

Suchtbericht für die Stadt Wuppertal 2017

Anlage 3: Legale, illegale und stoffungebundene Suchtmittel/Suchtformen

Daten und Fakten



Der Oberbürgermeister der Stadt Wuppertal
Geschäftsbereich Soziales, Jugend, Schule & Integration
Sozialamt (201)
42269 Wuppertal

Bearbeitung:

Claudia Hembach
Abteilung 201.5 – Sozialplanung, Beratung und Qualitätssicherung

Veröffentlichung: Januar 2018

Inhalt	Seite
1. Einleitung	3
2. Definition von Suchterkrankungen	3
3. Stoffgebundene Suchterkrankungen	5
3.1 Legale Drogen	5
3.1.1 Tabak	5
3.1.2 Alkohol	7
3.1.3 Medikamente	11
3.2 Illegale Drogen	13
3.2.1 Heroin/Opium/Morphium	14
3.2.2 Cannabis	16
3.2.3 Kokain	18
3.2.4 Amphetamine/Chrystal/Ecstasy	19
3.2.5 Halluzinogene (LSD)	22
4. Stoffungebundene Suchterkrankungen	23
4.1 Glücksspiel	23
4.2 Internet/Medien	24
5. Comorbide psychiatrische Erkrankungen (Sogenannte Doppeldiagnosen)	27

Fotonachweis

Abbildungsverzeichnis

1. Einleitung

Dieses Dokument dient als Anlage zum Suchtbericht für die Stadt Wuppertal. Hier finden sie neben einer Definition für Suchterkrankungen ausführliche Beschreibungen der verschiedenen Suchtmittel und Suchtformen, unterlegt mit Daten aus unterschiedlichen Studien. Die Fotos wurden durch LKA NRW und Kriminalprävention und Opferschutz Wuppertal freundlicherweise zur Verfügung gestellt. Herzlichen Dank.

2. Definition von Suchterkrankungen

Neben dem System der International Classification of Diseases (ICD 10) stellt seit 2013 auch das DSM-V (Klassifikationssystem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) das für die klinische Diagnostik und wissenschaftliche Forschung maßgebliche Klassifikationssystem psychischer Störungen/Abhängigkeitserkrankungen dar. Beide Klassifizierungssysteme bestehen gleichberechtigt nebeneinander, wobei der DSM-V derzeit aktueller ist und beispielsweise das pathologische Spielen als Sucht aufgenommen hat, was im ICD 10 bisher nicht erfolgt ist.

Nach der Definition im ICD 10, der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen wird, sollte die Diagnose Abhängigkeit gestellt werden, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres vorhanden waren:

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf den Beginn, die Beendigung oder die Menge des Konsums.
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
- Nachweis einer Toleranz, im Sinne von erhöhten Dosen, die erforderlich sind, um die ursprüngliche, durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung, hervorzurufen.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Konsums, sowie ein erhöhter Zeitaufwand, um zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Konsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.

Im DSM-V, der 2013 veröffentlicht wurde, werden die Kategorien von Missbrauch bis Abhängigkeit nun unter dem neuen Oberbegriff „Sucht und zugehörige Störungen“ zusammengefasst. Es wird nun von „Substanz-Gebrauchsstörungen“ gesprochen.

Die Kriterien der neuen Gebrauchsstörung, die sich jeweils zwischen moderat und schwer bewerten lassen, stellen dabei eine Kombination der bisherigen Missbrauchs- und Abhängigkeitskriterien dar, ergänzt um das neue Kriterium des Craving, dem starken Verlangen nach einer Substanz. Die somit niederschwelligere Substanzgebrauchsstörung erfordert im Vergleich zur bisherigen Abhängigkeitskategorie nun mindestens 2 statt bislang 3 der vorliegenden Kriterien.

Erstmalig führt das DSM-V auch die Verhaltenssucht offiziell ein. Pathologisches bzw. gestörtes Glücksspiel wird nun klar der Sucht zugeordnet, da von vergleichbaren Gehirnprozessen (z.B. bei Impulskontrolle und Belohnungseffekten) wie bei substanzbezogenen Süchten ausgegangen wird.

Essstörungen sind davon abzugrenzen. Sie gehören zur Gruppe der psychosomatischen Krankheitsbilder, die Suchtaspekte aufweisen können, jedoch laut ICD 10 nicht zu den Suchterkrankungen.

Dennoch werden Essstörungen in diesem Bericht im Rahmen eines Exkurses aufgegriffen, da auch das Suchthilfesystem in Wuppertal Hilfen für betroffene Menschen bereithält.

Von Suchterkrankungen sind Millionen von Menschen in Deutschland betroffen. Suchtprobleme entstehen oft schleichend über viele Jahre und bleiben lange Zeit unbemerkt. Häufig beginnt die Abhängigkeit völlig „harmlos“ mit dem Konsum eines bestimmten Stoffes, beispielsweise Alkohol oder mit einem bestimmten Alltagsverhalten, beispielsweise der Nutzung des Internets. Dieses selbstbestimmte Handeln geht bei manchen Menschen in eine Phase des kritischen Konsums oder eines übermäßigen zwanghaften Verhaltens über, bevor eine Suchterkrankung entsteht. Das Risiko ist bei Menschen erhöht, wenn sie mit dem Konsum bestimmte Wünsche und Erwartungen wie Entspannung oder auch Leistungssteigerung verbinden.

Wenn sich die betroffene Person zunehmend auf die Substanz oder das Suchtverhalten fokussiert und andere Interessen und Verpflichtungen, Freundschaften und Beziehungen sowie die Gesundheit vernachlässigt und ein Verlust der Kontrolle einsetzt, kann man von Suchtverhalten sprechen. Dieser Kontrollverlust stellt ein wesentliches Merkmal von Sucht oder Abhängigkeit dar.¹ Wenn aus dem Konsum eine Abhängigkeit entstanden ist, sind viele Faktoren zusammen getroffen. Von besonderer Bedeutung sind die persönlichen Voraussetzungen der betroffenen Person, die Art der Droge² und das Umfeld. Wenn eine Droge schnell zur Gewöhnung führt, bedeutet dies ein zusätzliches Risiko für die/den Konsumenten/in. So kann bei einigen Suchtmitteln, wie beispielsweise Heroin, bereits durch einmaligen Konsum eine Abhängigkeit entstehen.

Neben der seelischen Abhängigkeit kann es beispielsweise bei Alkohol, Medikamenten und Heroin auch zu einer körperlichen Abhängigkeit kommen. Der Körper passt sich dabei den konsumierten Mengen an und benötigt nach und nach eine Steigerung der Dosis, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Bleibt das Suchtmittel aus, führt dies zu unangenehmen, schmerzhaften und teilweise lebensgefährlichen Entzugserscheinungen. Die Übergänge von seelischer zu körperlicher Abhängigkeit sind teilweise fließend.

¹ Behrendt K u.a., Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), „Drogenabhängigkeit“, 2013: S. 17

² Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation wird jeder Wirkstoff, der in einem lebenden Organismus Funktionen zu verändern vermag, als Droge bezeichnet. „Lexikon der Süchte“: Düsseldorf 2009: 8 ff.

Bei Abhängigkeitserkrankungen wird zwischen den beiden großen Gruppen „stoffgebundene Sucht“ und „stoffungebundene Sucht“ unterschieden.

3. Stoffgebundene Suchterkrankungen

„Stoffgebundene Suchterkrankungen setzen den Konsum einer legalen oder illegalen „Droge“ voraus. Drogen sind „psychotrope Substanzen“, die durch ihre chemische Zusammensetzung auf das Gehirn beziehungsweise das Zentralnervensystem einwirken und dadurch auf das Denken, Fühlen, die Wahrnehmung und das Verhalten direkt Einfluss nehmen“³.

Dabei wird differenziert zwischen legalen und illegalen Drogen.

