

# Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen

## Sachbericht

vorgelegt von:

Sascha Milin  
Annett Lotzin  
Peter Degkwitz  
Uwe Verthein  
Ingo Schäfer

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)  
der Universität Hamburg  
c/o Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Tel.: 040 / 7410 59290  
Fax: 040 / 7410 58920  
Email: [i.schaefer@uke.de](mailto:i.schaefer@uke.de)



Hamburg, im Februar 2014

## 1. Titel und Verantwortliche

Projekttitel: Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen

Förderkennzeichen: IIA5\_2513DSM216 (Schreiben vom 12.06.2013 und 18.11.2013)

Leitung: Priv.-Doz. Dr. med. Ingo Schäfer, MPH

Projektmitarbeiter: Sascha Milin, MA  
Charlotte Kleinau, MA  
cand. med. Till Lüdorf  
Dipl. Psych. Annett Lotzin  
Dr. rer. pol. Peter Degkwitz, MA  
Priv.-Doz. Dr. phil. Uwe Verthein

Kontaktdaten: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)  
der Universität Hamburg  
c/o Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Tel.: 040 / 7410 59290  
Fax: 040 / 7410 58920  
Email: i.schaefer@uke.de

Laufzeit 01.07.2013 – 31.01.2014 (verlängert bis 10.02.2014)

Fördersumme 59.987 €

## 2. Inhaltsverzeichnis

<b>3. Zusammenfassung .....</b>	<b>7</b>
<b>4. Einleitung.....</b>	<b>8</b>
4.1 Ausgangslage des Projekts.....	8
4.2 Befunde zu Amphetamin und Methamphetamin .....	9
4.2.1 Konsum von Amphetamin und Methamphetamin in Deutschland.....	9
4.2.2 Effekte und Risiken.....	10
4.2.3 Applikationsformen und Konsummuster .....	11
4.2.4 Konsumententypen und Gruppen mit besonderen Bedarfen.....	13
4.2.5 Kenntnisstand zu präventiven Maßnahmen .....	15
4.3 Ziele der Studie .....	17
4.4 Projektstruktur .....	17
<b>5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik .....</b>	<b>18</b>
5.1 Operationalisierung der Ziele .....	18
5.2 Modul 1: Identifikation von relevanten Subgruppen .....	18
5.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien.....	18
5.2.2 Feldzugänge.....	19
5.2.2.1 Stationäre Einrichtungen.....	19
5.2.2.2 Niedrigschwellige ambulante Beratungsangebote .....	20
5.2.2.3 Festivals, Präventionsprojekte und Selbsthilfegruppen.....	21
5.2.2.4 Foren und soziale Netzwerke .....	22
5.2.3 Merkmalsbereiche .....	22
5.2.4 Erhebungsinstrument.....	23
5.2.5 Vorgehen bei der Datenerhebung .....	24
5.2.6 Datenauswertung.....	25
5.3 Modul 2: Monitoring von Internetforen.....	27
5.4 Modul 3: Auswertung zu ehemaligen Konsumenten.....	28
<b>6. Durchführung, Arbeits-, Zeit- und Finanzierungsplan .....</b>	<b>29</b>
6.1 Darstellung des Projektverlaufs.....	29
6.2 Abweichungen vom Finanzierungsplan.....	29
6.3 Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit .....	29
<b>7. Ergebnisse.....</b>	<b>30</b>
7.1 Rekrutierungszugänge.....	30
7.2 Bildung der Methamphetamin- bzw. Amphetamingruppe .....	31
7.3 Soziodemographische Charakteristika .....	32
7.4 Charakteristika des Methamphetamin- und Amphetamin-Konsums.....	35
7.4.1 Dauer, Häufigkeit und Applikationsform .....	35
7.4.2 Konsumgelegenheiten .....	37
7.4.3 Beschaffungswege.....	38
7.4.4 Konsummotive.....	39

