



DROGEN

**Medizin
oder Geißel
der Gesellschaft?**

von

.....
 Peter Breit

DROGEN

Medizin oder Geißel der Gesellschaft

Inhalt

1	Drogen so alt wie die Menschheit.....	1
2	Drogen im gesellschaftlichen Kontext.....	2
3	BegriffsBestimmungen.....	3
3.1	was sind Drogen.....	3
3.2	was ist Sucht.....	3
3.3	SuchtBegriff.....	4
4	Unterteilung von Drogen.....	5
4.1	nichtstoffliche Drogen - Süchte.....	5
4.1.1	Arbeit.....	6
4.1.2	Essen.....	6
4.1.3	Spielen.....	6
4.1.4	Sex.....	7
4.1.5	Sport.....	7
4.1.6	TV.....	7
4.1.7	InterNet.....	7
4.1.8	KaufZwang.....	7
4.2	stoffliche Drogen - Süchte.....	8
4.2.1	legal - BegriffsBestimmung und Wirkung.....	8
4.2.1.1	Alkohol.....	8
4.2.1.2	Tabak.....	8
4.2.1.3	Medikamente.....	9
4.2.2	illegal - Kosum, Wirkung, Risiko.....	10
4.2.2.1	CannabisProdukte.....	10
4.2.2.2	Kokain und Crack.....	11
4.2.2.3	LSD.....	12
4.2.2.4	Amphetamine.....	12
4.2.2.5	Ecstasy.....	13
4.2.2.5.1	vom Appetitzügler zur TechnoDroge...	13
4.2.2.5.2	Pillen und Pülverchen - Beispiele.....	13
4.2.2.5.3	Wirkstoffe.....	14
4.2.2.5.4	illegale Droge.....	14
4.2.2.5.5	aktuelle Diskussion.....	14
4.2.2.5.6	Harmonie und Psychose.....	15
4.2.2.5.7	Risiken im StraßenVerkehr.....	15
4.2.2.5.8	der FührerSchein.....	15
4.2.2.6	Heroin.....	16

Inhalt

5	medizinische Erstversorgung.....	17
5.1	DrogenNotfälle schwer zu erkennen.....	17
5.2	Diagnostik bei DrogenNotfällen.....	18
5.2.1	Opiate.....	18
5.2.2	Cannabis und Halluzinogene.....	18
5.2.3	Amphetamine und Ecstasy.....	19
5.2.4	Kokain.....	19
5.2.5	SchnüffelStoffe (organische Lösungsmittel).....	19
6	Gesetzeslage im Europäischen Vergleich 1999.....	20
7	Mortalität in der BRD 1999, Zahlen und Fakten.....	21
7.1	Tabak.....	21
7.2	Alkohol.....	22
7.3	Medikamente.....	23
7.4	illegale Drogen insgesamt.....	24
7.4.1	Erstkonsumenten harter Drogen.....	25
8	politische Lösungsansätze.....	26
8.1	GeschäftsStelle der DrogenBeauftragten.....	26
8.2	InterMinisterielle ArbeitsGruppe.....	26
8.3	Unterstützung der VerbandsArbeit.....	26
8.4	Koordination mit den Ländern.....	26
8.5	Bund-Länder-Koordinierungskreis.....	26
8.6	Europäische DrogenBeobachtungsStelle.....	27
8.7	Zusammenarbeit mit der EU und der UN.....	27
8.8	EU - DrogenPolitik.....	27
9	Beratungs- und BehandlungsStellen.....	28
10.	10 Punkte-Programm der DHS - ein Gesamtkonzept.....	29
10.1	1. ProduktAbgabe für Alkohol und Nikotin.....	29
10.2	2. Kinder stark machen.....	29
10.3	3. Konsumenten entkriminalisieren.....	29
10.4	4. Behandlung der Krankheit ausbauen.....	29
10.5	5. SelbstHilfePotentiale fördern und nutzen.....	29
10.6	6. Maßnahmen zur ÜberlebensHilfe ausbauen.....	30
10.7	7. Ausstieg kein RandThema.....	30
10.8	8. IntegrationsHilfen eröffnen.....	30
10.9	9. Finanzierung für SuchtKranke absichern.....	30
10.10	10. Berufung einer Bundes-Kommission „Sucht“.....	30
11	Drogen bedrohen unsere Gesellschaft.....	31
12	7 goldene Regeln, um im Gespräch zu bleiben.....	32
13	SchlussBemerkung.....	33
14	wichtige Adressen in Köln.....	34
15	wichtige Adressen in der BRD und der EU.....	35
16	QuellenNachweis.....	36

1. Drogen so alt wie die Menschheit

Die Geschichte, zeigt uns, dass zu allen Zeiten und in allen Kulturen, Drogen konsumiert wurden. Drogen sind so alt wie die Menschheit selber. Sogar in der Tierwelt, ist die Einnahme von Rauschmitteln in erheblichem Maße anzutreffen.

Schon die großen Schöpfungsmythen der Völker künden von Drogen, ebenso die frühesten Zeugnisse der Zivilisation, rund um den Erdball. Niemals waren Menschen verlegen um Stoffe, die sie narkotisierten oder euphorisierten, aktivierten oder angenehmer schlafen ließen.

Im asiatischen Raum verbreitete sich die in Indien vorkommende Hanfpflanze schnell zum wichtigsten Kulturkraut. Die Chinesen genießen Cannabissamen und daraus gewonnene Elixiere seit mehr als 6000 Jahren.

Im alten Indien war das Lesen heiliger Texte nur jenen gestattet, die ihre Alltagsgedanken mit dem Konzentrationsförderer Cannabis verscheuchten.

Ägypter wie Griechen wissen seit der Antike um die beruhigende Wirkung des Opiums: „Ein Mittel, Kummer zu tilgen und Groll und jeder Leiden Gedächtnis“, preist Homer die getrocknete Milch aus Mohnkapseln in der „Odyssee“.

Im Alten Testament gilt als Alkohol der Komplize der Sünde. „Schau nicht den Wein an“, heißt es in den Sprüchen (23, 31), „am Ende beißt er wie eine Schlange und sticht wie eine Viper“. Andererseits verwandelt Jesus Wasser in Wein, damit die Gäste bei der Hochzeit von Kanaa weiterzechen können. Beim Abendmahl gilt der Rebensaft sogar als „Christi Blut“.

Aus der Antike, wird eines der ersten uns bekannten Drogenrituale, das griechische Symposion (ca. 600 v. Ch.) überliefert. Ein religiöses Trinkgelage unter Männern, mit der Darreichung von Wein. Es wurde den Göttern Trankspenden dargeboten, um diese wohlgesonnen zu stimmen.

Der Redner Antiphon plädierte ca. 500 v. Ch., vor Gericht dafür, dass Trunkenheit als strafmildernd berücksichtigt werden sollte. Aristoteles tritt hundert Jahre später dafür ein, einen Betrunkenen doppelt zu bestrafen, „denn die Ursache (betrunken zu sein) lag bei ihm, es stand ihm frei, sich zu betrinken“. Der römische Philosoph Seneca beschreibt Trunkenheit sei nichts anderes als „freiwillige Geistesstörung“.

Bei den Chinesen macht sich bald darauf ein andersartiges Rauschmittel Karriere: Han-Shi, „Kalte Mineralien“, eine Art Designer-Droge, weil aus verschiedenen Substanzen zusammengemischt. In der Wissenschaft, gilt Han-Shi als das erste „moderne Rauschgift“, denn von Beginn an ist seine Einnahme nicht mit magischen oder religiösen Motiven verbunden. Es dient ausschließlich dem Genuß, der Verschönerung des Augenblicks. Damit fehlen die traditionellen Mechanismen der sozialen Kontrolle.

Ein grundlegend neues Kapitel der Drogengeschichte beginnt im ausgehenden Mittelalter. Der technische Fortschritt ermöglicht die Destillation von Wein. Die Arznei „Aqua Vitae“ (Wacholderschnaps) avanziert im 16. Jahrhundert zur Massendroge. 1541 klagt Martin Luther, „ganz Deutschland ist mit dem saufen geplagt“. Bald darauf, die Industrialisierung hat begonnen, entstehen erste Schnapsfabriken. Die angestellten Arbeiter erhalten einen Teil ihres Lohns aufgrund der Strapazen (16 Stunden Arbeitstag) in Form von Branntwein.

1804 gelingt Wilhelm Adam Sertürner die Isolierung des „schlafmachenden Prinzips“ im Mohnsaft, dass er Morphinum nennt. Die Alkaloid-Chemie ist geboren, mit ihm das Prinzip der modernen Drogen.

2. Drogen im gesellschaftlichen Kontext

In der komplexen Gesellschaft des 21. Jahrhunderts, können Probleme des Individuums nicht mehr losgelöst von ihren Entstehungsfaktoren betrachtet werden, sondern müssen in einen gesellschaftlichen Gesamtzusammenhang eingebettet werden.

In der Betrachtung von Drogen und ihren Auswirkungen auf das Individuum ist von zentraler Bedeutung, in welchem geografischen, kulturellen, religiösen und politischen Kontext sich der Einzelne befindet. Die vorliegenden Faktoren spielen dabei eine erhebliche sich gegenseitig beeinflussende Rolle. Darüber hinaus muss die soziale Lage des Einzelnen als ausschlaggebender Faktor, die zur Einnahme von Suchtstoffen führt, berücksichtigt werden.

Um eine möglichst objektive Darstellung des Phänomens "Drogen in unserer Gesellschaft" zu gewährleisten, dürfen wir nicht dem Fehler unterliegen und uns eine einseitig gefärbte Brille aufsetzen. Kein Argument kann so starke Gewichtung haben, dass es nicht eine andere Sichtweise zuließe.

Die Flucht des Einzelnen in die Welt der Drogen (aus welchen Beweggründen auch immer), kann nie losgelöst von seiner Herkunft betrachtet werden.

Hier ein paar Beispiele:

- In Südamerika und Afrika liegt eine extrem schlechte Bodenertragslage vor, die Bauern werden allerdings von der Agrarpolitik der „Unitet Fruit Company“ dazu gezwungen, Viehfutter anzubauen (Futtermais für Lebensmittel). Nur logisch, dass sie versuchen mit dem Anbau von Drogen den Fortbestand der Familie zu sichern.

- Bergarbeiter in Bolivien, kauen traditionell Kokablätter, bedingt durch die unmenschliche Arbeitsbelastung im Untertagebau.

- Christliche Seefahrer erhielten unermesslich an Rum auf ihren Seereisen.

- Arbeitslose in der Bronx (New York), in der Stadt der Millionäre, nehmen Drogen aller Art, um das Gefühl zu haben, am gesellschaftlichen Leben ihrer Stadt dem „high life“ zu partizipieren.

- Übergewichtige Frauen in den industrialisierten Ländern nehmen Abführmittel, um dem durch die Werbung propagierten Schönheitsideal zu entsprechen.

- In den industrialisierten Ländern, (der Welt der Depressionen und Psychosen) wird als medizinisch legales Mittel, das verabreichen von Tranquilizern (Stimmungsaufheller) praktiziert, um die Funktionalität der Menschen am Produktionsvermögen zu erhalten.

- Die weltweit verbreitete Produktion und Einnahme von Anabolen Steroiden ist der sichtbare Beweis für die fortschreitende Dekadenz unserer Leistungsgesellschaften. Das in der westlichen Welt propagierte „Prinzip Hoffnung“, zeigt uns die politisch vorhandene Richtung. Einen gesicherten Arbeitsplatz kann keiner garantieren, aber die Hoffnung auf einen Lottogewinn, oder darauf, vielleicht Berühmt zu werden, was beides gleich wahrscheinlich ist. Sportler die Ruhm und Anerkennung erlangen wollen, greifen zu Anabolika. Rockgrößen doopen mit Alkohol und Kokain. Verantwortungsträger darunter in hohem Maße die Mediziner, unterliegen dem gleichen Leistungsdruck, auch sie schaffen sich ihren chemischen Ausgleich.



Wer den Gag nicht versteht
muß zum Augenarzt.

„Es ist alles nur eine Frage des Standpunktes!“

3. Begriffsbestimmungen

Bis zum heutigen Tage, ist die Wissenschaft nicht in der Lage, zu erklären, warum manche Menschen von der Lust auf Zigaretten, Kokain, Weinbrand oder Glücksspiel so sehr beherrscht werden, dass ihr Verhalten ein einziger Hohn auf unsere Vorstellungen von freiem Willen und Verantwortung darstellt. Trotz großer Fortschritte, bleiben viele Fragen ungelöst.

Warum wird nicht jeder süchtig?

Sind alle gefährdet, oder gibt es so etwas wie eine Suchtpersönlichkeit?

Einmal süchtig - immer süchtig, oder ist eine Befreiung von Drogen möglich?

3.1 Was sind Drogen

Drogen sind Stoffe, die auf das psychische (seelisch) und/oder physische (körperlich) Befinden des Menschen in gesundheitsgefährdender Weise einwirken und eine mehr oder weniger starke Abhängigkeit zur Folge haben können. Dabei denken viele nur an Heroin, Kokain, Haschisch, usw.! Zu den Drogen zählt man aber auch Alkohol, Nikotin und Medikamente, nicht zu vergessen, die nicht-stofflichen Drogen, wie Spielen, Arbeiten, oder Sex und viele mehr. Deren Gebrauch ist in unserer Gesellschaft weit verbreitet und toleriert. Der frühzeitige Mißbrauch dieser legalen Drogen kann den Einstieg in den Konsum illegaler Drogen jedoch begünstigen. Der Umgang mit Rauschgiften wird in der Bundesrepublik Deutschland im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) geregelt. Es nennt weit über 100 Stoffe und Zubereitungen, die aus pflanzlichen oder chemischen Grundstoffen gewonnen werden.

Was ist Sucht

Sucht bzw. Abhängigkeit ist der gewohnheitsmäßige und zwanghafte Gebrauch von Drogen. Markante Merkmale einer Sucht sind die vermeintliche Unfähigkeit, ohne den Suchtstoff zu leben und das starke Bedürfnis nach einer immer höheren Dosis. Jede Droge birgt das Risiko, davon abhängig zu werden. Man unterscheidet dabei zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit. Ein körperlich Abhängiger braucht die Droge ebenso notwendig wie Essen und Trinken. Ohne die ständige Zufuhr des Suchtstoffes reagiert der Körper vorübergehend mit quälenden Entzugserscheinungen. Ein seelisch Abhängiger kann nur noch mit Hilfe der Droge versuchen, sein inneres Gleichgewicht herzustellen. Wer die Wirkungen eines Suchtstoffes kennengelernt und als angenehm empfunden hat, neigt leicht dazu, diese Erfahrungen zu wiederholen. Schließlich kommt er ohne die anregende oder dämpfende Wirkung der Droge nicht mehr aus und greift zwanghaft danach. In Gesprächen über das Rauschgiftproblem tauchen immer wieder die Begriffe weiche und harte Drogen auf. Zu den sogenannten weichen Drogen werden u.a. die Cannabisprodukte Marihuana und Haschisch gerechnet. Diese Rauschgifte können zur seelischen Abhängigkeit führen. Die Therapie einer seelischen Abhängigkeit ist wesentlich aufwendiger als die einer körperlichen Abhängigkeit. Außerdem kann ihr Konsum über einen längeren Zeitraum hinweg schwere Gesundheitsschäden nach sich ziehen. Diese weichen Drogen sind deshalb keinesfalls harmlos. Harte Drogen wie beispielsweise Opium, Morphin und Heroin führen ebenfalls zu einer seelischen, darüber hinaus aber auch zu einer schnellen körperlichen Abhängigkeit. Eine Sonderstellung nehmen Kokain und die Amphetamine ein, da sie keine eigentliche körperliche Abhängigkeit hervorrufen. Wegen ihres extrem hohen psychischen Abhängigkeitspotentials und ihrer zerstörerischen Wirkung auf den Körper sind sie jedoch auch den harten Drogen zuzurechnen.