3.1 Legale Drogen

Zu den legalen Drogen gehören Tabak, Alkohol und Medikamente. Es sind psychoaktive Substanzen, die abhängig machen können. Die Herstellung, der Besitz und der Handel sind nicht verboten ist.

3.1.1 Tabak



Ursprünglich stammt die Tabakpflanze aus Amerika. Anbau und Konsum waren in Süd- und Nordamerika bereits lange bekannt, bevor die Europäer auf den Kontinent kamen. Kleine Tabakblätter umwickelt von großen oder zerkleinertem Tabak wurden in Schilfröhrchen geraucht. Pfeifen aus Ton, Holz, Stein, Schildpatt oder Silber wurden in Nordamerika benutzt.

Die Europäer lernten Tabak bei ihren ersten Begegnungen mit den Menschen Amerikas kennen. Als Christoph Columbus im Oktober 1492 auf den Bahamas landete, brachten die Inselbewohner ihm Präsente, darunter auch Tabakblätter.

Der französische Forschungsreisende Jacques Cartier berichtete 1536 von den Rauchgewohnheiten der Indianer Kanadas und dem dazugehörigen Utensil, welches er „pipe“ (Pfeife) nannte. Das Wort Tabak stammt wahrscheinlich von den Antillen, wo das Rauchrohr „tobago“ genannt wurde.⁴ Lange wurde Rauchen gesellschaftlich akzeptiert. Erst in den letzten Jahren, auch durch die Einführung des Nichtraucherschutzgesetzes, wird Rauchen zunehmend als ungesund und problematisch wahrgenommen.

³ „Lexikon der Süchte“: Düsseldorf 2009: S 8 ff.

⁴ Wikipedia (Tabak)

Konsumverhalten

Am stärksten verbreitet ist das Rauchen im jungen und mittleren Erwachsenenalter. Erst ab einem Alter von 60 Jahren lässt sich ein deutlicher Rückgang beobachten, der auch vor dem Hintergrund steigender tabakbedingter Erkrankungen und Todesfälle in dieser Altersgruppe zu sehen ist. Nach den Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1), die in den Jahren 2008 bis 2011 erhoben wurden, rauchen 29,7 % der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen täglich oder gelegentlich.⁵

Von den Frauen, die vor dem Zweiten Weltkrieg geboren wurden, haben nur knapp 20 % jemals in ihrem Leben geraucht. Bei den in den 1960er Jahren Geborenen steigt dieser Anteil auf 50 %. Das Rauchverhalten der Männer verändert sich über die Geburtsjahrgänge hinweg deutlich weniger.

Seit einigen Jahren sinken die Raucheranteile in der deutschen Bevölkerung in allen Altersgruppen. Bei Kindern und Jugendlichen ist der Trend zum Nichtrauchen am deutlichsten. Ende der 1990er Jahre rauchten knapp 30 % der 12- bis 17-Jährigen; aktuell sind es nur noch rund 10 %.⁶

Anteil der Raucher und Raucherinnen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2013⁷

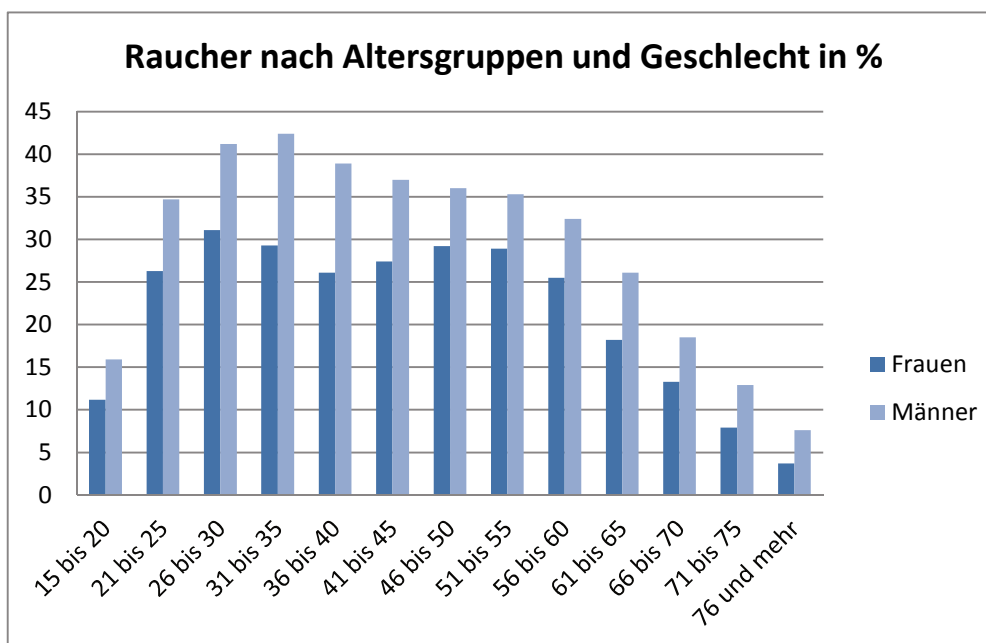


Abbildung 1: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014): Anteil der Raucher und Raucherinnen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2013 in %

Nach den Daten der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts aus den Jahren 2009 bis 2012 leben 43% der Kinder und Jugendlichen im Alter bis 17 Jahren mit mindestens einem rauchenden Elternteil zusammen. Bei 15% der Heranwachsenden rauchen sogar beide Elternteile.⁸

⁵ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Drogen- und Suchtbericht 2016 Seite 31ff

⁶ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015): Tabakatlas Deutschland 2015. Heidelberg.

⁷ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014): Gesundheitswesen - Fragen zur Gesundheit - Rauchgewohnheiten der Bevölkerung - Mikrozensus 2013. Wiesbaden.

Im Jahr 2013 starben rund 121.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Das waren 13,5% aller Todesfälle.⁹ Außerdem wurde von schätzungsweise 3.300 Todesfällen durch Passivrauchen ausgegangen.¹⁰



Ein noch relativ neuer Trend sind elektronische Inhalationsprodukte (E-Zigaretten). Das sind mit Tabakerzeugnissen verwandte Produkte, in denen eine Flüssigkeit (Liquid) aus Propylenglykol und/oder Glycerin, Aromen und zumeist Nikotin verdampft wird. Liquids gibt es mit Tabak-, Frucht-, Kräuter-, Getränke-, Süßigkeiten- und Fantasiearomen.¹¹ Sie sind in Teilen der Gesellschaft umstritten und es ist noch unklar, ob und wenn ja welche Schädigungen von ihnen ausgehen können. Verwertbares Datenmaterial liegt bisher noch nicht vor.

3.1.2 Alkohol



Alkohol ist bereits seit der Antike ein fester Bestandteil des Alltagslebens gewesen, auch wenn es immer wieder Zeiten gab, in denen versucht wurde, das Phänomen zu begrenzen, beispielsweise im 8. Jahrhundert, als Karl der Große einige Gesetzesvorschriften erließ, um das Problem in den Griff

⁸ Kuntz, B.; Zeiher, J.; Lampert, T. (2016): Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2016. Lengerich: Pabst.

Lampert, T.; List, S. M. (2010): Gesundheitsrisiko Passivrauchen. Berlin: RKI.

⁹ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015): Tabakatlas Deutschland 2015. Heidelberg.

¹⁰ Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2009): Tabakatlas Deutschland 2009. Heidelberg.

¹¹ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015): Tabakatlas Deutschland 2015. Heidelberg.

zu bekommen.¹² Im 19. Jahrhundert entstand die Mäßigkeits- und Abstinenzbewegung mit dem „Anspruch des politisch-administrativen wie technisch-ökonomischen Systems auf einen „guten Bürger“ und „fleißigen Arbeiter“ dessen wirtschaftliche und soziale Funktionstüchtigkeit erhalten bzw. gesteigert werden sollte“¹³.

