

Wettbewerb Drogenkompetenz

Fehlersuche bei »www.drugcom.de«

Erster Zwischenbericht

von Hans Cousto

13. Juli 2002

Inhalt

Einleitung

1 Sucht und Abhängigkeit

1.1	Der Begriff <i>Sucht</i>	4
1.2	Sucht (Definition gemäß WHO)	5
1.3	Drogenabhängigkeit (Definition gemäß WHO)	5
1.4	Psychische und physische Abhängigkeit (Definition gemäß ICD-10-Kriterien)	6
1.5	Psychische und physische Abhängigkeit (Definition gemäß DSM-IV-Kriterien)	6
1.6	Sucht und Abhängigkeit im DRUGLEX	7
1.7	Abhängigkeit – Gewichtung der Hinweise im DRUGLEX	9
1.7.1	Kein Hinweis auf ein Abhängigkeitspotential	11
1.7.2	Die „kann“ – Formulierung	12
1.7.3	Gefahrenhinweis oder Risikohinweis	15
1.7.4	Hinweis auf ein hohes Abhängigkeitspotential	16
1.7.5	Deskriptive Feststellungen	17
1.7.6	Deterministische Feststellungen	17
1.7.7	Substanzen und die Art der Abhängigkeitsbeschreibung	18
1.8	Der Begriff Sucht und seine Funktion	19
1.9	Der Begriff Suchtmittel	19
1.10	Eine Szeneinformation zum Thema Sucht	20

2 Weitere Irreführungen und Falschmeldungen im DRUGLEX

2.1	Codein	22
2.2	Crystal	22
2.3	Designerdrogen	22
2.4	Ecstasy	23
2.5	Halluzination, Halluzinogene	23
2.6	Haschisch	24
2.7	Heroin	24
2.8	Intoxikation, Intoxikationspsychose	25
2.9	Joint	25
2.10	Kath	25
2.11	LSD	26

Zum Zitieren: Cousto, H. (2002): Wettbewerb Drogenkompetenz – Fehlersuche bei »www.drugcom.de«, Erster Zwischenbericht, Berlin 2002, PDF-Datei, 27 Seiten,
<http://www.DroGenKult.net/?file=text006>

Einleitung

Das Webteam von »www.eve-rave.net« startete am Ostersonntag, 31. März 2002, ein Wettbewerb mit drogenpolitischem Hintergrund gemäß dem Motto der Jahresarbeit des Vereins Eve & Rave in Berlin: „amtlich = richtig?“ Mit diesem Wettbewerbs sollte die Szene in der Beantwortung dieser Frage eingebunden werden. Grundlage des Wettbewerbs war der Internetauftritt von »www.drugcom.de«, einem Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Inhalt des Wettbewerbs war das Auffinden von Fehlern, Täuschungen und Manipulationen. Einsendeschluß war der Pfingstsonntag, 19. Mai 2002. Alle Angaben zum Wettbewerb sind unter der folgenden Adresse im Internet zu finden:

<http://www.eve-rave.net/presse/presse02-03-31.html>

Die Auswertung der Einsendungen hat wesentlich länger gedauert, als ursprünglich geplant war, da einzelne Einsendungen viele Seiten Text umfaßten und Dutzende von Quellenhinweisen enthielten. Diese mußten natürlich alle überprüft werden wie auch alle Kritikpunkte auf ihre Richtigkeit hin. Dann mußten die Einsendungen noch gewichtet werden, um eine gerechte Preisverteilung vornehmen zu können.

Besonders am Umgang mit den Begriffen *Sucht* und *Abhängigkeit* im DRUGLEX nahmen vieler Teilnehmer am Wettbewerb Anstoß. Deshalb wird in diesem „Ersten Zwischenbericht“ ein ganzes Kapitel diesen Begriffen gewidmet. Zum näheren Verständnis wurden einleitend die in der Fachliteratur verwendeten Definitionen erklärt und erläutert. Dann folgt eine Analyse der Verwendung dieser Begriffe im DRUGLEX, wobei offensichtlich festgestellt werden kann, daß diese bestenfalls nach dem Zufallsprinzip eingesetzt wurden, nach Meinung einiger Wettbewerbsteilnehmer jedoch eher manipulativ.

Im Kapitel 2 dieses „Ersten Zwischenberichtes“ sind auffällige Irreführungen und Falschmeldungen im DRUGLEX aufgelistet. Berücksichtigt wurden hier die Buchstaben A bis L. Weitere Irreführungen und Falschmeldungen ab dem Buchstaben M sowie aus den „Testserien“ werden demnächst in einem „Zweiten Zwischenbericht“ veröffentlicht. Eine abschließende Bewertung wird danach in einem Endbericht veröffentlicht. Doch bereits nach der Lektüre dieses „Ersten Zwischenberichtes“ stellen sich aufgrund der erheblichen Mängel am Informationsgehalt in »www.drugcom.de« einige Fragen:

- Mit welcher Intension wurde dieses Projekt etabliert?
- Wer ist für das pädagogische Konzept verantwortlich?
- Wer ist für das wissenschaftliche Konzept verantwortlich?
- Wer führt die Fachaufsicht?
- Wie wurde das Projekt ausgeschrieben?
- Nach welchen Kriterien wurde das Projekt vergeben?
- Für welche Zeitdauer ist dieses Projekt angelegt?
- Wie hoch sind die Kosten für dieses Projekt?

Berlin, 13. Juli 2002
Hans Cousto

1 Sucht und Abhängigkeit

Die Begriffe *Sucht* und *Abhängigkeit* werden häufig synonym angewandt, obwohl *Sucht* ein veralteter medizinischer Fachbegriff ist, der eigentlich nur noch in der Umgangssprache Verwendung findet.¹ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Begriff *Sucht* (engl. *addiction*) bereits 1964 durch den Begriff der *Abhängigkeit* (engl. *dependency*) ersetzt. Dennoch werden in Deutschland heute beide Begriffe nicht nur in der Boulevardpresse, sondern auch immer noch in amtlichen Publikationen wie dem „Drogen- und Suchtbericht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung nebeneinander genutzt.² Im politischen Raum hat sich hierzulande eine Angleichung an die international übliche Terminologie noch nicht durchgesetzt.

1.1 Der Begriff Sucht

Der Begriff der *Sucht* stammt von dem alten germanischen Adjektiv *siech* (krank) beziehungsweise dem Verb *siechen* (krank sein) ab. Im 15. Jahrhundert wurde der Begriff *siech* von dem Wort *krank* abgelöst und *siech* wurde besonders für den ansteckenden Zustand der Aussätzigen (Leprakranken) gebraucht, weshalb *siech* und *siechen* nicht nur eine Wortsippe mit *Sucht* bilden, sondern auch mit dem Wort *Seuche*.³ Einige damals gebildete Krankheitsbegriffe sind auch heute noch gebräuchlich, so vor allem *Bleichsucht* (spezielle Form der Blutarmut), *Brech- und Eßsucht* (*Bulimia nervosa*), *Gelbsucht* (Hepatitis), *Fallsucht* (Epilepsie), *Schwindsucht* (Tuberkulose) oder die *Wassersucht* (Aszites).

Die *Trunksucht* betrachtete man bis ins 18. Jahrhundert als Laster oder verkorkste Leidenschaft. Erst im Jahre 1784, als der einflußreiche Mediziner und Sozialforscher Benjamin Rush den Alkoholismus in seiner Untersuchung über die Wirkungen des Branntweins auf den menschlichen Körper und Geist als Krankheit definierte, erhielt der Begriff *Sucht* seine heutige Bedeutung: krankhafte Abhängigkeit. Sprachgeschichtlich wurde die *Trunksucht* damit zur Brücke für einen generellen Bedeutungswandel des Wortes *Sucht*, denn nicht nur weitere extreme Erscheinungsformen des Drogenkonsums wurden in der Folge als *Sucht* bezeichnet, sondern auch zunehmend andere durch übermäßig starkes Verlangen geprägte Verhaltensformen: *Eifersucht*, *Sehnsucht*, *Herrschaftsucht*, *Spielsucht*, *Sexsucht*, *Fernsehsucht*, *Konsumsucht*, *Arbeitsucht* und andere mehr.

Der Begriff *Sucht* ist im gesellschaftlichen Diskurs negativ besetzt. Besonders deutlich kann man das an Begriffsbildungen wie *Geldsucht*, *Gewinnsucht*, *Rachsucht*, *Ruhmsucht* oder *Zanksucht* erkennen, die alle für moralisch verwerfliche Eigenschaften stehen. Kaum eine Assoziation zu diesen Begriffen ist frei von Abneigung und Abscheu. Begriffe wie *Drogensucht* und weit mehr noch *Rauschgiftsucht* sind für nicht wenige hierzulande die verbale Verkörperung eines bedrohlichen Schreckgespenstes, das einer Sturmflut gleich die liebgewordenen traditionellen Werte der eigenen leibhaftigen Kultur hinwegfegt und wie eine Welle über die abendländische Zivilisation hinwegrollt und in der Folge nur Krankheit, Elend und Tod zurückläßt. Verkörperung dieses einst über Jahre hinweg in den Medien kolportierten Szenarios seien willensschwache, haltlose und selbstzerstörerische *Drogensüchtige* und asoziale, verwahrloste, verkommen und gemeingefährliche *Rauschgiftsüchtige*.⁴

Heute werden mitunter Substanzen als *Suchtstoffe* oder *Suchtgifte* bezeichnet, die im klassischen Sinn des Begriffes *Sucht* überhaupt kein *Suchtpotential* haben. Die Klassifizierung dieser Substanzen klingt somit gefährlicher als der Umgang mit denselben ist. Zur Kontrolle und vor allem zur Verhinderung des Umgangs mit *Suchtstoffen* und anderen psychotropen Substanzen haben die Vereinten Nationen eine *Suchtstoffkommission*, ein *Suchtstoffkontrollamt* und ein *Suchtstoffkontrollprogramm* geschaffen.

¹ Pschyrembel – Medizinisches Wörterbuch (1993, 257. Auflage), Berlin, S. 1487

² Im „Drogen- und Suchtbericht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom Mai 2002 erscheint der Begriff *Sucht* dreimal häufiger als der Begriff *Abhängigkeit*. Auch der Begriff *Suchterkrankung* kommt wesentlich häufiger vor als der Begriff *Drogenabhängigkeit* (Häufigkeiten im einzelnen: *Sucht*: 58; *Abhängigkeit*: 17; *Suchterkrankung*: 11; *Drogenabhängigkeit*: 7). Der „Drogen- und Suchtbericht“ ist im Internet abrufbar unter der Adresse: <http://www.bmggesund.de/downloads-ratgeber/drogenbericht/drogenundsuchtbericht-2002.pdf>

³ Duden – Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache (1989), Mannheim, S. 725

⁴ Schmidt, V. (1998): ‚Alte‘ Politik gegen ‚neue‘ Drogen? Deutungsmuster in der Drogenpolitischen Debatte – die Beispiele Cannabis und Ecstasy. Eine Inhaltsanalyse der bundesdeutschen Tages- und Wochenpresse 1967-1972 und 1992-1997, Berlin, S. 34 ff.

1.2 Sucht (Definition gemäß WHO)

Im Jahre 1952 definierte die WHO *Sucht* als einen „Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, die für das Individuum und für die Gesellschaft schädlich ist und hervorgerufen wird durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge“, wobei für das Vorliegen einer Sucht das unbezwingbare Verlangen zum fortgesetzten Konsum, Dosissteigerung und psychische und/oder physische Abhängigkeit als charakteristisch galten.⁵

Der Jurist Sebastian Scheerer stellt zu dieser Definition fest, daß sie vor allem unter dem Eindruck einer Besorgtheit über den Opiatkonsum zustande gekommen sei und dementsprechend auf die meisten anderen Substanzen nicht recht paßte. „So wurden Kokain und Cannabis rechtlich als Suchtstoffe behandelt, obwohl sie die Definitionsmerkmale der Sucht gar nicht erfüllten. Auch die barbiturathaltigen Schlafmittel und die stimulierenden Amphetamine schienen in den fünfziger Jahren einerseits dringend einer intensiven Kontrolle zu bedürfen, andererseits aber nach dem damaligen Stand des Wissens keine Sucht zu verursachen.“ Die WHO habe daher 1957 zusätzlich den Begriff der Gewöhnung eingeführt, um den aufgetretenen Widersprüchen und Irritationen entgegenzutreten. Doch auch dieser Schachzug sollte nicht alle Ungereimtheiten bei der Begriffswahl beseitigen, so daß man sich bei der WHO 1964 dazu entschloß, auf den Begriff der Sucht gänzlich zu verzichten und statt dessen von Abhängigkeit zu sprechen und zwar in ihrer Zweigliedrigkeit als psychische oder physische Abhängigkeit.⁶

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 ist gekennzeichnet durch vier Kriterien:

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

1.3 Drogenabhängigkeit (Definition gemäß WHO)

Drogenabhängigkeit wurde 1964 definiert als „ein Zustand, der sich aus der wiederholten Einnahme einer Droge ergibt, wobei die Einnahme periodisch oder kontinuierlich erfolgen kann. Ihre Charakteristika variieren in Abhängigkeit von der benutzten Droge [...]“⁷ Die *Drogenabhängigkeit* wurde dann in sieben Kategorien nach sieben Stoffgruppen respektive Stoffe eingeteilt:

1. Morphine,
2. Barbiturate und Alkohol,
3. Kokain,
4. Cannabis,
5. Amphetamine,
6. Khat und
7. Halluzinogene.

Auch diese Kategorisierung löste zahlreiche Irritationen aus. So fragte man sich, warum die in ihrem Gebrauch fast ausschließlich auf den Jemen und Osten Afrikas beschränkte Khat-Pflanze als eigene Kategorie aufgenommen wurde; warum für die beiden Halluzinogene LSD und Cannabis gleich zwei getrennte Abhängigkeitskategorien eingerichtet wurden; und, nicht zuletzt, warum eigentlich Alltagsdrogen, wie etwa Nikotin oder Koffein, gar nicht erst thematisiert worden waren. Solche und ähnliche Fragen wurden von der WHO allerdings nicht erklärt, so daß zahlreiche Experten auf dem Gebiet der internationalen Drogenpolitik wie Sebastian Scheerer wohl zu recht konstatieren, alle Definitionen der

⁵ WHO EXPERT COMMITTEE ON ADDICTION-PRODUCING DRUGS (1952): WHO Technical Series, 3. Report, Genf

⁶ Scheerer, S. (1995): rororo special: Sucht, Reinbek, S. 14

⁷ WHO EXPERT COMMITTEE ON ADDICTION-PRODUCING DRUGS (1964): WHO Technical Series, 14. Report, Genf