3.3 Suchtbegriff

Sucht äußert sich meist als Giftsucht (Toxikomanie). Diese ist immer von Intoxikation (Vergiftung) begleitet. Demnach ist bei stoffgebundenen Suchtformen nach drei Komponenten zu fragen:

- Nach der individuellen Grundstörung, die eine Entwicklung der Sucht einleitete, z. B. chronische Schmerzzustände, oder bestimmte Konfliktsituationen.
- Nach den psychopathologischen (krankhafte Abweichung des Seelenlebens) Folgen der Einnahme von Suchtmitteln, insbesondere toxisch bedingte Veränderungen der Kritikfähigkeit oder des Gedächtnisses.
- Nach dem Grad der Suchthaltung dem Leben gegenüber, also der Süchtigkeit, die eine psychologische Eigendynamik besitzt und stoffunabhängig ist.

Sucht ist in erster Linie ein psychisches Problem, mit in der Regel bald auftretenden sekundären, körperlichen und sozialen Folgen. Sucht ist gekennzeichnet durch einen eigengesetzlichen Ablauf und durch den fortschreitenden Verlust freier Verhandlungsfähigkeit und Kontrolle über das eigene Verhalten. Sucht liegt dann vor, wenn eine prozeßhafte Abfolge in sich gebundener Handlungen kritisch geprüfte, sorgfältige und folgerichtig gesteuerte Handlungsabläufe ersetzt. Sucht ist stets Krankheit.

Sucht ist ein unabwiesbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen des Individuums.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Sucht 1957 folgendermaßen definiert: Sucht ist „ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und gekennzeichnet durch 4 Kriterien:

- Ein unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels,
- eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung),
- die psychische und physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge,
- die Schädlichkeit für den einzelnen und/oder die Gesellschaft.

Nach einer Definition der WHO gilt jede Substanz als Droge, die in einem lebenden Organismus Funktionen zu verändern vermag. Dieser erweiterte Drogenbegriff erfaßt nicht nur Cannabisprodukte, Halluzinogene, Stimulantien, Schnüffelstoffe, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Alkohol, Tabakerzeugnisse, Schmerzmittel Opiate und Kokain. Er bezieht sich auch auf Alltagsdrogen wie z.B. Kaffee und Tee und grenzt Drogen einerseits sowie Genuß- und „Lebens“mittel andererseits nicht mehr voneinander ab.

Sucht zeigt sich als latente Suchthaltung und als manifestes süchtiges Verhalten. Süchtiges Verhalten mit Krankheitswert liegt vor, wenn dieses nicht mehr angesichts einer Flucht- oder Unwohlsituation eintritt, sondern zu einem eigendynamischen, zwanghaften Verhalten wird, das sich selbst organisiert hat und sich rücksichtslos beständig zu verwirklichen sucht. Suchthaltungen als Folgen von mangelndem Selbstvertrauen und Minderwertigkeitsgefühlen, von Verantwortungsscheu und Problemangst werden meist in Kindheit und Jugend erlernt. Ursachen entstehender Suchthaltungen können darin liegen, daß Heranwachsenden wenig Möglichkeiten eingeräumt werden, ihre Identität in der Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt zu entwickeln, weil ihnen von Eltern, Lehrern und Ausbildern zuviel erspart und abgenommen oder zuviel zugemutet worden ist. Vorbildwirkungen sowie bewußte und unbewußte Identifikationswünsche von Kindern und Jugendlichen gegenüber Erwachsenen können außerdem eine große Rolle bei der Entstehung von Suchthaltungen spielen. Wenn sich die Tendenzen zu Ausweichverhalten und Ersatzhandlungen dauerhaft verfestigen, kann aus Suchthaltungen manifest süchtiges Verhalten werden – besonders bei außergewöhnlichen Belastungen und Konflikten wie z.B. Schulversagen, Außenseiterstellung in der Schulklasse, Jugendarbeitslosigkeit, Bruch mit Freund oder Freundin.

4. Unterteilung von Drogen

4.1 nicht stoffliche Drogen - Süchte

Hier geht es um Verhaltensweisen, die ohne von aussen zugeführte Stoffe süchtig machen, oder sich zumindest suchtähnlich entwickeln können.

Sucht ohne Droge, gibt es das wirklich?

Kann ein Mensch vom Arbeiten, Fernsehen, Internet, Sex, Spielen, Sport, oder gar vom Essen abhängig werden?

Oder ist dies nur eine Erfindung der Psychologen?

Die Wissenschaft ist da unterschiedlicher Meinung. „Alle Dinge sind Gift, allein die Dosis macht das ein Ding kein Gift ist“, wußte schon der Arzt Paracelsus im ausgehenden Mittelalter. Otto Fichtel, Psychoanalytiker im 20. Jahrhundert, beschreibt es noch eindeutiger: „Jedes Ding kann Droge sein und süchtig machen.“ Alles eine Frage der Disziplin, glauben viele Menschen, sogar Mediziner und Psychologen. Kennt nicht jeder Phasen willenloser Beschäftigung, Sex bis zur totalen körperlichen Erschöpfung, Fernsehen bis zum Sendeschluß, Arbeiten wie im Rausch oder Essen mit vollem Bauch.

Überreaktionen gelten in unserer Gesellschaft als völlig normal, wenn sie sich innerhalb geordneter Grenzen bewegen. Der Erfolgreiche kauft sich etwas überflüssiges. Gegen Liebeskummer rät der Volksmund „Stürz dich in deine Arbeit, so kommst du auf andere Gedanken“. Oft funktioniert das sogar. Doch wann beginnt die Sucht?

Wie entstehen solche Süchte, und warum werden manche Menschen abhängig und andere nicht?

Die Experten neigen zu unterschiedlichen Erklärungen, je nach philosophischem Ansatz.

- Psychoanalytisch ausgerichtete Fachleute suchen die Ursachen in frühkindlichen Störungen.

- Lernpsychologen sehen dagegen Konfliktlösungsmechanismen als Motor der Sucht.

Allem Steit der Fachleute zum Trotz steht fest: Anders als beim „echten“ Zwang, der als etwas von aussen kommendes erlebt wird, macht das, was später zur Sucht wird, zunächst Spaß. Vielleicht spielen dabei körpereigene Stimulanzien wie Endorphine eine Rolle. Diese Stoffe werden auch in jenem Teil des Gehirns verarbeitet, der die Emotion steuert.

Was immer den rauschähnlichen Zustand hervorruft, in den wir uns durch ein bestimmtes Verhalten versetzen können, er drängt bei vielen Menschen offenbar nach Wiederholung. Dies um so stärker, je weniger sie gelernt haben, sich mit Konflikten rechtzeitig auseinanderzusetzen.

„Suchtpotential ist in uns allen.
Das Leben beginnt aber doch erst dort,
wo wir den Mut fassen uns gegen den Strom zu stellen.
Sei Dir bewußt es ist Dein Kampf, denn es geht um Dein Glück.“

nicht stoffliche Drogen - Süchte

4.1.1 Arbeit

Achtung, wenn sich bei reichlich Arbeit noch Wohlgefühl einstellt. Der Arbeitssüchtige (Workaholics) entspricht dem Idealbild des Erfolgsorientierten, er wird für seine Sucht sozial und materiell belohnt. Ihm scheint nichts erotischer als Erfolg. Schreibtisch-Junkies geben es nicht gerne zu, aber auch sie zeigen Symptome der Sucht. Sie verheimlichen ihre Überstunden, vernachlässigen ihre persönlichen Beziehungen, kämpfen mit Schuldgefühlen, können aber von der Arbeit nicht lassen. Erst wenn Körper und Seele nicht mehr mitspielen kommt das Aus.

4.1.2 Essen

Heimlichkeit gehört offenbar ebenso zu den Erscheinungsbildern der Sucht wie Verleugnung. Esssüchtige plündern vorzugsweise nachts den Kühlschrank, stopfen mit ungezügelter Gier alles in sich hinein und finden sich danach im wahrsten Sinne des Wortes „zum Kotzen“. Die Kranken vertilgen aus Hunger nach Zuwendung oder Anerkennung - so die Meinung vieler Psychologen - riesige Mengen Nahrungsmittel, werden aber niemals richtig satt, sie erleben keine Befriedigung. Der Fressanfall stopft die „innere Leere“ nur für kurze Zeit, Trauer und Verzweiflung und darüber hinaus noch Schuldgefühle, bedingt durch das Essen, kehren schnell zurück. Weil die Fressorgien zu Gewichtsproblemen führen, erbrechen viele Esssüchtige die Nahrung wieder. Dieses Verhalten kann sich nach einiger Zeit verselbstständigen, so dass der Brechreiz sich sofort nach dem Essen einstellt. Zu den zwanghaften Essstörungen, die als Krankheit anerkannt sind, gehören neben der Esssucht und der Ess- und Brechsucht (Bulimie) auch die Magersucht. Vor allem junge Frauen erliegen diesem Leiden, bei dem sie Nahrung verweigern und sich tendenziell zu Tode hungern. Wie viele andere Abhängige verleugnen auch Magersüchtige ihre Krankheit.

4.1.3 Spiele (Zocken)

Bei den Experten sind zwei therapeutische Ansätze völlig umstritten. „Ist völliger Verzicht zwingend“, oder „ist kontrolliertes Spielen möglich“. Für „Totalabstinenz“ plädiert Bert Kellermann, Suchtexperte am Hamburger Krankenhaus Ochsenzoll. Gemeinsam mit dem Psychologen Gerhard Meyer, der den Begriff „Spielsucht“ in der BRD populär gemacht hat, kämpft er für die Anerkennung des zwanghaften Spielens als Krankheit. Pathologische Spieler fallen auf, sie zocken um ihr letztes Hemd, machen Schulden, ergaunern sich Geld, gehen im Verlauf ihrer Sucht nicht mehr zur Arbeit und bauen in fortgeschrittenem Stadium körperlich ab. Tatsächlich sind krankhafte Spieler in überwiegendem Maße im Bereich des Glücksspiels anzutreffen, Geldautomaten, Wetten, Roulette, Karten, Würfel, etc. Spiele die eine hohe geistige und/oder körperliche Anforderung an den Spieler stellen, wie u.a. Billard und Schach, werden vom krankhaften Spieler gemieden. Lässt sich hieraus eine Neigung „sich dem Zufall auszusetzen“ ableiten? Ist der Spieler darauf aus, sein Schicksal in fremde Hände - in die Hände von Fortuna - zu legen, mit der Erwartung vielleicht einmal nicht wieder enttäuscht zu werden. Am Ende der Zockerkarriere heißt es dann „Rien ne va plus.“

nicht stoffliche Drogen - Süchte

4.1.4 Sex

Am Anfang ist alles ganz natürlich, ein normales Verlangen nach Lustbefriedigung. Die meisten Menschen brauchen sehr lange, bis sie sich ihrer Sucht nach Sex bewußt werden. Im Verlaufe des fortschreitenden Suchtstadiums wird dem Probanden bewußt, dass das sexuelle Verlangen in Krisensituationen ins Unermessliche steigt. Später wenn der Versuch unternommen wird, auf sexuelle Erregung zu verzichten, treten erste Entzugerscheinungen auf, Verzweiflung, Depression und das Gefühl „wie von einem Strom in den Abgrund gerissen zu werden“. Schmerzen im Bauch und im Brustraum peinigen den stets unbefriedigten. Wie bei anderen Süchten auch, treten mehr oder weniger starke Entzugerscheinungen auf, wenn die Droge nicht mehr erreichbar ist, Nervosität und Zittern, Depression, Schlaflosigkeit und/oder Aggressivität bestimmen das Alltagsgefüge.

4.1.5 Sport

Ist es der erotische Kick des Schützen nach dem verwandelten 11 Meter, oder der Adrenalinschub des Langstreckenläufers wenn er den Scheitelpunkt der Anstrengung überschreitet? Heute springen wir Banchi, oder stürzen uns mit einem Snowboard aus dem Flugzeug, die Berghänge werden davon leider nicht besser. Bis hier hin, läßt sich mit Wohlwollen noch von Sport reden. Bundesbahn serven, oder Geisterfahren, muss dann schon ein stark ausgeprägt übersteigertes Suchtverhalten zugrunde gelegt werden.

Dieser Kick ist schnell DEIN letzter.

Sport als sozialer Motor der Gesellschaft, sozialer Aufstieg, gesellschaftliche Anerkennung, Karriere und Prestige. Das gehört zu einem anderen Thema. Die Perversion, all diese Luftschlösser zu erreichen, liegt in der ungefragten Vergiftung von Kleinstkindern. Sport und Pharmazie zwei unzertrennliche. Sport siehe Medikamente:

4.1.6 TV, wer hat nicht schon einmal ein Wochenende mit Freunden und einigen Spielfilmen verbracht. Heimkino, ein gutes Kommunikationsmittel und Nachrichten übermittler. Wenn die Breitband Glotze zur einzigen Ansprache wird, dann nimm die Hände aus der Tasche, und geh raus.

4.1.7 InterNet, die Abzocke für die Einen, Entwicklungsvorsprung für die Anderen. Und immer dran denken in .de kostet alles 19,95DM, in .us alles 39,85\$. Es entwickelt sich eine neue Form der Zweiklassengesellschaft, die einen können HTML, die anderen nicht. InterNet - so Prognosen - wird zur Geißel des 21. JahrHunderts. Es erfüllt alle Kriterien die eine Droge hat, immer verfügbar, nicht zu teuer, ohne direkt auftretende körperliche Schädigungen. Jeder bestimmt nach seinem intellektuellen Anspruch, die Art der Ansprache. InterNet als Spielekonsole, möglicherweise eine sinnvolle Erziehungs- und Bildungshilfe, natürlich auch Traum aller Spiele-Junkies. Hier sind staatliche Fördermittel für ErziehungsProgramme gefragt.

4.1.8 Kaufzwang, eine gängige Form der Ablenkung ist der Konsum, dessen krankhafte Steigerung ist die Kaufsucht. Kaufzwang kann auch positiv erlebt werden: Für Menschen denen ihr Verhalten Probleme bereitet. „Stell Dir eine Musik vor und die entsprechende Konserve (CD...), wenn es Dir einmal emotional nicht gut geht, dann geh in Deinen Musikshop und Kauf Dir Deine Musik. Jetzt darfst Du Dich belohnen, für die Zeit die Du darauf gewartet hast.“

4.2 stoffliche Drogen - Süchte

4.2.1 legal

Manche Stoffe, sogenannte psychotrope Substanzen, wirken auf das Gehirn und erzeugen so einen Rausch und bestimmte Stimmungen. Manche dieser Drogen sind legal, andere illegal. Dabei ist die Zahl der Abhängigen von legalen Drogen erheblich größer als die von illegalen Drogen. Gemeinsam haben diese Drogen, daß sie süchtig machen können, in den meisten Fällen sowohl körperlich als auch psychisch.