Der Alkoholkonsum der Industrie- und Wanderarbeiter wurde am Ende des 19. Jahrhunderts als erhebliches Problem wahrgenommen. Durch die Maschinen in den Fabrikgebäuden wurde es immer wichtiger, dass die Arbeiter zuverlässig und nüchtern arbeiteten, auch wegen der zunehmenden Unfallgefahr. 1883ff kam es zur Gründung der ersten christlich geprägten Selbsthilfegruppen, welche auch staatliche Unterstützung erhielten.

Durch eine Änderung im BGB wurde es 1900 erstmals möglich, geschlossene Unterbringung von chronischen Trinkern in Trinkerheilanstalten durch Entmündigung zu vollziehen. Parallel wurde durch Erlasse verfügt, dass suchtmittelfreie Aufenthaltsangebote geschaffen werden mussten. Die Umsetzung dafür lag bei den Kommunen, die über den Fortgang regelmäßig in Berlin Bericht erstatten mussten. Es wurden Aufklärungskampagnen durchgeführt und Informationsmaterialien entwickelt. (Stadtarchiv 1897 - 1903) Dies wurde auch in Wuppertal, damals Stadt Elberfeld, umgesetzt.

Heute gestaltet sich die Situation wie folgt:

Die vorliegenden Daten sind je nach Quelle und Untersuchung unterschiedlich. Das liegt daran, dass es keine Möglichkeit gibt, aufgrund der hohen Dunkelziffer, Menschen mit Suchtproblemen präzise statistisch zu erfassen. Außerdem sind je nach Studie die erfassten Altersgruppen verschieden.

Die Drogenbeauftragte schreibt in ihrem Bericht: Alkohol stellt nach wie vor ein besonders hohes Gesundheitsrisiko für die Menschen in Deutschland dar. Ca. 7,7 Mio. Menschen über 15 Jahren (10,8 %) konsumieren riskant Alkohol und ca. 1,8 Mio. Menschen (2,6%) sind nach Einschätzung der Drogenbeauftragten in Deutschland alkoholabhängig.¹⁴

Nach dem Suchtsurvey weisen schätzungsweise 3,1 % der erwachsenen Allgemeinbevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren eine Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV und 3,4 % einen entsprechenden Missbrauch auf. Der Anteil der Männer (70%) ist deutlich höher als der Frauenanteil (30%).¹⁵

Eine psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol wurde im Jahr 2012 deutschlandweit als zweithäufigste Einzeldiagnose in Krankenhäusern mit ca. 345.000 Behandlungsfällen diagnostiziert.¹⁶

¹² Alfred Heggen: Alkohol und bürgerliche Gesellschaft im 19. Jahrhundert – Einzelveröffentlichungen der Historischen Kommission zu Berlin, Band 64, Colloquium Verlag Berlin 1988 (Seite 8ff)

¹³ Alfred Heggen: Alkohol und bürgerliche Gesellschaft im 19. Jahrhundert – Einzelveröffentlichungen der Historischen Kommission zu Berlin, Band 64, Colloquium Verlag Berlin 1988 (Seite 20)

¹⁴ Die Drogenbeauftragte der Bundesrepublik Deutschland Drogen und Suchtbericht 2015, S 15ff

¹⁵ Epidemiologisches Suchtsurvey 2012

Untersuchungen zu alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen und Todesfällen gehen von etwa 74.000 Todesfällen aus, die allein durch den Alkoholkonsum oder den kombinierten Konsum von Tabak und Alkohol verursacht sind. „Die wenigen Berechnungen alkoholbedingter Todesfälle in Deutschland weisen eine hohe Wahrscheinlichkeit der Unterschätzung auf, denn meist fließen in die Berechnung der Todesfälle, die allein auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, nur die Diagnosen ein, die zu 100 % auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind. Dies sind die Todesursachen Alkoholabhängigkeitssyndrom und Leberzirrhose.“¹⁷

Kinder und Jugendliche:

„Bei 12- bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen ist die 30-Tage-Prävalenz¹⁸ des Rauschtrinkens (fünf Gläser oder mehr) rückläufig. Sie reduziert sich vom Höchstwert in 2007 (30,7 %) auf 15,9 % in 2015. Bei den weiblichen Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren geht die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens (fünf Gläser oder mehr) von 2007 (20,0 %) bis 2015 (8,9 %) statistisch signifikant zurück. Der Rückgang findet größtenteils zwischen 2007 und 2011 (10,5 %) statt.“¹⁹

23.267 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 19 Jahren wurden in Deutschland 2013 aufgrund eines akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt, das waren 12,8% weniger als im Vorjahr. Im Jahr 2000 waren es rund 9.500 Behandlungsfälle in diesen Altersgruppen. Dies bedeutet von 2000 eine Steigerung von 144,6% auf das Jahr 2013.²⁰

In den nachfolgenden Abbildungen für NRW und Wuppertal sieht man, dass in NRW die Zahl der Patientinnen und Patienten im Alter von 10 bis unter 20 Jahren mit der Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – akute Intoxikation" (ICD1) F10.0²¹ leicht rückläufig ist, während in Wuppertal die Gesamtzahl schwankt und tendenziell steigt. Insbesondere im Jahr 2013 ist das eine deutliche Abweichung gegenüber der Entwicklung im Land. In den Jahren 2013 und 2014 ist die Zahl der Mädchen in Wuppertal deutlich höher als die der Jungen.

¹⁶ Statistisches Bundesamt (2015): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2013. Wiesbaden.

¹⁷ John, U.; Hanke, M. (2002): Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany. In: Alcohol and Alcoholism, 37(6), 581-585.

¹⁸ Mindestens einmal Konsum innerhalb von 30 Tagen

¹⁹ BZgA: DIE DROGENAFFINITÄT JUGENDLICHER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND 2015

²⁰ Statistisches Bundesamt (2015): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2013. Wiesbaden.

²¹ IT NRW Krankenhausstatistik NRW 2015

Der Anteil gegenüber der gleichaltrigen Bevölkerung in Wuppertal lag am 31.12 2015 mit 117 Personen (73 Jungen und 44 Mädchen) bei 0,35%.

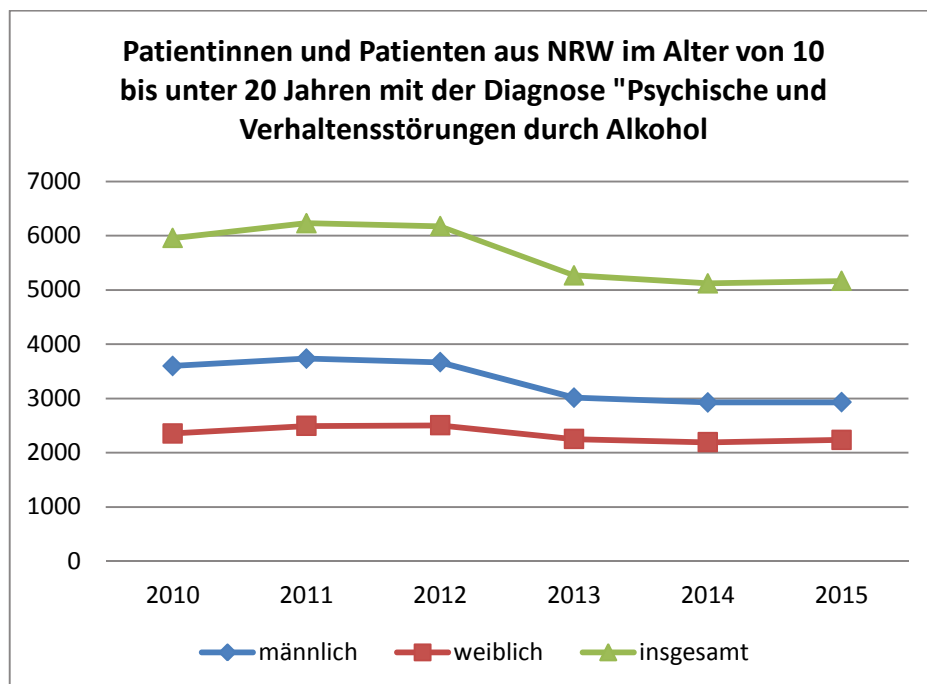


Abbildung 2: IT NRW Krankenhausstatistik NRW 2015 Zahl der Patientinnen und Patienten im Alter von 10 bis unter 20 Jahren mit der Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – akute Intoxikation" in NRW (ICD1) F10.0

