagen, 2016; Jacob & Stöver, 2006). Auch bei ihnen kommen Erfahrungen von Gewalt (auch überwiegend begangen von Männern oder anderen Jungen) und Vernachlässigung in der Kindheit zentrale Bedeutung für ihre weitere psychosoziale Entwicklung zu (Lenz, 2016). Im Unterschied zu Mädchen und Frauen übernehmen die betroffenen Jungen nicht die Opfer-, sondern viel häufiger die Täterrolle, d.h. sie werden selbst gewalttätig. Der Konsum von Drogen, der sich für alle Jungen und Männer ideal dazu eignet, Männlichkeitskonstruktionen herzustellen und auszuleben (Stöver, 2006; Jacob & Stöver, 2009), kann Gewaltausbrüche herbeiführen, die entlastende Funktionen haben können. Dazu kommen gesellschaftliche Rollenerwartungen mit starken Erfolgsorientierungen an das Erwerbsarbeitsleben, was z.B. zu Erfolgsdruck und Überforderung führen kann. Die Kehrseite davon sind Erfahrungen von Schwäche und Ohnmacht, die aber keinen adäquaten Ausdruck finden, sondern unterdrückt werden müssen (Infoset et al., 2010). Damit ist die klassische männliche Biographie sehr eindimensional ausgerichtet und somit sehr störanfällig.

Rausch, Drogenkonsum und Sucht sind Phänomene, die unmittelbar mit der Konstruktion von Männlichkeiten verbunden sind: Ein „ganzer Kerl“, „trinkfest“ zu sein und „Stehvermögen“ zu zeigen sind männliche Attribute, die nicht akzidentell „passieren“, sondern die permanent gemacht werden, und wesentliche Bestandteile männlicher Identitätskonstruktionen und Risikobiographien sind. Die epidemiologische Verteilung bei (heranwachsenden) Männern und auch die damit verbundenen Häufigkeiten individueller und gesellschaftlicher Schädigungen ist daher kein Zufall, sondern originärer Bestandteil einer auf Risikoschaffung und gleichzeitig -bewältigung ausgerichteten männlichen Geschlechtskonstruktion – der „gemachte Mann mit Drogenkonsum“.

Frauen verheimlichen ihr Trinken in größerem Umfang als Männer. Als Grund hierfür werden von ihnen in der Regel starke Schuld- und Schamgefühle angegeben (Vogelgesang, 2016).

Trauma besitzt insbesondere für suchtmittelabhängige Frauen eine geschlechtsspezifische Relevanz. „Einerseits zeigen weibliche Personen mit Substanzmissbrauch auf dem Hintergrund interpersoneller Gewalterfah-

rungen in der Biografie häufig ein Symptompektrum von umfassenden komplexen Traumafolgen. Dieses ist gekennzeichnet durch Ängstlichkeit, Depressionen, Somatisierung, Posttraumatische Belastungsstörungen, Dissoziation, maladaptive Bewältigungsstrategien und weitreichende psychosoziale Beeinträchtigungen (...). Auf der anderen Seite stellen Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter einen wesentlichen Risikofaktor für die Suchtentwicklung von Frauen dar (Najavits et al., 1997; Langeland & Hartgers, 1998; Simson & Miller, 2002)“ (Teunißen & Voigt, 2016).

Der Konsum von Drogen dient insbesondere Frauen als eine Möglichkeit der Selbstmedikation von posttraumatischen Belastungssymptomen, wie belastendes Wiedererleben von Traumafragmenten, anhaltende Übererregung oder dissoziative Erlebnisweisen.

Auch der *Verlauf und die Beendigung von Abhängigkeiten* von Drogen (legalen wie illegalen) kann nur geschlechtersensibel verstanden werden. Männer werden häufiger als Frauen von Drogen abhängig, sie haben längere Drogenkarrieren, kommen erst nach längeren Phasen des exzessiven Konsums in eine professionelle Beratung oder Behandlung, verfügen über weniger protektive Kräfte und psychosoziale Schutzmechanismen. Frauen werden früher als Männer auffällig und kommen daher auch nach kürzeren Phasen des exzessiven Konsums in eine professionelle Behandlung (Vogt & Sonntag, 2007). Die Sterblichkeit bei der Alkoholkrankheit ist für betroffene Frauen um den Faktor 4,6 erhöht, wohingegen männliche Alkoholiker gegenüber der nicht alkoholabhängigen männlichen Allgemeinbevölkerung ein 1,9-fach erhöhtes Sterblichkeitsrisiko aufweisen (John, 2013; Vogelgesang, 2016).

Die Behandlungsforschung belegt, dass Frauen und Männer heute gleichermaßen von den verschiedenen suchttherapeutischen Interventionen profitieren (Vogt, 2010). Die Chancen von Männern, nach einer Behandlung entweder auf den Konsum von Drogen zu verzichten oder diesen zu kontrollieren, sind insofern besser als die der Frauen, da sie viel häufiger mit weiblichen Partnern zusammenleben, die keine Drogenprobleme haben und die sie in der Phase der Genesung sehr oft und nachhaltig positiv unterstützen.

Unter Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), wird in letzter Zeit ein erhöhter Drogenkonsum – insbesondere von chemischen Drogen (Club Drugs) – festgestellt (Deimel et al., 2016; ZIS, 2014; Bochow et al., 2012), der im Kontext von sexuellen Handlungen steht. Dieser sogenannte Chemsex wird mit einem sexuellen Risikoverhalten und einer Verbreitung

von Infektionskrankheiten (v.a. HIV) assoziiert (Bourne et al., 2015a, 2015b; Dirks et al., 2012).

3 Warum gibt es so viele Jungen/ Männer, die substanzbezogene Störungen aufweisen?

Drogenkonsum ist neben Gewalt ein wesentlicher Bezugsrahmen für Männlichkeitskonstruktionen und Männlichkeitsinszenierungen. Einfluss von und Mythen über Drogen bedienen bzw. kompensieren Vorstellungen tradierter Männlichkeitsbilder von Vitalität, Tatendrang und Wertvorstellungen von Erfolg, Geld und Status.

Drogen spielen in männlichen Lebenskonzepten eine herausragende Rolle als Demonstrationsmittel von Stärke, Leistungs-/Kampfbereitschaft, als Anti-Stressmittel, als Symbol von Grenzüberschreitung und Gefährlichkeitssuche, als Kommunikations- oder Rückzugsmittel oder als soziales Schmiermittel überhaupt. Aber über psychotrope Substanzen hinausgehend gerät auch der männliche Körper (wieder) in den Fokus von Männlichkeitsdemonstration: Gestählte Körper drücken als Muskelpanzer Immunität gegenüber zunehmend geforderter Sensibilität und fürsorglicher Verantwortungsübernahme in der Partnerschaft, Kinderversorgung, Familie und im Haushalt aus. Die Auswirkungen und die Funktion der Einnahme anaboler-androgener Steroide und Stimulanzien bei Männern sind zwar augenfällig, aber weitgehend unerforscht. Auch pathologisches Glücksspiel ist vor allem eine Männerdomäne. Damit verbindet sich der große männliche Traum von Größe und Bedeutung durch Geld.

Der Konsum psychotroper Substanzen, ob gelegentlich oder dauerhaft, moderat oder exzessiv, scheint für viele Jungen und (junge) Männer ein probates Mittel, grundsätzliche Probleme wie Sprachlosigkeit, Ohnmacht, Isolation, Bedeutungsverlust, Armut oder Identitätskrise für einige Zeit zu lösen. Auf Dauer genommen verschärfen sich jedoch viele Probleme durch nicht mehr zu ignorierende gesundheitliche, soziale oder familiäre Folgen. Jungen und Männer sind bei Problemen resultierend aus Alkohol- und Drogenabhängigkeit besonders stark betroffen. Gleichzeitig sind ihre Fähigkeiten, Ressourcen und Aussichten, diese Problematik zu bewältigen, unterentwickelt – angefangen bei der geringeren und oft sehr späten Inanspruchnahme von Hilfeangeboten, bis hin zu der gefühlten und gefürchteten Erosion des eigenen Männlichkeitskonzeptes, nicht zu sprechen von geringeren Kommunikations- und Kooperationskompetenzen: „Lonesome

Cowboy“ bedeutet immer noch für viele Männer, alles mit sich abzumachen und die Hilfe Anderer als Störkeeinbruch zu erleben.

4 Exkurs: Drogen machen Sinn – auch zur Konstruktion von Geschlechtsidentität

„Drogengebrauch ist Grenzgang zwischen Zivilisation und Wildnis, nicht Auswanderung. Nicht indem wir ein anderer werden und bleiben, erfahren wir, wer wir sind, sondern indem wir die Grenzen unserer gewohnten Lebenswelt überschreiten, um als Veränderte zurückzukehren“ (Marzahn, 1994, S. 46).

Dieser Grenzgang wird von der sozialen und kulturellen Geschlechterkonstruktion bestimmt. Was erwarten wir in der „Zivilisation“ von Jungen und Männern und welche „Wildnis“ (gleichzusetzen mit Wild-Sein, Kreativität, Unbeugsamkeit) gestehen wir ihnen zu? Wann und wie oft, mit welchen (Sucht-)Mitteln und welcher Art? (Haase & Stöver, 2009).

Über die „Zivilisation“ und die Erwartung hoher Kontrolle der Affekte bei Männern und das Stark-Sein-Müssen ist viel geschrieben worden. Der amerikanische Psychotherapeut Herb Goldberg benannte 1979 die sieben maskulinen Imperative von Männlichkeit:

- ... je weniger Schlaf ich benötige,
- ... je mehr Schmerzen ich ertragen kann,
- ... je mehr Alkohol ich vertrage,
- ... je weniger ich mich darum kümmere, was ich esse,
- ... je weniger ich jemanden um Hilfe bitte und von jemand abhängig bin,
- ... je mehr ich meine Gefühle kontrolliere und unterdrücke,
- ... je weniger ich auf meinen Körper achte,
- ... desto männlicher bin ich.

Es liegt die Vermutung nahe, dass je stärker die Affektkontrolle ist, desto mehr prägen diese Imperative auch die Erfahrungen und die Inanspruchnahme der „Wildnis“. So finden männliche Jugendliche und Männer immer wieder Ventile und Möglichkeiten, archaische Gefühle in bestimmten Situationen zu erleben: Aggression, Gewalt und alle Formen von Intensitäten werden ausgelebt oder der alltägliche Zeitdruck einfach durch das „Sich-Treiben-Lassen“ aufgehoben. Drogen bieten dabei ideale Medien und Foren und unterstützen diese Erfahrungen. Sie machen Sinn in diesem Konzept, um verborgene, verschüttete und verloren geglaubte Anteile (wieder) erfahren und ausleben zu können: Der

Anzugträger, der alkoholisiert im Fußballstadium wüste Beschimpfungen und Drohungen gegenüber anderen Männern (und dem Schiedsrichter) ausstößt, aber später bei der Freundin den Latin-Lover gibt. Kollektiver Torjubel, bei dem sich wildfremde Männer in die Arme fallen und küssen, kann mit einem Male ohne Angst vor Homosexualität und Homophobie geschehen.