4.2.1.1 Alkohol

Begriffsbestimmung und Wirkung

Beim Alkohol ist alles anders. Wer trinkt, gilt als normal, und wer der flüssigen Droge entsagt, als ein Sonderling. Die Grenze zwischen Genuß und Gefahr, läßt sich nur schwer ziehen, so taumeln viele unbewußt in die Grauzone des Alkoholismus - gestützt vom Schweigen der trinkenden Mehrheit.

Alkohol (Äthylalkohol C_2H_5OH) entsteht durch die alkoholische Gärung, bei der Zucker in Alkohol und Kohlendioxid gespalten wird. Alkohol wirkt in Bier, Wein, Sekt oder Spirituosen.

Die akute Wirkung von Alkohol hängt von der konsumierten Menge ab. Bei geringeren Konsummengen wirkt Alkohol eher anregend, aktivitäts- und kommunikationsfördernd; beim Konsum größerer Mengen kommt es häufig zu einer emotionalen „Abschottung“, zum Teil verbunden mit Aggression und Gewalt.

Forschungen zu langfristigen Effekten von Alkohol stellen übereinstimmend fest, daß bei langfristigem massiven Alkoholkonsum ein erhöhtes Krebsrisiko von Mund und Rachen besteht und entzündliche Reizungen der Magenschleimhaut hervorgerufen werden können. 80 % aller Leberschädigungen in westlichen Ländern sind Folge exzessiven Alkoholkonsums. Schäden infolge von Alkohol finden sich in Nerven und Muskeln (alkoholische Polyneuropathie, cerebrale Krampfanfälle, Korsakow-Syndrom).

Jedes 250. Kind wird mit Schädigungen aufgrund des Alkoholkonsums der Mutter während der Schwangerschaft geboren (Alkoholembryopathie).

4.2.1.2 Tabak

Begriffsbestimmung und Wirkung

Die VolksDroge Nummer 1.

Das Hauptalkaloid des Tabaks ist das Nikotin, das für die akute Wirkung des Zigarettenrauchens verantwortlich ist und die Rauchgewohnung und Abhängigkeit hervorruft.

Die durch das Rauchen verursachten Gesundheitsschäden gehen dagegen zu Lasten anderer Schadstoffe im Tabakrauch, da mehr als 40 verschiedene krebserregende Substanzen und viele andere gesundheitsschädliche Substanzen darin enthalten sind.

Beim mäßig starken Inhalieren wird dem Körper des Rauchers eine Menge von bis zu 3 mg Nikotin zugeführt. Das Rauchen einer Zigarette führt beim Raucher zu von ihm unbemerkten aber leicht meßbaren Veränderungen wie z.B. Herzbeschleunigung und Blutdruckanstieg. Nikotin wirkt anregend und gleichzeitig beruhigend und entspannend.

stoffliche Drogen - Süchte

4.2.1.3 Medikamente

Begriffsbestimmung und Wirkung

Medikamente sind synthetische oder natürliche Stoffe, mit denen man die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des menschlichen Körpers bzw. seelischer Zustände im heilenden Sinne beeinflussen kann.

Wer Medikamente zwanghaft und fortgesetzt ihrer seelischen Wirkung wegen einnimmt, ist abhängig.

Oft wird das (spätere) Suchtmittel während einer ärztlichen Behandlung kennengelernt, und die Einnahme erscheint auch bei selbstständiger Fortsetzung legitimiert. Medikamentenabhängigkeit bleibt in der Regel eine lange Zeit ohne Behandlung.

Für Medikamente mit Suchtpotential sind im wesentlichen 4 Medikamentengruppen zu benennen:

- Schmerzmittel (Analgetika)
- Dämpfende Mittel und Schlafmittel (Sedativa, Hypnotika)
- Entspannungs- und Beruhigungsmittel (Tranquilizer)
- Aufputschmittel (Stimulantien, zentral-erregende Mittel)

Die Hauptverteiler der verschiedenen Psychopharmaka sind die praktischen Ärzte. Schätzungsweise zehn Prozent der Bundesdeutschen bekommen sie als Beruhigungspillen, fünf Prozent als Schlafmittel. Tranquilizer gibt es nur auf Rezept, also ist diese Sucht vor allem von Ärzten gemacht. Trotz vielen Warnungen sehen etliche Mediziner die „Benzos“ als harmlose Mittel an. Fachleute wissen es besser. Wolfgang Poser von der Psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen, der die ersten umfassenden Studien in der BRD angestellt hat, teilt die Meinung des Oberlandesgerichts Frankfurt: „Wer suchterhaltende und -fördernde Mittel auf längere Zeit verschreibe, könne sich der fahrlässigen oder sogar vorsätzlichen Körperverletzung schuldig machen.

Bereits 1961 wurde in den USA bekannt, dass die Mittel körperliche und psychische Abhängigkeit hervorrufen können. Doch diese Tatsache konnte der Verschreibungs-Euphorie - gefördert von einer beispiellosen Werbekampagne - nicht einhalt gebieten. In der BRD dauerte es 20 Jahre, alle Hersteller zu zwingen, in ihren Beipackzetteln auf das Suchtpotential hinzuweisen. Nun forscht die Pharmaindustrie an neuen Benzos, die eine Flucht aus der rauen Wirklichkeit ohne die Nebenwirkung Sucht gestatten. Eine Droge die das Leben erträglicher macht und die Menschen ruhig stellt, ohne zu schaden?

Welch schöne neue Welt.

Sind Ärzte verantwortungslose Dealer (Drogenhändler)? Oder fehlt es ihnen einfach an pharmakologischem Sachverstand? Die Benzos wirken so gut, „dass Ärzte blind werden für Nebenwirkungen“ Ausserdem ist es sehr schwer, Pillenabhängige zu erkennen, denn bei vielen handelt es sich um eine besondere Art von Sucht. „Niedrigdosis-Abhängige“ nennen Experten das ungewöhnliche Phänomen: Die Dosis der Droge muss nicht ständig erhöht werden. Bis zu 50 Prozent der Langzeitkonsumenten gelangen schon nach Einnahme therapeutisch kleiner Mengen in eine Abhängigkeit.

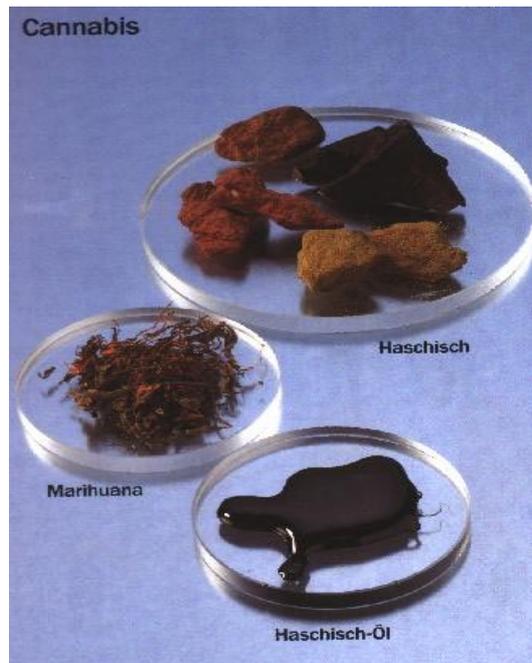
Auch ohne ihr Abhängigkeitspotential wären Benzodiazepine keine harmlosen Arzneien. Einschränkung des Reaktionsvermögens, Leistungsminderung, Realitätsverlust, Gedächtnisstörungen und Schwäche können auftreten. Diese Faktoren dürften für das fünffach erhöhte Unfallrisiko bei Autofahrern mit Tranquilizern im Blut mitentscheidend sein. Abnahme der Libido und Potenz, Depressionen und Artikulationsstörungen sind weitere Nebenwirkungen. Wirklich gefährlich wird es, wenn ein „Anstieg aggressiver und selbstzerstörerischer Tendenzen zu verzeichnen ist.“ Bei vielen Selbstmorden sind Tranquilizer beteiligt, vor allem in Kombination mit Alkohol. Sogar ein florierender Schwarzmarkt existiert. Lange Zeit stand das Mittel Rohypnol, als der Edelrenner der Drogenszene hoch im Kurs.

stoffliche Drogen - Süchte

4.2.2 illegal

Cannabis stammt wahrscheinlich aus Zentralasien und ist seit dem 4. Jahrtausend v. Chr. bekannt. Cannabis ist der Oberbegriff für die Pflanze und die beiden Drogen: Marihuana (Blätter und Blüten) und Haschisch (gepreßtes Harz). Cannabis wurde und wird als Nahrungsmittel, Medizin, Faserlieferant und Rauschmittel verwendet.

Wirkstoff ist das Tetrahydrocannabinol (THC)



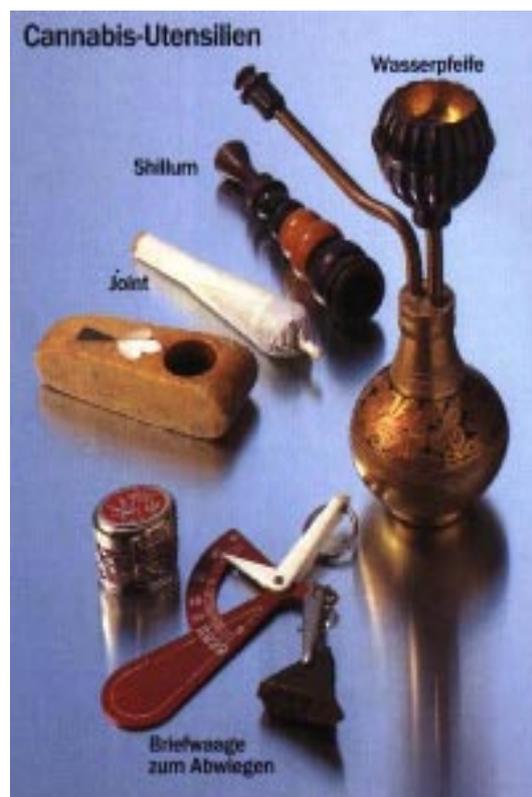
4.2.2.1 Cannabisprodukte

Drogen, die aus Pflanzenteilen oder dem Harz des Indischen Hanfs gewonnen werden.

Marihuana
getrocknete Pflanzenteile, Aussehen wie Tee oder Gras.

Haschisch
krümel-, pulverförmig oder zu Platten gepreßt, von grüner, roter, brauner oder schwarzer Farbe.

Haschischöl (selten)
schwarzbraunes Öl mit dem größten Anteil am Wirkstoff THC.



Konsum

Pur oder mit Tabak vermischt geraucht in selbstgedrehten Joints, Pfeifen oder Rauchrohren, eingebacken in Kuchen und Gebäck, als Tee zubereitet.

Wirkung

Veränderung der Sinneswahrnehmung, des Farb- und Geräuschempfindens, des Raum- und Zeitgefühls geistige Abwesenheit, Konzentrationsmängel.

Risiken

Gefahr der psychischen Abhängigkeit, Apathie, Antriebslosigkeit, unerwartete Rauschsymptome als Folge mehrtägiger Abbauphase des Wirkstoffs im Körper, möglicher Wechsel zu stärkeren Rauschgiften bei nachlassendem Wirkungsempfinden.

stoffliche Drogen - Süchte

4.2.2.2 Kokain und Crack

Kokain wird aus den Blättern des südamerikanischen Kokastrauches gewonnen. Aus 100 kg Blättern erhält man etwa 1 kg Kokapaste. Durch den Gebrauch von Kokain erhöht sich die Körpertemperatur um 3 Grad Celsius. Erschöpfungszustände werden nicht mehr so intensiv empfunden und das Hungergefühl schwächt sich ab. Ebenfalls dämpft Kokain das Schlafbedürfnis und hat eine leicht euphorisierende Wirkung. Es nimmt Angst und erhöht scheinbar auch die Kontaktfähigkeit. Es kommt zu einer zeitweiligen Steigerung des Selbstwertgefühls.

Während der akuten Drogenwirkung kann es zu wahnhaften Angst- und Verfolgungsgefühlen kommen. Herzrasen, Krampfanfälle und Steigerung des Blutdrucks sind in einzelnen Fällen beobachtet worden. Kokain hat eine massive psychische Abhängigkeit zur Folge. Das höchste Risiko zu einer Suchtentwicklung besteht beim „Crack“-Rauchen. Beim chronischen Kokaingebrauch kommt es in aller Regel zu körperlichem Abbau, verursacht auch durch eine verminderte Nahrungszufuhr aufgrund des fehlenden Hungergefühls.

Kokain ist ein weißes, kristallines Pulver, das unter Verwendung chemischer Substanzen aus den Blättern des südamerikanischen Kokastrauches hergestellt wird. Crack ist eine Masse aus gelblich-weißen Brocken, die aus einer Mischung aus Kokain und Substanzen wie z.B. Backpulver rauchbar wird.

Konsum

Kokain wird meist geschnupft, seltener in Schleimhäute eingerieben oder gespritzt. Oft werden Schnupfbestecke benutzt, zu denen Vorratsbehälter, Schnupflöffel, Spiegel, Rasierklinge und Schnupfröhrchen gehören. Crack wird geraucht.

Wirkung

Betäubung von Hunger-, Durst-, Kälte- und Müdigkeitsgefühlen
Intensives Gefühlsempfinden, Euphorie, Rede- und Bewegungsdrang, übersteigertes Selbstwertgefühl
Angstzustände und Depressionen
als dritte Phase des Kokainrausches
schlagartiger Rauscheintritt bei Crack.

Risiken

stark ausgeprägte psychische Abhängigkeit mit schneller Dosissteigerung
Gefahr tiefer Depressionen, Halluzinationen und Wahnvorstellungen
verstärkte Neigung zu Gewalttätigkeiten und Aggressionshandlungen
Gefahr von Lungen- und Gehirnschäden, Herzschwäche und/oder Atemlähmung.



stoffliche Drogen - Süchte

4.2.2.3 LSD

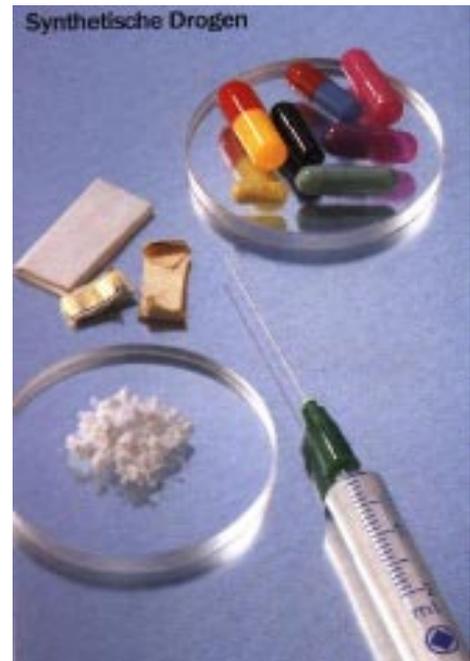
Lysergsäurediäthylamid wirkt schon in Mengen von einem zehntausendstel Gramm und wird daher meist in Flüssigkeit gelöst und tropfenweise auf Träger aufgebracht. Träger können Zuckerstücke, Fließpapier, Tabletten, Pillen oder Kapseln sein, die geschluckt werden. Eine Aufnahme des Wirkstoffes über die Haut, z.B. durch Anbringen von Klebebildern ist, obwohl dies in Flugblättern etc. immer wieder verbreitet wird, nicht möglich.