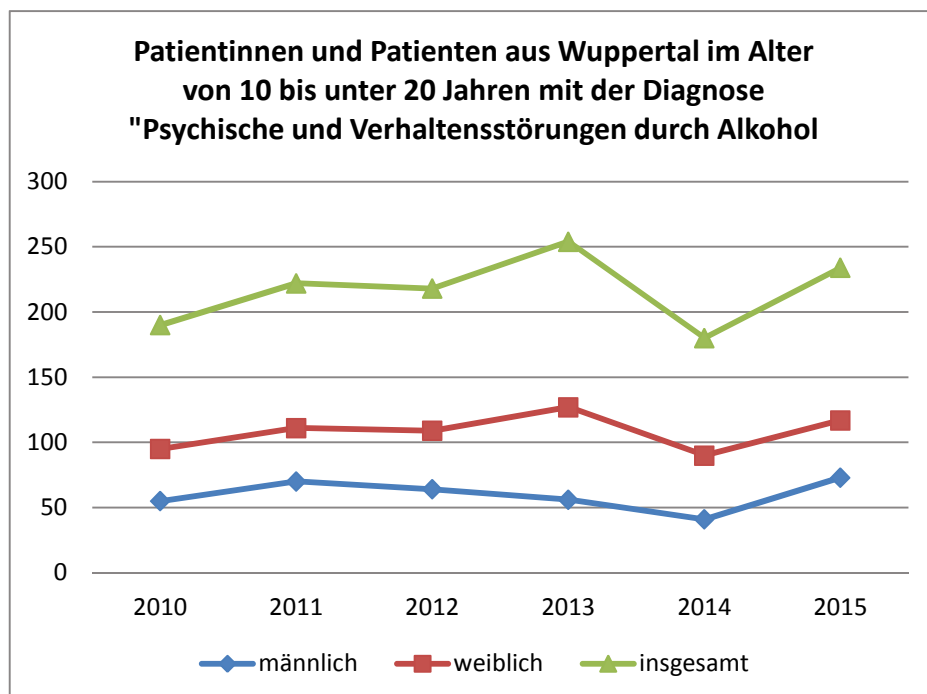


Abbildung 3: IT NRW Krankenhausstatistik NRW 2015 Zahl der Patientinnen und Patienten im Alter von 10 bis unter 20 Jahren mit der Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – akute Intoxikation" in NRW (ICD1) F10.0

3.1.3 Medikamente



Pflanzliche Arzneidroge und manche anderen Stoffe werden seit Jahrtausenden genutzt. Die Entwicklung von Arzneimitteln auf naturwissenschaftlicher Grundlage begann erst im 19. Jahrhundert.

Es gibt drei große Medikamentengruppen, die ein hohes Missbrauchspotenzial besitzen und zu seelischen und körperlichen Abhängigkeiten führen können:

- Anregungs- und Aufputschmittel (z.B. Amphetamin, Methamphetamin, Ephedrin),
- Beruhigungs- und Schlafmittel (z.B. Sedativa, Tranquilizer),
- Schmerzmittel (z.B. Opioide, Analgetika).

2014 waren laut Angaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte über 99.768 Arzneimittel zugelassen oder registriert. Darunter fallen:

- 46.571 verschreibungspflichtige Arzneien, die Apotheken nur nach ärztlich ausgestellttem Rezept herausgeben dürfen,
- 19.577 die ohne Rezept, aber nur in Apotheken verkauft werden (z.B. rezeptfreie Schlaf- und Schmerzmittel),
- 1.425 Medikamente, die nur über ein sogenanntes Betäubungsmittelrezept verordnet werden dürfen (z. B. starke morphinhaltige Schmerzmittel) und
- 32.182 freiverkäufliche Arzneimittel, die im Handel ohne Rezept verkauft werden (z.B. Vitaminpräparate).²²

Etwa 4 bis 5 % aller häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotenzial.

Alle psychotropen Arzneimittel wie z. B. Schlafmittel und Tranquilizer vom *Benzodiazepin*- und Barbitursäure-Typ, zentral wirkende Schmerzmittel, codeinhaltige Medikamente oder auch *Psychostimulantien* sind rezeptpflichtig. Ein großer Anteil - schätzungsweise ein Drittel bis die Hälfte dieser Mittel werden nicht wegen akut medizinischer Probleme, sondern langfristig zur Suchterhaltung und zur Vermeidung von *Entzugserscheinungen* verordnet.²³

²² Lexikon der Süchte 2016 S. 33

²³ Glaeske, G.; Janhsen, K. (2002): GEK-Arzneimittel-Report 2002: Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001. St. Augustin: Asgard.

Glaeske, G.; Janhsen, K. (2003): GEK-Arzneimittel-Report 2003: Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001 bis 2002. St. Augustin: Asgard.

Es wird in Fachkreisen davon ausgegangen, dass rund 1,2 bis 1,5 Millionen Menschen von *Benzodiazepinderivaten* abhängig sind, weitere etwa 0,3 bis 0,4 Millionen von anderen Arzneimitteln.

Das bedeutet, dass in der Summe mindestens 1,5 Mio. Menschen in Deutschland arzneimittelabhängig sind. Einige Autoren schätzen die Zahl sogar auf 1,9 Millionen.²⁴

Eine wichtige Orientierungshilfe für einen angemessenen Einsatz dieser Medikamente in der medizinischen Versorgung ist die sogenannte 4K-Regel:

- klare Indikation (Verordnung nur bei klarem Grund der medikamentösen Therapie und bei Aufklärung über das bestehende Abhängigkeitspotenzial)
- korrekte Dosierung (Verschreibung kleinster Packungsgrößen; für die Krankheit angezeigte Dosierung)
- kurze Anwendung (Dauer der Behandlung mit Patienten vereinbaren, sorgfältige Überprüfung der Weiterbehandlung)
- kein abruptes Absetzen (zur Vermeidung von Entzugerscheinungen soll die Behandlung nach und nach mit niedrigeren Dosierungen langsam abgesetzt werden)

Hoffmann, F. (2005): Benzodiazepine: Verordnungstrend erkennbar. In: Glaeske, Gerd; Janhsen, Kathrin: GEK-Arzneimittel-Report 2005. St. Augustin: Asgard. S. 149-183.

Hoffmann, F.; Glaeske, G.; Scharffetter, W. (2006): Zunehmender Hypnotikagebrauch auf Privatrezepten in Deutschland. In: Sucht, 52(2), 360-366.

²⁴ Soyka, M. et al. (2005): Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? In: Der Nervenarzt, 76(1), 72-77. Glaeske, G. (2015): Medikamente – Psychotrope und andere Arzneimittel. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2015. Lengerich: Pabst.

3.2 Illegale Drogen

Illegale Drogen sind alle Rauschmittel, bei denen Herstellung, Anbau, Einfuhr, Besitz oder Verkauf nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verboten ist. Verstöße werden mit Geldstrafen – in schweren Fällen sogar mit Freiheitsstrafen – geahndet.

Im Betäubungsmittelgesetz ist der Umgang mit Rauschmitteln geregelt. Aufgelistet werden über 100 illegale Drogen, die aus pflanzlichen oder chemischen Grundstoffen gewonnen werden. Dazu gehören zum Beispiel:

- Heroin/Opium
- Cannabis
- Kokain
- Amphetamine/Speed
- Crystal
- LSD
- Ecstasy

aber auch Pflanzen und Naturdrogen, die nicht Gegenstand dieses Berichtes sind.

