

**Forschungsbrief**  
Ausgabe 26 / September 2010

## Inhalt

- **Alkoholassoziierte Krankheitslast in Deutschland**
- **Sexsucht**
- **Bewegung in der Cannabispolitik?**

## Alkoholassoziierte Krankheitslast in Deutschland

*Forberger und Rehm (2010) berechnen – anhand statistischer Erhebungen zum Alkoholkonsum und zu alkoholassoziierten Erkrankungen, Befindlichkeitsstörungen, Verletzungen und Gewaltkriminalität unter Alkoholeinfluss – die alkoholassoziierte Krankheitslast in Deutschland und die damit einhergehenden Kosten für die Gesellschaft.*

### Verweis

Forberger, S. & Rehm, J. (2010): Alkoholassoziierte Krankheitslast in Deutschland. In: Sucht aktuell, 17(1): 5-8.

Rehm, J., Gmel, G., Sempos, C. & Trevisan, M. (2002): Alcohol-related morbidity and mortality. In: Alcohol Research and Health, 27(1): 39-51.

Maxwell, J.R., Gowers, I. R., Moore, D. J. & Wilson, A.G. (2010): Alcohol consumption is inversely associated with risk and severity of rheumatoid arthritis. In: Rheumatology, Advance Access published online on July 28, 2010; doi:10.1093/rheumatology/keq202.

Der Konsum von alkoholischen Getränken wird mit einer Vielzahl von negativen Faktoren assoziiert. An erster Stelle steht die Krankheitslast, die international angegeben wird in behinderungsbereinigten Lebensjahren (DALYs – disability-adjusted life years). Die Krankheitslast misst ‚verlorene‘ Lebensjahre, das heißt Lebensjahre, die durch frühzeitige Behinderung oder Tod charakterisiert sind. Riskanter Alkoholkonsum, Rauschtrinken und Alkoholabhängigkeit wirken sich negativ auf den menschlichen Metabolismus aus; sie sind mit mehr als 60 verschiedenen Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen assoziiert. Zu den wichtigsten Krankheiten und Risiken zählen neben Alkoholabhängigkeit Erkrankungen der Leber – vor allem die Leberzirrhose –, Bauchspeicheldrüsenentzündungen, gastrointestinale Störungen, verschiedene Arten von Krebserkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Immunstörungen, neuropsychiatrische Erkrankungen, reproduktive Störungen und vorgeburtliche Schädigungen sowie schließlich Verletzungen durch Stürze oder durch die unvorsichtige Verwendung von komplexen Geräten (im Haushalt oder am Arbeitsplatz) und Gewaltkriminalität unter Alkoholeinfluss.

Wie Rehm et al. (2003) gezeigt haben, kann sehr moderater Konsum von Alkohol auch einen positiven Effekt z.B. auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben. Männer, die maximal 20 g und Frauen, die maximal 12 g Alkohol pro Tag trinken, können gesundheitlich profitieren, vorausgesetzt, es liegen keine zusätzlichen krankheitsfördernde Faktoren vor. Neuere Studien weisen darauf hin, dass auch die rheumatische Arthritis durch sehr moderaten Alkoholkonsum positiv beeinflusst werden kann (Maxwell et al, 2010). Bei der Berechnung der DALYs sind die vergleichsweise geringen positiven Effekte von Alkohol ebenso zu berücksichtigen wie die vielen negativen, gesundheitsschädlichen Effekte. Insgesamt betrachtet verursacht der Alkoholkonsum der Männer in Deutschland mehr als 10% der gesamten Krankheitslast.

Für das Jahr 2002 geben die Autoren die Gesamtkosten für alkoholassoziierte Erkrankungen mit 24,4 Milliarden Euro an. Bezogen auf die Einwohner Deutschlands entspricht das einem Pro-Kopf-Anteil von 296 Euro. 70% der gesamten Kosten entfallen auf Männer, 30% auf Frauen.

Zur Reduzierung der Krankheitslast durch Alkohol werden effektive Präventionsprogramme benötigt, die sich sowohl an Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren wenden, aber auch an erwachsene Männer und Frauen. Besonders bedenklich ist der Trend zum Rauschtrinken der Jugendlichen, den man bei Mädchen und Jungen gleichermaßen beobachtet.

In Abstimmung mit Europäischen Strategien zur Reduktion des Alkoholkonsums sind auch auf der nationalen Ebene strukturelle Strategien gefragt. Dazu gehört die Forderung, dass die Besteuerung aller alkoholischen Getränke in Deutschland angehoben werden muss. Zugleich muss die Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken eingeschränkt werden. Beide Maßnahmen haben sich bereits bewährt; sie sollten in Deutschland forciert werden.