Wirkung

Veränderung der Sinneseindrücke und Hervorrufen von Sinnestäuschungen Halluzinationen, Wahnvorstellungen psychische Abhängigkeit

Risiken

„Horrortrips“ mit massiven Angstzuständen unvermittelt auftretende Rauschzustände („Flash Back“) noch Wochen und Monate nach dem letzten LSD-Konsum.



4.2.2.4 Amphetamine und Ecstasy

In illegalen Laboratorien auf chemischem Weg hergestellte Rauschgifte in wechselnden Formen wie Pulver, Kapseln, Tabletten oder Flüssigkeiten, die überwiegend geschluckt werden.

Wirkung

von Euphorie und Erregungszuständen über Niedergeschlagenheit und Depression bis zu halluzinogenen Effekten, Wahnvorstellungen, Psychosen und paranoiden Zuständen starke psychische Abhängigkeit

Risiken

Zusammensetzung, Reinheitsgrad und Dosierung machen Rauschdauer und -intensität unkalkulierbar und den Konsumenten zum „Versuchskaninchen“. Experimentell entstandene neue chemische Verbindungen (Designer Drogen) können schwerste Gesundheitsschäden verursachen oder schon im Mikrogrammbereich tödlich sein.



stoffliche Drogen - Süchte

4.2.2.5 Ecstasy

4.2.2.5.1 Vom Appetitzügler zur Techno-Droge

Ecstasy ist eine Designer-Droge. Diese Art von Drogen stellt man in Labors her, indem Arznei- oder Rauschmittel variiert werden. Es sind halb- oder vollsynthetische Drogen, die relativ preiswert und in größeren Mengen produziert werden können. Außerdem bieten sie Möglichkeiten, das Betäubungsmittelgesetz zu umgehen, indem man die chemische Struktur etwas verändert und so eine legale Droge hat, die das Betäubungsmittel-Gesetz noch nicht erfaßt. MDMA ist der Wirkstoff, der am häufigsten in Ecstasy - Pillen vorkommt. Er wurde um 1913 von der Firma Merck zum Patent angemeldet. Man erwog damals, den Stoff als Appetitzügler einzusetzen. Allerdings ließ man von diesem Plan bald ab, vermutlich wegen der Nebenwirkungen. Stattdessen nutzte man MDMA in den 60er Jahren therapeutisch, vor allem in den USA und der Schweiz. Diese Versuche endeten allerdings, als der Stoff verboten und den entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen unterstellt wurde. Als Droge wurde Ecstasy vor allem im Zusammenhang mit der Techno-Szene bekannt. Es kam 1972 illegal in den USA auf den Markt, in den 70er Jahren nach Großbritannien und schließlich auch nach Deutschland.

4.2.2.5.2 Pillen und Pülverchen

Unter Ecstasy versteht man die vielen bunten Pillen und Pülverchen, die bestimmte chemische Verbindungen enthalten. Sie werden als „Adam, Eve, Cadillac“ oder unter ähnlichen Namen in der Szene gehandelt und haben meist einen Aufdruck, dem der Name entspricht. Ecstasy wird als Tablette beziehungsweise Pille geschluckt, seltener als Pulver. Ecstasy gilt als die Droge der Techno und Rave-Veranstaltungen. Dies ist eine bestimmte Musikrichtung und Jugendbewegung. Raves nennen sich die Tanzveranstaltungen, die manchmal über ein ganzes Wochenende gehen können. Das bedeutet aber keinesfalls, daß Techno mit Ecstasy gleichzusetzen ist. Die Pillen werden auch in anderen Situationen genommen, nicht jeder Raver nimmt Ecstasy.

einige Beispiele:



stoffliche Drogen - Süchte

4.2.2.5.3 Wirkstoffe

Ecstasy steht für die chemisch als „ringsubstituierte Amphetamine“ bezeichneten Stoffe MDMA, MDE (MDEA), MDA und MBDB. Es sind meist voll- aber auch halbsynthetisch hergestellte Phenethylamine. Sie sind strukturell mit dem Mescaline verwandt. MDMA ist einer Substanz ähnlich, die auch in der Muskatnuss vorkommt. Am häufigsten ist der Wirkstoff MDMA (3,4-Methylen-dioxy-N-Methylamphetamin). Oft werden diese Wirkstoffe mit anderen kombiniert, beispielsweise mit Koffein oder auch mit Amphetaminen (Speed), um die stimulierende Wirkung zu erhöhen. Das Angebot ist ständig in Bewegung und die jeweils populären Mischungen können sich wandeln. Das heißt auch, daß die Dosierungen und Wirkstoff-Mischungen sehr schwanken können. Für die Konsumenten erhöht sich das Risiko, da er/sie oft nicht weiß, was er eigentlich genau schluckt. MDMA als klassischer Wirkstoff in Ecstasy gehört, trotz des Namens, nicht zu den Amphetaminen. Im weiteren Sinne handelt es sich um ein Halluzinogen, im engeren um ein Entaktogen. Entaktogene sind psychoaktive Substanzen, das Wort setzt sich aus „tactus“ = innerlich und „gen“ = zu produzieren zusammen. Mit Hilfe dieser Substanzen wird es angeblich leichter, Zugang zu den inneren Gefühlen, zu den unterdrückten und verdrängten Erfahrungen zu bekommen. Ecstasy wird meist geschluckt, die wirksame Menge liegt bei 75 bis 100 Milligramm, je nach körperlichem Zustand und geistiger Verfassung. Ecstasy wirkt nach etwa 20 bis 60 Minuten, die Wirkung endet nach und nach etwa vier bis sechs Stunden nach der Einnahme. Ecstasy wirkt auf den Serotonin-Haushalt im Körper. Serotonin ist ein sogenannter „Neurotransmitter“ oder Botenstoff, der Informationen von Zelle zu Zelle weiterleitet. Serotonin reguliert Wachheit, Wohlbefinden, Aggression, Schlaf, Sexualität und vor allem auch die Stimmungslage. Ecstasy sorgt dafür, daß mehr Serotonin freigesetzt wird, die entsprechenden Gehirnzellen werden angeregt und es kommt zu den entsprechenden Wirkungen. Allerdings entleeren sich die Serotonin-Speicher im Körper völlig. Das führt zu dem bekannten „Psychokater“, wenn die Wirkung von Ecstasy nachläßt. Man fühlt sich depressiv und antriebslos. Um das zu vermeiden, wird häufig mehr Ecstasy genommen, manchmal auch Cannabis, Kokain, LSD. Solche Drogencocktails und Mischungen können gefährliche und unkontrollierbare Auswirkungen haben. Unklar ist bisher auch, ob und ab wann das Serotonin-System im Körper womöglich irreparabel geschädigt wird. Fest steht, daß es eine Weile braucht, um sich nach Einwirkung von Ecstasy wieder zu regenerieren.

4.2.2.5.4 illegale Droge

Ecstasy ist eine illegale Droge. MDMA, MDA und MDE stehen im Betäubungsmittel-Gesetz. Sie dürfen in Deutschland weder verordnet noch vertrieben werden. Man kann sich also strafbar machen, wenn man diese Drogen zum Beispiel besitzt, erwirbt oder gar versucht, sie zu verkaufen. Der Bundesgerichtshof hat in einem Urteil von 1996 die Gefährlichkeit in etwa der von Amphetaminen gleichgesetzt.

4.2.2.5.5 aktuelle Diskussion

Sehr umstritten ist gerade beim Thema Ecstasy die Politik der sogenannten „Harm reduction.“ Bringt es etwas, die Leute darüber zu informieren, wie man das Risiko beim Drogenkonsum mindert und wie weit kann oder soll so etwas gehen? Soll man beispielsweise Ecstasy-Pillen untersuchen, um vor möglichen gefährlichen Mischungen zu warnen? Oder läßt man damit womöglich zum Drogenkonsum ein? Wird Drogenkonsum dadurch verharmlost, obwohl es immer ein Risiko enthält, Drogen zu nehmen? Diese und ähnliche Fragen werden in diesem Zusammenhang diskutiert und die Meinungen dazu prallen aufeinander.

stoffliche Drogen - Süchte

4.2.2.5.6 Harmonie und Psychose

Wie Ecstasy wirkt, hängt stark von der Umgebung und Atmosphäre ab und davon, wie man sich gerade fühlt. Die Droge kann positive Gefühle wie Harmonie und Geborgenheit hervorrufen, aber auch Angst und Unruhe. Die Wirkung beginnt oft mit körperlichen Symptomen wie Kopfschmerz oder Herzklopfen. Als positiv werden Empfindungen geschildert wie: Ein als wohlig empfundener Rausch, euphorische Grundstimmung, intensivere und unbefangene Wahrnehmung, stärkeres Selbstvertrauen, Ausgeglichenheit und Klarheit, stärkere Kontaktfreudigkeit, Geborgenheit, liebevolle Gefühle gegenüber den anderen Menschen, Gefühl von „sozialer Liebe“, entspannt und dennoch wach. Müdigkeit und Schwäche werden überwunden. Da Ecstasy sich auf die Konzentration auswirkt, sollte man die Hände vom Steuer eines Autos lassen. Negative Empfindungen können sein: Angst, paranoide Gedanken, Zittern, körperliche Unruhe, depressive Gedanken, Traurigkeit. Bei Leuten, die entsprechend veranlagt sind, kann es zu Psychosen kommen. Da körperlich die Temperatur ansteigt und das Durstgefühl nicht bemerkt wird, kann es zusammen mit ausgeprägtem Tanzen zu hohem Flüssigkeitsverlust kommen. Auch der Appetit ist gezügelt. Alles zusammen kann einen Kreislaufkollaps nach sich ziehen. Weitere körperliche Reaktionen sind ein schnellerer Puls, Hitzewallungen, Übelkeit.

4.2.2.5.7 Risiken im Straßenverkehr

- Die Riskiofreude steigt durch emotionale Enthemmung und Euphorie. Die realistische Einschätzung des eigenen Fahrvermögens und der Gefahren sinkt.
Folge: Riskante Fahrweise, überhöhte Geschwindigkeit, gewagte Überholmanöver.
- Die Sehfähigkeit wird eingeschränkt durch erweiterte und starre Pupillen.
Folge: Erhöhte Blendempfindlichkeit - Sonne oder nachts entgegenkommende Fahrzeuge machen blind.
- Aufmerksamkeit und Konzentration werden beeinträchtigt durch massive Erregung und gedankliche Beschäftigung mit sich selbst.
Folge: Übersehen von Verkehrszeichen und Rotlicht, Auffahrunfälle, Geisterfahrten.
- Zusätzliche Belastungen durch Alkohol oder andere Drogen führen zu völlig unkontrolliertem Verhalten, im Extremfall zu Panikzuständen.
Folge: Amokfahrten.
- Nach Abklingen der aufputschenden Wirkung kommt es zu nicht beherrschbaren Erschöpfungszuständen.
Folge: Verlangsamte Reaktion, verlängerter Bremsweg, Einschlafen am Steuer.

4.2.2.5.8 der Führerschein

Schon bei der Aufnahme nur einer Tablette ist der Nachweis von Ecstasy noch nach mehreren Stunden möglich.

Wird nachgewiesen, daß jemand ein Fahrzeug unter Ecstasy-Einfluß in fahruntüchtigem Zustand geführt hat, wird der Fahrer wegen „Trunkenheit im Verkehr“ (§ 316 StGB) verurteilt.

Wird darüberhinaus noch ein Unfall verursacht, liegt eine „Straßenverkehrsgefährdung“ (§ 315 c StGB) vor.

Die Folgen sind in jedem Fall:

- Geld- oder Freiheitsstrafe
- Entzug der Fahrerlaubnis
- Führerscheinsperre 6 Monate bis 5 Jahre
- 7 Punkte im Verkehrszentralregister
- medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) vor Neuerteilung der Fahrerlaubnis

Wer unter Drogeneinfluß ein Fahrzeug führt, handelt verantwortungslos. Er gefährdet andere und auch sich selbst.



ECSTASY
SCHALTET
JEDE AMFEL
AUF GRÜN!

STOP

OH-HA 844

stoffliche Drogen - Süchte

4.2.2.6 Heroin

Wirkstoff Morphin.

Halbsynthetisches Opiat aus dem Saft des Schlafmohns.

Heroin wurde anfangs als vermeintlich nicht-süchtigmachendes Heilmittel (statt Morphin) verwendet sowie als Rauschmittel.

Kurzfristiger „Kick“ mit Euphorie und Hochgefühl, Losgelöstheit, gesteigertes Selbstwertgefühl, allgemeines Wohlbefinden.

Das Atemzentrum wird von Heroin gehemmt, das kann bei Überdosierung zum Tod führen. Heroin macht sehr schnell süchtig. Heroin führt zu physischer und psychischer Abhängigkeit mit schweren Entzugserscheinungen.

Veränderung der Persönlichkeit: Reizbar und aggressiv. Selbstmordgedanken. Beschaffungskriminalität, Verelendung, vor allem bei Frauen auch Prostitution. Bleibende Gehirn- und Leberschäden, Magen- und Darmstörungen. Infektionsgefahr durch unreine Spritzen, AIDS und Hepatitis.

Weißes bis braunes Pulver, manchmal körnig, das in chemischen Verfahren aus Rohopium (Saft aus der Schlafmohnkapsel) gewonnen wird.

Wirkung

beruhigend, einschläfernd, schmerzlindernd Euphorieempfinden, Losgelöstheit starke psychische und physische Abhängigkeit quälende Entzugserscheinungen wie Nervosität, Schlaflosigkeit, Schweißausbrüche, Schüttelfrost, Erbrechen, schmerzhaft Krämpfe.

Risiken

Atemlähmung/Herzversagen bei Überdosierung Organschäden z.B. auch durch gesundheitsgefährdende Strecksubstanzen körperlicher Verfall Infektionsgefahr durch nicht sterile Spritzen (AIDS, Gelbsucht).

Konsum

Heroin wird meist in gelöster Form in die Venen von Ellenbogen, Händen, Beinen und Füßen gespritzt. Seltener sind Schnupfen, Rauchen oder Inhalieren. Utensilien sind Papier- und Stanniolfaltbriefchen, Einwegspritzen, Löffel mit schwarzer Unterseite durch Erhitzen, Zigarettenfilter/Wattebausch, Gummiband oder Gürtel zum Abbinden der Vene.

Die Umgebung gibt uns wichtige Hinweise! Sei Aufmerksam und Dir werden hilfreiche Merkmal auffallen. Du mußt sie nur richtig zu deuten wissen. Heroin zählt zu unseren größten Feinden. Atemstillstand...