In Deutschland gibt es zwei Erhebungen, die in regelmäßigen Abständen Daten zum Konsum illegaler Drogen in der Allgemeinbevölkerung bereitstellen. Das **Epidemiologische Suchtsurvey** untersucht das Konsumverhalten Erwachsener im Alter von 18 bis 64 Jahren. Die Zielgruppe der **Drogen-Affinitätsstudie** der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind Jugendliche und junge Erwachsene.

Knapp jede/r vierte Erwachsene (23,9%) im Alter von 18 bis 64 Jahren hat schon einmal eine illegale Droge konsumiert – 28,3% der Männer und 19,3% der Frauen²⁵. Auf Basis des Epidemiologischen Suchtsurveys (2012) geht man von etwa 2,5 Millionen konsumierenden Erwachsenen illegaler Drogen deutschlandweit aus, davon etwa doppelt so viele Männer wie Frauen. Im Jahr 2011 konsumierten ca. 236.000 Jugendliche im Alter von 12-17-Jahren illegale Drogen. Auch hier sind es etwa doppelt so viele konsumierende Jungen wie Mädchen.²⁶

Eine Abhängigkeit von Cannabis, Kokain oder Amphetamin haben nach Hochrechnungen des Epidemiologischen Suchtsurveys insgesamt 319.000 Personen in Deutschland im Alter von 18 bis 64 Jahren. Es sind mehr Männer als Frauen betroffen.

²⁵ Jahrbuch Sucht 2015: Kraus, L. et. al. 2014

²⁶ BZgA 2012

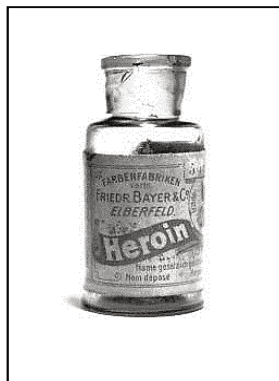
3.2.1 Heroin/Opium/Morphium



Die Geschichte des Konsums von betäubenden oder euphorisierenden, natürlichen Opiaten reicht bis ungefähr 3000 v. Chr. in das alte Ägypten zurück und führt bis in die Neuzeit zu den Opiumhöhlen von China.

1874 wurden in England erstmals Versuche mit Diacetylmorphin als Hustensaft gestartet. Am 26.6.1896 wurde im Bayer Werk Elberfeld Heroin als Schmerz- und Hustenmittel auf den Markt gebracht und zudem als Alternative und Entzugsdroge zum Opium angepriesen und bis 1931 vertrieben. 1971 mit dem Betäubungsmittelgesetz wurde es verboten und gilt seitdem als illegale Droge.²⁷

28

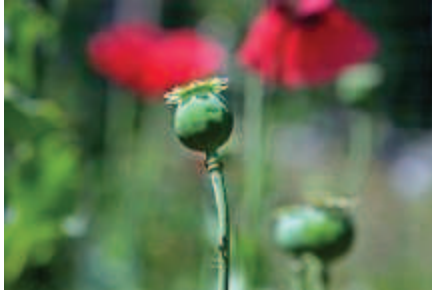


Heroin, Opium und Morphin werden unter dem Begriff Opiate zusammengefasst. Alle diese Suchstoffe werden aus dem Schlafmohn gewonnen und beeinflussen Stimmungen, Gefühle und Wahrnehmungen. Morphin wird als stärkstes Schmerzmittel bei Schwerstkranken eingesetzt.

Opium ist der eingetrocknete Milchsaft des Schlafmohns, Morphin ein Bestandteil des Opiums. Heroin entsteht durch eine chemische Weiterverarbeitung des Opiums. Heroin, das als weißes oder braunes Pulver gehandelt wird, ist der Stoff, den Opiatabhängige in Deutschland konsumieren.

²⁷ <http://www.planet-wissen.de/gesellschaft/rauschnittel/drogen/pwieheroin100.html>

²⁸ Wikipedia : Heroin



In Deutschland wird von etwa 120.000 bis 150.000 opiatabhängigen Menschen ausgegangen.²⁹ Die Zwölf-Monats-Prävalenz für Heroinkonsum bei Erwachsenen im Alter von 18-64 Jahren beträgt 0,3%. Sie ist bei Männern drei Mal höher als bei Frauen.³⁰

Tendenziell geht seit Jahren die Anzahl der erstaußälligen Heroinkonsumierenden zurück. Demnach waren es deutschlandweit im Jahr 2014 rund 1.650 (im Vergleich zu fast 3.600 im Jahr 2009), davon 81% männlich. Fast 30% aller Erstaußälligen in Deutschland wurden in Nordrhein-Westfalen registriert.³¹

Diamorphin ist künstlich hergestelltes Heroin.

²⁹ www.drogenbeauftragte.de

³⁰ Jahrbuch Sucht 2015 Kraus et al. 2014

³¹ BKA 2015; LKA NRW 2015

3.2.2 Cannabis



Cannabis ist der lateinische Name für Hanf. Die indische Hanfpflanze enthält mehr als 60 berauschende Wirkstoffe. Der stärkste Wirkstoff ist Delta-9-THC (Tetrahydrocannabinol). Dieser Stoff beeinflusst die Stimmungen, Gefühle und Wahrnehmungen.

Die beiden bekanntesten berauschenden Cannabisprodukte sind Haschisch und Marihuana:



Haschisch wird auch als „Dope“ oder „Shit“ bezeichnet. Es wird aus dem Harz, dem Pflanzensaft der Hanfpflanze, gewonnen und meist zu braunen oder schwarzen Platten und Klumpen gepresst. Farbe und Konsistenz können je nach Herkunft unterschiedlich sein.



Marihuana wird auch als „Gras“ bezeichnet. Es besteht aus den getrockneten Blüten, Blättern und Stängeln der weiblichen Hanfpflanze.

Cannabis ist auch in Deutschland die am meisten konsumierte illegale Droge.

„23,2 % der Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) in Deutschland haben in Ihrem Leben zumindest einmal Cannabis konsumiert. Innerhalb der letzten 12 Monate konsumierten 4,5 % (hochgerechnet über 2,3 Mio. Personen) der Erwachsenen Cannabis und innerhalb des letzten Monats 2,3 % (ca. 1,2 Mio. Personen). Missbräuchliche bzw. abhängige Konsumformen (DSM-IV) liegen bei jeweils ca. 250.000 Konsumenten vor (je 0,5 % aller 18- bis 64-jährigen Erwachsenen).“³²

Betrachtet man hier speziell die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, ergibt sich aufgrund der Repräsentativbefragung der BZgA zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener 2014: „Auf Grundlage der Dual-Frame-Stichprobe mit Bildungsgewichtung zeigt sich für das Jahr 2014, dass in Deutschland jeder zehnte Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren (10,0 %) mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert hat (Lebenszeitprävalenz). 8,3 % der 12-bis 17-Jährigen konsumierten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis (12-Monats-Prävalenz) und 2,2 % haben in den letzten zwölf Monaten regelmäßig, d. h. mehr als zehnmal, Cannabis konsumiert.

Junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren konsumieren Cannabiskonsum deutlich häufiger. Mehr als ein Drittel dieser Altersgruppe (37,2 %) hat Cannabis zumindest einmal ausprobiert, 17,6 % haben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis genommen und 5,1 % konsumieren regelmäßig Cannabis.

Beim Cannabiskonsum gibt es Geschlechtsunterschiede. Mehr männliche als weibliche Jugendliche und junge Erwachsene konsumieren Cannabis. Hervorzuheben ist außerdem die vergleichsweise hohe Verbreitung des regelmäßigen Cannabiskonsums bei jungen Arbeitslosen.“³³

Macht Kiffen krank? Diese scheinbar einfache Frage ist bereits in unzähligen Studien untersucht worden, teilweise mit widersprüchlichen Ergebnissen. Es gibt jedoch keinen Anlass, anzunehmen, dass Cannabis unschädlich sei.