WHO seien stets vom Leitmotiv geprägt gewesen, eine plausible Verbindung der vorherrschenden wissenschaftlichen Ansätze zur terminologischen Erklärung und Begründung der internationalen Suchtstoffabkommen herzustellen, da immer wieder neue Substanzen deren strengen Kontrollen unterworfen wurden. So mußte der Suchtbegriff immer weiter und notwendigerweise auch immer vager gefaßt werden. Offiziell wurde mit der Definition von 1964 die begriffliche Aufspaltung in *psychische* und *physische Drogenabhängigkeit* festgeschrieben und mit ihr ein substanzzentriertes Verständnis des Suchtbegriffs, der aber in seiner Präzisierung so undeutlich war, daß diese Definition wohl als eine strategische gedeutet werden muß, mit der „endlich der Weg frei war zur Einbeziehung aller irgendwie verdächtigen Stoffe in zukünftige Kontrollabkommen.“⁸

1.4 Psychische und physische Abhängigkeit (Definition gemäß ICD-10-Kriterien)

Gemäß den Richtlinien der WHO zur Klassifizierung der Krankheiten (International Classification of Diseases, ICD) ist *Abhängigkeit* ein in verschiedenen Formen ausgeprägtes Angewiesensein auf bestimmte Substanzen oder Verhaltensweisen. Die Spannbreite geht dabei von einfachen Gewohnheiten bis hin zur Abhängigkeit mit erheblichem Zerstörungspotential. Als „verschiedene Formen“ werden die körperliche (*physische*) Abhängigkeit und die seelische (*psychische*) Abhängigkeit unterschieden und nach dem folgenden Kriterienkatalog festgestellt:⁹

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums
3. Substanzgebrauch mit dem Ziel, potentielle Entzugssymptome zu vermeiden oder akute Entzugssymptome zu mildern
4. ein körperliches Entzugssyndrom nach Absetzen des Substanzgebrauchs
5. Entwicklung und Nachweis einer Toleranz (Der Betroffene muß immer mehr von einer Substanz einnehmen, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Die Dosis muß immer mehr gesteigert werden)
6. Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz, wie beispielsweise die Tendenz, die Substanz nicht nur an den Wochenenden sondern auch an Werktagen zu konsumieren und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Konsumverhaltens (kulturabhängig) außer acht zu lassen
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen oder Vergnügungen zugunsten des Substanzkonsums (Verschiebung der Prioritäten)
8. Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein (z.B. Leberschädigung durch exzessiven Alkoholkonsum), oder sozialer Art (z.B. familiäre Trennung oder Arbeitsplatzverlust) oder psychischer Art (z.B. „Hangover“ mit depressiven Zuständen nach Abklingen der Substanzwirkungen)

Sind drei oder mehr der acht Punkte innerhalb der letzten Monate erfüllt, dann ist man abhängig! Die Punkte (3), (4) und (5) definieren die *körperliche Abhängigkeit*. Sind unter den zutreffenden Punkten die Punkte (3), (4) oder (5) enthalten, dann ist eine *körperliche Abhängigkeit* angezeigt, sind diese nicht enthalten, dann ist eine *psychische Abhängigkeit* gegeben. Die Kriterien zur Bestimmung einer Abhängigkeit orientieren sich also vor allem an den Folgen des Suchtverhaltens. Die Menge einer Substanz, die jemand konsumiert, ist für die Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10 unwichtig!

1.5 Psychische und physische Abhängigkeit (Definition gemäß DSM-IV-Kriterien)

Das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) wird von der *American Psychiatric Association* (APA) herausgegeben. Das Hauptaugenmerk richtet das DSM-IV auf vier Störungsbilder, die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer psychotropen Substanz stehen. Es wird unterschieden

⁸ Scheerer, S./Vogt, I. (Hg.) (1989): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Frankfurt a.M. und New York, S. 14 f.; Vgl.: <http://www.bisdro.uni-bremen.de/quensel/Internet%20Reader/kiffen.pdf>

⁹ Gemäß ICD-10-Richtlinien, veröffentlicht durch die WHO unter dem Titel *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 3, 1994* © World Health Organization 1994 (Volume 3)

zwischen Störung durch Substanzkonsum und substanzinduzierten Störungen. Erstgenannte sind für alle Substanzen gleich allgemein definiert (Abhängigkeit und Mißbrauch). Letztere bezeichnet substanzspezifische Folgeerscheinungen hervorgerufen durch übermäßigen Konsum (Intoxikation und Entzug).

Substanzabhängigkeit

Patienten zeigen ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, trotz Einsicht in die Schädlichkeit des Konsum und seiner Folgen. Drei oder mehr der folgenden Symptome sind für eine Diagnose von Substanzabhängigkeit notwendig:

Kriterium 1: Toleranz

Kriterium 1a: Verlangen nach Dosissteigerung

Kriterium 1b: Verminderte Wirkung bei gleicher Dosis

Kriterium 2: Entzugssymptome

Kriterium 2a: charakteristisches Entzugssyndrom

Kriterium 2b: Wiederaufnahme der Substanz zur Linderung oder Vermeidung

(mit körperlicher Abhängigkeit, falls wenigstens ein Symptom aus Kriterium 1 oder 2 vorliegt)

Kriterium 3: vermehrter Konsum als beabsichtigt

Kriterium 4: Wunsch, den Gebrauch zu reduzieren, trotzdem keine Kontrolle möglich

Kriterium 5: übermäßiger Zeitaspekt (Verfügbarkeit, Konsum, Erholung)

Kriterium 6: Aufgabe oder Reduktion von sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten

Kriterium 7: trotz Einsicht in körperliche oder psychische Probleme

(ohne körperliche Abhängigkeit, falls kein Symptom aus Kriterium 1 oder 2 vorliegt).

Substanzmißbrauch

Patienten zeigen ein fehl angepaßtes Muster von Substanzgebrauch, das zu sozialen Schwierigkeiten und einem klinisch bedeutsamen Leiden führt. Mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb derselben 12 Monatsperiode muß erfüllt sein:

Kriterium A: Substanzgebrauch trotz wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen

Kriterium A1: Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen

Kriterium A2: Inkaufnahme körperlicher Gefährdung

Kriterium A3: Probleme mit dem Gesetz

Kriterium A4: soziale oder zwischenmenschliche Probleme

Kriterium B: Kriterien für Substanzabhängigkeit sind nicht erfüllt

Das psychiatrische Klassifikationssystem der American Psychiatric Association DSM-IV und auch das Klassifikationssystem der WHO ICD-10 dienen hinsichtlich ihrer pharmakologisch-substanzorientierten Sichtweise ursprünglich dazu, das Phänomen der Abhängigkeit zu beschreiben, doch führten sie in der Folge – in Zirkelschluß – vielfach dazu, das Phänomen zu erklären.¹⁰

1.6 Sucht und Abhängigkeit im DRUGLEX

Unter dem Begriff *Sucht* findet man im DRUGLEX folgenden Eintrag: *Der Begriff „Sucht“ ist ein wissenschaftlich überholter, da unscharfer Begriff. Er wurde 1964 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugunsten des Begriffs „Abhängigkeit“ aufgegeben.*

Die Feststellung, daß der Begriff *Sucht* von der WHO wegen seiner „Unschärfe“ aufgegeben wurde, ist irreführend und entspricht nicht den Tatsachen. Tatsache ist, wie im Abschnitt 1.2 *Sucht (Definition gemäß WHO)* nachgelesen werden kann, daß der Begriff *Sucht* für die politischen Anliegen der WHO

¹⁰ Soellner, R. (2000): Abhängig von Haschisch? Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit, Bern, S. 55 f.

zu scharf umrissene Definitionsmerkmale aufwies und terminologisch die Begründung der intensiven Kontrollmechanismen der WHO nicht abdeckte, da beispielsweise Cannabis rechtlich als Suchtstoff behandelt wurde, obwohl Cannabis die definitorischen Kriterien der Sucht gar nicht erfüllte. Deshalb entschloß sich die WHO, den aufgetretenen Widersprüchen entgegenzutreten und die Ungereimtheiten durch eine neue Begriffswahl zu beseitigen. Der ersatzweise neu eingeführte Begriff *Abhängigkeit* hatte bei weitem nicht so ein präzises und scharf abgegrenztes Definitionsfeld wie der Begriff *Sucht* und legitimierte zumindest auf der definitorischen Ebene die Einbeziehung von neuen Substanzen, die im klassischen Sinn keine Sucht hervorrufen, in zukünftige Kontrollabkommen. Der Begriff *Sucht* wurde wegen seiner „Schärfe“ und nicht wegen seiner „Unschärfe“ aufgegeben.

Unter dem Begriff **Abhängigkeit** findet man im DRUGLEX folgenden Eintrag: *Man kann zwischen einer körperlichen und einer psychischen Abhängigkeit unterscheiden. Wenn jemand körperlich von einem Suchtmittel abhängig ist, hat sich meist schon vorher eine psychische Abhängigkeit entwickelt.*

Eine körperliche Abhängigkeit besteht dann, wenn nach mehrfachem regelmäßigem Konsum eines Suchtmittels (v.a. von Alkohol, Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmitteln sowie Opiaten und opiat-ähnlichen Stoffen) der Körper sich an die Wirkung gewöhnt hat und eine körperliche Toleranz gegenüber der Droge entstanden ist.

Dies hat zur Folge, daß der Konsument zunehmend größere Mengen davon benötigt, um die erwünschte psychische und/oder physische Wirkung zu erzeugen. Ein plötzliches Absetzen der Droge bringt den Stoffwechsel des Organismus in Unordnung, wobei Entzugerscheinungen auftreten.

Eine psychische (seelische) Abhängigkeit beinhaltet ein unwiderstehliches, maßloses Verlangen nach der weiteren Einnahme der Droge, um Unlustgefühle zu vermindern und Wohlgefühle herzustellen. Psychische Abhängigkeit ist besonders schwer zu überwinden. Die Entzugerscheinungen sind v.a. Unruhe, Depression und Angstzustände.

Ausschließlich psychisch abhängig kann man von Halluzinogenen, Cannabis, Speed und Kokain werden. Die beiden letztgenannten können besonders stark abhängig machen.

Die begriffliche Aufspaltung des Phänomens der *Drogenabhängigkeit* in eine *körperliche* und eine *psychische Abhängigkeit* wurzelt in einem substanzzentrierten Verständnis der Dinge und ist nicht mit den Erkenntnissen aus dem Bereich der psychosomatischen Medizin in Einklang zu bringen. Mit dem Begriff *psychosomatisch* (griechisch Psyche = Seele, Soma = Körper) wird der enge Zusammenhang zwischen körperlichem und seelischem Erleben beschrieben. Das intuitive Wissen um die Wechselwirkungen zwischen körperlichen und seelischen Prozessen drückt sich in vielen Redewendungen aus: sich den Kopf zerbrechen, zu Herzen gehen, unter die Haut fahren usw.. Aufgrund der Verbindungen zwischen dem Gehirn und den einzelnen Organen über Nervenbahnen und Signalstoffe (Neurotransmitter) ist es also „normal“, daß unsere Gefühle und Gedanken (angenehme wie unangenehme) einen Einfluß auf die Organe haben und umgekehrt. Auf der Ebene der Biochemie gibt es überhaupt keine Trennung (keinen Unterschied) zwischen körperlichen und seelischen Prozessen! So wird z.B. die Produktion von Magensäure und das Zusammenziehen der Darmmuskulatur durch Streß gesteigert und die Stimmungslage durch den Genuß verschiedener Nahrungsmittel beeinflusst. Mann kann nicht nicht-psychosomatisch reagieren – psychosomatische Reaktionen sind völlig natürliche Reaktionen des menschlichen Organismus.¹¹

Die Autoren von DRUGLEX definieren zwar **körperliche Abhängigkeit** und **psychische (seelische) Abhängigkeit** unter dem Stichwort **Abhängigkeit** gemäß den Vorgaben der ICD-10-Richtlinien und geben *körperliche Toleranz* und *Entzugerscheinungen* als Merkmale einer *körperlichen Abhängigkeit* an. Zudem wird getreu den ICD-10-Richtlinien hervorgehoben, daß man von Cannabis, Halluzinogenen, Kokain und Speed ausschließlich psychisch abhängig werden kann. Einzig die Verwendung des Begriffs *Entzugerscheinungen* bei der Definition der *psychischen Abhängigkeit* entspricht nicht den ICD-10-Richtlinien.

¹¹ Häuser, W. (1995): Gesundheit und Krankheit im Spiegel der Jahrhunderte. Psychosomatische Medizin, in: Die Große Bertelsmann Lexikothek, Band Mensch und Gesundheit, S. 166-174

Der Begriff *psychosomatik* wurde von Johann Christian August Heinroth, Professor der Medizin in Leipzig, im Jahre 1818 in der Medizin eingeführt. Vergl.: J.Ch. Heinroth (1818): Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihre Behandlung – Vom rationalen Standpunkt aus entworfен, Teil II; Leipzig

Unter dem Stichwort **Drogenabhängigkeit** steht im DRUGLEX die folgende Definition von *Drogenabhängigkeit*: *Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Drogenabhängigkeit „ein Zustand psychischer und körperlicher Abhängigkeit von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird.“* Gemäß dieser im DRUGLEX gegebenen Definition kann eine psychische Abhängigkeit von beispielsweise Amphetamin oder Kokain nicht als *Drogenabhängigkeit* bezeichnet werden, da diese Drogen gemäß DRUGLEX körperlich nicht abhängig machen können (was unter dem Stichwort **Drogenabhängigkeit** explizit nochmals betont wird) und zur *Drogenabhängigkeit* gemäß oben stehender Definition sowohl eine *physische* als auch eine *psychische* Komponente gehören. Diese logische Schlußfolgerung aus den Angaben im DRUGLEX ist vor allem für die jüngeren Leserinnen und Leser¹² befremdlich und verwirrend. Ältere Leserinnen und Leser, vor allem jene, die sich bereits zuvor in der Fachliteratur sachkundig gemacht haben, bemerken natürlich recht schnell, daß hier einfach ein „Druckfehler“ vorliegt und es im Text richtig heißen muß: *ein Zustand psychischer oder körperlicher Abhängigkeit* statt fälschlicherweise *ein Zustand psychischer und körperlicher Abhängigkeit*.