5. medizinische Erstversorgung

5.1 DrogenNotfälle oft schwer zu erkennen

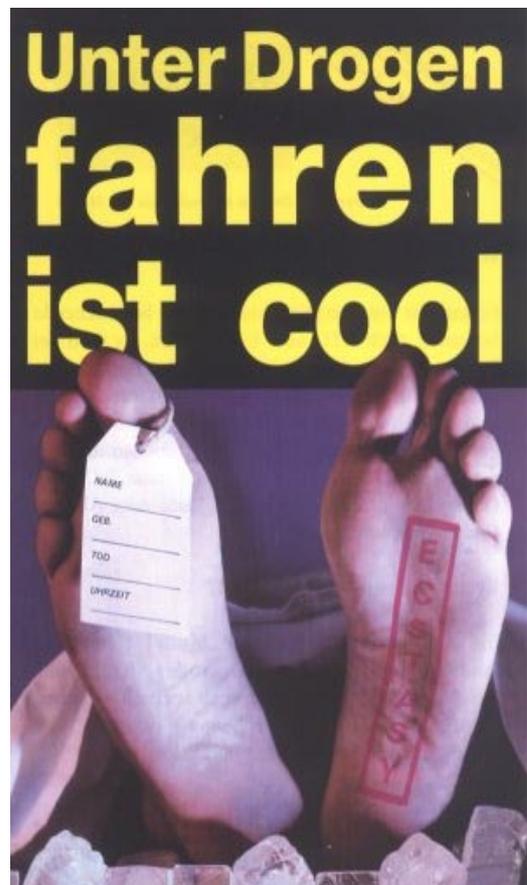
Der Konsum von „Designer-Drogen“ stellt Notfallmediziner vor zunehmend größere Probleme

„Ärzte und Rettungssanitäter stehen aufgrund der sich stark wandelnden Drogenszene in Deutschland vor einer neuen Herausforderung in der Notfallmedizin. Für die Notärzte werde es immer schwieriger, genau festzustellen, ob und durch welche Drogen der Notfall beim Patienten hervorgerufen wurde. Diese Diagnose ist aber entscheidend für die Erstversorgung des Patienten.

Auf dieses Dilemma hat **Dr. Thomas Fleischmann-Sperber, Chef des bayerischen Roten Kreuzes (BRK) in Nürnberg**, bei einer Veranstaltung der Deutschen Rettungsflugwacht in Würzburg hingewiesen. Bis 1990 sei man als Notarzt fast ausschließlich wegen Heroinvergiftungen mit Drogenabhängigen in Berührung gekommen. Darauf hätten sich die Ärzte diagnostisch und therapeutisch einstellen und mit entsprechender Sicherheit handeln können.

Heute dagegen könnten viele Drogen einen Notfall auslösen. Außer mit Heroinabhängigen würden die Notfallmediziner heute vor allem mit Amphetamin-, Ecstasy- und Halluzinogenkonsumenten konfrontiert. Insgesamt zwei Drittel aller Erstauffälligen würden heute andere Drogen als Heroin nehmen, sagt Fleischmann-Sperber. Die schlimmsten Substanzen seien Kokain und dessen Derivat, die Droge „Crack“.

Der erfahrene Notarzt hat seine Kollegen bei der Würzburger Konferenz aufgefordert, bei jungen Notfallpatienten mit Brustschmerzen, Krampfanfällen sowie Herz- und Hirninfarkten auch nach Spuren von Kokain zu suchen, um sie frühzeitig als Drogennotfälle erkennen zu können. Ist ein solcher Nachweis in einem Notfall nicht möglich, sollten zum Beispiel junge Infarktpatienten nach der Einlieferung in eine Klinik längere Zeit beobachtet werden, um endgültige Klarheit zu erhalten.



Fleischmann-Sperber beklagte eine zunehmende Aggressivität gerade bei den Amphetamin-Abhängigen. In Nürnberg habe dies bereits dazu geführt, daß bei Notfällen kein Abhängiger mehr in den Rettungswagen gelassen werde, bevor er nicht auf Waffen durchsucht wurde, berichtet der Nürnberger BRK-Chef.“

Quelle: Bayerisches Rotes Kreuz

medizinische Erstversorgung

5.2 Diagnostik bei DrogenNotfällen

5.2.1 Opiate

Symptome

Koma, Atemdepression, Bradykardie, abgeschwächte Reflexe bis Reflexlosigkeit, Hypothermie, gelegentliche Krampfanfälle. Auf Einstiche achten.

Sofortmaßnahmen

- Entzug erfolgt schlagartig.
- Atemhilfe, wachhaltende Atemhilfe, evtl. Beatmung, Sauerstoffzufuhr, Vermeidung von Aspiration
- Bei Atemstörungen sofort beim Erwachsenen Narcanti (Naloxon) Injektionslösung, i.v., i.m. oder s.c. 0,4-2 mg (=1-5 ml Narcanti). Wirkungseintritt (Verbesserung der Atmung) innerhalb von 2 Minuten. Falls nicht ausreichend, können weitere Dosen von 0,4-2 mg im Abstand von 2-3 Minuten gegeben werden. Keine Verbesserung der Atmung bedeutet, dass die Atemdepression nicht opiatbedingt ist.
- Differentialdiagnose: Schlafmittelintoxikation, Hirnverletzung.
- Achtung: Narcanti provoziert abrupte Entzugserscheinungen.
- Herzstillstand: Herzmassage
- Stehts schnelle Krankenhauseinweisung, möglichst mit ärztlicher Begleitung.

5.2.2 Cannabis und Halluzinogene

Symptome

Dienzepales Erregungssyndrom mit Mydriasis, Hyperthermie, Tachykardie und erhöhter Spontanmotorik. Bei hohen Dosen LSD Atemdepression und Bradykardie, Horrortrip mit panikartigen Angstreaktionen, Depressionen, Suizidalität und wahnhafte Verkennung. Bei Haschisch gerötete Konjunktiven, Nasensekretion und Uvulaanschwellung.

Sofortmaßnahmen

- Beruhigendes Gespräch, Herunterreden (talking down)
- Erregungssyndrom: Valium i.v. oder i.m. 1-2 Amp. (10-20 mg) sehr langsam i.v. Bei i. evtl. Wiederholung bis zu einer Tagesdosis von 60-120 mg. In weniger akuten Fällen, orale Einzelgabe von 1-2 mg Tavor.
- Kontrolle der Kreislauffunktion.
- Atemlähmung: Atemwege freimachen, künstliche Beatmung.
- Bei psychotischen Koplikationen: Gabe von Haloperidol bis zu einer Tagesdosis von 3 * 5-10 mg.
- Achtung: Keine Barbiturate, keine trizyklischen Antidepressiva, kein Phenothiazine (Wirkungsverstärkung), vorsichtige ValiumAnwendung bei gleichzeitiger Alkoholintoyikation.

medizinische Erstversorgung

5.2.3 Amphetamine und Ecstasy (Designer-Drogen)

Symptome

Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Kälteschauer, Schwindel, Brechreiz, Erbrechen, Herzklopfen, Herzrasen, skandierende / verwaschene Sprache, Koordinationsstörungen, symptomatische kardiovaskuläre Wirkungen, pulsierende Kopfschmerzen, hektischer Bewegungsdrang und Tremor, Kreislaufkollaps, Herzversagen.

Sofortmaßnahmen

- Entzug erfolgt schlagartig.
- Erregungszustände: Trevor p.o. oder Valium i.v. sehr langsam, i.m. oder in weniger akuten Fällen p.o. Dosis: 10-30 mg evtl. Wiederholung oder Dominal Forte 40 mg i.m.
- Blutdruckerhöhung: Beta-Rezeptorenblocker
- Bei paranoid-halluzinatorischen Psychosen: Gabe von Neuroleptika (z.B. Haloperidol) bis zu einer Tagesdosis von 3 * 5 mg (10 mg).
- Achtung: Keine Barbiturate, kein Reserpin (Verstärkung der Amphetamin Euphorie, Kreislaufkollaps).

5.2.4 Kokain und Crack

Symptome

Sympathikotonie mit Tachykardie, Mydriasis, Schwitzen, Krampfanfälle, Koma, Herzversagen, optisch-taktile Halluzinationen.

Sofortmaßnahmen

- Atemstörungen: Atemhilfe, künstliche Beatmung.
 - Erregungszustände: Valium 20-30 mg i.m., i.v. vgl. Amphetamine.
 - Kokain-Paranoia: Neuroleptika wie Haldol, evtl. kombiniert mit einem Tranquilizer.
 - Herzschwäche: Symptomatische Behandlung.
 - Dringende Krankenhauseinweisung.
- Achtung: Keine Katicholamine (Steigerung schon bestehender zentraler Sympathikuserregung).

5.2.5 Schnüffelstoffe (organische Lösungsmittel)

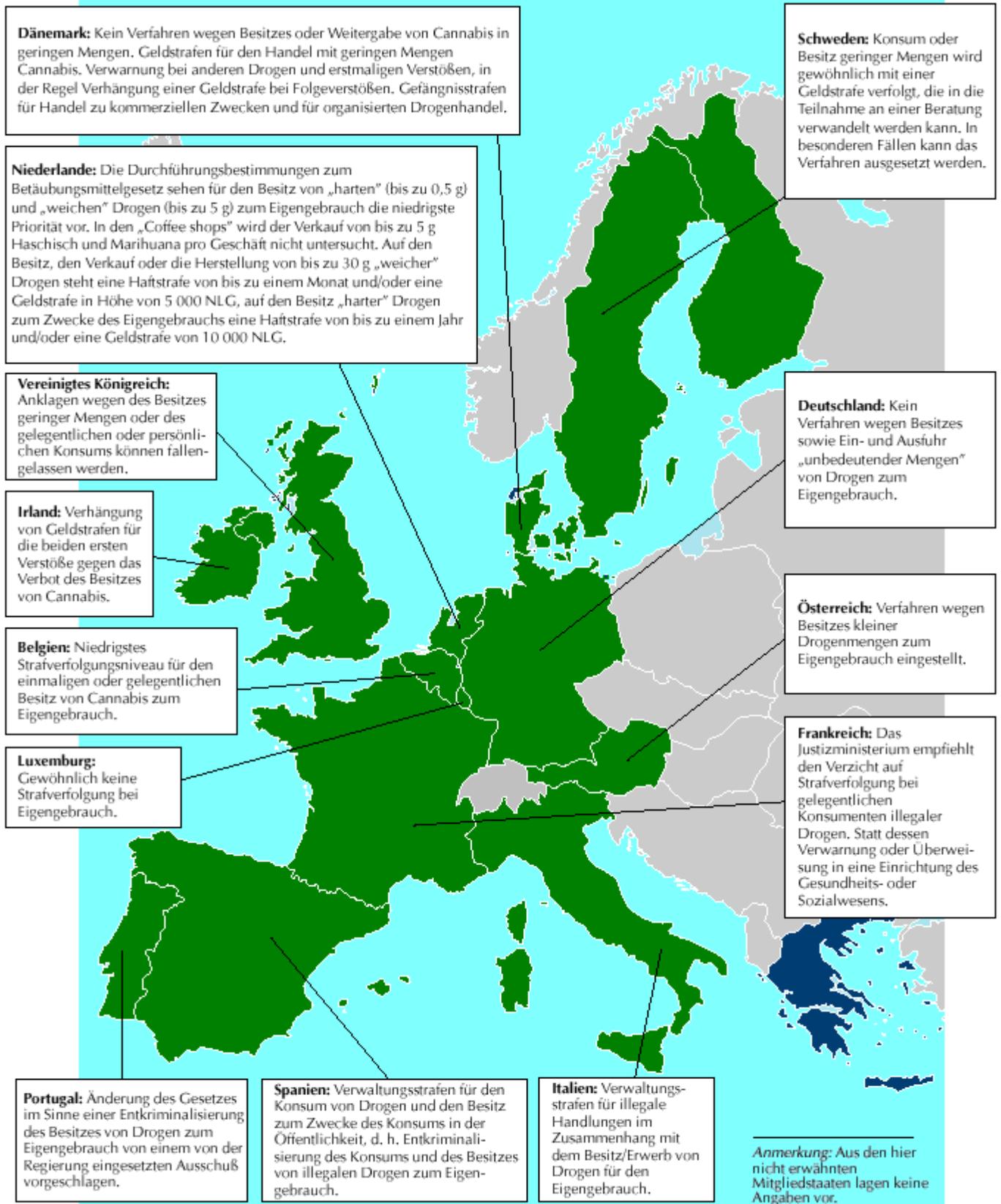
Symptome

Nystagmus, Koordinationsstörungen, generalisierte Muskelschwäche, verschwommenes Sehen oder Doppelsehen, Krampfanfälle, Bewußtseins-trübungen, optische oder akustische Halluzinationen, Störung der Merkfähigkeit, Desorientierung.

Sofortmaßnahmen

- Entzug erfolgt sofort.
- Atemhilfe, wachhaltende Atembefehle, evtl. Beatmung, Sauerstoffzufuhr, Vermeidung der Aspiration.
- Bei Atemstörungen sofort beim Erwachsenen Narcanti (Naloxon) Injektionslösung, i.v., i.m. oder s.c. 0,4-2 mg (=1-5 ml Narcanti). Wirkungseintritt (Verbesserung der Atmung) innerhalb von 2 Minuten. Falls nicht ausreichend, können weitere Dosen von 0,4-2 mg im Abstand von 2-3 Minuten gegeben werden. Keine Verbesserung der Atmung bedeutet, dass die Atemdepression nicht Drogenbedingt ist.
- Differentialdiagnose: Schlafmittelintoxikation, Hirnverletzung.
- Herzstillstand: Herzmassage.
- Stehts schnelle Krankenhauseinweisung, möglichst mit ärztlicher Begleitung.

Maßnahmen zur Verfolgung kleinerer drogenbedingter Straftaten in den EU-Mitgliedsstaaten (in der Übersicht)



Quelle: Europäische Beratungsstelle für Drogen und DrogenSucht
Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

7. Mortalität in der BRD 1999

Zahlen und Fakten

7.1 Tabak

„Das gesundheitlich nach wie vor größte Mortalitätsproblem zeigt sich für die Gruppe der Raucher. *Tabakbedingte Todesfälle* werden auf insgesamt **100.000** für Deutschland geschätzt (davon 43.000 durch Krebs, 37.000 durch Krankheiten des Kreislaufs und 20.000 durch Erkrankungen der Atemwege), damit liegt Deutschland in den absoluten Todeszahlen europaweit mit an der Spitze (vor Großbritannien, Frankreich und Spanien) und fast jeder vierte tabakbedingte Todesfall in Europa ereignet sich in Deutschland.“

Zunahme bei jungen Menschen

„In der Bundesrepublik rauchen nach der letzten Erhebung 43 % der Männer und 30 % der Frauen; hochgerechnet auf die 18- 59-jährige Bevölkerung sind das 17,8 Mio. Raucher. Die wenigsten Raucher finden sich in den alten und neuen Ländern und bei Männern wie Frauen in der Altersgruppe 50 – 59 Jahre, die höchsten Raucherquoten weisen bei den Männern in alten und neuen Ländern die 21- bis 24-jährigen, bei den westdeutschen Frauen die 25- bis 29-jährigen und bei den ostdeutschen Frauen die 18- bis 20-jährigen auf.“

Als starke Raucher sind von den männlichen Zigarettenrauchern 49,1 % im Westen und 39,7 % im Osten einzuschätzen; von den Frauen sind dies 31,9 % im Westen und 12,9 % im Osten. Hochgerechnet auf die 18- bis 59-jährige Bevölkerung sind dies 6,7 Mio. starke Raucher.