## Sexsucht

*Sexuell süchtiges Verhalten kann sich sehr unterschiedlich manifestieren. Dazu gehört auch die Internet- oder Cyber-Sexsucht, die sich immer stärker zu verbreiten scheint.*

### Verweis

Basdekis-Josza, R., Berner, W. & Briken, P. (2009): Syndrome sexueller Sucht - Phänomenologie, Ätiologie und Therapie. In: Sucht 55(6): 357-364.

Grüsser, S. M. & Thalemann, C. N. (2006): Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung. Bern: Huber.

Kröger, C. (2010): Sexuelle Außenkontakte und -beziehungen bei heterosexuellen Paaren. In: Psychologische Rundschau 61(3):123-143.

Basdekis-Josza, Berner und Briken stellen in einem Beitrag in der Zeitschrift Sucht sexuell süchtige Verhaltensweisen vor. Dazu gehören die bekannten und unter dem Begriff ‚Paraphilie‘ zusammengefassten Störungen wie Exhibitionismus, Voyeurismus, Pädophilie, Sadismus, Masochismus, Fetischismus usw. sowie die unter der Bezeichnung ‚Paraphilie verwandte Störungen‘ zusammengefassten Verhaltensweisen wie exzessive Masturbation, exzessiver Pornographiekonsum, Telefon-, Internet- und Cybersex sowie protrahierte Promiskuität. Beim Internet- und Cybersex handelt es sich um vergleichsweise neue Entwicklungen. Die Betroffenen kombinieren meistens mehrere exzessive Verhaltensweisen miteinander, also zum Beispiel exzessiven Pornographiekonsum über das Internet verbunden mit exzessiver Masturbation. Die pornographischen Bilder können sowohl von realen Menschen stammen als auch von künstlichen Figuren aus dem Cyberspace. Internet-Sexsucht nimmt offenbar rasant zu; Grüsser und Thalemann gehen schon 2006 von Prävalenzraten von 3% bis 6% aus und von einem Geschlechterverhältnis von 4 Männern zu 1 Frau.

Als Störung gelten diese Verhaltensweisen, wenn sie exzessiv betrieben werden – also nächtelanger Internet-Porno-Konsum mit wiederholten Masturbationen über wenigstens 6 Monate – und zu klinisch relevanten Problemen führen, zum Beispiel zu Konflikten in der Partnerschaft, Ärger im Beruf wegen Übermüdung. Verbindet sich z.B. Internet-Sexsucht mit Paraphilie, etwa Sadismus, oder mit dem (exzessiven) Konsum von psychoaktiven Substanzen (Kokain, Alkohol) gilt das als Hinweis auf eine besonders schwere Störung.

Experten diskutieren darüber, ob exzessives sexuelles Verhalten als zwanghaftes bzw. kompulsives Verhalten zu klassifizieren ist, oder ob es sich dabei um Varianten der Impulskontrollstörungen handelt. Die Symptome der Sexsucht entsprechen weitgehend den gängigen Symptomen einer Abhängigkeitserkrankung mit Kontrollverlust und Unfähigkeit, das Verhalten zu beenden, Toleranzentwicklung, Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen, Fortsetzung des Verhaltens trotz negativer Konsequenzen. Die Screening-Instrumente, die zur Abklärung einer Sexsucht entwickelt worden sind, sind denjenigen, die man zur Abfrage einer Substanzabhängigkeit einsetzt (zum Beispiel Cage-Test) recht ähnlich.

Kröger (2010) weist in seiner Studie zu sexuellen Außenkontakten bei heterosexuellen Paaren darauf hin, dass Männer kulturübergreifend von einem höheren sexuellen Interesse und einer höheren sexuellen Erregung berichten als Frauen. Diese Geschlechterdifferenzen sollten bei der Diagnostik der Sexsucht Berücksichtigung finden. Im Übrigen handelt es sich dabei um Faktoren, die einen Beitrag leisten zur Erklärung der unterschiedlichen Prävalenzraten bei Männern und Frauen. Dazu kommen weitere Faktoren, vor allem Unsicherheit in Interaktionen und Angst vor dem Versagen in der Realität. Ätiologisch findet man bei vielen Sexsüchtigen frühe Traumatisierungen, oft in Zusammenhang mit eigenen sexuellen Erfahrungen.