Unter dem Stichwort **Crystal** = Methamphetamin (Methamphetamin wird auch als Yaba, Perlik, Piko, Crank, Speed, Crystal Speed oder Ice bezeichnet) steht unter anderem: *Bei häufigem Gebrauch wird die Wirkungsdauer kürzer, und es entsteht eine rasche Toleranzentwicklung.* Ein paar Zeilen weiter kann man dann hierzu noch folgendes Lesen: *Hinzu kommt, daß sich der Körper – ebenso wie bei Speed und Kokain – sehr schnell an Methamphetamin gewöhnt. Die Dosis muß dann erhöht werden, um die gewünschte Wirkung zu erzielen.* Die Merkmale der *Toleranzentwicklung*, der *körperlichen Gewöhnung* und der dadurch bedingten *Erhöhung der Dosis* sind charakteristisch für eine *körperliche Abhängigkeit*. Dies ist auch unmißverständlich im DRUGLEX unter dem Stichwort *Abhängigkeit* kurz und bündig dargelegt. Offensichtlich unlogisch und völlig verwirrend erscheint dann die in demselben Absatz nachfolgende Erklärung: *Zwar macht Methamphetamin nicht körperlich abhängig, aber den „Teufelskreis“ einer psychischen Abhängigkeit zu durchbrechen, ist noch viel schwieriger.*

Die unter dem Stichwort **Crystal** gemachten Angaben stehen zweifelsfrei eindeutig im Widerspruch zu den unter dem Stichwort **Abhängigkeit** aufgeführten Definitionen der *körperlichen Abhängigkeit* und der *psychischen Abhängigkeit*. Jeder, der die Texte zu **Abhängigkeit** und **Crystal** aufmerksam gelesen hat und logisch denken kann, kann sofort erkennen, daß die Autoren vom DRUGLEX äußerst schludrig gearbeitet haben. Die gegebenen Informationen lösen aufgrund ihrer eklatanten Widersprüchlichkeit bei vielen jungen Leserinnen und Leser vermutlich mehr Verwirrung aus als daß sie einen Beitrag zur Wissensvermittlung zu leisten vermögen.

Im DRUGLEX wird in vielen Abhandlungen zu einzelnen Substanzen oder Substanzgruppen auf die Gefahr einer *Abhängigkeit* hingewiesen, wobei fast durchgehend zwischen *physischer Abhängigkeit* und *psychischer Abhängigkeit* unterschieden wird. Dabei wird die Gefahr einer *Abhängigkeit* stets nur in Bezug zur Substanz respektive zur Substanzgruppe gesetzt, weitere Faktoren wie die individuelle Prädisposition oder die sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen, die ebenso ausschlaggebend für die Entwicklung einer *Abhängigkeit* sind, werden jedoch völlig außer acht gelassen. Dabei *hat jede Form der Abhängigkeit*, wie man unter dem Stichwort **Kokain** nachlesen kann, *eine dominante psychische Komponente*.

1.7 Abhängigkeit – Gewichtung der Hinweise im DRUGLEX

Die hochgradige Assoziation von *Abhängigkeit* in Bezug zu Drogen scheint ein typisch ‚deutsches‘ Phänomen zu sein. Sie ist bei Jugendlichen in Deutschland mehr als doppelt so stark ausgeprägt als vergleichsweise bei Jugendlichen in den Niederlanden, Großbritannien oder Irland, so das Ergebnis einer von der EU finanzierten Fragebogenaktion bei knapp 4.000 repräsentativ ausgewählten Schüler und Schülerinnen aus dem Jahr 1997.¹³

¹² Gemäß Drogen- und Suchtbericht 2002 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (Seite 36) lag das Durchschnittsalter der Besucher von www.drugcom.de bei 20 Jahren, 21% waren unter 16 Jahre alt, 24% 15 bis 18 Jahre, 18% 19 bis 21 Jahre und somit insgesamt 63% jünger als 22 Jahre alt.

¹³ Quensel, S., Butt-Behrmann, A. (2002): Drei Prämissen einer verfehlten Drogenpolitik: Wen wollen wir erreichen? – Fünfzehnjährige Jugendliche einer Kleinstadt beantworten unsere Fragen, Bremen, S. 7 f. <http://www.bisdro.uni-bremen.de/quensel/quensel-3praemissen-2002.doc>

Die in Deutschland übermäßig ausgeprägte *Abhängigkeitsphobie* ist zu guten Teilen das Ergebnis der hierzulande üblichen Drogenaufklärung. Welchen Beitrag DRUGLEX hierzu leistet, soll in der unten stehenden Tabelle I „Substanzen und Abhängigkeitspotentiale“ aufgezeigt werden. Zu jedem Stichwort ist hier der im DRUGLEX angegebene Hinweis zur Abhängigkeit aufgeführt, wobei jeweils noch ein Schlüsselbegriff oder Kommentar *kursiv* hinzugefügt wurde.

Tabelle I: Substanzen und Abhängigkeitspotentiale

Alkohol	Es kann eine psychische und physische Abhängigkeit entstehen. <i>„kann“ - Formulierung</i>
Analgetika	Bei den stärkeren Analgetika wie beispielsweise Morphin (ein Opiat) ist die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung gegeben, weil sie neben der schmerzstillenden auch euphorisierende Effekte haben. <i>Gefahrenhinweis, jedoch kein Hinweis auf körperliche Abhängigkeit</i>
Antidepressiva	<i>Hinweis auf Abhängigkeitspotential fehlt</i>
Appetitzügler	Meistens haben Appetitzügler auch eine stimulierende Wirkung, weshalb sie suchterzeugend sind. <i>Deterministische Feststellung</i>
Barbiturate	Sie können eine körperliche Abhängigkeit erzeugen, die mit der von Alkohol vergleichbar ist. <i>„kann“ - Formulierung</i>
Beruhigungsmittel	Längerer Gebrauch erzeugt eine körperliche Abhängigkeit. <i>Deterministische Feststellung</i>
Cannabis	Bei einem regelmäßigem Konsum kann sich eine psychische Abhängigkeit entwickeln, bei der die Betroffenen das Gefühl haben, nicht mehr ohne Cannabis ‚zurecht‘ zu kommen. <i>„kann“ - Formulierung</i>
Codein	<i>Hinweis auf Abhängigkeitspotential fehlt</i>
Crack	Der Konsum kann zu einer schweren psychischen Abhängigkeit führen. <i>„kann“ - Formulierung</i>
Crystal	Ein großes Risiko beim Konsum von Methamphetamin besteht in einer möglichen Abhängigkeitsentwicklung. [...] Hinzu kommt, daß sich der Körper – ebenso wie bei Speed und Kokain – sehr schnell an Methamphetamin gewöhnt. Die Dosis muß dann erhöht werden, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Zwar macht Methamphetamin nicht körperlich abhängig, aber den ‚Teufelskreis‘ einer psychischen Abhängigkeit zu durchbrechen, ist noch viel schwieriger. <i>Risikohinweis auf eine mögliche Abhängigkeit</i> <i>Widerspruch: Toleranzbildung ist charakteristisch für körperliche und nicht für psychische Abhängigkeit.</i>
Ecstasy	<i>Hinweis auf Abhängigkeitspotential fehlt</i>
Freebase	Der Konsum kann zu einer schweren Abhängigkeit führen. <i>„kann“ - Formulierung</i>
Guarana	Bei dauerhaftem und regelmäßigem Konsum von Guarana-Koffein kann eine psychische Abhängigkeit entstehen. Bei Entzug der Koffeinzufuhr können körperliche Symptome wie Nervosität, Kopfschmerzen, Müdigkeit oder Erbrechen auftreten. <i>„kann“ – Formulierung</i> <i>Widerspruch: Entzugssymptome sind charakteristisch für körperliche und nicht für psychische Abhängigkeit.</i>
Heroin	... nicht nur um ein Vielfaches stärker ist als Morphin, sondern auch ein wesentlich höheres Abhängigkeitspotential besitzt. [...] Unabhängig von der Konsumform gilt Heroin als das wirksamste suchterzeugende Mittel, das derzeit bekannt ist. <i>Deterministische Feststellung</i>
Kath	<i>Hinweis auf Abhängigkeitspotential fehlt</i>

Kokain	Das Spritzen und Rauchen von Kokain gilt als besonders riskant, da die Gefahr erneuten Konsums und damit auch die Abhängigkeitsgefahr vergleichsweise hoch ist. [...] Beim häufigerem Konsum liegt aber wohl die größte Gefahr in der Entwicklung einer Abhängigkeit. Denn Kokain hat ein hohes Abhängigkeitspotential. Kokain erzeugt zwar ‚nur‘ eine psychische Abhängigkeit, d.h. es gibt keine körperlichen Entzugssymptome. <i>Gefahrenhinweis</i>
Morphin	[...]. Viele wurden dadurch morphinabhängig. <i>Deskriptive Feststellung</i>
Nikotin	Nikotin hat ein hohes Abhängigkeitspotential, das mit dem von Kokain und Amphetamin vergleichbar ist. <i>Hinweis auf Abhängigkeitspotential</i> <i>Hinweis auf körperliche Abhängigkeit fehlt, insbesondere nach Vergleich mit Amphetamin und Kokain, die ‚nur‘ eine psychische Abhängigkeit hervorrufen können.</i>
Opiate	[...] kam das Opiumrauchen in Mode, was sehr bald zu großen Suchtproblemen führte und zu staatlichen Gegenmaßnahmen führte. <i>Deskriptive Feststellung</i>
Psychopharmaka	<i>Hinweis auf Abhängigkeitspotential fehlt</i>
Schlafmittel	Längerer Gebrauch erzeugt eine körperliche Abhängigkeit. <i>Deterministische Feststellung</i>
Sedativa	<i>Hinweis auf Abhängigkeitspotential fehlt</i>
Speed	Als man die Suchtgefahr erkannt hat, begann man weitere Amphetamine zu entwickeln, um die stimulierende, süchtigmachende Wirkung von der appetithemmenden zu trennen. <i>Deterministische Feststellung</i>

1.7.1 Kein Hinweis auf ein Abhängigkeitspotential

Keinen Hinweis auf ein Abhängigkeitspotential findet man bei **Antidepressiva**, **Psychopharmaka** und **Sedativa**, obwohl einige dieser Medikamente oft auch ohne medizinische Indikation aufgrund einer akuten Abhängigkeit eingenommen werden. Das gleiche gilt auch für das Medikament **Codein**. In der Party-Drogen-Szene spielen diese Medikamente jedoch kaum eine Rolle. Ebenso findet man bei **Ecstasy**, dem ein sehr geringes psychisches Abhängigkeitspotential nachgesagt wird und das in der Party-Drogen-Szene eine große Rolle spielt, keinen Hinweis auf ein Abhängigkeitspotential. Auch bei **Kath**, dessen Wirkstoff Cathinon pharmakologisch dem Amphetamin ähnlich ist, findet man keinen Hinweis auf ein Abhängigkeitspotential, obwohl eine ausgeprägte psychische Abhängigkeit beobachtet worden ist.¹⁴

Benzodiazepinderivate sind **Psychopharmaka** aus der Gruppe der Tranquilizer mit anxiolytischer (Angstzustände dämpfende), **sedativer** (beruhigender), muskelrelaxierender (muskelentspannender) und antikonvulsiver (entkrampfender) Wirkung. Zum Abhängigkeitspotential dieser Medikamente stellt die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) fest:¹⁵

„Psychotrope Medikamente

6-8% aller verordneten Arzneimittel besitzen ein Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential, vor allem **Benzodiazepine** und **Codein**. Alle psychotropen Arzneimittel wie z. B. Schlafmittel und Tranquilizer vom Benzodiazepin- und Barbitursäure-Typ, zentral wirkende Schmerzmittel, Codeinhaltige Medikamente oder auch Psychostimulantien sind rezeptpflichtig. Rund 1/3 dieser Mittel wird nicht wegen akuter Probleme, sondern langfristig zur Suchterhaltung und zur Vermeidung von Entzugerscheinungen verordnet.

(Quelle: Glaeske, Psychotrope und andere Arzneimittel mit Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential, Jahrbuch Sucht 2002, Neuland 2001)

¹⁴ Hallbach, H. (1972): Medical aspects of the chewing of khat leaves, in: Bulletin WHO Nr. 47, Genf, S. 21-29; Vergl.: Kalix, P., Brenneisen, R., Koelbing, U., Fisch, H.-U., Mathys, K. (1991): Kath, eine pflanzliche Droge mit Amphetaminwirkungen, in: Schweiz. Med. Wschr. 121, S. 1561-1566

¹⁵ DHS (2001): Zahlen und Fakten in Kürze: <http://www.dhs.de/basis/zahlen.htm>

Medikamentenabhängige

Insgesamt ca. 1,4 Mio., davon ca. 1,1 Mio. Abhängige von Benzodiazepinderivaten und 300.000 von anderen Arzneimitteln.

(Quelle: Schätzung der DHS; Glaeske, Psychotrope und andere Arzneimittel mit Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential Jahrbuch Sucht 2002, Neuland 2001)“

Das Institut für Therapieforchung in München gibt in seinem jüngsten Bericht „Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und jährliche Zahl der Behandlungsfälle in Deutschland“ weit höhere Zahlen an.¹⁶ Für die Gruppe der 18-59jährigen wird in diesem Bericht die Zahl der Personen mit einer Medikamentenabhängigkeit nach DSM-IV mit 1,4 Millionen angegeben und für die Altersgruppe der 18-69jährigen mit 1,8 Millionen. Rechnet man hierzu noch die Zahl der Medikamentenabhängigen aus der neun Millionen große Altersgruppe der 70jährigen und älteren Personen hinzu, kommt man auf eine Gesamtzahl von etwa 2,3 Millionen Medikamentenabhängige.

Das Weglassen eines Hinweises auf ein Abhängigkeitspotential im DRUGLEX ist insbesondere bei den Stichworten Psychopharmaka, Sedativa, Codein und Kath als verantwortungslos zu bezeichnen.

1.7.2 Die „kann“ – Formulierung

Die „kann“ – Formulierung vermittelt den Eindruck, daß mit einem gezielten Risikomanagement der potentiellen Gefahr einer Abhängigkeit mit Aussicht auf Erfolg entgegengewirkt werden kann. Diese Formulierung findet man bei der Volksdroge **Alkohol** mit einem sowohl psychisch als auch physisch ausgeprägten Abhängigkeitspotential, bei der meist verbreiteten illegalisierten Droge **Cannabis** mit einem geringen psychischen Abhängigkeitspotential als auch bei der meist verbreiteten Droge **Koffein** (unter dem Stichwort Guarana) mit einem gut dokumentierten Abhängigkeitspotential. Des weiteren findet man diese Formulierung bei den **Barbituraten**, die zu den schweren Beruhigungsmittel zählen und bezüglich Abhängigkeitspotential mit dem Alkohol vergleichbar sind, als auch bei den rauchbaren Formen des Kokains **Crack** und **Freebase**, deren Konsum zu einer schweren psychischen Abhängigkeit führen kann.

Bezüglich **Alkohol** kann man bei der DHS zur Frage der Abhängigkeit¹⁷ und zum Ausmaß des Mißbrauchs, der Abhängigkeit und Mortalität¹⁸ folgende Erkenntnisse gewinnen:

„Die Frage der Abhängigkeit

Alkohol kann eine psychische und körperliche Abhängigkeit erzeugen. Sein besonderes Gefährdungspotential besteht darin, daß Alkohol praktisch unbeschränkt verfügbar ist. Infolge dessen ist sein Konsum extrem weit verbreitet und erfolgt in großen Bevölkerungsgruppen regelmäßig. In erheblichem Maße ist ein "schädlicher Gebrauch" bzw. "Mißbrauch" – d.h. ein die Gesundheit schädigendes Konsumverhalten – zu beobachten.

Alkoholabhängigkeit entwickelt sich über einen langen Zeitraum und tritt im Allgemeinen dann auf, wenn ein langfristig erhöhter Alkoholkonsum und die individuelle genetische Disposition zusammenwirken.