Ebenso vielschichtig und kontrovers sind die Meinungsbilder zum Thema „Legalisierung von Cannabis“. Zwischenzeitlich spricht sich eine Mehrheit in Deutschland dafür aus, die geltende Rechtslage zu überprüfen und ggf. eine Enquete-Kommission einzusetzen oder Modellvorhaben zu ermöglichen, in denen eine kontrollierte Cannabisabgabe erforscht werden kann. In NRW gibt es erste Kommunen (Münster und Düsseldorf), die solche Modellvorhaben für wissenschaftliche Studien planen. In Berlin Kreuzberg ist ein entsprechender Antrag bei der zuständigen Arzneimittelbehörde u.a. aufgrund der geltenden Rechtslage gescheitert.

1.004 Personen in Deutschland verfügten Ende 2016 über eine Ausnahmeerlaubnis, Cannabis zur medizinischen Selbsttherapie in einer Apotheke zu kaufen. Das geht aus einer Antwort der

³² DHS Cannabispolitik in Deutschland 14.09.15 (Positionspapier)

³³ Repräsentativbefragung der BZgA zum Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener 2014

Bundesregierung auf eine Parlamentsanfrage hervor, wie die Zeitungen der Funke Mediengruppe schrieben.³⁴

Bestimmte Personen sollen künftig Cannabis auf Rezept in der Apotheke erhalten können. Einen entsprechenden Gesetzentwurf brachte die Bundesregierung nach jahrelangen Diskussionen im Mai 2015 auf den Weg. Er wurde im Januar 2017 verabschiedet. Für Schwerkranke können die Kosten für Cannabis als Medizin ab März 2017 von ihrer Krankenkasse übernommen werden.

3.2.3 Kokain



Die Blätter des Kokastrauchs wurden schon von den Inkas gekaut oder in Form von Tee getrunken. Die Blätter galten als leistungssteigerndes, hunger- und durststillendes Mittel. Auch heute noch werden von der Bevölkerung in den Anden die Blätter als Alltagsdroge konsumiert.

Kokain ist ein weißes, kristallines, bitter schmeckendes Pulver, das aus den Blättern des Kokastrauchs gewonnen wird. Diese Blätter enthalten etwa 1% Kokain. In verschiedenen Darreichungsformen wird es auch Koks, Coke, Crack, Rocks, Lady oder Schnee genannt.³⁵

Verboten wurde Kokain in Deutschland am Ende der 1920er Jahre.

Der Anteil derjenigen, die mindestens einmal in den letzten 12 Monaten Kokain konsumiert haben, beträgt 0,2% bei den 12-17-Jährigen und 0,8% bei den 18-64-Jährigen.³⁶

Der hohe Preis des Kokains hat in der Vergangenheit zur Folge gehabt, dass überwiegend einkommensstärkere Personengruppen diese Droge konsumierten.

³⁴ Deutsches Ärzteblatt: Cannabistherapie: Ausnahmeerlaubnis für tausend Patienten- Mittwoch, 28. Dezember 2016

³⁵ Lexikon der Süchte 2016 S. 60

³⁶ Jahrbuch Sucht 2015: BZgA 2012; Kraus et al. 2014

3.2.4 Amphetamine/Crystal/Extasy



1887 hat der Chemiker Edeleano den Wirkstoff im Labor entwickelt. Doch es dauerte es noch über 20 Jahre, bis die psychische Wirkung des Amphetamins entdeckt wurde. In den 1920er Jahren galt Amphetamin als Wundermittel, das zu unterschiedlichen Behandlungen eingesetzt werden konnte. Es wurde bei Neurosen und Depressionen sowie bei Alkoholismus und Epilepsie als Stimmungsaufheller und bei Übergewicht als Appetitzügler verwendet. Nachdem Kokain Ende der 1920er Jahre verboten wurde, galt Amphetamin als Ersatzdroge für „koksende“ Menschen.

Im Zweiten Weltkrieg wurden in verschiedenen Armeen, vor allem bei Fliegern, Amphetamine aufgrund ihrer aufputschenden Wirkung in großen Mengen eingesetzt. In den 1960er Jahren waren Amphetamine in der amerikanischen Armee immer noch üblich.

Die Jugendszene des Rock'n'Roll der 1950er Jahre nutzte Amphetamine meist in Verbindung mit Alkohol, später wurde es als leistungssteigerndes Mittel bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schule und im Studium eingesetzt.³⁷

„Verschiedene Amphetamin-Derivate werden auch heute als Medikament verschrieben. So wird z.B. Ritalin mit dem Wirkstoff Methylphenidat zur Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) eingesetzt.“³⁸

Die illegal hergestellten Amphetamine werden in der Szene häufig Speed genannt, auch PEP ist ein geläufiger Begriff.

Speed wird als „dreckige“ und unterschätzte Droge bezeichnet. Aufgrund seiner physischen und psychischen Wirkungen gilt es als stark suchtfördernd.

Im Jahr 2012 lag die 12-Monats-Prävalenz für Amphetamine in Deutschland bei den 18-64-Jährigen bei durchschnittlich 0,7%. Bei den Männern war der Wert vier Mal so hoch wie bei den Frauen.³⁹ Unter den 12-17-Jährigen lag die Quote bei 0,4%.⁴⁰

³⁷ Lexikon der Süchte 2016 S. 69

³⁸ Lexikon der Süchte 2016 S. 69

³⁹ Jahrbuch Sucht 2015: Kraus et al. 2014

⁴⁰ BZGA 2012

Crystal



„Die Erstsynthese des Meth Amphetamins erfolgte bereits 1893 in Japan. In der Folgezeit wurde der Wirkstoff Ephedrin weiter erforscht und lag 1919 erstmalig in kristalliner Reinform vor. Crystal ist der Szenename für Meth Amphetamin. Dem Inhaltsstoff zufolge wird es auch als Crystal Meth oder nur mit Meth bezeichnet.“⁴¹

Im Vergleich zu anderen auf dem Schwarzmarkt befindlichen Amphetaminpräparaten (Speed) wirkt es etwa fünf Mal stärker und länger.

„Vor Jahren wurde „Crysteln“ als ein Phänomen der Party- und Technoszene wahrgenommen. Eine Begrenzung auf bestimmte Subkulturen ist mittlerweile nicht mehr feststellbar. Fast ebenso häufig wird Crystal in der Freizeit und bei der Arbeit konsumiert. Bislang liegen noch keine konkreten Daten über die bundesweite Verbreitung des Konsums von Crystal in der Bevölkerung vor. Tendenziell konsumieren mehr Männer als Frauen die Substanz.“

Weltweit ist Crystal Meth nach Cannabis mittlerweile die am zweithäufigsten konsumierte illegale Droge. Die Vereinten Nationen schätzen, dass es bereits von 24 Millionen Menschen eingenommen wird.“⁴²

In Deutschland ist die regionale Verbreitung sehr unterschiedlich. In den östlichen Landesteilen nahe der tschechischen Grenze ist Crystal Meth weit verbreitet. Im übrigen Bundesgebiet ist es bisher noch nicht so massiv in Erscheinung getreten.

Bei den strafrechtlich erstauffälligen Konsumenten/innen harter Drogen bilden die Konsumierenden synthetischer Meth Amphetamine seit mehreren Jahren die weitaus größte Gruppe.

⁴¹ Lexikon der Süchte 2016 S. 71

⁴² Lexikon der Süchte 2016 S. 71

Ecstasy



Ecstasy ist eine chemisch hergestellte weiße, geruchlose Substanz und zählt zu den Designerdrogen (MethylenedioxyN-Methylamphetamin, kurz MDMA). Es wird überwiegend in Tablettenform konsumiert und die unterschiedlichen Formen und Farben sagen nichts über den Inhalt aus.

„MDMA selbst wurde ursprünglich um 1912 von der deutschen Firma Merck patentiert, aber nie eingesetzt als Medikament. Ecstasy als Droge hat ihren Ursprung in den späten 1980er Jahren in den USA. Mit dem Boom der Technopartys (Raves) in den 1990er Jahren stieg die Verbreitung der Partydroge Ecstasy.“⁴³

Ab 1990 findet der Konsum nicht mehr nur in der Technoszene statt und die Zahl der Ecstasykonsumierenden stieg deutlich.