Zur Behandlung der Sexsucht bieten sich unterschiedliche Verfahren an. Leben sexsüchtige Männer oder Frauen in einer Partnerschaft, empfiehlt sich eine Paartherapie, in der es nicht allein um Aufdeckung geht, sondern um die Entwicklung eines gemeinsamen multikausalen Erklärungsmodells als Grundlage für eine realistische Einschätzung, wie es mit der Partnerschaft weitergehen soll. Zur Normalisierung der exzessiven sexuellen Verhaltensweisen werden erfolgreich Stimuluskontrollen eingesetzt, das heißt der Zugang zum Internet wird kontrolliert

oder der Zugang zu Pornoseiten im Internet wird blockiert. Auch der riskante Konsum von psychoaktiven Substanzen muss behandelt werden, wobei hier auf bewährte Verfahren der ambulanten und stationären Rehabilitation zurückgegriffen werden kann. Bewährt haben sich außerdem die Psychoedukation und die Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Als Medikamente der Wahl bieten sich die Antidepressiva aus der Gruppe der Selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) an, die sowohl regulierend auf das exzessive sexuelle Verhalten einwirken als auch auf die damit assoziierte Depression.

## Bewegung in der Cannabispolitik?

*In den USA haben 14 Staaten und Washington DC die ärztliche Verwendung von Medical Marijuana legalisiert. Im November dieses Jahres werden die Bürger und Bürgerinnen von Kalifornien darüber abstimmen, ob in diesem Staat der Anbau, Erwerb und Konsum von Marihuana für den persönlichen Gebrauch von Personen über 21 Jahren legalisiert werden soll. Auch in anderen Ländern ist die Diskussion über die internationale Drogenpolitik neu aufgeflammt.*

Verweis

Ben Amar, M. (2006): Cannabinoids in medicine: a review of their therapeutic potential. In: *Journal of Ethnopharmacology*, 105:1-25.

Hazekamp, A. & Grotenhermen, F. (2010): Review on clinical studies with cannabis and cannabinoids 2005-2009. In: *Cannabinoids*, 5, Special issue: 1-21.

Annaheim, B., Wicki, M., Notari, L. & Kuntsche, S. (2009): Cannabisgebrauch und psychische Gesundheit – eine epidemiologische Untersuchung in der Schweizer Bevölkerung. In: *Abhängigkeiten*, 55(2): 53-73.

Hall, W. & Degenhardt, L. (2009): Adverse health effects of non-medical cannabis use. In: *Lancet*, 374: 1383-1391.

Pedersen, W. & Skardhamar, T. (2009): Cannabis and crime: findings from a longitudinal study. In: *Addiction*, 105:109-118.

Lange Zeit sah es so aus, als könnte sich in der Drogenpolitik weder auf den nationalen noch den internationalen Ebenen viel bewegen. Jedoch mehren sich zurzeit die Anzeichen dafür, dass sich die Drogenpolitik in den kommenden Jahren erheblich verändern könnte. So hat der Präsident von Mexiko, Felipe Calderón, eine Diskussion über die internationale Drogenpolitik gefordert und ange-regt, Cannabis zu legalisieren. Hintergrund für seine Forderung ist der Drogenkrieg in Mexiko, der solche Ausmaße angenommen hat, dass er insgesamt die demokratische Ordnung des Staates gefährdet. Ein wichtiger Schritt hin zu der veränderten Wahrnehmung und Einstellung zu Marihuana/Haschisch ist die Akzeptanz dieser Stoffe als Arzneimittel in aktuell 14 Staaten der USA. Ben Amar hat 2006 einen ersten Überblicksartikel über den Stand der Forschung zu Marihuana als Medikament veröffentlicht. Darauf bauen Hazekamp & Grotenhermen (2010) auf, die die Studienergebnisse aus den Jahren 2005 bis 2009 zu Cannabis und Cannabinoiden als Medikamente in einem weiteren Überblicksartikel zusammengetragen haben. Bei allen Unterschieden der Substanzen selbst, die in den verschiedenen Studien eingesetzt worden sind, und den ganz verschiedenen Krankheiten, an denen die Wirkungen von Cannabis und Cannabinoiden getestet worden sind, wie zum Beispiel bei chronischen Schmerzen, bei Multipler Sklerose, HIV/AIDS, Glaukom usw., erweisen sich Cannabis und Cannabinoide als effektive Medikamente. Das gilt vor allem für die Behandlung von Schmerzen, zur Stimulierung des Appetits bei schweren konsumierenden Erkrankungen wie HIV/AIDS und Krebserkrankungen sowie bei der Behandlung der Spastik bei Multipler Sklerose. Annaheim und Mitarbeiter haben zudem den Zusammenhang von psychischer Gesundheit und dem Konsum von Cannabis anhand der Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2007 untersucht. Sie stellen fest, dass bei den Verbrauchern und Verbraucherinnen von Cannabis die Anteile der Personen mit Symptomen einer Depression, von psychischen Belastungen und allgemeiner Schwäche höher sind als bei denjenigen, die nie Cannabis konsumiert haben. Dieser Befund ist unabhängig von Geschlecht, Lebensalter, Bildungsniveau, Tabakkonsum und der Menge des durchschnittlich pro Tag konsumierten Alkohols. Es handelt sich aber um einen sehr schwachen Zusammenhang. Die Autoren stellen daher fest, „dass die hier untersuchten psychischen Beschwerden grösstenteils mit anderen, in dieser Studie nicht berücksichtigten Faktoren zusammenhängen... Abschliessend kann festgehalten werden, dass obschon circa 20% der Schweizer Bevölkerung Erfahrung mit Cannabis hat, nur eine Minderheit davon unter psychischen Beschwerden leidet“ – und fast immer