„Konsumenten, Mißbraucher, Abhängige

Altersgruppen	18-59 J.	18-69 J. (Hochrechnung)
Riskanter Konsum, insgesamt ¹⁹	7,8 Mio. (16%)	9,3 Mio.
davon mißbräuchlicher Konsum ²⁰	2,4 Mio. (5%)	2,7 Mio.
davon abhängiger Konsum	1,5 Mio. (3%)	1,6 Mio.

¹⁶ IFT (2002): Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und jährliche Zahl der Behandlungsfälle in Deutschland: http://www.ift.de/IFT_deut/Daten/praevalenz.htm

¹⁷ DHS (2001): Alkohol: <http://www.dhs.de/basis/alkohol.htm>

¹⁸ DHS (2001): Zahlen und Fakten in Kürze: <http://www.dhs.de/basis/zahlen.htm>

¹⁹ Riskanter Konsum: täglich mehr als 20 Gramm reiner Alkohol bei Frauen bzw. mehr als 30 Gramm reiner Alkohol bei Männern. 20 Gramm bedeuten: ca. 0,5 Liter Bier oder ca. 1/4 Liter Wein oder ca. 0,04 Liter Korn (2 Schankeinheiten). 30 Gramm bedeuten ca. 0,75 Liter Bier oder 3/9 Liter Wein oder ca. 0,06 Liter Korn (3 Schankeinheiten).

²⁰ Mißbräuchlicher Konsum: fortgesetzter Konsum trotz des Wissens um ein ständiger oder wiederholtes soziales, berufliches, psychisches oder körperliches Problem, das durch den Konsum verursacht oder verstärkt wirkt. Mengenrichtwerte: täglich mehr als ca. 40 Gramm reiner Alkohol bei Frauen bzw. ca. 60 Gramm reiner Alkohol bei Männern.

Mortalität (Alkohol)

Jährlich sterben ca. 42.000 Personen, deren Tod direkt (z. B. durch Alkoholmißbrauch) oder indirekt (z.B. durch einen alkoholisierten Unfallverursacher) in Verbindung Alkohol steht.

(Quelle: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Schriftenreihe des BMG. Band 128, Nomos-Verlag, 2000).“

Das Institut für Therapieforschung in München (IFT) gibt in seinem jüngsten Bericht „Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und jährliche Zahl der Behandlungsfälle in Deutschland“ weit höhere Zahlen betreffend die Alkoholabhängigkeit an.²¹ Für die Gruppe der 18-59jährigen wird in diesem Bericht die Zahl der Personen mit einer Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV mit 1,5 Millionen angegeben und für die Altersgruppe der 18-69jährigen mit 1,7 Millionen. Rechnet man hierzu noch die Zahl der Alkoholabhängigen aus der neun Millionen große Altersgruppe der 70jährigen und älteren Personen hinzu, kommt man auf eine Gesamtzahl von etwa 1,9 Millionen Alkoholabhängige. Das sind 3,0% der Wohnbevölkerung mit einem Alter über 18 Jahre.

Gemäß einer Studie der Freien Universität Berlin und des Sozialpädagogischen Instituts Berlin (SPI) kann ein ‚Ausstieg‘ aus dem **Cannabiskonsum** unabhängig von der Dauer des Konsums zu jeder Zeit erfolgen.²² Weit mehr als 2/3 der Personen mit Cannabiserfahrung (ca. 10 Millionen Menschen haben in Deutschland schon Cannabis konsumiert) gehören zur Gruppe der ehemaligen Konsumenten.²³ Von den drei Millionen aktuellen Cannabiskonsumern sind nach Angaben des IFT etwa 240.000 als abhängig einzustufen. Das sind 8,0% der aktuellen Konsumenten, 2,4% aller Personen mit Cannabiserfahrung oder 0,4% der Wohnbevölkerung mit einem Alter über 18 Jahre.

Gut 60% der als abhängig klassifizierten Cannabiskonsumern sind als leicht, ein Viertel als mittel und 13% als schwer abhängig zu bezeichnen.²⁴ Das heißt, daß gemäß DSM-IV (APA 1994) etwa 5% der aktuellen Cannabiskonsumern eine leichte, 2% eine mittlere und 1% eine schwere Abhängigkeit von Cannabis entwickeln. Diese Zahlen beziehen sich auf den Durchschnitt aller aktuellen Cannabiskonsumern. Von den geschätzten drei Millionen aktuellen Cannabiskonsumern haben ca. 2,1 Millionen (ca. 70%) noch nie eine andere illegalisierte Substanz konsumiert. In dieser Gruppe liegt die Abhängigkeitsrate bei 2% und ist somit deutlich niedriger als im Durchschnitt aller Konsumenten.²⁵ Von den 240.000 als abhängig eingestuften Cannabiskonsumern sind demnach 200.000 oder 82,5% Konsumenten, die Erfahrungen mit mehreren illegalisierten Substanzen haben und nur etwa 40.000 oder 17,5% Konsumenten, die keine Erfahrungen mit anderen illegalisierten Substanzen haben, also als reine Cannabiskonsumern bezeichnet werden können (ohne Berücksichtigung eventueller Wechselwirkungen mit Alkohol oder Medikamenten). Die Wahrscheinlichkeit, eine Abhängigkeit von Cannabis zu entwickeln, ist bei Konsumenten, die außer Cannabis keine andere illegalisierte Substanz konsumieren, etwa zehnmal geringer als bei Mischkonsumenten, das heißt, Konsumenten, die auch andere illegalisierte Substanzen zu sich nehmen. Daraus folgt, daß die allermeisten Diagnosen einer Cannabisabhängigkeit nicht primär auf einen reinen Cannabiskonsum zurückgeführt werden können, sondern als Folge eines Mischkonsums gewertet werden müssen. Die Abhängigkeitsrate aufgrund eines ausschließlichen Cannabiskonsums liegt in der Wohnbevölkerung mit einem Alter über 18 Jahre somit deutlich unter 0,1% (genauer: 0,07%).

Koffein ist der Wirkstoff des Kaffees. In der Broschüre „*Kaffee und Gesundheit*“ erklärt der Deutsche Kaffee-Verband die Wirkung des Kaffees wie folgt: „*Die Wirkung des Kaffees als ‚Stimmungsmacher‘ läßt sich biochemisch erklären. Wie japanische Wissenschaftler herausfanden, erhöht Koffein zunächst die Insulinausschüttung aus der Bauchspeicheldrüse. Dies wiederum führt zu einem Anstieg des Serotoningehaltes in unserem Gehirn. Serotonin ist ein körpereigenes Hormon, das Wohlbefinden auslöst. Es ist gewissermaßen der Stoff der Lebenslust. Sinkt der Serotoninspiegel, so steigt die Neigung*

²¹ IFT (2002): Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und jährliche Zahl der Behandlungsfälle in Deutschland: http://www.ift.de/IFT_deut/Daten/praevalenz.htm

²² Kleiber, D., Soellner, R., Tossmann, P.(1997): Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflußfaktoren. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, S. 10

²³ Cousto, H. (2001): Drogen, Politik und Polizei, in: HANF 7/2001, S. 28-30

²⁴ Kleiber, D., Soellner, R., Tossmann, P.(1997): Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflußfaktoren. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, S. 190

²⁵ Ebd.: S. 195

zu depressiver Stimmung. Über diesen Mechanismus wirkt Kaffee ähnlich wie Zucker oder Schokolade als Stimmungsmacher.“ Trotz eines angeblich erhöhten Serotoningehaltes im Gehirn nach dem Genuß von Kaffee kann man in der Broschüre folgende Verlautbarung lesen: „Kaffee ist zwar ein Genußmittel, aber weit davon entfernt, eine Droge zu sein. Eine echte Abhängigkeit von Kaffee im Sinne einer Sucht gibt es nicht.“²⁶

Der Pharmakologe Robert M. Julien stellt demgegenüber fest, daß über 80 Prozent aller Erwachsenen mehr als 200 mg Koffein täglich zu sich nehmen und deshalb könne man von einer nahezu universellen Koffeinabhängigkeit sprechen.²⁷ Die durchschnittliche tägliche Aufnahme der Koffein-"User" beträgt etwa 400 mg. Da Koffein auch in einigen Kombinationspräparaten, vor allem in Schmerzmitteln enthalten ist, kann sich diese Dosis noch beträchtlich erhöhen. Toleranz und Abhängigkeit entwickeln sich bei hohen Dosen schon innerhalb von sechs bis 15 Tagen. Das Abhängigkeitspotential ist geringer als bei Amphetamin. Als typische Entzugsserscheinungen treten Kopfschmerzen, Müdigkeit, reduzierte psychomotorische Leistungsfähigkeit, Schlaflosigkeit, Lethargie, Angst, Übelkeit und Erbrechen auf.²⁸

Koffein kann auch in kleinen Mengen eine körperliche Abhängigkeit erzeugen. Die Kombination von Koffein mit Schmerzmitteln kann daher eine schwer kontrollierbare Gewohnheitsbildung und in der Folge eine Abhängigkeit erzeugen, die mit einem sehr hohen Risiko chronischer Nierenschädigungen verbunden ist.²⁹ Der Wuppertaler Arzneimittel-Experte Gerd Glaeske nimmt an, wie er in der „Münchener Medizinischen Wochenzeitschrift“ (Bd. 138 Nr. 30, S. 520.522) schreibt, „daß bei rund 20 Prozent der dialysepflichtigen Patienten, das heißt rund 6.000 der derzeit 30.000 Patienten, die auf eine ‚künstliche Niere‘ angewiesen sind, ihre Nierenschädigung auf den hohen Verbrauch von Schmerzmittel-Kombinationen, vor allem auch solchen mit Koffein, zurückzuführen ist.“ Er zitiert eine Auflistung, wonach „die koffeinhaltigen Präparate Tomapyrin[®] bzw. Tomapyrin N[®] und Spalt[®] bzw. Spalt N[®] die am häufigsten mißbrauchten nichtrezeptpflichtigen Schmerzmittel“ sind.³⁰

Kokain induziert im Gegensatz zu Heroin nur eine geringe körperliche Abhängigkeit mit schwach ausgeprägten, körperlich spürbaren Entzugssymptomen. Es entwickelt sich dagegen aber eine große psychische Abhängigkeit. Die ersten Erfahrungen zeigen, daß das Rauchen von **Freebase** oder **Crack** schneller eine Abhängigkeit erzeugt als der intravenöse Drogengebrauch von Kokain. Der Zwang zur Dosissteigerung ist beim Kokaingebrauch verhältnismäßig groß und verläuft rasant. Die Gefahr bei Freebase und Crack liegt vor allem im hohen Reinheitsgrad und dem raschen Wirkungseintritt. Eine Folge der schnellen Aufnahme ist eine hohe Blutkonzentration und eine unmittelbare, Kick-Wirkung. Dieser Kick läßt allerdings rasch wieder nach. Das hat zur Folge, daß das Rauchen häufig wiederholt wird. Solche Sessions, Runs oder Bings können mehrere Stunden gehen, bei manchen Drogengebranchern auch über Tage hinweg andauern. Der Kokainbedarf kann dabei bis zu 30 Gramm betragen. Diese Dynamik der Crack-Wirkung birgt die Gefahr einer Potenzierung der Abhängigkeit und führt letztendlich dazu, daß viele Crack- und Kokaingebraucher vollständig von ihrem Konsum absorbiert werden.³¹

Im DRUGLEX wird die „kann“-Formulierung in Bezug auf eine Abhängigkeitsentwicklung bei völlig unterschiedlich wirkenden Substanzen verwendet. Bei Cannabis und Koffein wird die Entwicklung respektive das Entstehen einer psychischen Abhängigkeit als mögliche Folge eines regelmäßigen Konsums dargestellt. Bei Alkohol wird lediglich darauf hingewiesen, daß eine psychische und physische Abhängigkeit entstehen kann, während bei den Barbituraten die Abhängigkeit als mögliches Werk der Substanz („sie können eine körperliche Abhängigkeit erzeugen“) beschrieben wird. Bei Crack und Freebase wird festgestellt, daß der Konsum zu einer schweren Abhängigkeit führen kann.

²⁶ Deutscher Kaffee-Verband (1996): Kaffee-Digest 4 – Kaffee und Gesundheit, Hamburg, S. 15 u. S. 11
<http://www.kaffeeverband.de/pdf/dig4.pdf>

²⁷ Julien, R.M. (1997): Drogen und Psychopharmaka, Heidelberg, Berlin und Oxford, S. 176

²⁸ Germershaus, O., Imming, P. (2001): Kaffee und Tee – Alltagsdrogen oder Allheilmittel, in: Pharmazeutische Zeitung 50/2001, S. 407-413
<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/pza/2001-50/titel.htm>

²⁹ Stein, R. (1996): Viele Nierenschäden durch Schmerzmittel – Verzicht auf Kombinationspräparate gefordert; Coffein bewirkt Abhängigkeit, in: FAZ Nr. 241 vom 16. Oktober 1996, S. N 2

³⁰ Stein, R. (1996): Schmerzmittel können Nieren ruinieren, in: Der Tagesspiegel vom 22. September 1996

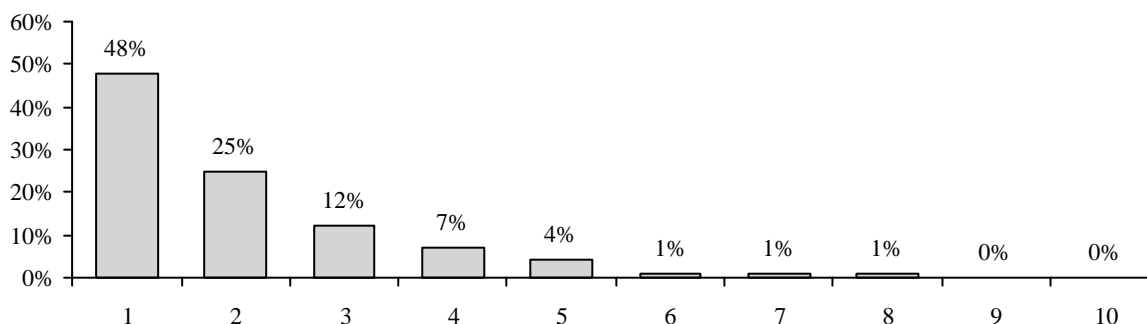
³¹ Herkommer, H. (2000): Kokain, Freebase und Crack, in: Homepage Uni-Klinik J.W. Goethe Universität Frankfurt / Main:
<http://www.klinik.uni-frankfurt.de/zim/infektio/crack.htm>

1.7.3 Gefahrenhinweis oder Risikohinweis

Ein *Gefahrenhinweis* oder ein *Risikohinweis* wird wesentlich intensiver empfunden als eine einfache „kann“-Formulierung und vermittelt den Eindruck, daß nur mit einer deutlich erhöhten Wachsamkeit und einem gut geplanten Risikomanagement die Gefahr einer Abhängigkeit abgewendet werden könne. Einen solchen Hinweis findet man bei den (stärkeren) **Analgetika**, bei deren Gebrauch außerhalb der klinischen Anwendung sowohl eine psychische als auch eine physische Abhängigkeitsentwicklung befürchtet werden muß als auch bei den starken Stimulanzien **Crystal** und **Kokain**, die beide ein hohes psychisches Abhängigkeitspotential haben.