Sehr viele positiv besetzte männliche Erfahrungen sind gleichzeitig auch drogenbesetzt. Wir müssen nur Bundeswehrveteranen zuhören, wenn sie von ihren „Heldentaten“ berichten. Schauen wir auf männliche Erfahrungen aus der Jugendzeit: Kaum auszudenken, wie langweilig viele Lebensläufe verlaufen wären, hätte da nicht „König Alkohol“ (zeitweise) regiert, oder wären da nicht gefährliche Situationen der Drogenbeschaffung, des Drogenkonsums und der Folgen zu bestehen gewesen.

Selbst komatöse Zustände, in denen sich Männer als „hilflose Personen“ befinden (z.B. betrunken in der Kälte), geben in der Konstruktion von Männlichkeit noch Sinn: Sie lassen sich auch mal retten – kurz vorm Erfrieren!

Aber auch sehr viele negative Erfahrungen sind drogenbesetzt: Ausbrüche häuslicher Gewalt, allgemein Gewalt der Partnerin/dem Partner gegenüber, Opfer/Täter von Gewalttaten mit anderen Männern, Auffälligkeiten im Straßenverkehr, scham- und schuldbesetzte Verhaltensweisen und Handlungen. Diese Erfahrungen können abgespaltet werden und dienen selten als Selbstreflexionsanlässe.

Drogen spielen in diesen Prozessen der Konstruktion von Geschlechtsidentitäten eine herausragende Rolle als Demonstrationsmittel von Stärke und Macht, als Anti-Stressmittel, als Symbol von Grenzüberschreitung und Gefährlichkeitssuche, als Kommunikations- oder Rückzugsmittel oder als soziales „Schmiermittel“.

Dies alles ist ein Teil von männlicher Geschlechteridentitätskonstruktion gerade und vor allem mit Drogen, „doing gender with drugs“: Der Drogenkonsum als Geschlechtsidentität bildende Handlung stellt diese im alltäglichen Handeln ständig neu wieder her und verfestigt sie damit

Die Bedeutung der Drogen an diesen Prozessen des „doing gender“ wird allgemein noch unterschätzt, zumindest nicht entsprechend gewürdigt. Die Erfahrungen der Jungen und Männer werden von ihnen in der Regel zu „heldenhaft“ beschrieben, um die tiefer liegende Bedeutung wahrzunehmen und nicht gleich wieder abzutun. Negative Erlebnisse werden zudem eher ganz verschwiegen und verdrängt und somit als Geschlechtsidentität bilden-

de Erfahrungen nicht wahrgenommen oder genutzt.

Hinzu kommt, dass im gesellschaftlichen Sprachgebrauch zwischen Verherrlichung und Verteufelung bisher wenig drogenbezogene Alltagsdiskurse bestehen und somit eine Rauscherfahrung sprachlich nur ungenau und wenig differenziert von Jungen und Männern beschrieben werden kann.

Im Laufe der Biographie, von jung bis alt, erfüllt der Drogenkonsum im Prozess der Konstruktion von Männlichkeiten verschiedene Funktionen. Der Konsum psychotroper Substanzen, ob gelegentlich oder dauerhaft, moderat oder exzessiv, allein oder in Gruppen scheint für viele Jungen und Männer ein probates Mittel der Erlebnis- und/oder Gefühlssteigerung. Die Grenzen des Wachbewusstseins werden im Rausch aufgehoben und Erfahrungen im Rauschzustand intensiver (Freude und Leid, Kollektivität, Gefahren) erlebt. Begegnungen und Aktivitäten werden nur unter Drogeneinfluss begonnen und durchgeführt (z.B. Feste feiern, Tanzen).

Die Steigerung des Zugehörigkeitsgefühls wird durch neue Gemeinschaftserfahrungen möglich. Sind z.B. „Komasaufen/Kampftrinken“ oder Kiffen in der Gruppe eher kritisch zu sehen, so können andere Situationen ein verlorenes Zusammengehörigkeitsgefühl durch das gemeinsame Konsumieren von Alkohol oder Cannabis wieder herstellen. Doch der Grat zwischen positiven und grenzüberschreitenden Kollektiverfahrungen ist schmal. Gleichwohl sind es gerade diese Situationen unter Jungen und Männern, die die männliche Geschlechteridentität herausbildet und verfestigt.

Darüber hinaus konsumieren Jungen und Männer vor allem Drogen auch, um Sprachlosigkeit, Ohnmacht, Isolation, Bedeutungsverlust, Armut oder Sinnlosigkeit für kürzere oder längere Zeit zu bewältigen. Drogen auf Dauer genommen stellen für die Konsumenten einen schwierigen Balanceakt dar: Der ursprüngliche „Kick“ und „Kitzel“, die oft als sensationell erlebte Ursprungserfahrung der ersten Male ist irgendwann vorbei. Substanzen müssen nun routinierter und gewohnheitsmäßiger eingenommen und von Jungen und jungen Männern in das Alltagsleben integriert werden.

„I took more out of the alcohol than the alcohol took out of me“, sagte einmal Winston Churchill. Diese individuelle Kostenrechnung müssen alle Konsumenten von Drogen mit sich selbst aufstellen. Auf Dauer genommen verschärfen sich jedoch viele Probleme durch nicht mehr zu ignorierende gesundheitliche, familiäre, finanzielle, soziale oder rechtliche Folgen. Epidemiologisch betrachtet sind Jungen und

Männer bei Problemen resultierend aus Alkohol- und Drogenabhängigkeit besonders stark betroffen. Auch wenn sich in einigen Bereichen Angleichungen zwischen den Geschlechtern ergeben (z.B. Tabakkonsum), so sind intensivere, „härtere“ Konsummuster zumeist bei Jungen/Männern zu finden.

5 Homosexualität und Drogenkonsum

Egal welche sexuelle Orientierung Männer verfolgen, Drogen sind Mittel der (sexuellen) Stimulation, der Überwindung und des Aushaltens von Hemmungen und Schmerzen, und sind traditionell Mittel der Kompensation individueller und sozialer Belastungen. Dieser Hintergrund bildet die Erklärungsmatrix für Beginn, Verlauf und Beendigung von Drogenkonsum bei Männern wie bei Frauen unterschiedlicher sexueller Orientierungen.

Für homosexuelle Männer kann die Schwierigkeit, mit ihrer sexuellen Identität umzugehen, einen häufigen Szene-Kontakt zu haben und das ggf. geringere Vorkommen von belastbaren und tragfähigen Beziehungen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Ausgrenzungs- und Stigmatisierungserfahrungen zu einem erhöhten Drogenkonsum und damit zu einem größeren Suchtrisiko beitragen. Untersuchungen zeigen jedoch nicht eindeutig eine stärkere Verbreitung von Suchterkrankungen unter homosexuellen Männern.

Bei Männern, die Sex mit Männern haben, (MSM) konnte ein erhöhter Suchtmittelkonsum insbesondere von chemischen Drogen (Club Drugs) in Teilen der homosexuellen Community festgestellt werden (Bochow et al., 2012; ZIS, 2014). Der Drogenkonsum von MSM im Kontext von sexuellen Handlungen (sogenannter Chemsex) wird mit einem sexuellen Risikoverhalten assoziiert (Bourne et al., 2015a, 2015b; Dirks et al., 2012). Hinsichtlich Konsummotiven, -bedingungen und -formen ist insbesondere für Deutschland die Studienlage sehr gering (Deimel et al., 2016).

In der Clubdrug-Studie (Deimel et al., 2016) berichteten die befragten Männer über umfangreiche Konsumerfahrungen unter anderem von Alkohol, Amylnitrit, Kokain, Amphetaminen, Crystal Meth und GHB/GBL. Als Konsummotive wurden benannt: sexuelle Leistungssteigerung, intensiveres sexuelles Erleben, Entthemung, Entspannung, Identitätsstiftung, Party, soziale Anerkennung und Problembewältigung. Die MSM beschreiben die Community in den Städten als sehr heterogen. Insgesamt sei in der Community heute eine starke Sexualisie-

rung und Fokussierung auf die Körperlichkeit zu verzeichnen. Die Bedeutung des Drogenkonsums beim Sex sei gestiegen. Ebenso haben Onlineportale und Dating-Apps für MSM eine große Bedeutung erhalten. Die Ergebnisse zeigen, dass in Teilen der deutschen MSM-Community Drogen eine bedeutende Rolle spielen. Der Drogenkonsum steht häufig in Verbindung mit dem Ausleben der eigenen Sexualität und birgt das Risiko von sexuellem Risikoverhalten. Es besteht ein großer Entwicklungsbedarf zielgenauer Präventions- und Behandlungsstrategien und konkreter Hilfeangebote (siehe auch Ergebnisse des Fachtages „Lust und Rausch“ der Aidshilfe NRW: http://www.ahn-rw.de/aidshilfe-nrw/front_content.php?idcat=2403).

Über die Hälfte der Suchtkranken lehnen jedoch nach einer Befragung von Vossnagel (2016) Homosexualität bei anderen Männern ab. Dies ist eingebettet in ein in unserem Kulturkreis verbreitetes Phänomen, nicht nur Homosexualität, sondern überhaupt alle starken positiven Gefühle anderen Männern gegenüber streng zu verurteilen. Die Homophobie führt zu einer Unterdrückung der Zuneigung zu anderen Männern und auch des Bedürfnisses, sie zu umarmen oder zu berühren (Zilbergeld, 1994, S. 124).

Schnelle Masturbation, verbunden mit Pornographiekonsum, stellt für alleinlebende Suchtkranke oder Suchtkranke mit einer belasteten Partnerschaft oft die ausschließliche Sexualität dar. Wobei lustorientierte Selbstbefriedigung durchaus ein Weg sein kann, den eigenen Körper besser kennen zu lernen. Pornographie ist für Männer oft der einzige Weg, die Sexualität anderer Männer wahrnehmen zu können. Hier wird jedoch ein sehr einseitiges Bild von dauerpotenten männlichen Sexualmaschinen verbreitet. Es werden nicht nur Frauen abgewertet, sondern auch Männer reduziert auf genital-fixierte Wesen ohne Zärtlichkeitsansprüche – Gefühlsqualitäten bleiben völlig außen vor. Es wird nicht vermittelt, dass Sexualität Zärtlichkeit, Einfühlungsvermögen, Erotik, Lust und Rausch gleichzeitig beinhaltet.

Der Drogeneinfluss senkt die Schwelle für Gewalthandlungen, auch im sexuellen Bereich. Sexuelle Gewalterfahrungen spielen auch in den Ursachen der Sucht eine bedeutsame Rolle. Nach Zenker et al. (2005, S. 21) werden sexuelle Gewalterfahrungen vor dem 16. Lebensjahr von 45 Prozent der süchtigen Frauen, aber auch von 15 Prozent der süchtigen Männer angegeben und liegen damit bei beiden Geschlechtern höher als in der Allgemeinbevölkerung. Dabei zeigen zudem – unabhängig vom Geschlecht – Süchtige mit Gewalterfahrungen jeweils negativere Merkmale bezüglich Suchtbeginn, Kon-

sumform, Verhaltensweisen und Therapieergebnissen. Im Allgemeinen fällt es Männern besonders schwer, über diese erlebte Gewalt zu sprechen, wobei oft hinzukommt, dass diese deutlich häufiger von anderen Männern ausgeübt wurde, was ein besonderes Tabu darstellt.