Über einen Zeitraum seit 1980 betrachtet ist die Attraktivität des Rauchens bei jungen Erwachsenen stark zurückgegangen. Bis 1997 ist die Raucherquote bei Männern von 61 % auf 46 % gefallen, bei den Frauen von 54 % auf 34 %.

Von den jugendlichen Rauchern bezeichneten sich in der Drogenaffinitätsstudie 41 % als ständige oder gelegentliche Raucher, wobei es kaum einen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen gab. Vergleicht man dagegen die Raucherquote in West- und Ostdeutschland jeweils für die 12- bis 17-jährigen und die 18- bis 25-jährigen, so ergeben sich in den neuen Ländern höhere Raucheranteile bei beiden Altersgruppen. Große Unterschiede zeigen sich auch innerhalb der Gruppe der Mädchen und jungen Frauen: Während in Ostdeutschland 47 % rauchen, sind es im Westen mit 38 % deutlich weniger. Alles in allem zeigt sich im Zeitvergleich über die Jahre 1993 – 1997, dass die Raucherquote bei den westdeutschen Jugendlichen im Alter von 12 – 17 Jahre um 5 % zugenommen hat. In Ostdeutschland gab es eine starke Erhöhung der Raucherquote, die am ausgeprägtesten bei den jungen Frauen stattfand.“

Drogen- und Suchtbericht 1999, des BMfG
Stand: 9. März 2000

Mortalität in der BRD 1999

Zahlen und Fakten

7.2 Alkohol

„Die zweitgrößte Gruppe substanzbezogener absoluter Todesfälle ist die der *alkoholbedingten Todesfälle*. Sie liegen bei **40.000**, aber hier fehlt nach wie vor eine systematische Auswertung der Todesfallstatistik.“

„Starker Alkoholkonsum nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu; jedoch ist er nach der Bundesstudie bei Männern mit 15,2 % ca. doppelt so hoch wie bei Frauen mit 8,4 %.

Während Männer gerne Bier und Spirituosen trinken, werden von Frauen Wein und Sekt bevorzugt.

Bierkonsum ist unter westdeutschen Frauen verbreiteter als unter ostdeutschen Frauen. Der Anteil der Bierkonsumentinnen steigt mit dem Alter. Vergleicht man die Mengenangaben über Alter, Geschlecht und Region, finden sich bei den Männern in beiden Landesteilen die höchsten Werte bei allen Getränkesorten jeweils in der Altersgruppe der 40- bis 59-jährigen. Bei Frauen sind mit Ausnahme der Konsummengen bei Wein und Sekt, die ebenfalls mit dem Alter steigen, keine klaren Muster zu erkennen.

Konsequenzen des Alkoholkonsums können neben gesundheitlichen Folgen z.B. Unfälle unter Alkoholeinfluss, Verletzungen, Familienstreit wegen Alkohol etc. sein. Auffällig sind die im Vergleich zu Frauen bei allen Items deutlich höheren Prävalenzwerte bei Männern. Verglichen mit der relativ hohen Prävalenz von schädlichem Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit ist der Anteil derer, die einen Arzt wegen einer Alkoholproblematik aufsuchen, recht niedrig.

Bei der Befragung der Jugendlichen ergab sich in der letzten durchgeführten Studie, dass 26 % der 12- bis 25-jährigen Bier trinken; 9 % trinken ein oder mehrmals in der Woche Wein, 7 % alkoholhaltige Mixgetränke und 5 % trinken mindestens einmal in der Woche Spirituosen. Im Vergleich der letzten Jahre zeigt sich alles in allem ein Rückgang in der Häufigkeit des Alkoholkonsums und ein Anstieg der Anteile der Selten- oder Nietrinker. Diese Entwicklung ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in Ostdeutschland junge Männer deutlich weniger häufig Bier trinken, während gleichzeitig der Bierkonsum bei den weiblichen Jugendlichen in den neuen Bundesländern leicht ansteigt. Auch der Weinkonsum sowie der Konsum von Spirituosen geht zurück. Diese Befunde werden auch durch Zeitreihenvergleiche als längerfristiger Trend bestätigt.

Dennoch liegt der Alkoholverbrauch in Deutschland im europäischen Vergleich auf einem sehr hohen Niveau.“

Drogen- und Suchtbericht 1999, des BMfG

Stand: 9. März 2000

Mortalität in der BRD 1999

Zahlen und Fakten

7.3 Medikamente

„Medikamente mit psychoaktiver Wirkung sind Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Abführmittel, Appetitzügler. Ihr Missbrauch kann in schriftlichen Bevölkerungsbefragungen nur bedingt, d.h. am ehesten über die Konsumfrequenz erfasst werden.

Insgesamt haben fast doppelt so viele Frauen (19,5 %) wie Männer (11,5 %) in den letzten vier Wochen vor der Befragung zumindest einmal pro Woche eines oder mehrere der oben genannten Medikamente eingenommen. In allen Altersgruppen liegt der Prävalenzwert der Frauen deutlich über dem der Männer. Bei beiden Geschlechtern ist die Prävalenz bei den 25- bis 29-jährigen niedriger als bei den jüngeren Erwachsenen und steigt danach kontinuierlich mit zunehmendem Alter an. Bei den 50- bis 59-jährigen Frauen ist der Anteil derer mit zumindest einem Medikament pro Woche mit 28,3 % am höchsten. Ost/West-Unterschiede treten nur vereinzelt in einigen Altersgruppen auf. Schmerzmittel werden mit Abstand am häufigsten genommen. Danach folgen Beruhigungsmittel und Schlafmittel. Die beiden letztgenannten Substanzgruppen werden von 4,2 % bzw. 6,8 % der ostdeutschen Frauen genommen. Bei den westdeutschen Frauen rangieren Abführmittel mit 3,4 % sogar noch vor den Schlafmitteln (3,0 %).“

Drogen- und Suchtbericht 1999, des BMfG

Stand: 9. März 2000

Benzodiazepinhaltige Tranquilizer und Hypnotika gehören zu den meistverordneten Arzneimitteln in Deutschland. Trotz einer rückläufigen Tendenz werden in der Bundesrepublik noch 831 Mio. Tagesdosierungen (DDD) im ambulanten Versorgungsbereich verordnet. Dieser Rückgang beim Gebrauch Benzodiazepin-haltiger Mittel ist auf der anderen Seite mit einem Anstieg, vor allem bei den Antidepressiva und Neuroleptika, gekoppelt. Bei diesen Mitteln ist seit 1992 eine auffällige Steigerung erkennbar.

Ärztliche Verordnungen von Benzodiazepinen, Neuroleptika und Antidepressiva (Tagesdosierungen) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (ohne Verschreibungen auf Privatrezepten)

Jahr	Benzodiazepine	Neuroleptika	Antidepressiva
1992	765 Mio.	312 Mio.	279 Mio.
1993	665 Mio.	331 Mio.	269 Mio.
1994	602 Mio.	336 Mio.	296 Mio.
1995	583 Mio.	355 Mio.	326 Mio.
1996	579 Mio.	356 Mio.	328 Mio.

Jahrbuch Sucht 1998

Mortalität in der BRD 1999

Zahlen und Fakten

7.4 illegale Drogen insgesamt

„Die Anzahl der am Konsum bzw. der Überdosierung sowie Folgeerkrankungen gestorbenen Konsumenten illegaler Drogen (*drogenbedingte Todesfälle*) (vor allem Heroin und Kokain und Kombinationen mit Alkohol oder auch bei Heroin mit Methadon) ist im Jahr 1999 erneut angestiegen, auf **1.812 Menschen, 8,2 % mehr als im Vorjahr** (1.674). Überdurchschnittliche Steigerungsraten sind in Schleswig-Holstein (+48,1 %), Berlin (+28,1 %), Baden-Württemberg (+23 %), Rheinland-Pfalz (+18,3 %), Nordrhein-Westfalen (+17,2 %) und Bremen (+13,4 %) zu verzeichnen. In Bayern ist die Zahl der drogenbedingten Todesfälle um 14,4 % auf 268 Personen gesunken. In Hamburg wurde mit 115 drogenbedingten Todesfälle ein seit 1990 nicht mehr registrierter Tiefstand erreicht. Die neuen Länder sind weiterhin nur gering belastet.

Als ein nicht zu unterschätzendes Problem wird in diesem Zusammenhang von Fachleuten die gelegentliche freizügige ärztliche Vergabep Praxis von Methadon genannt. 1999 starben insgesamt 323 Personen (17,8 %) an ihrer Drogensucht unter Beikonsum von Methadon. Bei 28 Fällen wurde Methadon als alleinige Todesursache registriert. Für die Mehrzahl der drogenbedingten Todesfälle sind wie seit Jahren politoxikomanes Konsumverhalten (d.h. der Mehrfachkonsum verschiedener Substanzen gleichzeitig) und die Folgen von langjährigem BtM-Missbrauch ursächlich.

Eine Vielzahl von Faktoren wie die individuellen Drogenkarrieren, das Vorhandensein von Rettungsdiensten, die Inanspruchnahme von Therapieangeboten und viele Faktoren mehr können die Zahl der drogenbedingten Todesfälle beeinflussen.

Die Drogentoten können nicht als alleiniger Maßstab für den Erfolg oder Misserfolg einer bestimmten Drogenpolitik oder bestimmter drogenpolitischer Maßnahmen herangezogen werden. Drogenbedingte Todesfälle werden von den Polizeidienststellen der einzelnen Bundesländer erfasst und in der „Falldatei Rauschgift“ dokumentiert. Schwierigkeiten bestehen bei der Bestimmung der tatsächlichen Todesursache; teilweise gibt es in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Erfassungsmodalitäten und Bewertungsgrundlagen. Nur ein Teil der aufgeführten Todesfälle wird obduziert (1998 betrug die Zahl 62 %). Selbst eine Obduktion ergibt nicht in jedem Fall Hinweise auf vorbestehende und möglicherweise letale Funktionsstörungen. Zudem ist die Auffindsituation nicht immer eindeutig. Da in der Regel detaillierte Kenntnisse über die Gesamtzahl der Drogenabhängigen in einer Region fehlen, kann die *absolute* Zahl der Todesfälle nicht ins Verhältnis gesetzt werden zu einer möglichen Trendentwicklung in der Gesamtzahl der Drogenkonsumenten (so kann eine gestiegene oder gefallene Anzahl von Todesfällen einerseits hinweisen auf eine erhöhte Mortalität in der Gruppe der Drogenkonsumenten, aber auch ein Hinweis sein auf eine veränderte Prävalenz). Die Maßzahl „Mortalität“ bezieht sich auf die absolute Anzahl der Todesfälle bezogen auf 100.000 oder 1 Mio. Einwohner und ist insofern *allein* kein ausreichender Indikator für Trendentwicklungen unter den Drogenkonsumenten. Auch wenn die Gesamtzahl von drogenbedingten Todesfällen mit zusätzlichen niedrighschwelligigen Hilfen, insbesondere Drogenkonsumräumen, *in der Gesamtheit* nicht automatisch verringert wird, weil alle der o.g. Faktoren eine Rolle spielen, kann davon ausgegangen werden, dass das Risiko drogenbedingter Todesfälle für Drogenabhängige, die derartige Hilfsangebote wahrnehmen, deutlich reduziert wird. In Städten, die Drogenkonsumräume eingerichtet haben, bestätigt sich dieser Trend: In Frankfurt am Main ist die Zahl der drogenbedingten Todesfälle von 35 in 1998 auf 26 in 1999 gesunken, ebenso in Hamburg von 132 auf 111 und in Hannover von 27 auf 16.“

Drogen- und Suchtbericht 1999, des BMfG
Stand: 9. März 2000

Mortalität in der BRD 1999

Zahlen und Fakten

7.4.1 DrogenTote und ErstKonsumenten harter Drogen (EKHD)

Rauschgifttodesfälle und Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD)								
Zeitraum	RG-Tote	EKHD Gesamt*	EKHD Heroin	EKHD Kokain	EKHD Amphetamin	EKHD Ecstasy	EKHD LSD	EKHD Sonstige
01.01.-31.12.98	1.674	20.943	8.659	5.691	6.654	2.830	1.090	190
01.01.-31.12.99	1.812	20.573	7.877	5.662	6.143	3.170	738	179
Veränderungen	+8,2 %	-1,8 %	-9,0 %	-0,5 %	-7,7 %	+12,0 %	-32,3 %	-5,8 %

* Jede Person wird nur einmal als Erstauffälliger Konsument harter Drogen registriert. Zur Aufhellung des politoxikomanen Konsumverhaltens ist jedoch die Zählung einer Person bei mehreren Drogenarten möglich. Die angegebene Gesamtzahl ist bereinigt und entspricht der tatsächlichen Personenzahl.

Die statistische Entwicklung drogenbedingter Todesfälle in den einzelnen Bundesländern in Übersicht

Bundesländer	RG-Tote 1999	RG-Tote 1998	%
SH	80	54	+ 48
HH	115	132	- 12,9
NI	116	120	- 3,3
HB	76	67	+ 13,4
NW	422	360	+ 17,2
HE	138	141	- 2,1
RP	71	60	+ 18,3
BW	278	226	- 23,0
BY	268	313	- 14,4
SL	20	22	- 9,1
BR	205	160	+ 28,1
BB	4	6	- 33,3
MV	4	2	+ 100
SN	5	4	+ 25
AN	3	2	+ 50
TH	7	5	+ 40

8. politische Lösungsansätze

8.1 Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten

Ein Ausdruck des Regierungswechsels in der Drogenpolitik ist die Übertragung des Amtes der Drogenbeauftragten vom Bundesministerium des Innern zum Bundesministerium für Gesundheit sowie die Neuorganisation im Drogen- und Suchtbereich im Ministerium. Dazu gehört auch die Einrichtung der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im BMG. Zu den Aufgaben der Geschäftsstelle gehört u.a. die Unterstützung der Drogenbeauftragten bei der Koordinierung der Aktivitäten der Bundesressorts zu Fragen des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs, aber auch bei Aktivitäten auf internationaler Ebene. Die Tätigkeit umfasst weiterhin die Entwicklung von Initiativen und Konzeptionen zu drogenpolitischen Themen, insbesondere im Bereich der Prävention und Schadensminimierung.

Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit der Drogenbeauftragten. Hierzu gehört vor allem die Herausgabe regelmäßiger „Erläuterungen zur Drogen- und Suchtpolitik“ und das Erstellen des jährlichen Drogen- und Suchtberichtes. Die Geschäftsführung der „Interministerielle Arbeitsgruppe Drogen und Sucht“ (IMAG) gehört ebenso zu den Aufgaben wie die der im Dezember 1999 einberufenen „Drogen- und Suchtkommission“.