Bei den **Analgetika** (Schmerzmitteln, schmerzstillende Pharmaka) erfährt der Leser im DRUGLEX, daß die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung (z.B. bei Morphin) aufgrund der euphorisierenden Effekte gegeben sei, der Leser erfährt jedoch nicht, daß diese Gefahr in erster Linie von der Art der Applikation (Darreichung) abhängig ist. In der Schmerztherapie befolgt man deshalb einen streng gleichmäßigen Applikationsrhythmus, um Schmerzspitzen weitgehend zu vermeiden und der Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit vorzubeugen. Bei Einhaltung der Grundregeln der Therapie mit Opiaten treten keine Abhängigkeitssymptome auf.³² Generell wird die Gefahr einer psychischen Abhängigkeit unter einer Langzeittherapie mit starken Opioiden von Narkoseärzten (Anästhesisten) als gering eingestuft. Die folgende Graphik zeigt die Einschätzung der Gefahr einer psychischen Abhängigkeit durch Fachärzte.

Graphik 1: Gefahr der psychischen Abhängigkeit durch starke Opioide in der Schmerztherapie



Der zu bewertenden These: „Die Gefahr der psychischen Abhängigkeit durch starke Opioide ist in der Schmerztherapie hoch“ gaben 0% der befragten Ärzte ihre volle Zustimmung, 48% der Ärzte jedoch keinerlei Zustimmung. Skala: numerische Analogskala: 1: keinerlei Zustimmung, 10: volle Zustimmung³³

Die Begründung für die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung von Analgetika wie beispielsweise Morphin im DRUGLEX – *euphorisierende Effekte* – kann in der Form nicht durch wissenschaftliche Studien belegt werden. Eine so geartete (falsche) Darstellung dieser vor allem für Tumorpatienten wichtigen Medikamente führt leider dazu, daß eine ausreichende Schmerztherapie nicht selten ganz oder teilweise verhindert wird. Schätzungsweise 1,35 Millionen Menschen leiden in Deutschland unter schweren Schmerzen, die mit Opioiden behandelt werden müßten. Hierzu zählen nicht nur Krebs-

³² Zenz, M. (2001): Themen der Schmerztherapie – Orale Therapie nach Stufenplan und Zeitschema, in: Homepage Kliniken Bergmannsheil Bochum, Klinik für Anaesthesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie http://www.anaesthesia.de/p_themen.html

Bereits im Jahre 1980 konnte eine im New England Journal of Medicine (NEJM) veröffentlichte Übersicht zeigen, daß unter 11.882 Patienten, die fachgerecht mit Opioiden behandelt wurden, nur insgesamt 4 Patienten eine dokumentierte psychische Abhängigkeit entwickelten. Das entspricht einer Rate von 0,03%!

Zenz, M. (1997): Plädoyer für einen kritischen, aber liberalen Umgang mit Opioiden, in: Die Schmerzhilfe, Ausgabe 2/97 <http://www.schmerzselbsthilfe.de/therapie/o4.php3>

³³ Rothstein, D., Strumpf, M., Dertwinkel, R., Donner, B., Zenz, M., Klinik für Anaesthesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Bochum (1998): Befragung schmerztherapeutisch interessierter Ärzte zur Verschreibung starker Opioidanalgetika, in: Schmerz 12/1998, S. 125–129 http://www.anaesthesia.de/schmerz_orig/schmerz_12_2.pdf

schmerzen, sondern auch Schmerzen, die andere Ursachen haben: Beispielsweise entzündliche Gelenkerkrankungen wie schweres Rheuma, degenerative Gelenkerkrankungen (Arthrosen), starke Rückenschmerzen, oft nach erfolglosen Wirbelsäulen-Operationen, Phantomschmerzen oder Polyneuropathien (schwere Nervenschmerzen). Die Mehrzahl der Patienten mit solchen schweren chronischen Schmerzen – nämlich 800.000 – könnten mit schwach wirksamen Opioiden versorgt werden, die nicht der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) unterliegen und daher auf einem normalen Rezept verordnet werden dürfen. (Diese Analgetika werden als Schmerzmittel der Stufe II bezeichnet.) Die verbleibenden 550.000 Patienten benötigen starke Opioide, die auf einem speziellen Betäubungsmittel-Rezept verordnet werden müssen (Stufe III). Doch die Realität sieht anders aus. Die jährlich in Deutschland verordnete Morphinmenge reicht allenfalls zur Behandlung von einem Bruchteil dieser Patienten aus, selbst wenn die Zahl der Opioid-Verordnungen in den letzten Jahren gestiegen ist. Schätzungsweise 200.000 Patienten erhalten schwach wirksame Opioide der Stufe II, also nur 25% der Patienten, die diese Arzneimittel benötigen. Nur 111.000 Patienten werden mit stark wirksamen Opioiden behandelt. Dies bedeutet, daß nur rund 20% der Patienten mit stärksten Schmerzen Medikamente der Stufe III erhalten, mit denen ihr Leben und Leiden wieder erträglich sein könnte.³⁴ Aufgrund vieler Vorurteile werden in Deutschland zu wenig Opioide verschrieben, weit weniger als in anderen Ländern. Deshalb müssen in Deutschland weit mehr Menschen leiden als in anderen Ländern. Dies zeigt der Morphinverbrauch (Kg pro Mio. Einwohner) im internationalen Vergleich (1996):

Dänemark: 78,8; Kanada: 34,0; USA: 25,3; Großbritannien: 21,9; Schweiz: 16,6; Deutschland: 10,9

Dieser Mißstand bleibt in Deutschland nicht ohne Folgen. Jedes Jahr bringen sich etwa 3.000 Menschen wegen den unerträglichen Schmerzen, unter denen sie leiden, selbst um.³⁵

Unter dem Stichwort **Crystal** (Szenename von Methamphetamin) wird auf das große Risiko einer Möglichen Abhängigkeitsentwicklung hingewiesen. Insbesondere wird auf die schnelle körperliche Gewöhnung hingewiesen, die eine Dosiserhöhung notwendig mache, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Dieses Phänomen – Toleranzentwicklung genannt – ist gemäß Definition im DRUGLEX, als auch gemäß der Definitionen von ICD-10 und DSM-IV, ein Anzeichen einer körperlichen (physischen) Abhängigkeit. Dennoch folgt die Feststellung, daß Methamphetamin nicht körperlich, sondern nur psychisch abhängig mache. Diese Feststellung steht eindeutig im Widerspruch zur unter dem Stichwort Abhängigkeit aufgeführten Definition, eine Tatsache, die bei den Lesern nur Verwirrung hervorrufen kann.

Bei **Kokain** wird auf das hohe Abhängigkeitspotential der Substanz hingewiesen. Zudem wird noch hervorgehoben, daß das Spritzen und Rauchen von Kokain besonders riskant sei, da die Gefahr eines erneuten Konsums und damit auch die Abhängigkeitsgefahr vergleichsweise hoch sei. Unter dem Stichwort Kokain wird an zwei verschiedenen Stellen im Text auf die Abhängigkeitsgefahr infolge des Konsums hingewiesen, wobei die eine Passage einen ganzen Absatz umfaßt. Bei den beiden Artikeln zu **Crack** respektive **Freebase**, den basischen Formen des Kokains [siehe Abschnitt 1.7.2 *Die „kann“ – Formulierung*], findet sich jeweils nur ein kurzer Satz, der darauf hinweist, daß der Konsum zu einer schweren Abhängigkeit führen könne. Diese Art der Gewichtung in den Texten kann der trügerischen Annahme Vorschub leisten, daß der Konsum von Crack oder Freebase weniger riskant bezüglich einer Abhängigkeitsentwicklung sei, als der Konsum von Kokain-(Hydrochlorid).

1.7.4 Hinweis auf ein hohes Abhängigkeitspotential

Ein *Hinweis auf ein hohes Abhängigkeitspotential* ohne zusätzliche Bemerkung bezüglich *Risiko* oder *Gefahr* findet man beim **Nikotin**, das bekanntlich sowohl eine psychische als auch eine physische Abhängigkeit hervorrufen kann. Ein so gearteter Hinweis wird zwar noch stärker empfunden als ein Gefahren- oder Risikohinweis, animiert jedoch nicht so stark zu einem effektiven Risikomanagement, da die deskriptive Art der Übermittlung des Hinweises in der Form des Indikativs keine Wahlfreiheit

³⁴ Presseinformation der Deutschen Schmerzliga e.V. (2002): Chronischer Schmerz in Deutschland: Daten und Fakten
http://www.schmerzliga.de/pages/presse/se_dossier.html

³⁵ ZDF: Sendung Praxis vom 14. Oktober 1998: Schmerzreport in Deutschland
3SAT: Sendung Nano vom 25. Mai 2001: Morphin-Mythos am Ende, neue Hoffnung für Millionen Schmerzpatienten
<http://www.3sat.de/3satframe.php3?a=1&url=http://www.3sat.de/nano/bstuecke/19416/index.html>

andeutet wie die Möglichkeitsform („kann“ – *Formulierung*) und auch keine Herausforderung signalisiert, wie die Begriffe *Gefahr* und *Risiko*. Bemerkenswert erscheint auch, daß bei **Nikotin** nur auf ein hohes Abhängigkeitspotential hingewiesen wird, jedoch nicht speziell auf die körperliche Abhängigkeit wie bei diversen anderen Substanzen, insbesondere, weil das Abhängigkeitspotential mit dem von Kokain und Amphetamin verglichen wird, wobei die beiden letztgenannten gemäß DRUGLEX nur eine psychische Abhängigkeit „erzeugen“ sollen.

Nikotin ist die Substanz von der gemäß IFT mehr Menschen abhängig sein sollen als von irgend einer anderen Substanz. Das IFT gibt hierzu folgende Zahlen an:³⁶

Nikotin: Konsumenten mit riskantem Konsum, Mißbraucher, Abhängige

Altersgruppen	18-59 J.	18-69 J. (Hochrechnung)
Riskanter Konsum, insgesamt ³⁷	11,6 Mio. (29%)	13,1 Mio.
davon mißbräuchlicher Konsum ³⁸	5,4 Mio. (12%)	6,3 Mio.
davon abhängiger Konsum nach DMS-IV	3,9 Mio. (10%)	4,3 Mio.

In der Altersgruppe der 50-59jährigen fanden sich 16,8% mit einem riskanten Konsum. Zur Extrapolation (Hochrechnung) auf die Altersgruppe der 50-69jährigen wurde angenommen, daß diese Altersgruppe ebenfalls diese Prävalenz aufweise. Nimmt man für die 70jährigen und alle älteren Personen (ca. 9 Millionen) wiederum die gleiche Prävalenz an, dann kommen noch 1,5 Millionen Menschen mit einem riskanten Konsum hinzu, so daß insgesamt mit einer Zahl von etwa 14,6 Millionen Menschen in Deutschland mit einem riskanten Konsum gerechnet werden muß. Die Zahl der Menschen insgesamt mit einem mißbräuchlichem Konsum auf derselben Art hochgerechnet liegt bei 7,2 Millionen und die Zahl der Abhängigen bei 4,7 Millionen.

1.7.5 Deskriptive Feststellungen

Rein *deskriptive Feststellungen* zur Substanzabhängigkeit respektive zum Suchtproblem findet man im DRUGLEX bei den Stichworten **Morphin** und **Opiate**. Da sie in der Vergangenheitsform vermittelt werden, haben sie eher historischen Charakter und regen kaum zu einem offensiven Risikomanagement an.

Unter dem Stichwort **Opiate** findet man lediglich einen Hinweis, daß das Opiumrauchen in China im 17. Jahrhundert zu großen Suchtproblemen führte und unter dem Stichwort **Morphin** die Feststellung, daß im deutsch-französischen Krieg 1870-1871 erstmals Morphin bei der Behandlung Verwundeter eingesetzt wurde und viele dadurch morphinabhängig wurden. Ein Bezug zur gegenwärtigen Situation sucht man bei beiden Stichworten vergeblich.

1.7.6 Deterministische Feststellungen

*Deterministische*³⁹ *Feststellungen* deuten keinen Freiraum für eigenes Handeln an und haben einen eher fatalistischen⁴⁰ Charakter. Sie wirken zwar bedrohlich, animieren aber nicht zu einem selbstbestimmten Handeln. Bei den **Beruhigungsmitteln**, bei den **Schlafmitteln** und beim Opiat **Heroin** – sie alle sollen gemäß DRUGLEX eine Abhängigkeit erzeugen – findet man jeweils eine deterministische

³⁶ IFT (2002): Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und jährliche Zahl der Behandlungsfälle in Deutschland: http://www.ift.de/IFT_deut/Daten/praevalenz.htm

³⁷ Riskanter Konsum: 6 oder mehr Zigaretten pro Tag.

³⁸ Mißbräuchlicher Konsum: 20 oder mehr Zigaretten pro Tag.

³⁹ Determinismus: Lehre von der kausalen [Vor]bestimmtheit alles Geschehens; die der Willensfreiheit widersprechende Lehre von der Bestimmung des Willens durch innere oder äußere Ursachen. Deterministisch: den Determinismus betreffend; [Willens]freiheit verneinend.

⁴⁰ Fatal: verhängnisvoll, peinlich. Das Adjektiv *fatal* wurde im 16. Jahrhundert aus lateinisch *fatalis* (vom Schicksal bestimmt, verderbenbringend) entlehnt, das von lateinisch *fatum* (schicksalsspruch) abgeleitet ist. Fatalist: wer sich dem Schicksal ausgeliefert fühlt. Fatalistisch: vom Schicksalsglauben geprägt.

Feststellung bezüglich der Entstehung der Abhängigkeit, die sowohl psychischer als auch physischer Natur sein kann. Auch bei **Speed** (Amphetamin) und bei den **Appetitzüglern** (zumeist Amphetamine), die eine psychische Abhängigkeit hervorrufen können, wird das Verhältnis Droge zu Abhängigkeit durch deterministische Feststellungen veranschaulicht.

Beruhigungsmittel und **Schlafmittel** sind gemäß DRUGLEX Medikamente, deren längerer Gebrauch eine körperliche Abhängigkeit erzeugen. Dies wird ohne wenn und aber postuliert. Das heißt, nach einem längeren Gebrauch stelle sich zwangsläufig eine körperliche Abhängigkeit ein. **Heroin** jedoch sei unabhängig von der Konsumform suchterzeugend, zudem sei es das wirksamste suchterzeugende Mittel. Hier wird postuliert, daß die Entstehung der Sucht in der Drogenwirkung selbst angesiedelt sei und alle Komponenten der Rahmenbedingungen (Set und Setting) werden hier völlig ausgeblendet.