7.5 Konsum weiterer Substanzen neben ATS .....	41
7.6 Konsum weiterer Substanzen vor Beginn des ATS-Konsums .....	44
7.7 Mischkonsum .....	46
7.8 Psychische Symptome .....	47
7.9 Frühe Traumatisierungen und weitere belastende Erfahrungen .....	48
7.10 Umstände des Erstkonsums .....	49
7.10.1 Umstände und Gründe .....	49
7.10.1.1 Party / Freizeitveranstaltung .....	49
7.10.1.2 Neugier .....	50
7.10.1.3 Freundeskreis .....	50
7.10.1.4 Partner .....	50
7.10.1.5 Arbeit oder Schule .....	50
7.10.1.6 Drogenszene und prekäre Lebensumstände .....	51
7.10.1.7 Sex .....	51
7.10.1.8 Restkategorie .....	51
7.10.2 Gefahreinschätzung und Erwartungen .....	52
7.10.2.1 Keine Gefahren erwartet .....	52
7.10.2.2 Nicht über Gefahren nachgedacht .....	52
7.10.2.3 Gefahren waren bekannt .....	52
7.10.2.4 Unkenntnis der Substanzen .....	53
7.11 Subjektive Bewertung von Konsum, Hilfsangeboten und Prävention .....	53
7.11.1 Problemeinschätzung in Bezug auf den Stimulanzienkonsum .....	53
7.11.1.1 Einschätzung des Konsums als „gar nicht problematisch“ .....	53
7.11.1.2 Einschätzung des Konsums als „etwas problematisch“ .....	54
7.11.1.3 Einschätzung des Konsums als „ziemlich problematisch“ .....	55
7.11.1.4 Einschätzung des Konsums als „sehr problematisch“ .....	55
7.11.2 Vorkenntnisse und Erwartungen in Bezug auf Hilfsangebote .....	56
7.11.3 Hilfesuchverhalten und Hindernisse bei der Inanspruchnahme .....	57
7.11.4 Meinungen zu präventiven Maßnahmen .....	58
7.11.4.1 Glaubwürdige Prävention .....	58
7.11.4.2 Einsatz von Suchterfahrenen an Schulen .....	59
7.11.4.3 Nichts hätte vom Erstkonsum abgehalten .....	59
7.11.4.4 Propagieren von „Safer Use“ und Drug Checking .....	59
7.11.4.5 „Ermutigende“ Informationen für bereits Konsumierende .....	60
7.11.4.6 Legalisierung weicher Drogen, weniger Sanktionen gegen Abhängige .....	60
7.11.4.7 Methamphetamin stärker sanktionieren, Verfügbarkeit einschränken .....	61
7.12 Betrachtungen unterschiedlicher Gruppen anhand von relevanten Merkmalen .....	61
7.12.1 Konsumenten mit ausschließlich Freizeit-bezogenem Konsum .....	61
7.12.2 Konsumenten aus bestimmten sex-zentrierten schwulen „Szenen“ .....	62
7.12.3 Konsumenten mit besonders riskanten Konsumgewohnheiten .....	62
7.12.4 Konsumenten mit psychischer Komorbidität und/oder Traumaerfahrungen .....	63
7.12.5 Konsumenten mit Kindern .....	64
7.12.6 Konsumenten die ATS im schulischen Kontext oder in der Ausbildung nutzen .....	64
7.12.7 Konsumenten die ATS im beruflichen Kontext nutzen .....	65
7.12.8 Weitere potenzielle Konsumentengruppen .....	65