2012 lag die 12-Monats-Prävalenz in Deutschland bei den 18-64-Jährigen bei 0,4% und bei den 12-17-Jährigen bei 0,2%. Männer nahmen Ecstasy deutlich häufiger ein als Frauen. Ecstasy wird überwiegend im Alter zwischen 25 und 29 Jahren konsumiert und das durchschnittliche Einstiegsalter für den Ecstasykonsum liegt bei 17,9 Jahren.⁴⁴

Gamma-Hydroxybuttersäure und deren Salz **Gamma-Hydroxybutyrat** werden als GHB (KO Tropfen) illegal gehandelt. Szenenamen sind u. a. G (»Dschie«), Limo, Liquid oder Liquid Ecstasy. Zwar kann GHB einige ähnliche Wirkkomponenten wie Ecstasy haben, allerdings sind beide Substanzen chemisch nicht miteinander verwandt.

⁴³ Lexikon der Süchte 2016 S. 64

⁴⁴ Jahrbuch Sucht 2015: Kraus et al. 2014; BZgA 2012.

3.2.5 Halluzinogene (LSD)



Die Droge Lysergsäure-Diethylamid (LSD) wird chemisch hergestellt und ist eine farb-, geschmacks- und geruchslose Substanz. LSD ist mit den Inhaltsstoffen des „Mutterkorns“ verwandt. Das ist ein Pilzschädling, der Getreideähren befällt und dessen rauschhafte Wirkung schon lange bekannt ist.⁴⁵ LSD ist die stärkste bekannte psychoaktive Droge, ein Halluzinogen⁴⁶, das Wahrnehmungen und Gefühle beeinflusst.

Die 12-Monats-Prävalenz des LSD-Konsums beträgt 0,1% bei 12-17-jährigen Jugendlichen sowie 0,3% bei Erwachsenen (18 bis 64 Jahren). Männer konsumieren LSD deutlich häufiger. Im Alter zwischen 25 und 29 sind die Prävalenzwerte am höchsten.⁴⁷

⁴⁵ Lexikon der Süchte 2016 S. 57

⁴⁶ Ein Wirkstoff, der Sinnestäuschungen auslöst

⁴⁷ Jahrbuch Sucht 2015: BZgA 2012; Kraus et al. 2014

4. Stoffungebundene Suchterkrankungen

Es handelt sich hier um Suchtformen ohne Substanz, bei denen ein bestimmtes Verhalten an die Stelle des Suchtmittels tritt. Diese Suchtformen werden auch als Verhaltenssüchte beschrieben.

Neben den hier beschriebenen Suchtformen gibt es noch weitere, wie z.B. Arbeitssucht, Beziehungssucht und Sexsucht, auf die in diesem Bericht nicht eingegangen wird, weil es kaum Datenmaterial gibt. Zudem ist die Personengruppe klein.

4.1 Glücksspiel



„Glücksspiele sind definiert als Spiele, bei denen durch den Einsatz von Geld auf den Eintritt eines (vorwiegend) zufallsbedingten positiven Ereignisses (z.B. Geldgewinn) gehofft wird. Glücksspiele sind z.B. Sportwetten, Lotto, Geldspielautomaten, Roulette oder Poker.“⁴⁸

Bereits ca. 3.000 Jahre v. Chr. wurden Glücksspiele in China und auf dem Gebiet des alten Mesopotamien, heute vor allem irakisches Staatsgebiet, gespielt. Auch die Römer betrachteten Glücksspiele, insbesondere Würfelspiele, als unerlässlichen Bestandteil gesellschaftlicher Unterhaltung. Im Mittelalter gab es bereits Kartenspiele in Europa, die als Glücksspiele genutzt wurden. Im 17. Jahrhundert wurde das Roulettespiel in Frankreich erfunden. Mitte des 19. Jahrhunderts entstehen Spielbanken in Europa. Ende des 19. Jahrhunderts wurde in den USA der „Einarmige Bandit“ (Slot-Machine) erfunden.⁴⁹

Im Jahr 2013 betrugen die Umsätze auf dem deutschen Glücksspielmarkt 33,4 Milliarden Euro (ohne Soziallotterien, Sportwetten und Online-Glücksspiele von privaten und ausländischen Anbietern). Gewerbliche Geldspielautomaten sind der größte Umsatzträger im legalen deutschen Glücksspielmarkt. Ihr Anteil am Gesamtumsatz 2013 betrug 57%. Die Erträge aus Geldspielgeräten in Spielhallen sind in den vergangenen Jahren erheblich gestiegen, seit 2006 um 86%.⁵⁰

⁴⁸ Lexikon der Süchte 2016 S.92

⁴⁹ Lexikon der Süchte 2016 S.93 ff

⁵⁰ Meyer 2015

Innerhalb der letzten 10 Jahre (2004-2016) haben sich die Spielerverluste pro Jahr in Wuppertal von 15.217.285 € auf 31.158.749 € mehr als verdoppelt.⁵¹

Die Gesamtzahl der Menschen mit einem problematischen Glücksspielverhalten in der Altersgruppe zwischen 16 und 65 Jahren betrug im Jahr 2013 bundesweit etwa 362.000 Personen⁵². 436.000 Personen (0,82%) wurden als pathologische Spieler eingestuft. Männer sind etwa fünf Mal häufiger von einer Glücksspielsucht betroffen als Frauen. 18- bis 20-jährige Männer sind die am stärksten mit glücksspielbezogenen Problemen belastete Bevölkerungsgruppe. Demnach zeigten 9,2% ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten⁵³.

Aus dem Monitoringbericht 2014⁵⁴ geht hervor, dass primär Männer (89 %) die Angebote der Spielerberatung in Anspruch genommen haben. Die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen 92 % allerdings war der Anteil derer deutlich höher (36 %), die eine Migrationsgeschichte hatten.

4.2 Internet/Medien



Die Geschichte des Internets beginnt in den späten 50er Jahren des 19. Jahrhunderts. Das amerikanische Militär gab den Auftrag ein Kommunikationsnetzwerk zu entwickeln, das auch im Falle eines Atomkrieges weiter funktionieren sollte. 1969 entstand das ARPANET, benannt nach der Advanced Research Project Agency (ARPA), einer Abteilung des amerikanischen Verteidigungsministeriums. 1972 erlebte es einen ersten Boom durch die Entwicklung eines Programmes zum Senden und Empfangen von E-Mails.

Mitte der 1980er Jahre wurde das Netzwerk in das MILNET für militärische Zwecke und das ARPANET für zivile Nutzung getrennt. 1990 wurde die Freigabe für kommerzielle Zwecke erteilt. Damit war der Zugang nicht mehr nur auf Universitäten und Forschungseinrichtungen beschränkt, sondern praktisch jedem möglich.⁵⁵

1993 gelang dem World Wide Net (www) der Durchbruch. In der Folge war es erstmals auch Amateuren auf einfache und verständliche Weise möglich, die Funktionen des Internets zu nutzen.

⁵¹ <http://www.landesfachstelle-gluecksspielsucht-nrw.de/abfrage/> (Stand 18.4.17)

⁵² BZGA 2014

⁵³ BZGA 2014

⁵⁴ Monitoring der ambulanten Sucht und Drogenhilfe in NRW 2014, 2016

⁵⁵ www.wissen.de Geschichte des Internets

Seitdem verändern immer neue Anwendungsgebiete und Techniken das Internet und ziehen gleichzeitig neue Nutzer/innen an.⁵⁶

Das Internet ist für den größten Teil der Bevölkerung heutzutage selbstverständlicher Bestandteil des Alltags.