Insgesamt begünstigt der Drogenkonsum risikoreiches und ungeschütztes sexuelles Verhalten bei heterosexuellen ebenso wie bei homosexuellen Männern.

6 Wie gendersensibel arbeitet die Suchtkrankenhilfe?

Die Sucht- und Drogenhilfe hat sich einerseits in den letzten Jahren stark ausdifferenziert, um Menschen dort zu unterstützen, wo sie den Wunsch entwickeln und ihre Ressourcen mobilisieren können, um aus der Sucht oder dem problematischen Drogenkonsum herauszukommen. Denn: ebenso vielfältig wie die Wege in die Sucht, sind die Wege wieder heraus und ebenso vielfältig müssen die Unterstützungen auf den einzelnen Gebieten der Suchthilfe sein. Der Erfolg und die Wirksamkeit der Suchtarbeit hängen maßgeblich davon ab, wie zielgruppengenau, bedarfsorientiert und lebensweltnah sie ihre Angebote ausrichtet, um den unterschiedlichen Erfahrungen und Bedürfnissen der Hilfesuchenden besser gerecht zu werden. Wissenschaftliche Zugänge zur Erklärung von Drogenkonsum, Projekte zur zielgenauen Prävention, lebensweltnahen Beratung, bedarfsgerechten Therapie und Nachsorge von Drogenkonsumenten/innen sind dringend indiziert.

Trotz aller gelungenen Ausdifferenzierung in wichtigen Arbeitssegmenten wird eine geschlechterspezifische Suchtarbeit jedoch noch immer mit „frauengerechten Angeboten“ gleichgesetzt, in der stillschweigenden Übereinkunft: „Sucht-/Drogenarbeit minus frauenspezifischer Arbeit muss gleich männer-spezifisch sein“. Diese geschlechtsnegierende Sicht auf das Phänomen Sucht in allen Facetten wird jedoch kontrastiert durch Erkenntnisse, dass auch männlicher Drogenkonsum besondere Ursachen hat, dass die Inanspruchnahme von Vorsorge-/Hilfe- und Beratungsangeboten von Männern begrenzt ist, dass der individuelle Suchtverlauf und -ausstieg, die Kontrolle über Drogen sowie die soziale Auffälligkeit geschlechtsspezifische Besonderheiten aufweisen.

Es gilt heute als fachlich unumstritten, dass eine gendersensible Suchtarbeit ein Qualitätsausweis von Prävention, Beratung, Behandlung und Nachsorge von Suchterkrankungen darstellt. Ebenso wie Alter, soziale Herkunft,

ethnische Hintergründe bildet die Kategorie „Geschlecht“ einen zentralen Bestandteil von patienten-/klientengerechter, d.h. zielgruppenspezifischer und lebensweltnaher Suchtkrankenarbeit. Allerdings ist nach allgemeiner Einschätzung die Suchtkranken-/gefährdetenhilfe nicht ausreichend auf geschlechtsspezifische Hilfebedarfe ausgerichtet.

Während das Thema „Frau und Sucht“ mehr als 30 Jahre in Praxis und Wissenschaft Berücksichtigung findet (u.a. Tödt & Bernard, 2016; Merfert-Diete & Soltau, 1986; Vogt, 2004; Zenker, 2005; Vogelgesang, 2016), ist das Thema „Mann und Sucht“ eher unterrepräsentiert. Das hat damit zu tun, dass sich die traditionelle Suchthilfe am „Mann als die Norm“ orientiert (hat), ohne jedoch eine kritisch-reflexive Sichtweise auf die männliche Geschlechtsrolle einzubeziehen. Immer noch wird geschlechtergerechte Suchtarbeit häufig mit frauenspezifischen Angeboten gleichgesetzt. Unter Betrachtung des Gedankens des Gender Mainstreaming darf die Geschlechtsspezifität nicht mehr allein Frauensache sein. Auch für den Suchtbereich gilt, dass Genderaspekte Frauen und Männer gleichermaßen betreffen (Heinzen-Voß & Ludwig, 2016).

Es findet zwar seit einigen Jahren eine Auseinandersetzung mit der Kategorie „Geschlecht“ für die männerspezifische Suchtarbeit statt (u.a. Graf et al. 2006; Klingemann 2006; Stöver 2007; Vosshagen 2016), allerdings existieren in der Praxis nur wenige männerspezifische Beratungs- und Behandlungskonzepte. In Beratung und Therapie von abhängigen Männern werden Themen wie Aggression, Gewaltimpulse, Einsamkeit, Sexualität, Angst, Trauer, Leistungsbereitschaft und Scham häufig tabuisiert und/oder werden entweder durch die überwiegend weiblichen Mitarbeiterinnen nicht angemessen thematisiert und/oder durch die Einrichtungsleitung nicht genügend fokussiert. Durch eine geschlechtergerechte Suchtarbeit kann für Männer der Weg zu einem besseren Umgang mit der Suchtmittelabhängigkeit geebnet werden, indem Bedingungen hergestellt werden, die es den Männern erlauben, „unmännliche“ Verhaltensweisen und Gefühle zulassen zu können (Vosshagen, 2016). Auch Männer brauchen einen geschützten Raum, um die schädigenden und stärkenden männlichen Verhaltensweisen zu erkennen, zu verarbeiten, zu verändern und neue Lebensentwürfe für ein Leben ohne Suchtmittelmissbrauch entwickeln zu können (Stöver et al., 2009).

Schu, Stöver und Zenker (2014, 2016) zeigen in ihrer differenzierten „Gender-Analyse“ in Suchthilfe, Suchtmedizin und Suchtselbsthilfe in Nordrhein-Westfalen (NRW) insgesamt auf,

dass trotz einer überdurchschnittlich förderlichen Situation in NRW der genderbezogene Output im bevölkerungsreichsten Bundesland Deutschlands begrenzt ist: „Zwar bemüht NRW sich mehr als viele andere Bundesländer um gendergerechte Suchtarbeit, doch bleibt vieles unverbindlich und wird Richtlinienkompetenz nicht in Vorgaben übersetzt. (...) Es wurden gute Materialien erarbeitet, die auf der Höhe der Fachdiskussion sind. Gleichwohl bestehen für Gender Mainstreaming und gendersensibles Arbeiten keine landesweiten, klaren und einheitlich verstandenen Begrifflichkeiten und es gibt kein gemeinsames Verständnis von Gender Mainstreaming und gendersensiblen Arbeiten – weder in den Einrichtungen noch auf Landesstellenebene. Trotzdem: Es gibt einzelne Einrichtungen und nicht wenige Fachleute in Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe, die sich beispielhaft für eine gute gendersensible Arbeit engagieren.“

Das strukturelle Problem in der mangelnden Thematisierung von Genderthemen liegt darin, dass überwiegend weibliche Fachkräfte (oft jung) eine überwiegend männliche (und häufig ältere) Klientel beraten und behandeln – ohne darauf entsprechend vorbereitet zu sein. Doch ist Genderorientierung in der Suchthilfe kein Sonderthema – Genderorientierung ordnet sich theoretisch in das Diversity-Konzept ein und sollte Standard einer professionellen, zielgruppenbezogenen Arbeit sein.

Im Sinne einer Qualitätsverbesserung sowie der Zielgenauigkeit Sozialer Arbeit in der Suchthilfe müssen der Wert von gendergerechter/sensibler Arbeit und ihre Bedeutung für die Qualitätsverbesserung stärker betont werden – nicht nur bei den Hilfeinrichtungen, sondern auch bei den EinrichtungsleiterInnen, den Kostenträgern (z.B. Krankenkassen und Rentenversicherer). Für genderbewusste Arbeit existieren bereits sehr brauchbare Vorlagen (Zenker, 2016), Leitlinien, Handlungsempfehlungen (LWL, 2006; Tödte & Bernard, 2016) etc.

Die komplexen Situationen und Kontextbedingungen, in denen sich vor allem drogenkonsumierende Männer, die Sex mit Männern haben, befinden, erfordern gezielte und interdisziplinäre Zugänge sowohl in der Prävention als auch in der Beratung und Behandlung dieser Männer. Es bedarf daher einer Verschränkung von Suchtkrankenhilfe, HIV-Schwerpunktpraxen, AIDS-Hilfen und Schwulenberatungen auf lokaler Ebene. Da der Drogenkonsum und die damit verbundenen Konsummotive der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) in einem deutlichen Zusammenhang mit ihrem Sexualverhalten steht, muss eine Suchttherapie in diesem Kontext zwingend den Themenkom-

plex männliche Sexualität und Homosexualität einbinden. Ebenso sollten die unterschiedlichen Formen und Spielarten der jeweils gelebten Sexualität berücksichtigt werden.