7.13 Thematisierung von ATS in Onlineforen und sozialen Netzwerken .....	67
7.13.1 Klassifikation der Foren .....	67
7.13.2 Themenbereiche .....	68
7.13.2.1 Zur Diskussion stellen von eigenen negativen Erfahrungen.....	68
7.13.2.2 Wirkungsmodifikation und „sicherer“ Konsum.....	68
7.13.2.3 Staat und Drogenpolitik .....	68
7.13.2.4 Glaubwürdigkeit von Maßnahmen, Bildern und Botschaften.....	69
7.13.2.5 Positive Erfahrungsberichte zu Drogen .....	69
7.13.2.6 Erfahrungen und Ratschläge zum Hilfesystem.....	69
7.13.2.7 Eindringliche Warnungen und Berichte über Heilung .....	70
7.13.2.8 Bezugsquellen .....	70
7.14 Gespräch mit Experten aus Prävention, Beratung und Therapie .....	71
7.15 Ehemalige Konsumenten und Beendigung des Konsums .....	73
7.15.1 Hilfe durch kompetente Gleichgesinnte.....	73
7.15.2 Vertrauen / Verständnis / Glaubwürdigkeit.....	73
7.15.3 Einstellungsänderungen und lebensverändernde Ereignisse .....	74
7.15.4 Selbsthilfegruppen .....	74
7.15.5 Suchtberatung und ambulante Therapie .....	74
7.15.6 Erfolgreiche stationäre Langzeittherapie .....	75
<b>8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung.....</b>	<b>76</b>
8.1 Freizeitkonsumenten.....	76
8.2 Spezielle Zielgruppen unter schwulen Konsumenten .....	78
8.3 Konsumenten mit besonders riskanten Konsumgewohnheiten .....	79
8.4 Personen mit psychischer Komorbidität und/oder Traumatisierungen .....	80
8.5 Konsumierende Eltern .....	81
8.6 Konsum im Zusammenhang mit Schule und Ausbildung .....	81
8.7 Konsum in Zusammenhang mit der Berufstätigkeit .....	83
8.8 Weitere potenzielle Konsumentengruppen .....	84
<b>9. Gender Mainstreaming Aspekte.....</b>	<b>85</b>
<b>10. Verbreitung der Ergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit.....</b>	<b>86</b>
<b>11. Nachhaltigkeit/Transferpotential der Projektergebnisse.....</b>	<b>87</b>
<b>12. Publikationsverzeichnis .....</b>	<b>88</b>
<b>13. Quellenverzeichnis .....</b>	<b>89</b>
<b>Danksagung .....</b>	<b>92</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>93</b>
Anhang 1: Online-Foren zur Erreichung spezieller Zielgruppen .....	93
Anhang 2: Teilnehmer Expertengespräch .....	94

## Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1: Kooperierende stationäre Einrichtungen .....	19
Tabelle 2: Kooperierende ambulante Einrichtungen .....	20
Tabelle 3: Partner bei der Rekrutierung über Festivals und Präventionsprojekte.....	21
Tabelle 4: Vergleich der Teilnehmer mit unterschiedlichen Arten von ATS-Konsum .....	31
Tabelle 5: Geschlecht und Alter .....	32
Tabelle 6: Partnerschaft und Kinder .....	32
Tabelle 7: Wohnsituation und Einwohnerzahl des aktuellen Wohnortes.....	33
Tabelle 8: Schulabschluss, Berufsausbildung und Beschäftigungssituation .....	34
Tabelle 9: Monatliches Nettoeinkommen.....	34
Tabelle 10: Charakteristika des Methamphetamin- und Amphetamin-Konsums.....	36
Tabelle 11: Statistischer Vergleich der Konsumgelegenheiten .....	38
Tabelle 12: Beschaffungswege von Amphetamin und Methamphetamin (n=353) .....	38
Tabelle 13: Veränderung der Konsummotive im Verlauf (n = 265).....	40
Tabelle 14: Konsum weiterer Substanzen (1) .....	41
Tabelle 15: Konsum weiterer Substanzen (2) .....	42
Tabelle 16: Konsum weiterer Substanzen (3) .....	43
Tabelle 17: Konsum weiterer Substanzen vor Beginn des ATS-Konsums .....	44
Tabelle 18: Anzahl der vor dem ATS-Einstieg bereits konsumierten Substanzen.....	45
Tabelle 19: Gebrauch weiterer Substanzen bei derselben Konsumgelegenheit .....	46
Tabelle 20: Psychische Probleme.....	47
Tabelle 21: Anzahl der Tage im letzten Monat mit psychischen Problemen .....	48
Tabelle 22: Anzahl früher negativer Entwicklungsbedingungen (ACE-D; n=126).....	48
Tabelle 23: Frühe Traumatisierungen (ACE-D; n=126).....	49
Abbildung 1: Ein- und ausgeschlossene Teilnehmer nach Rekrutierungswegen.....	30
Abbildung 2: Konsumgelegenheiten .....	37
Abbildung 3: Konsummotive.....	39