Manche Personen zeigen jedoch ein extremes Nutzungsverhalten, welches deutlich über den „normalen“ Gebrauch hinausgeht. Dieses Verhalten kann suchtähnliche Anzeichen aufweisen, weshalb auch von Internetsucht/-abhängigkeit gesprochen wird.

Internetbereiche mit Gefährdungspotenzial sind u.a.

- Online-Shopping-Angebote
- WhatsApp, Facebook und andere soziale Netzwerke,
- Pornographiekonsum und Exhibitionismus (Cybersex),
- Online-Gambling (Glücksspiele),
- Online-Computerspiele
- Exzessive Informationssuche (zwanghaftes „Surfen“)

In Deutschland wird davon ausgegangen, dass es in der Zwischenzeit mehr Internetsüchtige als Glücksspielabhängige gibt.

Unter den 14-64 Jährigen sind demnach rund 560.000 Menschen vom Internet abhängig, weitere 2,5 Mio. Menschen können als problematisch Internetnutzende bezeichnet werden⁵⁷. Die jüngeren Altersgruppen sind besonders betroffen: Etwa 250.000 aller 14-24 Jährigen(2,4%) gelten als internetabhängig, weitere 1,4 Mio. als problematische Internetnutzende (13%). Bei den 14-16-Jährigen sind es 100.000 Abhängige und 400.000 problematische Nutzende.

Das bedeutet, dass bei 1% der 14-64 Jährigen eine Internetabhängigkeit wahrscheinlich ist und bei 4,6% eine „problematische Internetnutzung“ von mindestens vier Stunden Online-Aktivität vorliegt. Die Pinta-Studie 2013 ergab, dass 37% der befragten Abhängigen hauptsächlich Online-Spiele spielten, 37% in sozialen Netzwerken aktiv waren und weitere 27% andere Internetanwendungen nutzten.

Männer und Frauen sind insgesamt etwa gleichermaßen von Internetabhängigkeit betroffen, jedoch bestehen deutliche Unterschiede in der Art der exzessiven Internetnutzung:

Frauen nutzen im Internet häufiger die sozialen Netzwerke, während junge Männer im Internet häufiger Computerspiele nutzen.⁵⁸

⁵⁶ www.wissen.de Geschichte des Internets

⁵⁷ Pinta Studie Rumpf et al., 2011

⁵⁸ Drogenbeauftragte 2015, Bischof et al. 2013

Die nachfolgende Grafik aus der JIM Studie 2014⁵⁹ verdeutlicht die rasante Entwicklung bzgl. des Smartphone Besitzes bei Jugendlichen.

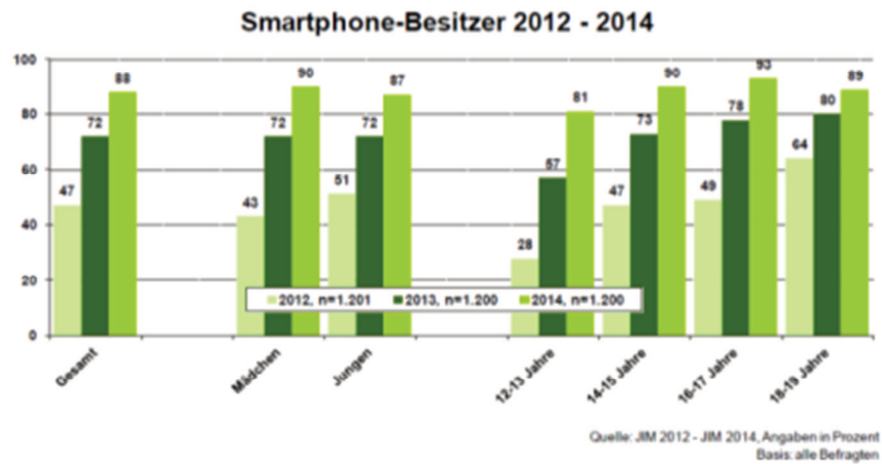


Abbildung 4: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Basisuntersuchung zum Medienumgang 12 – 19 Jähriger) JIM Studie, Smartphone Besitzer 2012 - 2014

⁵⁹ Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Basisuntersuchung zum Medienumgang 12 – 19 Jähriger)

5. Comorbide psychiatrische Erkrankungen (sogenannten Doppeldiagnosen).

Bei vielen Menschen mit Suchterkrankungen findet sich nicht nur eine Erkrankung, sondern häufig werden verschiedene Suchtmittel und/oder Verhaltenssüchte gleichzeitig konsumiert/gelebt oder es existiert parallel eine psychische Erkrankung (Comorbidität).

Verschiedene Drogen zu neuen Mixturen zu kombinieren, ist ein bekanntes Verhaltensmuster. Darauf verweisen unter anderem die mehr als 3.500 Jahre alten Rituale im Amazonasgebiet oder auch die Kräutermixturen in den „Hexensalben“ des Mittelalters. In der heutigen Zeit wurde Drogenmischkonsum jedoch bis in die späten 70er-Jahre kaum praktiziert oder war auf wenige Kombinationsmuster beschränkt. Das Phänomen „Mischkonsum“ rückte seit Beginn der 90er-Jahre sowohl für Suchtprävention und Drogenhilfe, als auch für die Drogenpolitik zunehmend in den Fokus. Problematisiert wurden Formen des Mischkonsums zuerst in Zusammenhang mit dem „Beikonsum“ anderer Drogen (wie Benzodiazepine, Barbiturate, aber auch Kokain oder Alkohol) bei Substitutionsbehandlungen mit Methadon.⁶⁰ Seit etwa 1995 ist in den Fokus der Aufmerksamkeit in Bezug auf Mischkonsum auch die Techno-Party-Szene geraten.

Die Primärstudie „Drogenmischkonsum anders verstehen - Prävalenzen und Konsumbewertungen“ 2005 hatte das Ziel, konkretere Aussagen zur Verbreitung verschiedener Mischkonsumformen inklusive solcher mit Beteiligung von Alkohol zu ermitteln. 1300 Personen zwischen 14 und 45 Jahren wurden befragt.

In der Auswertung wird deutlich, dass Mischkonsum bei denjenigen, die mindestens eine illegale Droge kennen, relativ verbreitet ist. Die Konsummuster je nach betrachteter Drogenkombination sind sehr unterschiedlich. Erfahrungen mit Kombinationen aus Alkohol plus einer illegalen Droge stellen praktisch die Regel dar. Über 90 Prozent der Drogenerfahrenen hatten Erfahrungen sowohl mit Alkohol als auch mit einer illegalen Droge von entsprechendem Mischkonsum.⁶¹

⁶⁰ Prävalenzen und Konsumbewertungen - Drogenmischkonsum anders verstehen. In: Konturen- Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen 6(2006)27

⁶¹ Dto.

Fotonachweis

KPO Wuppertal: S. 22 LSD

Landeskriminalamt NRW: S. 14 Heroin, S. 16 Haschisch und Marihuana, S. 18 Kokain, S. 19 Amphetamin, S. 20 Chrystal, S. 21 Ecstasy

Pixabay: S. 5 Tabak, S. 7 Alkohol, S. 11 Medikamente, S. 15 Mohn, S. 16 oben Cannabis, S. 24 Medien

Stadt Wuppertal Claudia Hembach: Deckblatt und alle anderen Fotos

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014): Anteil der Raucher und Raucherinnen in verschiedenen Altersgruppen im Jahr 2013 in %

Abbildung 2: IT NRW Krankenhausstatistik NRW 2015 Zahl der Patientinnen und Patienten im Alter von 10 bis unter 20 Jahren mit der Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – akute Intoxikation" in NRW (ICD1) F10.0

Abbildung 3: IT NRW Krankenhausstatistik NRW 2015 Zahl der Patientinnen und Patienten im Alter von 10 bis unter 20 Jahren mit der Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – akute Intoxikation" in Wuppertal (ICD1) F10.0

Abbildung 4: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Basisuntersuchung zum Medienumgang 12 – 19 Jähriger) JIM Studie, Smartphone Besitz 2012 – 2014