8.2 Interministerielle Arbeitsgruppe (IMAG) Drogen und Sucht

Es geht in den Sitzungen darum, sich ressortübergreifend über aktuelle Zielstellungen, Themen und Sachstände der Sucht- und Drogenpolitik zu informieren und konkrete Planungen abzustimmen. So hat sich die „Interministerielle Arbeitsgruppe“ in ihrer Sitzung im Juli 1999 u.a. mit dem Vorhaben zur heroingestützten Behandlung und dem Stand der Gesetzesinitiative zur rechtlichen Absicherung von Drogenkonsumräumen befasst sowie mit dem Stand der Umsetzung des „Aktionsplans Alkohol“, den Aktivitäten der „Koalition gegen das Rauchen“, Überlegungen zur Verbesserung von Integrationshilfen in den Arbeitsmarkt und der Verbesserung der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Drogenhilfe.

8.3 Unterstützung der Verbandsarbeit

Die Arbeit des Bundes wird durch die qualifizierte und unersetzliche Arbeit der Verbände und vor allem der Selbsthilfeorganisationen ergänzt. Ohne diese Arbeit würde eine erhebliche Lücke im Suchthilfesystem entstehen. Deshalb liegt es weiterhin im Bundesinteresse, diese Organisationen und Verbände durch institutionelle und projektbezogene Mittel zu fördern. Dazu stehen für institutionelle Förderung der „Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren“ (DHS), deren angeschlossener, sowie weiterer Verbände, auch im Bereich der Selbsthilfe, rund 2 Mio. DM zur Verfügung.

8.4 Koordination mit den Ländern

Ein wichtiges Gremium zur Abstimmung und zum Austausch von Entwicklungen im Bereich der Suchtproblematik stellt der seit vielen Jahren bestehende „Ständige Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder“ (StAK) dar. Unter Vorsitz des Bundes und unter Beteiligung von Bundesressorts und den Verbänden der Suchtkrankenhilfe werden auf der Ebene der Fachbeamten vor allem gemeinsame Modellvorhaben im Bereich der Suchthilfe geplant und entwickelt, Entwicklungen im europäischen und internationalen Bereich diskutiert und Fachmeinungen für Verbesserungen der Prävention und Suchthilfe abgestimmt.

8.5 Bund-Länder-Koordinierungskreis

Zur Entwicklung gemeinsamer Leitlinien und zur Verbesserung und Koordinierung wurde der Bund-Länder-Koordinierungskreis zur Suchtprävention bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eingerichtet. Die für die Suchtprävention verantwortlichen Ländervertreter sowie die Bundeszentrale informieren sich gegenseitig über geplante Kampagnen und Projekte, sowie neue Entwicklungen und Trends in der Suchtproblematik.

politische Lösungsansätze

8.6 Europäische Drogenbeobachtungsstelle

Am 22. November 1999 stellte der Direktor der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zusammen mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung den vierten Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle vor. Grundlage dieses Jahresberichtes sind die nationalen Berichte der Mitgliedstaaten. Diese Berichte werden in Deutschland von der *Deutschen Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* zusammengestellt. Die Deutsche Referenzstelle setzt sich zusammen aus dem Institut für Therapieforschung, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, die über ein weitverzweigtes Netz, an dem sich alle Bundesländer, sehr viele Verbände, Experten und Wissenschaftler beteiligen, über das Jahr hinweg Daten und Informationen sammeln, welche dazu beitragen, die Drogensituation in Deutschland darzustellen.

8.7 Zusammenarbeit mit der EU und der UN

Deutschland ist im Rahmen der **Vereinten Nationen (VN)** in allen Gremien aktiv, die die weltweite Zusammenarbeit im Drogenbereich fördern und lenken. Im März 1999 fand die jährliche Sitzung der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen (CND) statt. Ihr Hauptthema war diesmal die Umsetzung der Aktionspläne im Drogenbereich, die die Sonderkonferenz Drogen der Generalversammlung 1998 (UNGASS 1998) beschlossen hatte. Diese Aktionspläne geben gemeinsame Ziele zur Reduzierung des Drogenmißbrauchs und des illegalen Drogenangebots vor, die jeder Mitgliedstaat in zwei Schritten bis 2003 und 2008 verwirklichen soll. Die EU-Position wurde von Deutschland, das im 1. Halbjahr die Präsidentschaft im Europäischen Rat innehatte, koordiniert und gegenüber den VN vertreten.

8.8 EU - Drogenpolitik

Im ersten Halbjahr 1999 führte Deutschland bekanntlich den Vorsitz im Rat der EU. Deutschland bestimmte daher das aktuelle Programm der Ratsarbeitsgruppen im Drogenbereich bzw. setzte die Arbeit früherer Präsidentschaften sowie die noch nicht erfolgte Umsetzung von drogenrelevanten Ratsbeschlüssen fort. Die für die Koordination der EU-Drogenpolitik zuständige **„Horizontale Drogengruppe“ (HDG)** schloß unter deutschem Vorsitz u.a. die Verhandlungen über den *„Aktionsplan Drogen der EU für Lateinamerika und die Karibik“* ab. Im April 1999 vereinbarte die Parlamentarische Staatssekretärin, Frau Nickels, in Panama im Namen der EU die beiderseitige Annahme und Umsetzung des Aktionsplans mit den Staaten Lateinamerikas und der Karibik. Die Ausarbeitung eines weiteren *„Aktionsplan für Zentralasien“* wurde fortgesetzt. Beide Aktionspläne schaffen die Grundlage für eine effektive Drogenkontrolle und die alternative Entwicklung in den beiden genannten Anbauregionen sowie die Reduzierung des Drogenzustroms nach Europa. Ferner intensivierte die HDG die Vorbereitungen für die neue *Drogenstrategie der EU (Aktionsplan 2000-2004)*, die der Rat unter Finnischer Präsidentschaft im Dezember 1999 in Helsinki annahm. Sie unterzieht **„Drogenbekämpfungsmassnahmen einer Bewertung“**, stellt **„die Drogenprävention und die Reduzierung der Nachfrage (...) stärker in den Mittelpunkt“** berücksichtigt auch die legalen Suchtstoffe v.a. Alkohol und Tabak und räumt den schadensminimierenden Massnahmen bei illegalem Drogenkonsum eine wichtige Stellung ein.

Weitere drogenrelevante Aktivitäten erfolgten insbesondere in den speziellen Ratsgruppen **„Codro“ (Internationale Zusammenarbeit Drogen)**, **„MDG“ (Multidisziplinäre Gruppe für Fragen der organisierten Kriminalität)** sowie **„Gruppe Gesundheitsfragen“** (nimmt insbesondere zu Fragen der Prävention Stellung). Unter deutscher Präsidentschaft wurde ferner eine neue Gruppe **„Illegaler Drogenhandel“** geschaffen.

9. Beratungs- und Behandlungsstellen in der BRD

In Deutschland nehmen derzeit zwischen 250.000 und 300.000 Menschen harte Drogen. 100.000 bis 150.000 von ihnen konsumieren dabei mit sehr hoher Intensität. Sie leben – was Gesundheit und Leben angeht – extrem gefährdet und riskieren Langzeitschäden.

Zu den harten Drogen zählen zum Beispiel Heroin, andere Opiate, Kokain, Amphetamine und Ecstasy, wobei die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, daß der Konsum von Amphetaminen und Ecstasy stark zugenommen hat.

Um die Basisbetreuung der Suchtabhängigen kümmern sich etwa 1.200 Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen. 800 geben an, sich um alle Abhängigen zu kümmern – unabhängig vom jeweiligen Suchtmittel. Etwa 125 Stellen betreuen ausschließlich Konsumenten illegaler Drogen. Allein 25.000 Heroinabhängige wurden 1996 mit Methadon substituiert.

Vor allem in den Ballungsgebieten steht inzwischen ein breites Spektrum ambulanter Hilfen bereit. Dazu gehören niedrigschwellige Angebote, Kontaktläden, Betreutes Wohnen, Beratung, Konsumräume (vereinzelt), qualifizierte Entgiftung, Adaptions- und Nachsorgeangebote.

Bei der Stationären Therapie hat sich ebenfalls ein eigenständiges Hilfesystem herausgebildet, das sich um Abhängige von illegalen Drogen kümmert. So gibt es in Deutschland 5.230 Plätze für die stationäre Entwöhnung von Drogenabhängigen. **Abhängige sind krank.** Sie brauchen Hilfe und müssen behandelt werden – auch wenn sie illegale Drogen nehmen. Wer helfen will, muß dies berücksichtigen. Deshalb dürfen sich repressive Maßnahmen im Rahmen der Drogenpolitik nicht gegen Drogenabhängige als Individuum richten.

Von einer sinnvollen Drogenpolitik kann man nur dann sprechen, wenn sie Bestandteil eines ganzheitlichen gesundheitspolitischen Konzeptes ist. Sie muß berücksichtigen, daß die Abhängigkeit von illegalen Suchtstoffen nur einen kleinen Teil der gesamten Suchtproblematik unserer Gesellschaft ausmacht. So gesehen können Hilfeangebote für Abhängige von illegalen Drogen ebenfalls nur Bestandteil des gesamten Hilfesystems für suchtkranke Menschen sein. Anders ausgedrückt: Wer seinen Blickwinkel auf die Illegalität der Suchtstoffe einengt, übersieht das Gesamtproblem „Sucht und Abhängigkeit“.

Dies gilt um so mehr, als die Entwicklung der letzten Jahre zeigt: Die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Gruppen von Suchtkranken verwischen immer stärker. Viele konsumieren heute mehrere Suchtmittel gleichzeitig – egal ob legal oder illegal. Dies führt dazu, daß sie neben legalen auch von illegalen Suchtstoffen abhängig sind.

vgl. G. Bühringer u.a., 1997

DHS Drogenpolitik und Drogenhilfe

„Suchtstoffpolitik ist mehr als Drogenpolitik und ein Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe ist mehr als die Summe von Einzelaktivitäten“

10. Zehn Punkte-Katalog der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren zu einer umfassenden Suchtstoffpolitik und einem nationalen Gesundheitsprogramm Sucht.

Suchtmittelmißbrauch und -abhängigkeit:
Ein zentrales Problem der Gesundheitspolitik

Alle epidemiologischen Daten belegen den enormen Umfang von riskantem, mißbräuchlichem und abhängigem Konsum von Suchtmitteln in Deutschland.

10.1 Eine breit angelegte Suchtstoffpolitik verwirklichen und eine zweckgebundene Produktabgabe für Alkohol und Nikotin einführen

In der politischen Diskussion muß zwischen

- ‘Suchtstoffpolitik’ auf der einen Seite, mit der Einfluß auf das Angebot und die Nachfrage von Suchtmitteln genommen wird, und
- ‘Gesundheitspolitik’, auf der anderen Seite, die die Rahmenbedingungen für die Hilfe suchtkranker Menschen regelt, unterschieden werden.

Die DHS fordert die Einführung eines Alkoholpfennigs und eines Tabakpfennigs als Produktabgaben, die im Rahmen eines ursachenorientierten Konzeptes für eine breit angelegte kommunikationsorientierte Prävention und für die Weiterentwicklung der Hilfen für Suchtkranke eingesetzt werden.

10.2 Kinder stark machen - Prävention massiv verstärken

Durch groß angelegte, massenmediale Präventions-Kampagnen, die über eine Produktabgabe auf Tabak und Alkohol finanziert werden kann. Im Vergleich zu illegalen Drogen verursachen Alkohol und Nikotin ein Vielfaches an Todesfällen.

10.3 Konsumenten illegaler Suchtstoffe entkriminalisieren

Die Regelung des gesellschaftlichen und Reglementierung des individuellen Umgangs mit einzelnen Betäubungsmitteln und Suchtstoffen darf nicht dauerhaft mit Regelungen zur Behandlung von Suchtkranken vermischt werden.

10.4 Für die Behandlung der Krankheit Sucht ein effektives und differenziertes Behandlungs- und Hilfesystem erhalten und ausbauen

In der Suchtkrankenhilfe ist eine individuelle und personenzentrierte Hilfeplanung notwendig, die nicht an den Grenzen von Einrichtungen und einzelnen Hilfesystemen haltmachen darf.

Bei der Weiterentwicklung der Hilfen müssen folgende Prinzipien handlungsleitend sein: - Orientierung am Einzelfall - Hilfe muß so früh wie möglich beginnen - Selbsthilfe vor Fremdhilfe- ambulant vor stationär - wohnort vor wohnortfern - verbindliche Versorgungsabsprachen - angemessene Hilfe in jeder Phase der Erkrankung- keine Einheitstherapie.

10.5 Selbsthilfepotentiale fördern und nutzen

Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen sind in der Gesundheitspolitik als eigenständige und vorrangige Hilfe anzuerkennen und zu fördern. Selbsthilfe darf nicht dazu mißbraucht werden, aus finanziellen Gründen professionelle Hilfe zu ersetzen.

10.6 Maßnahmen zur Überlebenshilfe und Schadensreduzierung für die „vergessene Mehrheit“ ausbauen

Das Bestreben gesundheitlichen Folgen zu minimieren, darf nicht den Blick auf reale Lebenssituationen von Abhängigen und den Krankheitscharakter von Sucht verstellen.

Eine ärztliche Verordnung von Originalstoffpräparaten (Heroin) sollte in Zukunft im Einzelfall möglich sein - allerdings unter klar definierten Qualitätsstandards.

Eine bedeutende Versorgungslücke besteht insbesondere bei niedrigschwelligen Angeboten für Alkohol- und Medikamentenabhängige mit einer langen Suchtkarriere, die zum großen Teil vereinsamt in ihren Wohnungen oder obdachlos mit massivsten psychischen und gesundheitlichen Folgeerscheinungen, zum Teil ohne jede Hilfe und Hilfeangebote, verelenden.

Eine Gesundheits- und Sozialpolitik muß sich in Zukunft daran messen lassen, inwieweit es gelingt, auch für die 'Schwächsten' ausreichende Hilfen zur Verfügung zu stellen.

10.7 Ausstieg darf nicht zu einem Randthema verkommen

Sucht ist Krankheit und wie bei jeder Krankheit ist das Ziel die Heilung. Das Rehabilitationsrecht muß so weiterentwickelt werden, daß flexible Übergänge zwischen den verschiedenen Hilfen und Hilfemöglichkeiten gefördert und nicht verhindert werden.

10.8 Integrationshilfen eröffnen neue Lebensperspektiven

Die DHS hält Initiativen auf dem Gebiet der sozialen und beruflichen Integration für unerlässlich. Arbeit statt Sozialhilfe.

10.9 Finanzierung der Hilfe für Suchtkranke vereinheitlichen und absichern

Den gesetzlichen Rahmen zu schaffen ist Sache des Bundes.

10.10 Berufung einer Bundes-Kommission „Sucht“

Es ist an der Zeit, das Suchtproblem in unserer Gesellschaft in seiner Gesamtheit in den Blick zu nehmen und Lösungsstrategien mit differenzierten und aufeinander abgestimmten Maßnahmen im Gesamtkontext einer umfassenden Sozial- und Gesundheitspolitik zu entwickeln und umzusetzen.

stark gekürzte Zusammenfassung des:

10 Punkte Programms der DHS

Stand: 25.8.99

11. Drogen bedrohen unsere Gesellschaft

Drogenkonsum und Drogenmißbrauch bedrohen zunehmend unsere Gesellschaft. Wir alle sind aufgerufen, aus unserer privaten und beruflichen Stellung in der Gesellschaft heraus, dem Drogenmißbrauch entgegenzuwirken. Jeder junge Mensch wird heute früher oder später mit Drogen konfrontiert.