Bei den **Appetitzüglern** und bei **Speed** wird die suchterzeugende respektive die süchtigmachende Eigenschaft der Substanz auf die stimulierende Wirkung derselben zurückgeführt. Daraus folgt nach dem Prinzip der Logik, das alles, was eine stimulierende Wirkung hat, suchterzeugend wirkt! Auch hier werden alle Rahmenbedingungen im DRUGLEX völlig ausgeblendet und die Suchtkomponente ausschließlich auf die Wirkung der Substanz bezogen. Die Tatsache, daß es zahlreiche Menschen gibt, die fähig zu einem nutzvollen Umgang mit diesen Substanzen sind, wird überhaupt nicht erwähnt.

1.7.7 Substanzen und die Art der Abhängigkeitsbeschreibung

Die folgende Tabelle II „Substanzen und die Art der Abhängigkeitsbeschreibung“ zeigt die Zuordnung der einzelnen Substanzen respektive Substanzgruppen zu den verschiedenen Beschreibungsarten der Abhängigkeitsklassifizierungen (Schlüsselbegriffe).

Tabelle II: Substanzen und die Art der Abhängigkeitsbeschreibung

Kein Hinweis auf Abhängigkeitspotential	Antidepressiva Codein Ecstasy Kath Psychopharmaka Sedativa
„kann“ – Formulierung	Alkohol Barbituraten Cannabis Crack Freebase Guarana (Koffein)
Gefahrenhinweis / Risikohinweis	Analgetika Crystal Kokain
Hinweis auf hohes Abhängigkeitspotential	Nikotin
Deskriptive Feststellung	Morphin Opiate
Deterministische Feststellung	Appetitzügler Beruhigungsmittel Heroin Schlafmittel Speed

Die Tabelle II ermöglicht eine rasche Analyse der im DRUGLEX vorgenommenen Gewichtung der Hinweise zum Abhängigkeitspotential einzelner Substanzen respektive Substanzgruppen. Mit Hilfe von Tabelle I können ebenso rasch die zugehörigen Textbausteine miteinander verglichen werden.

Beispielsweise findet man unter dem Stichwort **Appetitzügler** die deterministische Feststellung, daß diese suchtbildend seien, wobei ihre stimulierende Wirkung als Begründung angegeben wird. Analog

findet man unter dem Stichwort **Speed** im Abschnitt Amphetamin die deterministische Feststellung, daß die stimulierende Wirkung des Amphetamins süchtigmachend sei. Nach Kenntnisnahme der oben aufgeführten Feststellung, daß eine stimulierende Wirkung suchtbildend sei, ist es vom Standpunkt der Vernunft her überhaupt nicht nachvollziehbar, daß eine stimmungsaufhellende und antriebssteigernde Wirkung einer anderen Substanzgruppe, der **Antidepressiva**, nicht als suchtbildend klassifiziert wird, obwohl der Begriff antriebssteigernd ein Synonym des Begriffs stimulierend ist. So kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß die vorgenommene Klassifikation der Abhängigkeitspotentiale im DRUGLEX teilweise nicht nach wissenschaftlichen Kriterien, sondern völlig willkürlich erfolgte. Zumindest scheint dies im Fall der antriebssteigernd wirkenden **Antidepressiva** und der anregend und aufputschend wirkenden **Psychopharmaka** die einzig mögliche Erklärung für das Weglassen eines Hinweises bezüglich ihres Abhängigkeitspotentials zu sein.

1.8 Der Begriff Sucht und seine Funktion

Obwohl der Begriff *Sucht* im DRUGLEX als wissenschaftlich überholt beschrieben wird, findet man bei den Beschreibungen der Substanzwirkungen mehrere Wortbildungen, die den offiziell zugunsten des Begriffs *Abhängigkeit* aufgegebenen Begriff *Sucht* enthalten, wie der folgenden Tabelle III rasch entnommen werden kann.

Tabelle III: Substanzen und die Suchterzeugung

Amphetamin: Appetitzügler	suchterzeugend
Amphetamin: Speed	Suchtgefahr süchtigmachend
Opiate: Heroin	suchterzeugend
Opiate: Opiate allgemein	Suchtproblem

Heroin verkörpert für viele Krankheit, Sucht, Elend und Tod. Heroin wird von ebenso vielen sofort mit den Begriffen Rauschgift oder Droge in Verbindung gebracht. Im Volksmund mag es vielleicht auch legitim sein, Heroin als suchterzeugend zu bezeichnen, obwohl die Sucht nicht von der Substanz selbst erzeugt wird, sondern der Mensch macht sich abhängig von der Substanz. Deshalb sollte man auch nur vom Suchtpotential oder besser vom Abhängigkeitspotential einer Substanz sprechen, jedoch nicht von deren Suchterzeugung.

Die Zahl der problematischen Opiatkonsumenten, daß heißt der Konsumenten mit intravenösem Konsum oder hoher Konsumfrequenz wird in Deutschland auf ca. 150.000 bis ca. 200.000 geschätzt, die Gesamtzahl der aktuellen Opiatkonsumenten auf ca. 300.000. Knapp 2/3 dieser Opiatkonsumenten müssen als abhängig eingestuft werden und jeder Dritte der Abhängigen (ca. 60.000) befindet sich in einem regulären Substitutionsprogramm (jeder Fünfte oder 20% aller aktuellen Opiatkonsumenten). Bei den geschätzten 600.000 bis 800.000 Amphetaminkonsumenten liegt der Anteil derjenigen, die mit der Hauptdiagnose Amphetaminabhängigkeit für sich eine Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen, deutlich unter einem Prozent der aktuellen Konsumenten. Das Abhängigkeitspotential von Amphetamin ist demzufolge um ein Vielfaches niedriger einzustufen als dasjenige von Heroin. Trotz dieser Tatsache werden im DRUGLEX sowohl Amphetamin (Appetitzügler, Speed) als auch die Opiate (Heroin) gleichermaßen ohne weitere Unterscheidung als *suchterzeugend* respektive *süchtigmachend* beschrieben. Die Charakteristik dieser Art der Substanzbeschreibungen ist wahrlich kaum geeignet, den Lesern reelles Drogenwissen zu vermitteln, jedoch eignet sich eine solche unausgewogene Art der Beschreibung sehr wohl zur Implementierung (Einführung) neuer Drogenmythen.

1.9 Der Begriff Suchtmittel

Eine **Substanz** ist etwas Stoffliches, woraus etwas besteht, das heißt, daß man unter Substanz den chemischen Grundbestand versteht, also die naturwissenschaftlich begründete, zweckfreie Aussage über die chemische Zusammensetzung eines Stoffes. Ein **Mittel** ist etwas, was die Erreichung eines Zieles ermöglicht; das bedeutet, daß ein Mittel etwas ist, was zur Erreichung eines Zweckes dient.

Substanz ist die zweckfreie Aussage über etwas (z.B. einen Stoff), ein **Mittel** ist die soziale oder die individuelle Interpretation des Zwecks der Substanz beziehungsweise des Zwecks der Einnahme der Substanz. Schreibt man also einer Substanz einen bestimmten Zweck zu, so wird die Substanz zum Mittel.

Ein ähnliches Verhältnis existiert in der Pharmakologie und in der Toxikologie zwischen den Begriffen **Stoff** und **Arzneimittel**. Gemäß Arzneimittelgesetz sind Stoffe: „1. Chemische Elemente und chemische Verbindungen sowie deren natürlich vorkommende Gemische und Lösungen, 2. Pflanzen, Pflanzenteile und Pflanzenbestandteile in bearbeitetem und unbearbeitetem Zustand, 3. Tierkörper, auch lebende Tiere, sowie Körperteile, -bestandteile und Stoffwechselprodukte von Mensch und Tier in bearbeitetem und unbearbeitetem Zustand, 4. Mikroorganismen einschließlich Viren sowie deren Bestandteile oder Stoffwechselprodukte.“

Die nächste Kategorie ist sodann der immer noch neutral definierte Begriff des **Wirkstoffes**, der lediglich bestimmt, daß Stoffe nach der Aufnahme in den Organismus Wirkungen entfalten, wobei die Art der Wirkung und deren Bedeutung für die Gesundheit ohne belang sind. Mit dem Zusatz **Arznei** werden **Stoffe** zu **Arzneistoffen**, die dann „zur Anwendung in bzw. am Menschen oder Tier geeignet sind oder durch das Werturteil: nützlich für Mensch und Tier, charakterisiert sind.“ **Arzneistoffe** werden zu **Arzneimitteln** dadurch, daß sie „dazu bestimmt sind, Krankheiten bei Mensch und Tier zu heilen, zu lindern, zu erkennen oder zu verhindern.“ Der Stoff wird durch seine konkrete Zweckbestimmung zum Mittel.

Suchtstoffe sind demzufolge Stoffe, die nach der Aufnahme in den Organismus eine Sucht auslösen können und **Suchtmittel** sind nach den gegebenen Begriffsdefinitionen Mittel, die dazu bestimmt sind und mit der Absicht eingenommen werden, eine Sucht auszulösen oder zu erzeugen. Da jedoch kaum jemand eine Substanz einnimmt, um süchtig zu werden, ist die Sucht für den Konsumenten nicht das Ziel oder der Zweck der Einnahme und deshalb ist der Begriff **Suchtmittel** (als Mittel zur Sucht) hier völlig fehl am Platz. Die zweifache Verwendung dieses Begriffes im Text zur Definition des Wortes „Abhängigkeit“ im DRUGLEX zeigt nicht nur das ausgesprochen schwache Sprachgefühl der Autoren auf, sondern muß im Hinblick auf die Tatsache, daß dieser Begriff zwar mit dem Konsum und der Abhängigkeit (negativ zu bewertende Positionen) in Verbindung gebracht wird, jedoch nicht mit dem Absetzen der Droge (positiv zu bewertende Position), als tendenziös bezeichnet werden. Wie an vielen anderen Stellen im DRUGLEX mangelt es auch hier an klaren Begriffsdefinitionen.

1.10 Eine Szeneinformation zum Thema Sucht

In der Technoszene (Zielgruppe von »www.drugcom.de«) wird dem Thema *Sucht* große Aufmerksamkeit geschenkt und weitaus differenzierter als im DRUGLEX darüber berichtet. Als Beispiel mögen hier Ausschnitte aus einem Artikel aus dem »street re.publik nachtexpress« vom Juni 2002 dienen. Der »street re.publik nachtexpress« wird gemeinsam von „nachttanzdemo“ in Frankfurt am Main und von „fuckparade“ in Berlin herausgegeben.⁴¹

„Gesundheit, Krankheit und Sucht

[...]

Zur Selbstbestimmung gehört die Möglichkeit, sein Leben frei gestalten zu können und sich somit auch für Rauschzustände zu entscheiden; auch wenn dies nicht den Idealen der Leistungsgesellschaft entspricht. Das Betreiben von Suchtprävention zeigt, daß Drogenkonsum als Krankheit klassifiziert wird. Der Gesundheitsbegriff an sich steckt jedoch in einem Dilemma, er kann nur als Mittel oder Zweck gesehen werden. Wird Gesundheit einerseits interpretiert als Mittel, das die Integration in bestehende Verhältnisse gewährleisten soll, so ist sie eben simpel herstellbar. Gesundheit ist hier nichts weiter als die Eigenschaft von „Leistungsträgern“, die mit dieser Zusatzqualifikation serienmäßig ausgestattet worden sind. Bläst man andererseits Gesundheit zum Ziel an sich auf, dann wird behauptet, Gesundheit sei Abwesenheit von Sucht. Sucht sei verursacht durch bestimmte mißliche soziale Zustände oder psychischen Dispositionen. Was Sucht und Gesundheit sind, obliegt der Deutungsmacht des gesellschaftsplanerischen Fachmenschen.

⁴¹ [Gogo@lira-online.de](http://www.nachttanzdemo.net/nachtexpress.pdf): Die Moderne Todesstrafe, in: »street re.publik nachtexpress«, Ausgabe Juni 2002, S. 5 und 7
<http://www.nachttanzdemo.net/nachtexpress.pdf>

Heroin führt automatisch zur Sucht

Das Bild in der Öffentlichkeit vom Heroin konsumierenden Junkie, der alle vier Stunden einen neuen Schuß braucht, ist nicht zuletzt medial geprägt. Nach den Mythen, macht jeder Heroinkonsum sofort süchtig. Dieser unterstellte Automatismus ist jedoch durch Untersuchungen längst widerlegt. Genauso wie bei Alkohol ist vielmehr eine Unterscheidung zwischen selbst bestimmten und individuell kontrollierbarem Heroinkonsum einerseits und -mißbrauch andererseits wichtig. Auch bei Alkohol gibt es Suchtphänomene, diese entstehen jedoch nicht automatisch durch einen Genuß von Alkohol, sondern durch seine mißbräuchliche Verwendung. Mißbräuchliche Verwendung meint hier, daß der Konsument nicht mehr in der Lage ist, Bedingungen und Umfang des Konsums zu steuern. Untersuchungen legen dar, daß Heroinkonsumenten, die Heroin nicht mit Fremden konsumieren, die Spritze nicht tauschen, konstante und bewährte Bezugsquellen haben sowie nicht in Kontakt mit Süchtigen stehen, sehr wohl einen kontrollierten Umgang mit Heroin pflegen.

Heroinkonsum führt zu Krankheit und physischer Verelendung

Auch diese Behauptung ist medizinisch widerlegt. Aber verbreitet werden soll dies nicht. Dies zeigt etwa die harsche Zurechtweisung eines Ärztfunktionärs, der öffentlich erklärte, nicht der Stoff Heroin mache krank, sondern allein die Bedingungen seines Konsums. Dies möge ja den Tatsachen entsprechen, so seine Kritiker, die Öffentlichkeit aber darüber aufzuklären, sei unklug und verantwortungslos. So ist bekannt, daß die Opiate im Gegensatz zu Alkohol und Nikotin zu den am wenigsten mit unerwünschten oder toxischen Wirkungen belastenden Arzneimitteln gehören. Die wenigen zu beobachtenden Nebenwirkungen sind Verstopfung und ein Nachlassen der sexuellen Appetenz. Das durch die Medien geprägte Bild des heruntergekommenen Junkies widerspricht dieser Feststellung nur scheinbar. Todesfälle, akute und chronische, oft zum Tod führende Infektionen wie Blutvergiftung, Leberentzündungen, Vereiterung und Entzündungen der Haut, Blutgerinnselbildung und nicht zuletzt die HIV-Krankheit sind ausschließlich: Folge mangelnder Kenntnis der tatsächlich zugeführten Menge Heroin, Folge unsteriler bzw. unsachgemäßer Injektion, sowie Folge toxischer Verunreinigungen des Stoffes (Chinin, Strychnin, etc.).