Literatur

- Bochow, M., Lenuweit, S., Sekuler, T. & Schmidt, A. (2012). *Schwule Männer und HIV/AIDS. Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F. et al. (2015a). Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 91 (8), 564-568. doi:10.1136/sextrans-2015-052052
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F. et al. (2015b). "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *The International Journal on Drug Policy*, 26 (12), 1171-1176. doi:10.1016/j.drugpo.2015.07.013
- DAK (2008). *Gesundheitsreport 2008*. Hamburg.
- Deimel, D., Gebhardt, V. & Stöver, H. (2016). Drogenkonsum bei Männern, die Sex mit Männern haben. Eine Übersichtsarbeit zum Gesundheitsverhalten und syndemischer Faktoren. In: D. Heinzen-Voß & H. Stöver (Hrsg.), *Gender und Rausch: Gendersensible Suchtarbeit*. Im Erscheinen.
- Deimel, D., Stöver, H., Höfelbarth, S. et al. (2016). Drug use and health behavior among German men who have sex with men: results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduction Journal*, 13, 36.
- Dirks, H., Esser, S., Specka, M. & Scherbaum, N. (2012). Suchtmittelkonsum bei homo- und bisexuellen Männern. *Sucht*, 58 (4), 237-246.
- Graf, M., Annaheim, B. & Messerli, J. (2006). *Sucht und Männlichkeit. Grundlagen und Empfehlungen*. Hrsg. von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. Lausanne.
- Haase, A. & Stöver, H. (2009). Sinn und Funktion exzessiven Drogengebrauchs bei männlichen Jugendlichen – zwischen Risikolust und Kontrolle In: J. Jacob & H. Stöver (Hrsg.), *Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht*. Reihe Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung. Bielefeld: transcript.
- Heinzen-Voß, D. & Ludwig, K. (2016). Empfehlungen: Genderaspekte in Institutionen der Suchthilfe. In: D. Heinzen-Voß & H. Stöver (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann* (S. 9 ff.). Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Heinzen-Voß, D. & Stöver, H. (2016). *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Jacob, J. & Stöver, H. (2006). *Sucht und Männlichkeiten – Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Jacob, J. & Stöver, H. (2009). *Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht*. Reihe Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung. Bielefeld: transcript.
- John, U. (2013). Excess mortality of alcohol-dependent individuals, after 14 years and mortality predictors based on treatment participation and severity of alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical Experimental Research*, 37 (1), 156-163.
- Klingemann, H. (2006). Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema. *Abhängigkeiten*, 12, 2, 33-76.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (2006). *Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit – Handlungsempfehlungen für die Praxis*. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht.
- Langeland, W. & Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism: a review. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 336-348.
- Lenz, H.-J. (2016). Mann oder Opfer? Erkundungen im Feld von männlicher Gewaltbetroffenheit, der Verdeckung männlicher Verletzbarkeit und deren Bedeutung im Helfersystem – auch im Suchtbereich. In: D. Heinzen-Voß & H. Stöver (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann* (S. 165 ff.). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Marzahn, C. (1994). *Bene tibi: über Genuss und Geist*. Bremen: Edition Temmen.
- Merfert-Diete, C. & Soltau, R. (1986). *Frauen und Sucht*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Meyer, T. (2000). Alkoholismus: Anregungen für den klinischen Alltag. *Abhängigkeiten*, 3.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D. & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and post-traumatic stress disorder in Women: a research review. *American Journal on Addiction* 6, 273-283.
- Rohe, E. (1998). Eine empirische Untersuchung zu geschlechtsspezifischen Differenzen im Hinblick auf Krankenschreibung und Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. In: GesundheitsAkademie Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, NRW (Hrsg.), *Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit* (S. 99-112).
- Schu, M., Mohr, S., Zenker, C., Stöver, H. & Hartmann, R. (2014). *Stand der Umsetzung von Gender Mainstreaming in der ambulanten und stationären Sucht- und Drogenhilfe in NRW*. Unveröffentlichter Abschlussbericht für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Köln: FOGS.
- Schu, M., Zenker, C. & Stöver, H. (2016). *Gender Mainstreaming und gendersensible Arbeit in Suchthilfe und Suchtmedizin in NRW. Empirische Befunde*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Simpson, T. L. & Miller, W.R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*, (22), 27-77.
- Stöver, H. (2006). Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. In: J. Jacob & H. Stöver (Hrsg.), *Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Stöver, H. (2007). Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. *Suchttherapie*, 8, 3, 3-7.
- Stöver, H. & Vogt, I. (2011). Sucht/Abhängigkeit. In: G. Ehlert, H. Funk & G. Stecklina (Hrsg.), *Wörterbuch: Geschlecht und Soziale Arbeit* (S. 398-402). Weinheim, München: Juventa.
- Stöver, H., Bockholt, P. & Vossagen, A. (2009), *Männlichkeiten und Sucht*. 2. Aufl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe – LWL (Hrsg.). Münster: Landesjugendamt, Koordinationsstelle Sucht.
- Teunißen, S. & Voigt, W. (2016). Geschlechterbezogene Behandlung von süchtigen Frauen mit Traumafolgestörungen. In: D. Heinzen-Voß & H. Stöver (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann* (S. 219 ff.). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Tödtte, M. & Bernard, C. (2016): *Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme*. Bielefeld: transcript.
- Vogelgesang, M. (2016). Frauen und Substanzabhängigkeit. In: D. Heinzen-Voß & H. Stöver, (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann* (S. 191 ff.). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Vogt, I. (2004). *Beratung von süchtigen Frauen und Männern*. Weinheim: Beltz.
- Vogt, I. (2010). Probleme mit und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, psychotherapeutische Behandlungen und spezifische Behandlungsansätze für Mädchen und Frauen. *Suchttherapie*, 11, 173-178.
- Vogt, I. & Sonntag, U. (2007). Die Dimension Geschlecht im psychosozialen Behandlungsdiskurs in den letzten 30 Jahren. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 39, 25-42.
- Vossagen, A. (2016). Männersensible Elemente in der Suchtberatung und Suchtbehandlung. In: D. Heinzen-Voß & H. Stöver (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit ge-*

lingen kann. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Zenker, C. (2005). Sucht und Gender. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, (48), 469-476.

Zenker, C. (2016). Genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen. In: D. Heinzen-Voß & H. Stöver (Hrsg.), *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann* (S. 71 ff.). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) (2014). *Amphetamin und Methamphetamin. Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen*. Sachbericht. Hamburg.



Prof. Dr. Heino Stöver

Frankfurt University of Applied Sciences
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1
D-60318 Frankfurt am Main
hstoever@fb4.fra-uas.de



132 pages

ISBN 978-3-95853-263-2

price: 15.– €

eBook: ISBN 978-3-95853-264-9

price: 10.– € (www.ciando.com)

Aileen O'Gorman, Gary R. Potter & Jane Fountain (Eds.)

Evidence in European social drug research and drug policy

Evidence as a metaphor for knowledge characterised by the positivist traits of objectivity, validity and value-free truths is a contested commodity within the social science community, not least in the field of drugs research. The politics of knowledge production – including how research is produced, funded and interpreted through a lens clouded by values and ideology – is an ongoing topic for debate and enquiry. Nonetheless, the demand for objective data to inform evidence-based policy and practice, and to demonstrate the effectiveness of 'what works' and what is value for money, continues to grow exponentially. Research funders increasingly prioritise studies that have a demonstrable input into or impact on policy.

The contributors to this book cast a critical gaze on the concept of evidence. They challenge the positioning of evidence as the neutral product of an apolitical process and demonstrate, through case studies and policy analysis, the social construction of evidence by those who make and seek to influence policy. The authors question the epistemological and ontological basis of different forms of evidence; the selective accommodation of evidence and voices within dominant policy discourses; and the popular conception of evidence-based policy as a benchmark of good policymaking. Together, the various chapters provide a compelling insight into the complex contexts in which social drugs research evidence is produced, constructed, (mis)used and (mis)interpreted across Europe.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich · Telefon +49 (0)5484 308 · Telefax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de · www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) – über Konsummuster und -wirkungen, Zielgruppen und klinische Erfahrungen

Thomas Kuhlmann

Veränderungen in der Drogenszene, neue Konsummuster und in Routineuntersuchungen nicht erfasste Substanzen mit klinisch relevanter psychotroper Wirkung haben in der Drogenhilfe und der klinischen Suchtpsychiatrie an Bedeutung gewonnen. Die unter der Begriff „Neue psychoaktive Substanzen“ zusammengefasst Gruppe umfasst ein sehr heterogenes Spektrum an Stoffen mit psychoaktivem Wirkungsspektrum. Einige dieser Substanzen, klinische Erfahrungen und sich daraus ergebende Herausforderungen für das Hilfesystem werden dargestellt.

1 Zum Begriff „Neue psychoaktive Substanzen“

Der Begriff „Neue psychoaktive Substanzen (NPS)“ prägt die aktuellen Diskussionen über Veränderungen in Drogenkonsumverhalten und -szene und damit verbundene Risiken und Herausforderungen für die Drogenhilfe und das öffentliche Gesundheitswesen. Der Begriff NPS wird in der öffentlichen und auch Fachdiskussion uneinheitlich verwendet und umfasst unterschiedliche, zum Teil neue, zum Teil jedoch auch seit Längerem bekannte psychoaktive Substanzen. Damit geht er deutlich hinaus über jene Substanzgruppen, die jährlich im Rahmen der EU als neue, bisher unbekannt psychoaktive Substanzen entdeckt werden: Inzwischen über 100 pro Jahr (EMCDDA, 2013).

Eine der gängigsten Zuordnungen umfasst Methamphetamin (Szenename u.a. Crystal), GHB (Liquid Ecstasy), Kathinone (sog. Badesalze), Spicemischungen sowie weitere in Laboren hergestellte Substanzen (Research Chemical Drugs).

In der klinischen Versorgung haben diese Substanzgruppen regional eine deutlich unterschiedliche Bedeutung und betreffen sowohl Konsumenten, die nur oder fast ausschließlich diese Stoffe konsumieren als auch jene, die sie zusätzlich zu den herkömmlichen illegalisierten Stoffen einnehmen (Simon et al., 2016).

2 Zu den einzelnen Substanzen

2.1 Methamphetamin

1893 synthetisierte der japanische Chemiker Nagayoshi, Nagai erstmals N-Methylamphetamin (Methamphetamin), der Pharmakologe Akira Ogata kristallisierte die Substanz 1919 (Gouzoulis-Mayfrank & Daumann, 2015; Ohler, 2015). In Deutschland entwickelten die Temmler-Werke in Berlin ein industrielles Herstellungsverfahren für Methamphetamin, 1938 wurde unter dem Begriff „Pervitin“ eine methamphetaminhaltige Pille zur Marktreife gebracht. Eine Pille enthielt drei Milligramm pro Tablette, die Höchstdosis im Rahmen der medizinischen Verwendung lag bei 30 Milligramm pro Tag.

Besondere Bedeutung erlangte Methamphetamin jedoch in der nicht-medizinischen Verwendung im Rahmen der kriegerischen Auseinandersetzung bereits im Vorfeld des zweiten Weltkrieges, dem spanischen Bürgerkrieg sowie im Weltkrieg selbst, insbesondere im Rahmen der sog. Blitzkriegstrategie. Darüber hinaus fand es vielfältig im Beruf, an Universitäten und im privaten Rahmen Verwendung und erlangte seinen Ruf als Wundermittel gegen Müdigkeit, Schlaflosigkeit und zur Überwindung von Konzentrationsstörungen. Im Zusammenhang mit dem massenhaften Verbrauch insbesondere im militärischen Rahmen – zur Steigerung der Durchhaltefähigkeit, Erhöhung der Belastungsgrenzen, Überwindung von Hemmschwellen und Förderung von Angriffsbereitschaft, Aggressivität und Kampfmotivation – sowie darüber hinaus auch im nichtmilitärischen medizinischen Rahmen wurden die problematischen Nebenwirkungen bei Hochdosis und Langzeitkonsum zunehmend deutlich (Iversen, 2009). Daraufhin wurde Pervitin 1942 dem Reichsopiumgesetz unterstellt und damit verschreibungspflichtig (Ohler 2015; Unger, 1994). Bis zum Verbot 1988 war es in der BRD dem BtMG unterstellt und als verschreibungspflichtig eingestuft.

Vermutlich haben alle bedeutenderen kriegsteilnehmenden teilnehmenden Nationen im zweiten Weltkrieg psychoaktive Substanzen wie Methamphetamin eingesetzt zur Steigerung der Effizienz ihrer militärischen Einsätze und der Kampfkraft ihrer Soldaten. Amphetamine und Methamphetamine werden seitdem in vielfältigen militärischen Auseinandersetzungen zielgerichtet eingesetzt (Koreakrieg, Vietnamkrieg, Irakkriege etc.) (Iversen, 2009).

In der Drogenszene ist der i.v.-Konsum von Methamphetaminen seit den 1970er Jahren bekannt, jedoch im Unterschied zu Speed-(Amphetamin-)Konsum wenig gebräuchlich (Härtel-Petri, 2016). Seitdem haben sich bedeutende Veränderungen vollzogen. In tschechischen Laboren wurde in den 1990er Jahren eine rauchbare Methamphetaminbase entwickelt, in der Drogenszene unter dem Begriff „Ice“ bekannt, mit über 90-prozentigem, also nahezu reinem Wirkstoff. Die relativ einfache, kostengünstige Herstellung und die gegenüber Amphetamin (Speed) deutlich stärkere Wirkung begünstigte die schnelle grenzüberschreitende Verbreitung in der Drogenszene. Erstkonsum erfolgt oft nasal, der weitere dann inhalativ. Die Ausscheidung erfolgt über Leber und Niere: Eine Ansäuerung des Harns führt zu schnellerem Ausscheiden, eine Alkalisierung zur Verlängerung der Wirkdauer. Die aktuelle Wirkstoffkonzentration pro Konsumeinheit liegt heute üblicherweise bei über 50, häufig bei weit über 100 mg pro Tag (Härtel-Petri, 2014, 2016; Wetzel & Rothe, 2016).