Unserem Kind geht es gut. Drogen sind für uns kein Thema.

Dies kann ein gefährlicher Irrtum sein. Drogenkonsum und Abhängigkeit entstehen nicht plötzlich, sondern entwickeln sich aus Suchthaltungen, die mit den Lebensumständen des Einzelnen zusammenhängen. Voraussetzungen und Neigungen für eine Gefährdung können schon im Kindes- und Jugendalter entstehen. Deshalb sind wir als Erwachsene alle dafür verantwortlich, Kinder und Jugendliche in die Lage zu versetzen, sich bewußt gegen Drogen entscheiden zu können. Wir wollen Sie über Suchtgefahren, Drogen und Kriminalitätsprobleme informieren. Wir helfen Ihnen, Drogengefährdung zu verringern und Ihnen aufzeigen, an wen Sie sich zur Information und Beratung wenden können. Auch die seit Jahren verstärkten Bemühungen der Polizei zur Bekämpfung des Rauschgifthandels, die eine Verringerung des Angebotes zum Ziel haben, können allein dieses Problem nicht lösen. Letztendlich gilt es, durch vorbeugende Maßnahmen die Nachfrage nach Drogen entscheidend zu beeinflussen.

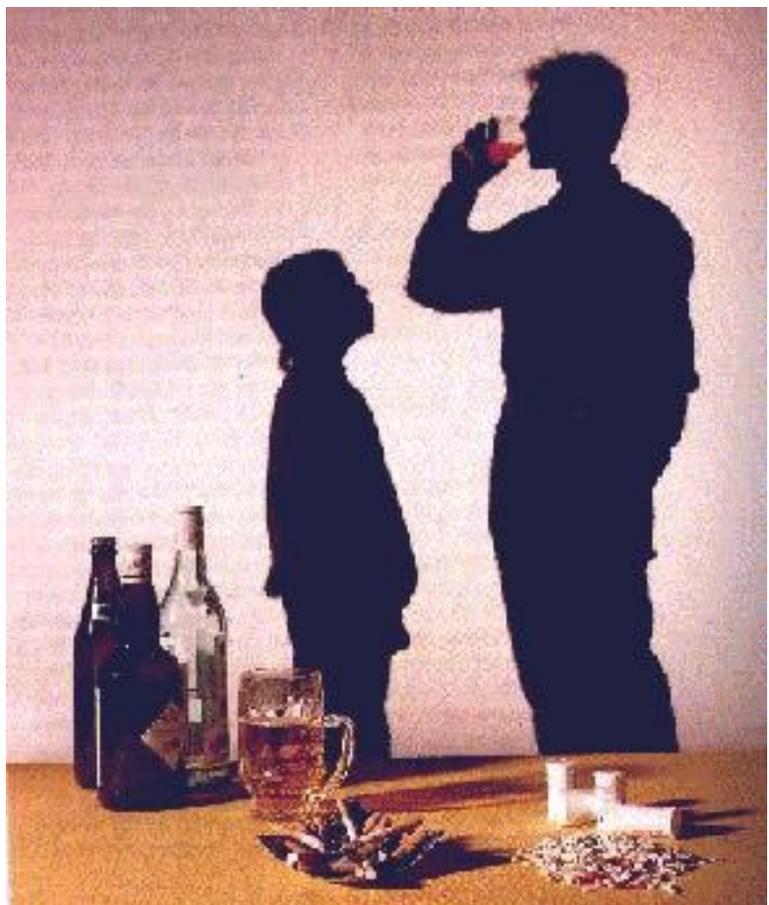


Bild: KriminalPolizeiliches VorbeugungsProgramme des Bundes und der Länder (KPVP)

12. sieben goldene Regeln,...

... um beim Thema Drogen im Gespräch zu bleiben

1. Eine gute Gesprächssituation schaffen

Fragen, die uns auf der Seele liegen, lassen sich nicht zwischen Tür und Angel besprechen. Nehmen Sie sich Zeit und reden Sie miteinander, wenn alle Beteiligten entspannt und nicht „auf dem Sprung“ sind. Setzen Sie sich möglichst ungezwungen zusammen, denn konfrontative Gespräche mit beiden Eltern auf der einen und dem Kind/Jugendlichen auf der anderen Seite können wie ein Verhör wirken.

2. Die eigenen Sorgen klar formulieren

Sprechen Sie offen von Ihren Sorgen um das Wohl Ihres Kindes, ohne Ihren Sohn/Ihre Tochter mit Verdächtigungen, Vermutungen und Unterstellungen zu „überfallen“. Geben Sie Ihrem Kind keinen Anlaß zu lügen, um sich zu verteidigen oder um Ihre Befürchtungen zu zerstreuen.

3. Die Situation klären, ohne „Geständnisse“ zu erzwingen

Geben Sie sich nicht mit vorschnellen oder unklaren Aussagen zufrieden, wenn Sie Fragen an Ihr Kind haben. Bleiben Sie hartnäckig. Erzwungene Geständnisse, die Ihr Kind zum „Schuldigen“ machen, bringen jedoch nichts.

4. Nicht provozieren lassen!

Jugendliche können ganz schön nerven - besonders ihre Eltern! Lassen Sie sich nicht aus dem Konzept bringen oder provozieren. Gerade bei einem Thema wie Suchtmittel ist ein kühler Kopf wichtig. Schließlich wollen Sie sich nicht mit Ihrem Kind streiten, um recht zu behalten, sondern gemeinsam nach Regeln für das Zusammenleben suchen.

5. Den eigenen Umgang mit Suchtmitteln offen ansprechen

Wenn Sie nicht selbst darüber sprechen, wird es Ihr Kind tun!

6. Informationen einfließen lassen, aber führe kein „Expertengespräch“

Sachkenntnisse über die Zusammensetzung und Wirkung von Suchtmitteln und vor allem über die Risiken des Konsums sind wichtig. Damit können Sie wichtige Informationen an Ihr Kind weitergeben und zugleich das Gespräch auf einer sachlichen Ebene halten. Mit Ihrem Kind über Drogen zu „fachsimpeln“ und gegenseitige Wissenslücken aufzuspüren, trägt jedoch nicht dazu bei, für das Thema Drogen eine gemeinsame Lösung zu finden. Alle Drogen sind gefährlich; es macht keinen Sinn, sich darüber die Köpfe heiß zu reden, welcher Suchtstoff schlimmer bzw. weniger schlimm ist.

7. Ein gemeinsames Ziel ansteuern

Mit einem einzigen Gespräch läßt sich keine umfassende Lösung des Problems Suchtmittelkonsum finden. Steuern Sie daher Teilziele an: Es ist schon ein großer Schritt, wenn Sie Ihren Standpunkt zu Suchtmitteln klar zum Ausdruck gebracht haben. Bleiben Sie im Gespräch mit Ihrem Kind, stellen Sie gemeinsam Regeln für das Verhalten zu Hause auf und bieten Sie Ihrem Kind alternative Gesprächspartner an, z.B. in einer Beratungsstelle.

BZgA

13. SchlussBemerkung

Jahr für Jahr sterben auf unserer Mutter Erde Millionen von Menschen an den direkten oder indirekten Folgen ihrer Drogensüchte.

In Zahlen läßt sich nicht ausdrücken, ob die Entwicklung der Menschheit ohne Drogen weniger produktiv verlaufen, oder ob noch mehr Kriege entbrannt wären.

In extremen Notsituationen wie Naturkatastrophen, Epidemien und/oder Kriegen tragen Drogen dazu bei, die Lebensumstände für das Individuum scheinbar zu lindern, aber zu welch abnorm hohen Preis.

Solange alle Staaten der Welt kräftig am „Drogendeal“ verdienen, entlarfen sich alle Hilfsmaßnahmen als blanker Hohn.

Einerseits werden in der BRD sehr lobenswerte Programme zur Bekämpfung jeglicher Drogen unterstützt. Über die Konstituierung von Fixerstuben!, den unterschiedlichsten Rehabilitations- und Sozialisationsmaßnahmen, den vorbeugenden Maßnahmen wie die Netzfahndung der Landeskriminalämter, bis hin zu aufwendigsten Forschungsprojekten überwiegend in der Medizin, der Soziologie und der Wirtschaft.

Aber welcher Doppelmoral unterliegen diese Ansätze, wenn die dazu aufgewendeten finanziellen Mittel durch die Hintertür über Alkohol- und Vergnügungssteuer den Abhängigen in Rechnung gestellt werden.

Je sozial schwächer (arbeitslos etc.) der Einzelne, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass er verstärkt Drogen konsumiert (konkret Tabak und Alkohol). Der Sozialhilfeempfänger und Arbeitslose zahlt die Zeche für sein Schicksal.

Meiner Meinung nach haben wir nur eine echte Chance, Drogen aller Art aus der Gesellschaft zu verdrängen, wenn wir uns von Vorurteilen lösen und die unterschiedlichsten Randgruppen zu Wort kommen lassen. Warum nicht einmal in die Junkie-Parks gehen, um die Menschen dort kennen zu lernen. Hier werden wir erfahren, worin die wirklichen Ursachen liegen, die zur Drogenabhängigkeit führen.

Man stelle sich eine Gesellschaft vor, in der soziales Engagement ein mit Privilegien bewertetes Volksgut ist. Leider ist Zivilcourage in unserer scheinbar heilen Welt kein gern gesehener Gast. **Hinsehen, Handeln, Hilfe holen.** Eine sinnvolle Kampagne, sie trifft doch leider nur dort auf offene Ohren, wo Nächstenliebe bereits vorhanden ist.

Was könnten wir bewirken, wenn wir uns täglich ein paar Minuten unseren Nachbarn widmen? Mehr Menschlichkeit, durch Respekt, Fairness, Ehrlichkeit und vor allem, der Mut Verantwortung zu übernehmen, da wo es nichts zählbares einbringt.

Eine glückliche Gesellschaft, erscheint mir im volkswirtschaftlichen Sinne produktiver und bei weitem weniger Kostenintensiv.

Der Grundstock unserer Befreiung liegt in einer sozialen Revolution und sie fängt genau bei unseren Kindern, Verwandten, Freunden und Nachbarn an.

In diesem Sinne:

Großer Geist, gib mir die Kraft,
nie über einen Menschen zu urteilen,
bevor ich nicht mindestens eine Meile in seinen Mokassins gelaufen bin.

Ein altes Indianisches Sprichwort.

14. wichtige Adressen in Köln

Amt für Diakonie
Suchtberatung
Brandenburger Straße 23
50668 Köln
Tel: 0221-16038-0

Blaues Kreuz in Deutschland e.V.
Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle
Piosstraße 101
50823 Köln
Tel: 0221-527979

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 200
51109 Köln
0221-8992 0

Drogenhilfe Köln e.V.
Beratungszentrum
Cafe Viktoria
Viktoriastraße 12
50668 Köln
Tel: 0221-912797-0

Drogenhilfe Sozialdienst Kath. Männer e.V.
Mauritiussteinweg 66
50676 Köln
Tel: 0221-2074-0

Junkie-Bund Köln e.V.
Berliner Straße 98-100
51063 Köln
Tel: 0221-622081

Stadt Köln
Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst
Neumarkt 15-19
50667 Köln
Tel: 0221-221-2949

Suchtnotruf Köln e.V.
Sülzgürtel 47
50937 Köln
Tel: 0221-19700

Telefonnotruf für Suchtgefährdete
Blaubach 24
50676 Köln
Tel: 0221-315555

Verein zur Hilfe bei Problemen mit Alkohol, Drogen und Medikamenten
Hauptstraße 399
51143 Köln
Tel: 02203-52339

15. wichtige Adressen in der BRD und der EU

Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter
und drogenabhängiger Jugendlicher e.V. (BVEK)
Köthener Straße 38
10963 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (BMfG)
Drogenbeauftragten der Bundesregierung
Christa Nickels
Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)
Ostmerheimer Straße 200
51109 Köln

Deutscher Caritasverband (DCV)
Referat Besondere Lebenslagen
Postfach 420
79004 Freiburg

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)
Westring 2
59065 Hamm

Fachverband für Drogen und Rauschmittel (FDR)
Brüderstraße 4 B
30159 Hannover

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Birkenstraße 34,
28195 Bremen

DIMDI
Weißhausstr. 27
D-50939 Köln

Europäische Union (EBDD und EMCDDA)
Wiertzstraat
Postbus 1047
B-1047 Brussel

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS)
Kurt-Schuhmacher-Straße 2
34117 Kassel

InterNet:

<http://www.bka.de/>
<http://www.bmggesundheits.de/index.htm>
<http://www.bremen.de/info/gesundheits/home.html>
<http://www.bundesregierung.de/index.html>
<http://www.bzga.de/>
<http://www.dhs.de/>
<http://www.dimdi.de/>
<http://www.ems-cologne.com/frames.html>
<http://www.netdokter.de/>
http://www.odenwald.de/pderbach/_vorbeug.htm
http://www.s-a-d.de/produkte/lexika/wissenlive_der_mensch.html
<http://www.sucht.org/info/info.html>

16. QuellenNachweis

Anton Bartling c/o:

Jahresbericht 1994/95 Drogenberatung Bremen,

G. Bühringer.: Methadon-Standards, Stuttgart 1995

G. Bühringer.: Schätzverfahren und Schätzungen 1997 zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland, IFT-Berichte Bd. 94, München 1997

Bund gegen Alkohol im Straßenverkehr e.V.:
Jahresbericht Alkohol, 1997

BzGA: Kinder stark machen-zu stark für Drogen, Köln 1996

BzGA: Drogenaffinität Jugendlicher in der BRD 1997, Köln Nov. 1997

DHS: Jahrbuch Sucht 1998

Drogen- und Suchtbericht 1998
der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
Stand: März 1999

Drogen- und Suchtbericht 1999
der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
Christa Nickels
Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit
Stand: 9. März 2000

DHS: Sucht-SelbsthilfeKonferenz, Bonn, 08.11.1998

Jacqueline Engelke: Öffentlichkeitsarbeit GVS, DHS Internet, www.dhs.de

Europäische Union: Jahresbericht über den Stand der Drogenpolitik in der EU 1999, Dezember 1999

Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V.:
Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe, Geesthacht 1997

Dr. T. Fleischmann-Sperber: BRK, Nürnberg, 1994

H.J. Hennes: Lehranstalt für Rettungsdienst des DRK-Landesverbandes Rheinland-Pfalz

Landesinstitut für Schule und Weiterbildung:
Sucht- und Drogenvorbeugung in der Schule, 1988, Stand 25.8.99

A. Lechleitner / P. Funk:
Die Notkompetenz der Rettungsassistentin und Rettungsassistent

N. Pörksen: Perspektiven europäischer Drogenpolitik..., Kongress vom 7.2.98, Drug use and the crisis of European Societies, in Bologna

B. Schmidtobreck: Drogenpolitik und Drogenhilfe, in Sucht 04/1994

K. Wanke und K. L. Täschner: Rauschmittel, 1985

K. Wanke: für DHS, Süchtiges Verhalten, 1985

Dr. K. Wanke / Dr. J. Gerchow / Dr. E. Hernle / Dr. K. A. Kovar: für DHS,
Drogenabhängigkeit, Eine Information für Ärzte, März 1998