aus Gründen, die wenig oder nichts mit ihrem Cannabiskonsum zu tun haben. Hall & Degenhardt (2009) weisen jedoch darauf hin, dass Cannabiskonsum durchaus mit einer Reihe von gesundheitlichen Problemen assoziiert ist. Sowohl bei gelegentlichem wie bei chronischem Konsum von Cannabis steigt das Unfallrisiko, vor allem beim Autofahren. Gesundheitlich gefährdet sind vor allem Jugendliche und regelmäßige Konsumenten und Konsumentinnen von Cannabis. Bei Jugendlichen beobachtet man häufig Entwicklungsstörungen, bei Vulnerabilität auch nicht-reversible Psychosen. Chronischer Konsum ist mit dem Abhängigkeitssyndrom assoziiert, ebenso mit Beeinträchtigungen der Atemwege und mit der Zunahme von psychotischen Symptomen. Im Vergleich mit Alkohol sind die Gesundheitsbelastungen durch Cannabis jedoch vergleichsweise gering. Dennoch müssen diese Risiken bedacht werden, wenn es um weiter reichende politische Entscheidungen geht.

Pedersen & Skardhamar haben anhand von longitudinalen Daten aus Norwegen überprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Kriminalität gibt. Die Ergebnisse weisen aus, dass es diesen Zusammenhang gibt und dass er unabhängig ist z.B. vom Alkohol- oder Drogenkonsum der Gebraucher und Gebraucherinnen von Cannabis oder von anderen sozioökonomischen Variablen. Untersucht man jedoch die Delikte genauer, stellt sich heraus, dass es sich vor allem um solche handelt, die Folgen der Cannabisgesetzgebung sind. Sieht man von diesen Delikten ab, ergibt sich kein Zusammenhang mehr zwischen Cannabiskonsum zwischen 13 und 27 Jahren und Kriminalität. Anders gesagt ist es die Gesetzgebung selbst, die dafür sorgt, dass viele Jugendliche kriminell werden. Die Autoren folgern daraus, dass es an der Zeit ist, diese Gesetzgebung zu überdenken.

Umfrageergebnisse in den USA und in Deutschland zeigen zudem, dass sich die Meinungen und Einstellungen der Bevölkerung zu Marihuana/Cannabis und zu deren Prohibition ändern. In Kalifornien scheint eine Mehrheit der Bevölkerung dafür zu sein, Cannabis zu legalisieren. Die Ergebnisse einer Emnid-Umfrage weisen in eine ähnliche Richtung. Auch in Deutschland sprechen sich immer mehr Menschen für eine Lockerung der Gesetzgebung aus – wenn auch nicht für eine Legalisierung von Cannabis.

Da passt es, dass die gerade ins Amt gekommene Rot-Grüne Koalition in Düsseldorf sich für eine Erhöhung der Eigenbedarfsgrenze für weiche Drogen, also zum Beispiel für Haschisch, stark macht. Auch das ist ein kleiner Schritt in Richtung auf eine Veränderung der Drogenpolitik.

---

## Impressum

Herausgeberin:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,  
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: [hls@hls-online.org](mailto:hls@hls-online.org)

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt,  
Institut für Suchtforschung (ISFF), Fachbereich 4, Fachhochschule Frankfurt am Main,  
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M.,  
Tel: (0 69) 1533 3152, Fax: (0 69) 1533 3153, E-Mail: [vogt@fb4.fh-frankfurt.de](mailto:vogt@fb4.fh-frankfurt.de)