Während bei medizinisch verordneter Perivitin-Einnahme therapeutische Blutspiegel von 10 bis 50 ng/ml erreicht wurden, sind bei Methamphetaminkonsumenten Werte von mehreren 100 ng/ml, in Einzelfällen über 1.000 ng/ml beschrieben. Die Wirkungsdauer ist heterogen (bis über 24 Std.). Methamphetamin wirkt deutlich euphorisierend, subjektiv leistungsstark, verbunden mit massiven Stimmungsschwankungen (sowohl auto- als auch massiv fremd-aggressiv, oft manifold) bei massiver emotionaler Instabilität, häufig enormer innerer Anspannung verbunden mit dem sehr hohen und in besonderer Weise für Crystal-Konsum typischen Risiko plötzlicher massiv aggressiver Entgleisung.

In der Drogenhilfe und der klinischen Suchtpsychiatrie wird die Verdachtsdiagnose Methamphetaminkonsument mitunter in direktem Zusammenhang mit der den Patienten begleitenden Anzahl von Polizisten gestellt, die zur Beherrschung seiner mitunter hoch aggressiven Verhaltensweisen erforderlich sind: Je mehr Polizisten, desto wahrscheinlicher Crystalkonsum. Ein enormer Rededrang prägt

das klinische Bild, die Schmerzempfindung ist deutlich reduziert, sexueller Antrieb und sexuelles Erleben sind sehr gesteigert, Zeitempfinden und Biorhythmus gestört, Konzentration reduziert ebenso wie die Wahrnehmung von Hunger und Durst.

Fatale Nebenwirkungen sind Leber- und Nierenversagen, eine schwer beherrschbare Hyperthermie und epileptische Anfälle. Die deutlich veränderte Sinneswahrnehmung in Verbindung mit dem gestörten Biorhythmus führt zu zunehmend paranoider Verarbeitung mit Verfolgungsängsten, optischen und akustischen Halluzinationen, schneller Tendenz zur Dosissteigerung bei subjektiv schnellem Wirkungsverlust. Hinsichtlich häufig auftretender intensiver Stimmungsschwankungen, Impulsdurchbrüche und insbesondere zum Teil ausgeprägt aggressiver Verhaltensweisen unterscheidet sich das klinische Bild der Crystalkonsumenten deutlich von dem anderer Drogenkonsumenten, auch nach NPS-Konsum. Das Konsummuster ist eher szenenabhängig. Üblicherweise wird zu Beginn geraucht oder nasal konsumiert, in der MSM-Szene ist jedoch zunehmend auch i.v.-Konsum von Anfang an festzustellen (Kuhlmann & Deimel, 2016).

In der klinisch- und suchtpsychiatrischen Versorgung im Rahmen der qualifizierten Akut- bzw. Entzugsbehandlung ist die Behandlung vorwiegend zunächst symptomatisch ausgerichtet mit dem Ziel der psychischen und somatischen Stabilisierung und der Kontakterarbeitung mit klaren, strukturierten Informationen, die häufig in kurzen Abständen wiederholt werden müssen. Komplexere in verschachtelten Sätzen vermittelte Informationen kommen bei den betroffenen Patienten in der Regel nicht an. Ein niederschwellig stützender Umgang und verbale Intervention gemäß Motivierender Gesprächsführung sind fundamental, ebenso die behutsame, schrittweise Integration in den Gruppenprozess, um das Risiko massiver Stimmungsschwankungen und aggressiver Entgleisungen abschätzen und die Patienten in die Patientengruppe erfolgreich integrieren zu können (Härtel-Petri, 2016; Wetzel & Rothe, 2016).

Eine sinnvolle, häufig unverzichtbare nahtlos verfügbare Postakutbehandlung ist stets abhängig von der Motivation, der psychischen und somatischen, insbesondere affektiven und kognitiven Verfassung sowie dem Selbstverständnis des Konsumenten. Wesentlich ist die gründliche anamnestiche Erfassung des Lebensstils, um entsprechende Hilfsangebote erarbeiten und mit dem Patienten vorbereiten zu können.

2.2 Mephedron/Methylmethkathinon (Badesalze)

Mephedron bzw. methylmethkathinonhaltiges weißes fein- bis grobkristallines Pulver ist in den USA unter dem Begriff „Badesalze“ mit dem Zusatz „nicht zum Verzehr geeignet“ legal in Supermärkten verkauft worden, Handel und Besitz wurden 2011 unter Strafe gestellt. In Israel ist es seit 2008 verboten, zuvor war es in sog. Neoorganics-Produkten enthalten. In Europa ist es vermutlich seit dem letzten Jahrzehnt in der Drogenszene aufgetaucht, in D seit 2010 als nicht verkehrsfähig eingestuft. Es wirkt in der Regel gesnieft, meist in Zigarettenpapier gewickelt, geschluckt sowie in Tabletten oder Kapselform oral eingenommen bei einer Wirkdauer von ein bis fünf Stunden. Die Wirkung ist geprägt von erhöhter Euphorie, Aufmerksamkeit, Rededrang, gesteigerter Vigilanz bei hoher Herzfrequenz und Schweißneigung, reduziertem Hunger- und Durstgefühl, geringem Schlafbedürfnis, Einschränkung von Konzentration und Gedächtnis. Konsumenten beschreiben häufig eine ecstasy-analogue entaktogene Wirkung hinsichtlich inneren Wohlfühlens, Tendenz zur subjektiv als empathisch wahrgenommener Kontaktaufnahme mit anderen Gruppen und Zugehörigkeitsgefühl (Livak et al., 2013; Tretter, 2014; Schaub & Bachmann, 2012). Auffällig bei längerfristigem Konsum sind eine deutliche Steigerung von Angstgefühlen und Depressionen, paranoiden Tendenzen bei zunehmender Tendenz zur Dosissteigerung und Mischkonsum, die vermutlich für die ausgeprägten psychotischen Dekompensationen und zunehmenden somatischen Risiken, vor allem kardial, renal und hepatogen verantwortlich ist. Bei i.v.-Konsum wurden jedoch auch massiv-psychotische Dekompensationen mit ausgeprägt aggressiven Verhaltensweisen beschrieben (mündlicher Erfahrungsbericht aus München).

Die Therapie ist auf suchtpsychiatrischen Stationen zunächst vorwiegend symptomorientiert geprägt mit dem Ziel somatischer und psychischer Stabilisierung und Kontaktsicherung, jeglichen Herausforderungen zur Behandlung der phasenweise ausgeprägten emotionalen Labilität und psychotischen Dekompensation (Livak et al., 2013). Aggressive Entgleisungen wie bei Methamphetaminkonsumenten sind untypisch. Die Erarbeitung hilfreicher möglichst nahtlos verfügbarer Postakutbehandlung gestaltet sich sehr unterschiedlich aufgrund der heterogenen Konsumentengruppen, der sehr unterschiedlichen psychischen und somatischen Stabilität und ist auch wesentlich abhängig von der Akzeptanz des diesbezüglichen

Lebensstils als suchtkrank (Simon et al., 2016; Livak et al., 2013; Tretter, 2014).

2.3 Spice et al.

Unter diesem Begriff werden Variationen künstlicher Cannabinoide zusammengefasst mit zum Teil über 20 verschiedenen Stoffen. Im EU-Early-Warnings-System sind inzwischen über 80 synthetische Cannabinoide erfasst. Diese Substanzen entfalten ihre Wirkung am endogenen sog. Cannabinoidsystem und unterscheiden sich von natürlichen Cannabisprodukten durch ihre erheblich höhere Affinität zu den Rezeptoren, die je nach Substanz zweifach, fünffach, zwanzigfach oder noch wesentlich stärkere Wirkung entfalten kann als klassische Cannabisprodukte. 1992 konnte A. Howlett (US) einen Rezeptor des körpereigenen Cannabinoidsystems nachweisen, J. W. Hoffmann (USA) hat in den 1980er Jahren an der Entwicklung künstlicher Cannabinoide geforscht und hat inzwischen über 300 derartiger Verbindungen entwickelt: Am bekanntesten ist JWH-018, die szenetypische Bezeichnung Spice wird inzwischen für alle künstlichen Cannabinoidprodukte als Oberbegriff verwendet (Wodarz, 2014).

Die Konsumentengruppe ist heterogen von der klassischen Drogenszene bis zu Freizeitkonsumenten. Angeboten werden diese Substanzen z.B. über das Internet unter einer Vielfalt kreativer Bezeichnungen wie z.B. Räuchermischung zur Raumlüfterfrischung. Spicemischungen werden üblicherweise geraucht. Das klinische Bild ist sehr heterogen, abhängig von der unterschiedlichen Wirkung der jeweiligen Substanzen an den Rezeptoren des endogenen Cannabinoidsystems. Das Psychoseisiko im Verhältnis zu klassischem Cannabis ist deutlich erhöht aufgrund der wesentlich intensivieren und länger dauernden Wirkung. Auch somatische Risiken sind nicht zu unterschätzen (Kopfschmerzen, Kreislaufprobleme unterschiedlicher Intensität), die u. a. zurückzuführen sind auf lang andauernde intensivere Stressreaktionen je nach Rauschwirkung und etwaiger psychotischer Symptomatik (Schmidt, 2012).

Das klinische Bild ist häufig geprägt von Angstattacken und zum Teil läppischem Verhalten. Dementsprechend ist die suchtpsychiatrische Akutbehandlung symptomatisch orientiert mit dem Ziel der somatischen und psychischen Stabilisierung, Kontaktherstellung und Sicherung. Eine Stabilisierung psychotischer Dekompensation zu erreichen gestaltet sich im Rahmen der Akutbehandlung häufig als sehr schwierig, das klinische Bild ist eher

von läppischem, teilweise angstgeprägtem Verhalten mitunter in Verbindung mit halluzinatorischen Bildern verschiedener Qualität geprägt, fremdaggressive Verhaltensweisen sind hingegen untypisch.

2.4 GHB/GBL

GHB wurde 1960 erstmalig synthetisiert von C.-G. Wermuth unter der Leitung von Dr. H. Laborit im militärischen Auftrag, 1963 wurde endogenes GHB entdeckt von Bessman & Fishbein und dessen Wirkung an GABA-(B)-Rezeptoren im Organismus (Hellmann, 2009). Im Rahmen der medizinischen Verwendung hat es Einsatz als i.v.-Narkotikum gefunden unter der Bezeichnung Somsanit, eine Ampulle beinhaltet 0,2428 Gramm. Klinisch hat es darüber hinaus Verwendung gefunden unter dem Begriff Xyrem zur Behandlung von Alkoholentzugssyndrom in Österreich, Italien, Ungarn, Frankreich und Portugal. Unter der Indikation Narkolepsie ist es in den USA seit 2002, in der EU und Deutschland seit 2005 zugelassen und dem BtMG unterstellt (Deutschland seit 2002).