Abgesehen von den o.g. Faktoren ist eine der häufigsten Todesursachen von Junkies Selbstmord. Dieser wird nicht zuletzt vom Staat aufgrund der aufgezwungenen Konsumbedingungen mitverschuldet. Für die Junkies wurde Heroin erst zum gesundheitlichen Problem, als der Staat per Verbot in die Konsumbedingungen eingriff. Der Staat sah die seit der Studentenbewegung aufkommende Drogenkultur als Gefahr für die ökonomische Verwendbarkeit der Gebraucher. Drogen, Aussteigermentalität, Gesellschaftskritik, Mißtrauen gegenüber staatlichen Aktionen und Ablehnung gesellschaftlicher Strukturen waren mehrere Aspekte eines Kulturbegriffes. Der Staat will jedoch die gesetzliche Durchsetzung eines "moralisch richtigen" Lebensstils. Unterdrückt wird hierbei, was Rausch auch ist: Ausdruck persönlicher Freiheit, über sein eigenes Leben zu bestimmen. Das Recht auf Rausch, auf eigene Erfahrungen und im absoluten Extremfall auch das Recht auf Selbstschädigung ist und bleibt Menschenrecht. Wo der Staat jetzt merkt, daß etwa die Haschkonsumenten auch gesellschaftlich prima funktionieren und es vorbei ist mit breiten jugendlichen Protestbewegungen, wird zumindest für diese Droge das Verbot faktisch aufgehoben.

Die Heroinkonsumenten müssen jedoch den Preis zahlen für die Schaffung eines Schwarzmarktes und das Verbot eines legalen Marktes. Sie müssen unter dem Verdikt der Illegalität das Hundertfache des Produktionspreises bezahlen. Der auf dem Schwarzmarkt zu erwerbende Stoff ist zumeist gestreckt (reiner Heroinanteil ca. 10 %). Für den maßlos überteuerten Stoff muß der Konsument sich prostituieren, stehlen und dealen. Das Geld reicht häufig nicht mehr für ausreichend Kleidung und Nahrung oder für eine Wohnung. Auf ärztliche Versorgung muß allein schon aus Angst vor Entdeckung des Drogenkonsums verzichtet werden. Der Beschaffungsdruck wird nicht zuletzt durch repressive polizeiliche Maßnahmen verschärft. Diese Faktoren machen den Heroinkonsum dazu, was er ist: eine vom Staat verordnete Todesstrafe.

Für das Ende einer tödlichen Politik

Sinnvoll wäre die Freigabe aller derzeit kriminalisierten Rauschmittel und ihre Abgabe in lizenzierten Drogenläden, in denen nicht die Konsumenten, wohl aber die Qualität und Preise der Waren der Kontrolle unterliegen. Zu einem Drogenboom käme es nicht; Erfahrungen mit der Legalisierung von Haschisch in den Niederlanden belegen das Gegenteil. Ziel ist es nicht, daß möglichst Wenige Drogen nehmen, sondern daß denen, die sich berauschen wollen, dies unter Bedingungen möglich ist, die frei sind von Verfolgung und erzwungener Selbstschädigung.

Nirgendwo vermochte eine Prohibition die Verbreitung von Substanzen zu verhindern, wohl aber die Bedingungen für ihren möglichst gesundheitszuträglichen wie lustvollen Gebrauch. Die Freigabe unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen stellt keine "Utopie", sondern eine schlichte Notwendigkeit dar."

gogo@lira-online.de

2 Weitere Irreführungen und Falschmeldungen im DRUGLEX

In den folgenden Abschnitten werden nicht nur falsche Angaben im DRUGLEX aufgeführt, sondern auch Angaben, die falsche Schlußfolgerungen implizieren (mit sich bringen).

2.1 Codein

Unter dem Stichwort Codein steht u.a., daß diese Substanz *auch mißbräuchlich als ‚Ersatzdroge‘ für Heroin verwendet* werde. Dies ist zwar prinzipiell nicht falsch, doch wird hierbei die Tatsache unterschlagen, daß Codein lange Zeit in großen Umfang als Substitutionsmittel ärztlich verordnet wurde und auch heute noch bei entsprechender medizinischer Indikation verschrieben werden kann.

Zudem wäre die Formulierung, daß Codein zur Vermeidung von Entzugserscheinungen, insbesondere von Heroinabhängigen benutzt werde, besser. Die oben zitierte Formulierung täuscht vor oder legt die Schlußfolgerung nahe, daß Codein die gleiche Wirkung wie Heroin habe.

2.2 Crystal

Im Text vom DRUGLEX heißt es, daß eine besonders riskante Konsumform das rauchen der freien Methamphetamin-Base („Ice“) sei.. Diese Behauptung ist falsch, da **Ice** eine reine kristalline Form des Hydrochlorids (Methamphetamin-HCL) ist, die sowohl geschnupft als auch geraucht werden kann. Die basische Form des Methamphetamins ist eine ölige bräunliche Substanz, die in der Szene kaum bekannt ist und wegen ihres Aussehens **Snot** (Rotze) genannt wird.⁴²

Im DRUGLEX heißt es, daß Methamphetamin schon 1934 entwickelt und unter dem Handelsnamen *Pervitin* auf den Markt gebracht worden sei. Diese Angabe ist nicht richtig. Methamphetamin wurde bereits im Jahr 1919 vom japanischen Chemiker A. Ogata (deutsche Transkription: E. Ogata) synthetisiert.⁴³

2.3 Designerdrogen

Im DRUGLEX heißt es u.a. zu diesem Stichwort: „Der Begriff ‚Designerdrogen‘ bezeichnet aber im engeren Sinne die synthetisch in *illegalen* Chemielabors hergestellten Drogen. Durch die molekulare Veränderung einer verbotenen Droge soll das Betäubungsmittelgesetz umgangen werden.“

Die Behauptung im zweiten hier zitierten Satz kann wissenschaftlich nicht belegt werden. Sicherlich kann man vielerorts diese Behauptung hören und lesen, doch trotz intensiver Recherche, konnte keine Substanz ausfindig gemacht werden, die zum Zweck der Umgehung des Betäubungsmittelgesetzes von einem Chemiker oder Pharmakologen entwickelt und hergestellt worden ist. Die meisten der heute bekannten Amphetaminderivate entwickelte der amerikanische Chemiker Alexander Shulgin. Diese Amphetaminderivate werden zwar oft als Designerdrogen bezeichnet, doch Shulgin entwickelte keine dieser Substanzen zur Umgehung des Betäubungsmittelgesetzes.

⁴² Erowid: Methamphetamine Basics

http://www.erowid.org/chemicals/meth/meth_basics.shtml

National Institute of Mental Health (NIDA) (1998): Methamphetamine. Abuse and Addiction, in: Research Report Series, Washington, S. 2

http://www.erowid.org/chemicals/meth/meth_info1.pdf

⁴³ The Merck Index: An Encyclopedia of Chemicals, Drugs, and Biologicals (12. Aufl. 1996), New York, Stichwort: Methamphetamine

A. Ogata (1919): Constitution of ephedrine. Desoxyephedrine, in: J. Pharm. Soc. Jpn., 451 (1919) 751-764; Nachdruck in: Chem. Abstracts 14 (1920) 475; zitiert nach: Allen, A.; Cantrell, T.S. (1989): Synthetic Reductions in Clandestine Amphetamine and Methamphetamine Laboratories: A Review by Andrew Allen and Thomas S. Cantrell, in: Forensic Science International, Vol. 42, 183-199 (1989)

<http://www.rhodium.ws/chemistry/amphetamine.reduction.html>

E. Ogata, Helv. Chem Acta, 12 (1929) 873-877; zitiert nach: Cantrell, T.S. et al. (1989): A Study of Impurities Found in Methamphetamine Synthesized From Ephedrine, in: Forensic Science international 39, 39-53 (1988)

http://raver.net/code/content/rhodium/meth_impurities.txt

2.4 Ecstasy

Im Zusammenhang mit der Schädigung serotonerger Nervenzellen bei Ecstasykonsumenten kann man im DRUGLEX lesen, daß „das Ausmaß der Schädigung nicht in Abhängigkeit zur Anzahl der konsumierten Pillen“ stehe. Diese Aussage steht im Widerspruch zum Erkenntnisstand der aktuellen wissenschaftlichen Forschung und muß daher als übertriebene Panikmache qualifiziert werden.

Neuere Studien der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Aachen weisen darauf hin, daß die Droge die kognitiven Fähigkeiten der Konsumenten beeinträchtigt, und zwar auch in der abstinenten Phase. Genauere neuropsychologische Untersuchungen haben nun ergeben, daß etwa das Arbeitsgedächtnis bei Ecstasy-Konsumenten im Vergleich mit abstinenten Gleichaltrigen beeinträchtigt ist. Das bedeutet, daß die Drogenkonsumenten vermehrt Probleme haben, Dinge gleichzeitig zu tun. Auch Lernen und Langzeitgedächtnis weisen verstärkt Defizite auf. Meist korrelieren die Beeinträchtigungen mit Dauer, Häufigkeit und Dosis des Drogenkonsums, dennoch können prinzipiell nicht nur die sehr starken, sondern auch die relativ moderaten Wochenendkonsumenten davon betroffen sein, berichten die Psychiater. Beim durchschnittlichen Ecstasy-Konsumenten haben die kognitiven Defizite aber keine klinische Relevanz. Seien Leistungseinbußen vorhanden, könnten die meisten sie nach außen kompensieren. Die Ecstasy-Konsumenten nähmen selbst keine Alltagsdefizite wahr.⁴⁴ Es sollte jedoch nicht der Eindruck suggeriert werden, daß der durchschnittliche Ecstasy-Konsument kognitive Einschränkungen in klinisch relevantem Ausmaß aufweise. Solche ausgeprägten Ausfälle seien die Ausnahme, schreiben führende Forscher zum aktuellen Wissensstand.⁴⁵

Die Behauptung, daß „in den als Ecstasy verkauften Pillen in der Regel verschiedene wirksame und unwirksame Substanzen enthalten“ seien, ist falsch. So gibt das Bundeskriminalamt (BKA) im Rauschgiftjahresbericht 2000 folgende Zahlen betreffend Reinheitsgehalte von Ecstasypillen und Kapseln bekannt:⁴⁶

„Für insgesamt 935.186 Tabletten und Kapseln – im Folgenden als Konsumeinheiten (KE) bezeichnet – wurden die Wirkstoffgehalte mitgeteilt. 92,7 % der Konsumeinheiten enthielten einen psychotropen Wirkstoff (Monopräparate), während bei 7,3 % zwei und drei Suchtstoffe festgestellt wurden (Kombinationspräparate). Von den 852.736 Monopräparaten enthielten 98,4 % 3,4-Methylenedioxyamphetamin (MDMA), 1,2 % Amphetamin und die verbleibenden 0,4 % Methamphetamin, 3,4-Methylenedioxy-N-ethylamphetamin (MDE), 4-Brom-2,5-dimethoxy-amphetamin (DOB), 4-propylthio-2,5-dimethoxyphenethylamin (2C-T-7) und 3,4-methylenedioxyamphetamin (MDA). Bei den gemeldeten Kombinationspräparaten handelte es sich um Mischungen von MDMA/MDE, MDMA/MDA, MDMA/Methamphetamin, MDMA/Amphetamin MDA/Amphetamin oder MDMA/MDA/Amphetamin. Die am häufigsten gemeldeten MDMA/MDE-Zubereitungen enthielten durchschnittlich 36 mg MDMA und 22 mg MDE pro Konsumeinheit (als Base berechnet).“

98,4 Prozent aller Monopräparate respektive 91,2 Prozent aller untersuchten Proben aus dem Jahr 2000 enthielten gemäß BKA ausschließlich den Wirkstoff MDMA. In der Regel enthalten somit die als Ecstasy verkauften Pillen nur eine und nicht verschiedene Substanzen.

2.5 Halluzination, Halluzinogene

„Halluzinationen beziehen sich auf das Wahrnehmen von Dingen, die nicht vorhanden sind.“ Mit diesen Worten beginnt die Erklärung von Halluzinationen im DRUGLEX. Unter dem dann folgenden Stichwort **Halluzinogene** wird dann u.a. festgestellt: *„Allen Halluzinogenen ist gemeinsam, daß sie tiefgreifende psychische Veränderungen hervorrufen können. Typisch ist dabei ein stark verändertes Erleben von Raum und Zeit. Die Halluzinogene scheinen damit an den Wurzeln des Bewußtseins zu*

⁴⁴ Schulze, N.S. (2002): Wer Ecstasy nimmt, bekommt oft einiges nicht mehr auf die Reihe – läßt die Droge das Gehirn schneller altern?, in: Ärzte Zeitung vom 10. Juni 2002

<http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/06/10/105a0203.asp>

⁴⁵ Gouzoulis-Mayfrank, E.; Daumann, J.; Saß, H. (2002): Neurotoxische Langzeitschäden bei Ecstasy (MDMA)-Konsumenten. Überblick über den aktuellen Wissensstand, in: Nervenarzt 73/2002, S. 405-421

<http://www.springer.de/medic-de/zeitschriften/pdf/nerv05-02.pdf>

⁴⁶ Bundeskriminalamt (BKA) (2001): Rauschgiftjahresbericht 2000, Zeitraum 1.1. bis 31.12., Wiesbaden, S. 91

<http://www.bka.de/lageberichte/rg/2000/rg2000.pdf>

rütteln, denn das Denken, Fühlen und die Wahrnehmung werden massiv beeinflusst.“ Wahrlich äußerst merkwürdig erscheint hier, daß *Dinge, die nicht vorhanden sind* die Fähigkeit haben sollen, *an den Wurzeln des Bewußtseins rütteln* zu können. Dieser offenkundige Widerspruch in den Ausführungen offenbart die oberflächliche Art der Beschreibung des Phänomens *Halluzination* im DRUGLEX. Hinter dem Phänomen *Halluzination* steckt eben weit mehr als nur eine Art von Sinnestäuschung, wie man in zahlreichen Berichten, Studien und Fachbüchern nachlesen kann.⁴⁷ Den Autoren vom DRUGLEX kann hier nur mit aller Dringlichkeit anempfohlen werden, sich erst einmal mit der Materie zu befassen und erst dann einen Betrag in einem „Lexikon“ zum besten zu geben, um nicht weiterhin junge potentielle oder aktuelle Drogenkonsumenten zu verwirren.

Realitätsfremd erscheint auch die folgende Passage: *„Es ist zwar noch niemand an einer Überdosis LSD gestorben, es besteht aber insbesondere bei einem Horror-Trip die Gefahr, daß sich der Konsument durch Verknennung der Realität selbst gefährdet, beispielsweise weil der Betroffene sich von wilden Tieren verfolgt sieht und dabei vor ein Auto rennt.“* Ob nachweislich reell nie ein solcher Fall vorgekommen ist, kann nicht mit absoluter Sicherheit gesagt werden, doch in der Literatur ist bislang kein solcher Fall überliefert worden. Zudem wäre ein solches Reaktionsmuster völlig atypisch. Nicht nur ein Wettbewerbsteilnehmer meinte, daß wenn der Autor dieser Zeilen einmal LSD nähme, würde er das wilde Tier in sich erkennen und sich in der Folge darüber zutiefst erschrecken!