Welchen der chemisch verwandten Stoffe GBL (Gamma-Butyrolacton), GHB (Gamma-Hydroxybutyrat) oder BD (1,4-Butandiol) der Konsument einnimmt, ist deshalb nachrangig, denn GBL und BD werden vom Organismus selbst zu GHB metabolisiert und entfalten ihre entsprechende Wirkung. GHB selbst ist flüssig, farblos, geruchsarm, im Geschmack leicht salzig, in Getränken mit eigener Geschmacksnote nicht auffällig und wird im Routine-DS nicht erfasst. Der Nachweis ist hochproblematisch: Im Blut sechs bis acht Stunden, im Urin zehn bis zwölf, max. 18 Stunden. Bei weiter zurückliegenden Zeiträumen müssen Haarproben durchgeführt werden, die nach einem Monat zu wiederholen sind und nur in Labors mit entsprechender analytischer Erfahrung untersucht werden sollten. Bezüglich der üblicherweise in Gramm gemessenen Wirkung – 1 g entsprechen 2 ml – dient folgendes Dosisverhältnis der groben klinischen Orientierung (Iten, 2009):

- 1 bis 2 g: Euphorisierend, „leichter Rausch“, erhöhtes Kontaktbedürfnis, Sinneseindrücke verstärkt, Hemmung bezüglich Intimkontakten reduziert;
- 2 bis 3 g: In 5 bis 20 Minuten leichter Schwindel, Übelkeit, Sehstörung, Reduktion der Herzfrequenz, epileptische Anfälle;
- 3 bis 4 g: Bewusstlosigkeit innerhalb von 10 bis 20 Minuten;
- Über 5 g: Tiefes Koma über ein bis vier Stunden und Atemdepression bei einer Wirkdauer von ca. drei Stunden (Iten, 2009).

Die Dosierungen sind wie stets gemessen an nicht gewohnten, also GHB-naiven Personen. GHB führt zu anterograder Amnesie und ist damit eine für gezielte sexuelle Übergriffe und Vergewaltigung nahezu maßgeschneidert einsetzbare Substanz. Bei Frauennotrufen zählt bundesweit der Hinweis auf gesicherten oder vermuteten sexuellen Missbrauch in Zusammenhang mit GHB-Konsum zu den wichtigsten Alarmmeldungen.

Anfang der 1990er Jahre in den USA, seit 1997 in der Clubszene in Deutschland verbreitet, seltener auch in der klassischen Drogenszene anzutreffen. Seit den 1980er Jahren wird versteckter Konsum in der Bodybuilding-Szene wegen vermuteter Förderung der Muskelmasse sowie zur Steigerung der Libido und krimineller Absichten in Zusammenhang mit gezieltem sexuellen Missbrauch berichtet. Entsprechende Straftaten werden in Großbritannien unter dem Begriff „drug facilitated sexual assaults“ (dfsa) bzw. „drug facilitated crimes“ (dfc) erfasst.

Mischkonsum mit

- Alkohol führt zu Wirkungsverstärkung und Atemdepression,
- LSD soll zur Milderung der LSD-Wirkung führen bei vergleichsweise eher guter Verträglichkeit und Förderung sexueller Enthemmung,
- Ecstasy zu körperlichen Missempfindungen (Brechreiz, Unwohlsein), mit
- Ketamin eher zu gegenseitiger Wirkungsreduktion (Hellmann, 2009).

Endogenes GHB ist im Blut ca. in einer Konzentration von 0,1 bis 1,5 mg/l enthalten (cave-Citratblut und Leichenblut: Dort erhöhte GHB-Konzentration), im Urin mit ca. 0,3 bis 5,8 mg pro Liter.

Die Therapie besteht je nach Symptomatik insbesondere in der somatischen Stabilisierung (erhöhtes Risiko der Atemdepression) und psychischen Stabilisierung, insbesondere nach erfolgten sexuellen Übergriffen. Das Delir-Risiko ist deutlich erhöht, im Rahmen der suchtpsychiatrischen Akutstationen zum Teil nur eingeschränkt beherrschbar wegen zumeist fehlender, zumindest eingeschränkter intensivmedizinischer Behandlungsoptionen (Proesd et al., 2009; De Jong et al., 2012).

2.5 Weitere Research Chemical Drugs

Aufgrund der hohen Zahl jährlich als neu erfasseter bislang unbekannter psychotrop wirksamer Substanzen in der EU mit großem Spektrum an Wirkungen und Nebenwirkungen ist eine einheitliche Darstellung der klinischen Wirkung in diesem Rahmen faktisch nicht

möglich. Aufgrund der bisher minimalen Nachweismöglichkeiten, der faktischen Unkenntnis der Konsumenten darüber, welche Drogen mit welchem Inhaltsstoff sie eingenommen haben und der Nichterfassbarkeit dieser Stoffe im klinischen Routinescreening lassen sich bisherige klinische Erfahrungen bestenfalls über Einzelfälle, jedoch nicht umfassend darstellen (Simon et al., 2016).

3 Erfahrungen in der klinischen Suchtpsychiatrie

Im Rahmen der suchtpsychiatrischen Versorgungsangebote werden Drogenkonsumenten in Institutsambulanzen, Substitutionsambulanzen und von niedergelassenen Ärzten behandelt und in Verbindung mit der psychosozialen und ressourcenbedingt leider nur eingeschränkt praktizierten aufsuchenden Betreuung durch Drogenberatungsstellen. Im stationären Setting werden Patienten in die qualifizierten Akut- bzw. Entzugsbehandlung aufgenommen, die sich von der bloßen Entgiftung durch das integrative Konzept der Entzugsbehandlung in Verbindung mit Motivationsförderung und Erarbeitung einer individuell sinnvollen möglichst nahtlos verfügbaren Anschlussbehandlung bzw. -perspektive im Rahmen eines multiprofessionellen und multidimensionalen Behandlungssettings auszeichnet (Kuhlmann et al., 1994a, 1994b).

Die Langzeittherapie (medizinische Rehabilitation, im Unterschied zur qualifizierten Akutbehandlung nicht von der gesetzlichen Krankenkasse, sondern der Deutschen Rentenversicherung finanziert mit der primären Zielsetzung der Sicherung/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) umfasst eine mehrmonatige Therapie. Diese bedarf eines Leistungsantrags des Versicherten im Unterschied zur qualifizierten Akut-/Entzugsbehandlung, welche als Teil der Regelversorgung GKV-finanziert ist und vom Konsumenten direkt in Anspruch genommen werden kann, sei es über vorherige Terminabsprache oder im Rahmen einer Notaufnahme ohne vorherigen Antrag beim Leistungsträger. Grundvoraussetzung ist neben dem Nachweis des Bedarfs und der positiven Prognose die Reha-Fähigkeit, eine für viele NPS-Konsumenten hohe bzw. zu hohe Hürde je nach Ausprägung der psychotischen Symptomatik und – insbesondere bei Methamphetaminkonsumenten – der lang anhaltenden kognitiven Defizite und Stimmungsschwankungen. Diesbezüglich erschwert jede zeitliche Verkürzung der medizinischen Rehabilitation die Chancen gerade für Methamphetaminkon-

sumenten sich über dieses Hilfsangebot umfassend und lang anhaltend zu stabilisieren (Wetzel & Rothe, 2016; Braun, 2013).

Nach wie vor erfolgen die meisten Behandlungen im Rahmen der qualifizierten Akut-/Entzugsbehandlung infolge Konsums von vor allem Opiaten/Opioiden, Kokain, Amphetaminen, THC, weiteren Halluzinogenen plus Alkohol und Benzodiazepinen sowie im Einzelfall bei zunehmender Tendenz Methamphetaminen u. a. sog. neuen psychoaktiven Substanzen bei sehr unterschiedlichen individuellen jeweiligen Konsummustern, in den Regionen nahe der tschechischen Grenze bilden Crystalkonsumenten die größte Gruppe (Härtel-Petri, 2016).

In Bezug auf den Konsum von Methamphetaminen und GHB/GBL sowie vermutlich auch anderer neuer psychoaktiver Substanzen ist davon auszugehen, dass der weit überwiegende Teil der klinischen Behandlungen im Rahmen der Allgemeinkrankenhäuser infolge massiver Intoxikation in Verbindung mit ausgeprägten somatischen Reaktionen und Kreislaufzusammenbrüchen bis hin zu vitalbedrohlichen Zuständen durchgeführt wird. Notfallbehandlungen v.a. infolge Methamphetaminkonsum erfolgen vorrangig in Allgemeinkrankenhäusern, im Großraum Köln werden wiederholt Fälle berichtet von Patienten, die nach Kreislaufstabilisierung, zunehmender Unruhe und durch gesteigertes aggressives, dissoziales Verhalten auf den Stationen die Behandlung vorzeitig gegen ärztlichen Rat beenden.

Die Reaktionen der betroffenen Mitarbeitern sind häufig von subjektiver Entlastung geprägt, da im Rahmen des allgemeinmedizinischen Settings die von diesen Patienten ausgehenden enormen Spannungen kaum beherrschbar sind und die betroffenen Patienten eine nahtlose Vermittlung in das suchtpsychiatrische Hilfesystem ablehnen, sofern dieses Thema überhaupt zur Sprache kommt.

Bei Intoxikationen infolge GHB/GBL, weder im Routine-Drogenscreening noch in Routine-laborverfahren nachweisbar, ist ebenfalls davon auszugehen, dass die weit überwiegende Zahl Intoxikierter im Rahmen allgemeinmedizinischer Intensivbehandlung bei ausgeprägt delirantem klinischen Bild versorgt wird. Sofern Intoxikation infolge GHB bekannt ist, empfiehlt sich die homologe Behandlung mit Somsanid, wobei vier Ampullen à 0,2428 mg 1 g GHB/GBL entsprechen. Diese monitorpflichtige Behandlung ist dem Einsatz von Neuroleptika und Benzodiazepinen deutlich überlegen und im Rahmen der qualifizierten Akut-/Entzugsbehandlung nicht regelhaft, sondern nur bei Verfügbarkeit monitorgestützter Behandlungen (in Zusammenarbeit mit In-

ternisten/Anästhesisten) möglich (Proesd et al., 2009; De Jong et al., 2012).

Die Konsumenten sind eine in sich sehr heterogene Zielgruppe:

- Konsumenten mit polyvalentem Konsummuster und ausgeprägter Neigung zum Konsum jeglicher Stoffe, denen psychotrope Wirkungen nachgesagt werden,
- Konsumenten mit anderen bevorzugten psychoaktiven Substanzen und neugierbedingter Neigung zum (Probier-)Konsum unbekannter psychotroper Substanzen sowie
- Konsumenten aus anderen sozialen Bereichen ohne Kontakt zur Drogenszene und ohne Selbstbild als Drogenkonsument mit tendenziellem/bereits ausgeprägtem Abhängigkeitspotential. Diese vermutlich größte Zielgruppe ist im Rahmen suchtspezifischer Angebote schwer erreichbar aufgrund der Selbsteinschätzung als hedonistische Gelegenheitskonsumenten ohne Abhängigkeitsrisiko.

Grundlegende Herausforderung bezüglich der skizzierten vor allem letztgenannten Zielgruppe ist die Herstellung des Kontaktes sowie die Beherrschung der oft ausgeprägten somatischen und allgemeinspsychiatrischen Symptomatik. Psychotische Dekompensationen treten sowohl im Zusammenhang mit Methamphetaminkonsum als auch nach Einnahme sog. Badesalze oder Stoffe aus der Spice-Gruppe auf und sind auch im klinischen Rahmen schwierig zu behandeln; bei länger dauerndem Konsum sind ausgeprägte Konzentrations- und kognitive Defizite feststellbar. Motivation, Fähigkeit und Selbsteinschätzung in Bezug auf die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Wahrnehmung weiterer spezifischer Hilfen vor allem im Anschluss an die qualifizierte Akut- bzw. Entzugsbehandlung sind sehr unterschiedlich ausgeprägt und bei Patienten außerhalb der klassischen Drogenszene mit hoher innerer Abwehr verbunden.

Im Unterschied zu den Konsumenten von GHB/GBL, Kathinonprodukten (außer bei i.v.-Konsum) und Substanzen aus der Spice-Gruppe zeichnen sich Konsumenten mit Methamphetamin-Konsum insbesondere durch ausgeprägte emotionale Instabilität, massive Impulsschwankungen bis hin zu intensiv-aggressiven Durchbrüchen und sehr unterschiedliche, mitunter jedoch extrem stark ausgeprägte kognitive und Konzentrationsstörungen aus, die entsprechende Interventionsmuster erfordern (vielfältige kurze Interventionen, vielfältige Wiederholungen kurzer prägnanter Informationen, Nachhaken bei Terminabsprachen auch im stationären Rahmen, Berücksichtigung

der zum Teil fehlenden nicht nur zeitlich, sondern auch räumlichen Orientierung etc.) (Härtel-Petri, 2016; Wetzel & Rothe, 2016; Wodarz, 2014).

4 Konsum aus sexuellen Motiven

Die skizzierten Substanzen, insbesondere Methamphetamin und GHB haben in den letzten Jahren zunehmend an Attraktivität gewonnen zur Steigerung des sexuellen Lustempfindens und der Dauer der sexuellen Aktivitäten. Methamphetamin wird nach Konsumentenbeschreibung als Stoff erlebt, der verglichen mit Kokain und Amphetaminen wesentlich längere und intensiver erlebte sexuelle Aktivitäten ermöglicht, zum Teil stundenlang bei reduziertem Schmerzempfinden. GHB/GBL erhöht die Bereitschaft, sich auf Intimkontakte einzulassen und wird deshalb zum Teil gezielt genommen, zum Teil in krimineller Absicht Zielpersonen ohne deren Wissen verabreicht (z. B. durch Einträufeln in ein Getränk). Mephedron entfaltet eine diesbezüglich ecstasyähnliche entaktogene Wirkung, die auch die Wahrscheinlichkeit der sexuellen Kontaktaufnahme erhöht. Spice scheint in diesem Zusammenhang keine Rolle zu spielen, allerdings andere bereits länger bekannte Stoffe, insbesondere Ketamin. Dieses wird in Verbindung mit Methamphetamin nicht nur, aber im erheblichen Maße gerade deshalb in der MSM-Szene genommen, da es neben einer eigenen Rauschwirkung die Schmerzempfindung deutlich herabsetzt bei Erhaltung der Atemreflexe (und als einziges Narkotikum blutdrucksteigernd wirkt). Dadurch werden insbesondere sexuelle Penetrationstechniken möglich und auch über einen längeren Zeitraum praktiziert, die ohne die schmerzreduzierende Wirkung kaum praktikierbar wären mit Zustimmung des Partners.

Wie viele Konsumenten dieser Zielgruppe überhaupt Kontakt zum suchtpsychiatrischen Suchthilfesystem haben bis zur Behandlung im Rahmen der qualifizierten Akut-/Entzugsbehandlung, lässt sich schwer abschätzen. Da viele dieser Konsumenten sich selbst nicht als krank/gefährdet betrachtet, werden entsprechende spezifische Hilfsangebote nicht aufgesucht, sondern gemieden (Kuhlmann & Deimel, 2016). Ein nicht unerheblicher Teil der suchtpsychiatrischen Aufnahme erfolgt als Notfallbehandlung, auch im Rahmen von Zwangseinweisungen nach aggressiver und/oder psychotischer Dekompensation in intoxiziertem Zustand. Diese Patienten nach beginnender psychischer Stabilisierung zu motivieren sich auf weitergehende spezifische Behandlungsangebote einzu-

lassen, gestaltet sich stets schwierig. Inwiefern vor häufig kurzfristigem Behandlungsabbruch der Patienten eine Anamneseerhebung erfolgen konnte, die Konsummuster und -motivation in ausreichendem Maß umfasst und ggf. fremdanamnestisch, z.B. durch den niedergelassenen Arzt oder Drogenberatungsstellen bestätigt werden kann, ist nicht sicher abschätzbar. Die Zahl jener Konsumenten, die im Rahmen der qualifizierten Akut-/Entzugsbehandlung ihre Konsummotive insbesondere zur Intensivierung des sexuellen Lustempfindens zu thematisieren vermögen oder auch wollen, ist bisher niedrig. Das Thema Sexualität wird bedauerlicherweise auch im Rahmen der suchtpsychiatrischen Behandlung unzureichend, nämlich nachrangig bis gar nicht thematisiert.

Insofern ist davon auszugehen, dass eine schwer abschätzbare Zahl an Drogenkonsumenten mit der primären Konsummotivation Steigerung des sexuellen Lustempfindens nicht identifiziert wird. Sofern Erfahrungen mit Veränderungen der eigenen Sozialkontakte unter Amphetaminkonsum besprochen werden können, wird seitens der Konsumenten die deutlich erhöhte Intensität und Verlängerung der Zeitspanne auf mehrere Stunden ungewohnt intensiven Sexualerlebens berichtet bei reduzierter Schmerzempfindung, die zum Teil auch durch zusätzlichen Ketaminkonsum verstärkt wird. Im Großraum Köln wird von Mitarbeitern der AIDS-Hilfe und HIV-Schwerpunktpraxen berichtet, dass eine nennenswerte Zahl jüngerer Männer aus der MSM-Gruppe zielgerichtet von Konsumbeginn an Methamphetamin i.v. konsumiert („slamming“) bei strikter Vermeidung jeglicher Kontakte zur ambulanten Drogenhilfe und der klinischen Suchtpsychiatrie. Analoge Erfahrungen sind in anderen großstädtischen Ballungszentren (insbesondere Berlin, aber auch Hamburg, München etc.) bekannt (Kuhlmann & Deimel, 2016).

Eine Vernetzung dieser unterschiedlichen Hilfsangebote im Alltag zur Verbesserung der Zugänge dieser Konsumenten in die suchtpsychiatrische Behandlung ist nach wie vor sehr schwierig. Dieses regional sehr unterschiedliche Auftreten vermehrten Konsums dieser skizzierten Stoffe ist bisher dadurch charakterisiert, dass GHB, eine in der Chemieindustrie in großem Ausmaß seit Jahrzehnten verwendete Substanz (u.a. als Felgenreiniger, Nagellackentferner etc.), vor allem im großstädtischen Raum mit Nähe zur Chemieindustrie vorkommt, ebenso Spice und sog. Badesalze, während Methamphetamin aufgrund der zunehmenden Produktion in kleinen Werkstätten im Untergrund in Tschechien sich in grenznahe Regionen in Tschechien (Sachsen, Thüringen

und Bayern, vor allem die Oberpfalz) über die Großstädte zunehmend bundesweit ausbreitet, wobei der Schwerpunkt nach wie vor in der Grenzregion zu Tschechien liegt (Härtel-Petri, 2016; Wetzel & Rothe, 2016; Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

Die Tendenz zu frühzeitig hochriskantem Konsummuster ist in der MSM-Szene besonders ausgeprägt. Aus Großbritannien wird berichtet, dass im dortigen Szeneschwerpunkt London die zum Teil hochriskanten Konsummuster bereits in diesem Jahr zu etlichen Todesfällen geführt haben, dort sind im Rahmen des sog. Neptun-Projekts spezifische Interventionsstrategien erarbeitet und erprobt worden, deren konkrete Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse zunehmend diskutiert und praktisch erprobt wird (Milin et al., 2016).

5 Fazit

Die unter dem Begriff NPS zusammengefassten Substanzen sind heterogen, zum Teil seit Langem bekannt, zum Teil neu. Die Gruppe der inzwischen über 100 zuvor unbekanntem im engeren Sinne neuen psychoaktiven Substanzen, die jährlich in der EU festgestellt werden, zeichnen sich durch ein vielfältiges, uneinheitliches Wirkungsspektrum aus (Simon et al., 2016). Da diese Substanzen im Routine-Drogenscreening nicht erfasst werden können, die Stoffe unter unterschiedlichen Phantasiebezeichnungen verkauft werden und hinsichtlich der Wirkung bei Mono- und Mischkonsum noch keine umfangreichen Erfahrungen vorliegen, lässt sich schwer abschätzen, inwiefern eine nennenswerte Zahl von Konsumenten aus diesen Zielgruppen Kontakt zum suchtpsychiatrischen Hilfesystem hat. Im Rahmen stationärer Akut- und Langzeitbehandlung spielen diese nicht im Routine-Drogenscreening erfassten Substanzen eine zunehmende Rolle, da sie vermutlich für unerwartet auftretende Veränderungen in der Psychopathologie der behandelten Patienten mitverantwortlich sind, jedoch aufgrund fehlender bzw. aufgrund der Kosten nur in wenigen Einzelfällen und damit nicht routinemäßig verfügbarer Nachweismöglichkeiten und fehlender Erfahrung bezüglich Wirkung, Nebenwirkung und Wechselwirkung kaum eingeschätzt werden können.

Die Stoffe finden Verbreitung sowohl in der klassischen als auch der neuen Drogenszene. Eine erhebliche Gruppe der Konsumenten, insbesondere, jedoch nicht nur in der MSM-Szene, sondern auch bei anderen Partygängern sind dadurch zu charakterisieren, dass sie sich als hedonistisch, nicht missbräuchlich und

insbesondere nicht abhängig Konsumierende verstehen und auf diesem Hintergrund eine große innere Distanz zum Drogenhilfe- und suchtpsychiatrischen Hilfesystem haben. In Notfällen kommt es vor allem infolge Methamphetamin-, aber auch GHB-/GBL-Konsums zur Aufnahmebehandlung im Allgemeinkrankenhaus mit schneller Entlassung nach Stabilisierung insbesondere der somatischen Verfassung. Aufgrund der Kontaktvermeidung seitens der Konsumenten und der regional sehr unterschiedlich ausgeprägten Vernetzung gestaltet sich eine Verbesserung des Kontakts seitens des Drogenhilfesystems zu dieser Konsumentengruppe schwierig.