2.6 Haschisch

Die im Drogenlexikon DRUGLEX gegebene Definition von Haschisch (*das mit Streckmitteln zu Platten gepreßte Harz*) klingt in den Ohren eines Haschischkenners wahrlich genauso abenteuerlich wie eine Definition von Wein in den Ohren eines echten Weinkenners, die besagte, daß Wein aus mit Streckmitteln versetzten Traubensaft (oder Obst- oder Beerensaft) gewonnen werde. Sicher kommt es vor, daß kriminelle Winzer und/oder Kellermeister dem Traubensaft Zuckerstoffe beimengen oder den Wein mit Glykol versetzen, doch deshalb kann man Wein nicht definieren als ein Produkt aus mit Streckmitteln versetzten Traubensaft (oder Obst- oder Beerensaft).

In der Auswertung der Reinheitsgehalte der Drogen erwähnt das BKA im Rauschgiftjahresbericht 2000 bei Haschisch kein Vorkommen von Streckmitteln.⁴⁸ Auch in verschiedenen Fachbüchern mit Beschreibungen zur Herstellung von Haschisch wird kein Zusatz von Streckmitteln empfohlen oder beschrieben.⁴⁹ Die im DRUGLEX angegebene Definition soll wohl eher eine allgemeine Verunsicherung bei den Kiffern heraufbeschwören und den Berufsstand der Haschischproduzenten diskreditieren als reine Fakten vermitteln und beabsichtigt offensichtlich kaum zur Aufklärung beizutragen.

2.7 Heroin

Es ist richtig, daß die meisten Todesfälle im Zusammenhang mit Heroin in Folge einer Atemlähmung (Atemdepression) eintreten. Nach dieser sachlich richtigen Feststellung sollte jedoch nachdrücklich darauf hingewiesen werden, daß eine Atemdepression im allgemeinen nur zum Tode führt, wenn der Betroffene alleine ist, denn mit Hilfe von Dritten kann eine Atemdepression überwunden werden. Diese

⁴⁷ Eine Fülle von Informationen mit Quellenangaben zur Thematik kann man z.B. in der Jubiläumsschrift „50 Jahre LSD-Erfahrung“ von Christian Rätsch (Hg.), Solothurn und Löhrbach 1993, finden. Im Kapitel LSD-Stimmen kommen 50 Autorinnen und Autoren zu Wort, u.a. Luisa Francia: *Drogen schalten, finde ich, das Selbstverständnis einer einzigen Realitätswahrnehmung aus*; Hans Cousto: *LSD gewährte mir Blicke hinter die Kulissen der Manifestation und offenbarte mir innere verborgene Strukturen des Daseins*; Terence McKenna: *LSD erzeugt psychotisches Verhalten in denen, die es nie genommen haben*.

⁴⁸ Bundeskriminalamt (BKA) (2001): Rauschgiftjahresbericht 2000, Zeitraum 1.1. bis 31.12., Wiesbaden, S. 92 f. <http://www.bka.de/lageberichte/rg/2000/rg2000.pdf>

⁴⁹ Daß man Haschisch ohne Zusatz von Streckmitteln herstellt zeigt z.B. die Herstellungsanweisung von Hai & Rippchen im Hanf-Handbuch (Der Grüne Zweig 173): *Vollständig getrocknete Blütenstände werden unzerkleinert in eine Metallröhre mit zwei Deckeln und einem glatten Rand gegeben. Die Röhre wird geschlossen und stark geschüttelt. Auf Grund der statischen Aufladung bleiben die leichten Harzdrüsen an der Wand kleben, der unpotente Rest kann danach einfach von Röhrenboden genommen werden. Dieser Vorgang wird wiederholt, bis keine Harzdrüsen mehr an der Wand kleben. Die Harzdrüsen von den Wänden können quasi beliebig lange ohne Verlust an THC gelagert werden. Haschisch erhält man, indem man die Harzdrüsen zusammenpreßt, dabei strömt das Harz aus.*

Erkenntnis kann den einen oder anderen davon abhalten, sich alleine einen Schuß zu setzen und eine Verhaltensänderung bewirken, die lebensrettend sein kann. So ist beispielsweise noch nie ein Heroinkonsument in einer Fixerstube in Deutschland oder in der Schweiz an einer Überdosis oder einer Atemdepression gestorben.

Einige Feststellungen betreffend die Folgen des Heroinkonsums sind nicht, wie im DRUGLEX dargestellt, primär eine Folge des Heroinkonsums, sondern in Wirklichkeit eine Folge der Verbotspolitik. So sind die *schwerwiegenden körperlichen Folgen* nicht primär eine Erscheinung, die auf den Konsum von Heroin zurückgeführt werden können, sondern sind vor allem auf die Verunreinigungen im Stoff zurückzuführen. Die Verunreinigungen im Stoff wiederum sind eine Folge der Verbotspolitik, die eine Qualitätskontrolle von auf dem Schwarzmarkt gehandelten Produkten hierzulande verunmöglicht. Auch die Beschaffungskriminalität resultiert nicht in erster Linie *aus dem hohen Bedarf an Heroin und den damit verbundenen Kosten*, sondern ist in erster Linie eine Folge der Verbotspolitik und der durch diese geprägten Situation auf dem Schwarzmarkt.

2.8 Intoxikation, Intoxikationspsychose

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merck, nannte in den Eckpunkten für den *Aktionsplan Drogen und Sucht* die anvisierten Maßnahmen zur Reduzierung der Tabak- und Alkoholprobleme an erster Stelle, denn diese beiden Volksdrogen verursachen erhebliche gesundheitliche und soziale Kosten.⁵⁰ Die Erkenntnis, daß Alkohol eine Droge sei, scheint bei den Machern des DRUGLEX jedenfalls noch nicht so richtig angekommen zu sein. So findet man unter dem Stichwort **Intoxikation** die Formulierung „*Alkohol und die meisten Drogen*“ und unter dem Stichwort **Intoxikationspsychose** die Formulierung „*Alkohol oder Drogen*.“ Hier wird ganz offensichtlich der Anschein erweckt, daß Alkohol etwas anderes als eine Droge ist und der Begriff *Alkohol* separat vom Begriff *Droge* genannt. Auch unter den Stichworten **Drogen** und **Drogenabhängigkeit** sucht man vergeblich nach einem Hinweis auf *Alkohol*, wie übrigens auch auf *Nikotin* und *Koffein*. Dafür steht dort: „*Im engeren Sinne wird der Begriff Drogen allerdings nur für psychoaktive Substanzen verwendet, die durch das Betäubungsmittelgesetz verboten sind.*“ Die Botschaft im DRUGLEX, die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vermittelt wird, steht diametral gegenüber (das heißt im Widerspruch) zur Botschaft, die von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Auftrag des Gesundheitsministerium verbreitet wird.

2.9 Joint

Die Definition „*Szenebezeichnung für eine cannabishaltige, selbstgedrehte Zigarette*“ ist falsch, da es auch maschinell gefertigte Joints gibt. Handelsübliche Jointdrehmaschinen fertigen mehrere Hundert Joints innerhalb von wenigen Minuten.⁵¹ Diese Maschinen werden nicht nur in Coffeeshops, sondern auch des öfteren an Open-Air-Festivals und Großraives eingesetzt.

2.10 Kath

Im DRUGLEX befindet sich unter dem Stichwort **Kath** eine Beschreibung der Pflanze *Catha edulis*. Sie enthält inhaltliche Auslassungen, die wegen Auslassung wesentlicher Zusammenhänge als irreführend eingestuft werden müssen:

„*Das Kauen der Blätter von Catha edulis ist im Nahen Osten und in Ostafrika stark verbreitet. Die Blätter der Pflanze enthalten Cathin, daß mit dem Amphetamin eng verwandt ist. Es wirkt aber wesentlich schwächer.*“

⁵⁰ Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002): Eckpunkte für den Aktionsplan Drogen und Sucht beschlossen, Pressemitteilung Nr. 14 vom 25. Juni 2002

<http://www.bmggesundheits.de/themen/drogen/pm/250602.htm>

⁵¹ Die niederländische Firma *Mountainhigh* beispielsweise produziert Jointdrehmaschinen, die im Sekundentakt, das heißt 60 Joints pro Minute, fertigen können. Diese Maschinen werden in alle Welt, das heißt auch nach Deutschland, exportiert.

http://www.mountainhigh.nl/Oude_site/english/Joint_Machine/joint_machine.htm

Die Hauptwirkung der frischen Pflanze resultiert vielmehr aus dem Inhaltsstoff Cathinon,⁵² daß dieser Wirkstoff in seiner Wirkungsstärke ungefähr dem Amphetamin gleichzusetzen ist,⁵³ verschweigt der Eintrag.

Tatsächlich bildet sich das schwächere Cathin (d-Norpseudoephedrin) erst, wenn die Blätter getrocknet werden, weshalb die Droge auch möglichst frisch konsumiert wird, bzw. zum Versand in Bananenblätter eingewickelt, oder (neuzeitig) in Plastikfolie vakuumverschweißt wird.⁵⁴ Die schwächere Wirkung der Kath-Zweige im Vergleich zu Cathinon oder Amphetamin als Reinsubstanz ist vielmehr ein Resultat der Einnahmeform (Pflanzenmaterial) sowie der soziokulturellen Einbindung der Pflanze in den Hauptkonsumländern.

Erwähnenswert ist hier noch die Tatsache, daß *Catha edulis* im Haupterzeugerland Ethiopien den drittgrößten (legalen!) Exportartikel nach Kaffee und Fellen darstellt;⁵⁵ daß Kath in anderen Kulturen akzeptabel ist, bei uns aber zu Strafverfolgung und Ächtung führt. Solche Informationen passen wohl nicht in die schwarzweiße Schreibweise der staatlich geförderten „Drogenaufklärung.“

2.11 LSD

Im ersten Absatz kann man unter dem Stichwort **LSD** lesen, daß der Chemiker und Entdecker der Wirkung von LSD, Albert Hofmann, „0,25 mg LSD (ungefähr das zehnfache der wirksamen Dosis)“ nahm. Im letzten Absatz wird man bezüglich der Wirkung von LSD auf das Stichwort *Halluzinogene* verwiesen. Dort werden verschiedene Phänomene von Halluzinationen beschrieben.

Diese Art der Beschreibung ist irreführend, da die hier postulierte *wirksame Dosis von 0,025 mg* im allgemeinen keine Halluzinationen hervorruft. So sind auf einem Papiertrip durchschnittlich 0,08 mg = 80 Mikrogramm (Mikrogramm = 1 Millionstel Gramm) LSD aufgebracht. Der Gehalt der Pappen kann aber zwischen 25 und 250 Mikrogramm LSD schwanken. Besonders hoch dosiert sind üblicherweise die Mikros, sie enthalten durchschnittlich 250 Mikrogramm (0,25 mg) Wirkstoff.

Dosierungen:⁵⁶

25 bis 50 Mikrogramm:	Schwellendosis um erste leichte körperliche und schwache psychische Effekte zu spüren
50 bis 150 Mikrogramm:	heute üblicherweise auf Technoparties eingesetzte Dosierung
250 Mikrogramm:	Von A. Hofmann bei seinem ersten freiwilligen LSD-Trip eingenommene Dosis
300 bis 500 Mikrogramm:	Während der Hippieära bevorzugte Dosierung
850 Mikrogramm:	Hohe bei psychedelischen Therapien eingesetzte Dosierung

⁵² Kalix, P. (Department of Pharmacology, University of Geneva, Switzerland) (1992): Cathinone, a natural amphetamine, in: *Pharmacol Toxicol* 1992 Feb; 70(2), S. 77-86

<http://amphetamines.com/cathinone/index.html>

Kalix, P., Brenneisen, R., Koelbing, U., Fisch, H.-U., Mathys, K. (1991): Kath, eine pflanzliche Droge mit Amphetaminwirkungen, in: *Schweiz. Med. Wschr.* 121, S. 1561-1566

⁵³ Desel, H. [Giftinformationszentrum-Nord der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein (GIZ-Nord)] (2000): Kath – Inhaltsstoffe und Wirkungsweisen:

„Die Vertreter der wichtigste Gruppe chemisch miteinander verwandter Inhaltsstoffe des Khat werden als Kathamine bezeichnet. Für den größten Teil der Wirkung des Khat beim Menschen ist das Kathamin Cathinon (= (S)-(-)-Alpha-amino-propiofenon) verantwortlich. Die Kathamine Cathin (= (1S,2S)-(+)-Norpseudoephedrin) und (-)-Norephedrin haben beide einen ähnlichen Wirkcharakter wie Cathinon, im Vergleich zu dieser Substanz allerdings eine zehnfach geringere Wirkstärke.“

<http://www.giz-nord.de/giznord/toxinf/khat.html>

Brenneisen, R., Fisch, H.-U., Koelbing, U., Geisshüsler, S. & Kalix, P. (1990): Amphetamine-like effects in humans of the khat alkaloid cathinone, in: *Br. J. Clin. Pharmacol.* 30/1990, S. 825-828

⁵⁴ United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (1999): *The Drug Nexus in Africa*, Wien, S. 53

http://www.undcp.org/pdf/report_1999-03-01_1.pdf

⁵⁵ Ebd.: S. 53

⁵⁶ Grün-Alternativen Jugendbündnisses (GAJB) (1999): *Die GAJB LSD-Information*, Frankfurt am Main, S. 3

<http://www.echorausch.org/LAG-Drogen/lsd.html>

LSD hat auch Eingang in die Medizin gefunden, so diente es zur Erforschung von Psychosen und wurde für die Behandlung schwerer Neurosen, zur Behandlung von Alkoholikern und zur Behandlung autistischer Kinder getestet. Es wurden zwei Therapieformen verwendet, die *psychedelische* und die *psycholytische* Therapie, deren einziger Unterschied die verabreichte Dosis ist. So wird bei der *psychedelischen* Therapie eine voll halluzinogen wirksame Dosis (mindestens 0,1 mg = 100 Mikrogramm, meistens jedoch das Doppelte oder noch mehr) verabreicht, welche das komplette Spektrum der LSD-Wirkung auslöst, einschließlich der optischen Phänomene. Bei der *psycholytischen* Therapie wird hingegen eine viel niedrigere Dosis (0,025 mg bis 0,05 mg) eingesetzt. Ergänzend werden psychoanalytische und andere allgemein anerkannte psychotherapeutische Techniken eingesetzt.

Das ‚Halluzinogen‘ wurde unter dem Namen *Delysid* von der Schweizer Firma Sandoz S.A. vertrieben, als Dragees mit einer Dosis von 0,025mg und als Ampullen à 1cm³ (0,1mg) zur oralen Verabreichung.⁵⁷

⁵⁷ Martin Thunemann (2000): Lysergsäurediethylamid (LSD) und seine Wirkung auf den menschlichen Organismus, Königswinter, Kap. III-C
<http://home.t-online.de/home/Karl-Heinz.Thunemann/LSD/index.html>