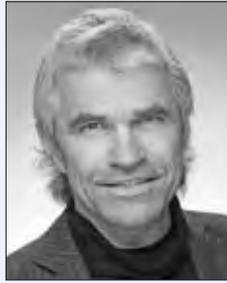
Fachliche Herausforderungen bestehen vor allem darin, überhaupt Kontakt herzustellen, zu sichern, die Konsummotivation zu hinterfragen, diesbezüglich adäquate Hilfsangebote zu entwickeln und in die bestehenden Strukturen zu integrieren, das heißt sowohl Behandlungsangebote vorzuhalten, bei denen diese Klientengruppe in die bestehenden Behandlungssettings integriert wird, als auch spezifische, die sich vorrangig an dieser Zielgruppe orientieren. Die von der AIDS-Hilfe bereits in den 1980er Jahren entwickelten und praktizierten Initiativen, aufsuchenden Kontakt zu den potentiellen Konsumenten zu praktizieren durch Besuch entsprechender Partys und mit Informationsmaterial über Wirkung und Nebenwirkung i.S. des Safer-Use-Ansatzes können hier als Vorbild dienen (Kuhlmann, 1996). Eine erhebliche Hemmschwelle ist die ungeklärte Rechtslage bzw. Interpretation derartiger Hilfsangebote im juristischen Raum. In Österreich suchen Prof. Schmidt, Wien, und seine Mitarbeiter mit einem mobilen Drogenlabor seit Jahren große Events auf und bieten den Konsumenten an, während des Events die von ihnen zum Konsum besorgten Stoffe zu analysieren und über potentielle Wirkungen und Nebenwirkungen zu informieren (Schmidt, 2012). Eine juristische Absicherung derartiger Aktivitäten auch in Deutschland zur Intensivierung und Verbreitung derartiger Ansätze ist sowohl aus suchtpsychiatrischen- als auch Public-health-Gesichtspunkten dringend zu wünschen. Nach erfolgter qualifizierter Akut-/Entzugsbehandlung die Konsumenten zu motivieren, weitere längerfristige Hilfsangebote anzunehmen, ist im Rahmen der eigenen klinischen Erfahrungen bislang unbefriedigend gelöst. Die Bedeutung des Internets für die schnelle Verbreitung gerade von Research Chemical Drugs, die große Mobilität der Konsumenten mit ausgeprägter diesbezüglicher Konsumneigung stellen eine Herausforderung für die Hilfesysteme dar, die intensivem Erfahrungsaustausch von

Behandlungserfahrungen in unterschiedlichen Settings und damit insbesondere aus Regionen mit diesbezüglicher Schwerpunktszenebildung zusätzliche Bedeutung verleihen. Im NEPTUNE-Projekt, London, sind praxisorientierte zielgruppenspezifische zusammengefasst mit praxisorientierten zielgruppenspezifischen Interventionen erarbeitet worden; Kenntnisaufnahme, Rezeption und pragmatische Modifikation dieser Konzepte auch im deutschen Hilfesystem sind zu wünschen (Milin, 2016; Schaub & Bachmann, 2012; Abdulrahim & Bowden-Jones, 2015; Pin, 2015).

Literatur

- Abdulrahim, D. & Bowden-Jones, O. (2015). *On behalf of the NEPTUNE expert group. Guidance on the management of acute and chronic harms of club drugs and novel psychoactive substances*. London: Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE).
- Braun, M. (2013) Neue Drogen – neue Therapien. *Konturen*, 34, 5, 23-27.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015). *Methamphetamin – Handlungsfeld Behandlung*. Tagungsdokumentation. Berlin.
- De Jong, C., Kamal, R., Dijkstra, B. A. et al. (2012). Gamma-hydroxybutyrate detoxification by titration and tapering. *European Addiction Research*, 18, 1, 40-45.
- EMCDDA (2013). *European Drug Report 2015. Trends and Developments*. Luxembourg: Publication Office of the European Union
- Gouzoulis-Mayfrank & E., Daumann, J. (2015) *Amphetamine, Ecstasy und Designerdrogen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Härtel-Petri, R. (2014). *Crystal-Meth. Wie eine Droge unser Land überschwemmt*. München: Riwa.
- Härtel-Petri, R. (2016). Crystal-Meth als Herausforderung für das Suchthilfesystem – Klinische Empfehlungen. *Suchttherapie*, 17, 4, 10-16.
- Hellmann, B. (2009). *GHB – Trenddroge und Tatwerkzeug. Update Suchtmedizin*. Klinik für Psychiatrie der Universität Essen.
- Iten, P. X. (2009). *GHB/GBL als Herausforderung für Rechts- und Verkehrsmedizin?* Vortrag im Rahmen des 2. Deutschen Suchtkongresses am 17.09.2009 in Köln.
- Iversen, L. (2009). *Speed, Ecstasy, Ritalin*. Bern: Huber.
- Kuhlmann, Th., Hasse, H. E. & Sawalies, D. (1994a). Die qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW. *Psychiatrische Praxis*, 21, 1, 13-18.
- Kuhlmann, Th., Hasse, H. E. & Sawalies, D. (1994b). Harm-Reduction und niederschwellige Drogenhilfe in NRW – über die Anforderung an

- eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger. *Sucht*, 40 1, 50-56.
- Kuhlmann, Th. (1996). Harm reduction – zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit. *Psychiatrische Praxis*, 23, 4, 157-160.
- Kuhlmann, T. & Deimel, D. (2016). Neue psychoaktive Substanzen – eine Herausforderung für die Suchthilfe. Interview mit Prof. Dr. Deimel. *Suchttherapie*, 17, 4, 148-149.
- Livak, V. et al (2013). Badesalz-Psychosen – Klinische Aspekte. *Sucht*, 59, 1, 55-61.
- Milin, S. et al. (2016). *Neptune: Praxisorientierte Empfehlungen für das Management von Konsumenten neuer psychoaktiver Substanzen (NPS)*. 21. Hamburger Suchttherapietage.
- Ohler, N. (2015). *Der Totale Rausch: Drogen im Dritten Reich*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Pin, A (2015). Psychosoziale Behandlung als Netzwerkaufgabe in der Qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger. *Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation*, 95, 1, 50-53
- Proesd, G., Zschernack, T., Stelzig, M. & Steinacher, B. (2009). Schweres Entzugsdelir bei chronischem Gammahydroxybuttersäurekonsum. *Nervenarzt*, 80, 5, 607-610.
- Schaub, M. & Bachmann, A. (2013). Stimulanzien: vielschichtige Konsumphänomene erfordern diversifizierte Angebote. *SuchtMagazin*, 3, 5-9.
- Schmidt, R. (2012). *Neue synthetische Drogen – Risikoeinschätzung und Präventionsansätze*. Deutscher Suchtkongress Berlin.
- Simon R., Pirona, A. & Montanari, L. (2016). Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und Anforderungen an das Hilfesystem. *Suchttherapie*, 17, 1, 27-33.
- Tretter, F. (2014). „Badesalz-Psychosen“ – Klinische Erfahrungen. Suchtleitertagung der BDK, Regensburg.
- Unger, F. (1994). Der Einsatz von Pervitin im deutschen Heer im zweiten Weltkrieg. *Wehrmedizinische Monatsschrift*, 38, 374-380.
- Wetzel, W. & Rothe, A. (2016) „Suchtberatung anders“ – Veränderungsbedarfe in der ambulanten Suchthilfe durch Crystal-Meth. *Suchttherapie*, 16, 1, 22-26.
- Wodarz, N. (2014). *Kurzgefasster Überblick: Von Spice zu „Badesalzen. Neue psychoaktive Substanzen*. Suchtleitertagung der BDK, Regensburg.



Dr. med. Thomas Kuhlmann

Chefarzt

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Schlodderdicher Weg 23a

D-51469 Bergisch Gladbach

thomas.kuhlmann@klinikum-oberberg.de

Brigitte Boothe,
Wolfgang Marx,
Theo Wehner
(Hrsg.)

Panne – Irrtum – Missgeschick

Die Psychopathologie
des Alltagslebens
in interdisziplinärer
Perspektive



256 Seiten, ISBN 978-3-95853-215-1,
Hardcover, 2. erweiterte Auflage
2016, Preis: 25,- €

eBook:
ISBN 978-3-95853-216-8, Preis: 15,- €
(www.ciando.com)



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308
Fax ++ 49 (0) 5484-550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Innere Verstrickungen bringen sich als Störfall in der sozialen Welt zum Ausdruck. Die „Freud'sche Fehlleistung“ – inzwischen ein geflügeltes Wort – hat nicht nur Unterhaltungswert, sondern auch die Forschung kreativ angeregt. Da Fehler, Panne und Fehlleistungen unser täglich Brot sind, ist die Fehlerfreundlichkeit im technischen Bereich ein wichtiges Thema. Der Charme der Dummheit und das Schöpferische der Panne kommen zur Sprache. Experten aus so unterschiedlichen Gebieten wie Neurowissenschaft, Psychologie, Psychoanalyse, Soziologie, Pädagogik, Theologie und Literaturwissenschaft ergründen in ihren Beiträgen Panne und Fauxpas, Störfall und Misserfolg. Wer kann sich noch Dummheit leisten? Oder Schadenfreude? Gibt es noch „Blamagen“ in multikulturellen Gesellschaften? Wo geht die Schadenfreude in Grausamkeit über? Wird man aus Schaden wirklich klug – und ist es auch klug, ihn aktiv herbeizuführen, um selbst besser dazustehen? Arbeitspsychologen haben herausgefunden, dass manchmal Schadensvermeidung nicht durch Kontrolle, sondern durch Fehlerfreundlichkeit zu erreichen ist. Wann Planung gelingt und wann sie scheitert, lässt sich an eindrucksvollen Beispielen aus der Praxis zeigen.

Vorwort zur erweiterten Neuauflage:
Das Alte wirkt immer noch frisch, das
Neue zieht nach oder überspannt den
Bogen
*Theo Wehner, Wolfgang Marx und Bri-
gitte Boothe*

Vorwort
Mario Erdheim

Einleitung: Vom Störfall zum Schöp-
fungshandeln
Brigitte Boothe

Panne und Peinlichkeit

Die Fehlleistung: peinlich, rebellisch,
tragisch, charmant
Brigitte Boothe

Das Richtige im Falschen: Die Fehlleis-
tungen
Jürgen Körner

Verkehrte Himmodelle und die Him-
mechanismen der Fehlleistung
*Martha Koukkou und Dietrich Leh-
mann*

Der Fauxpas
Jörg Bergmann

Über die Schadenfreude: Die Eskamo-
tierung des Gewissens im Gelächter
Peter von Matt

Sicherheit und Sabotage

Das dumme Kind
Jürgen Oelkers

Über die Vitalität fehlerhaften Han-
delns und den vermeintlichen Gegen-
satz zur Unfall- und Sicherheitsför-
schung
Theo Wehner und Klaus Mehl

Ja, mach nur einen Plan
Stefan Strohschneider

Selbstschädigung
Hans-Dieter Mummendey

Versehen und Verrücken

Versagen: Disaster oder Aufbruch
Jürgen Kriz

Obliques Denken
Gernot Böhme

Die Prägnanz des Versehens
Philipp Stoellger

Zur Psychopathologie des Schöpfun-
gshandeln
Wolfgang Marx

Nachwort zur 1. Auflage
Hans Weder

Und zum Abschluss: Gibt es Pannen
der Malerei?
Brigitte Boothe

Nachwort zu: Das Richtige im Fal-
schen: Die Fehlleistungen
Jürgen Körner

Nachwort zu: Verkehrte Himmodelle
und die Himmechanismen der Fehlleis-
tung
Martha Koukkou

Nachwort zu: Versagen: Disaster oder
Aufbruch
Jürgen Kriz

Nachwort zu: Zur Psychopathologie
des Schöpfungshandeln
Wolfgang Marx

Nachwort zu: Ja, mach nur einen Plan
Stefan Strohschneider

Über unscheinbare, vermeintlich doch
durch unzureichende Aufmerksamkeit
und Konzentration auftretende Fehler –
The reason, why James Reason is mista-
ken
Klaus Mehl