### 3. Zusammenfassung

Seit einigen Jahren zeigt sich in Deutschland in der Suchtberatung und -behandlung eine steigende Relevanz von Amphetamin und Methamphetamin. International existieren in Bezug auf Amphetamin-Typ-Stimulanzien (ATS)<sup>1</sup> umfangreiche Vorbefunde zu Konsumentengruppen sowie zu möglichen Präventions- und Therapieansätzen. Bislang bleibt unklar, ob sich diese Befunde auf Deutschland übertragen lassen. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, relevante Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum von ATS zu identifizieren und Informationen zu deren Konsumbiographien, -motiven und -mustern zu gewinnen, als Grundlage für mögliche zielgruppenspezifische präventive Maßnahmen.

Das Projekt umfasste drei Module: 1.) Die empirische Befragung von aktuellen ATS-Konsumenten, 2.) die Auswertung von Internetforen und 3.) die Untersuchung von Personen, die ihren ATS-Konsum eingestellt haben. Im Mittelpunkt stand die empirische Befragung. Mit Hilfe eines innovativen, PC-gestützt bzw. online einsetzbaren Instruments wurden 392 Konsumenten über ein breites Spektrum von Feldzugängen für eine Teilnahme gewonnen (u.a. Kommunikationsplattformen im Internet, Freizeitveranstaltungen, Beratungs- und Behandlungsangebote). Der Befragung lag ein *Mixed-Methods*-Ansatz zugrunde, mit sorgfältig aufeinander abgestimmten quantitativen und qualitativen Elementen.

Verschiedene der im internationalen Kontext beschriebenen Konsumentengruppen konnten auch für Deutschland empirisch bestätigt werden. Dazu zählen neben Konsumenten mit ausschließlich Freizeit-bezogenem Konsum unter anderem Konsumenten die ATS im beruflichen Kontext nutzen, Konsumenten mit psychischer Komorbidität, Konsumenten mit Kindern und Konsumenten mit besonders riskanten Konsumgewohnheiten. Neben den teilweise unterschiedlichen Konsummotiven, den Umständen des Einstiegs in den Konsum und weiteren Aspekten, aus denen sich Ansätze für präventive Maßnahmen ableiten lassen, konnten Befunde zur Einschätzung von Hilfsangeboten und Prävention durch die Betroffenen gewonnen werden. Dabei zeigte sich eine besonders hohe Akzeptanz von Akteuren, die einen akzeptierenden und auf Risikominimierung („Safer Use“) abzielenden Ansatz verfolgen. Die Stärken der vorliegenden Untersuchung liegen in der qualitativen Beschreibung der oben genannten Aspekte. Sie stellt keine repräsentative Befragung dar. Alle quantitativen Aussagen, einschließlich der Unterschiede zwischen Amphetamin-Konsumenten und Personen, die (auch) Methamphetamin konsumierten, müssen deshalb zurückhaltend interpretiert werden.

---

<sup>1</sup> Die international gängige Bezeichnung „Amphetamin-Typ-Stimulanzien (ATS)“ schließt prinzipiell weitere Substanzen ein, wird im Folgenden aber auf Amphetamin und Methamphetamin bezogen.

## 4. Einleitung

### 4.1 Ausgangslage des Projekts

Zur Verbreitung der Stimulanzien Amphetamin („Speed“) und Methamphetamin („Crystal“) liegen auf Bundes- wie Länderebene Erkenntnisse vor, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Forschungszugänge bislang kein klares Bild vermitteln. In der Gesamtbetrachtung zeichnet sich aber eine steigende Relevanz von Amphetamin-Typ-Stimulanzien (ATS) ab, besonders im Bereich der Suchtberatung und -behandlung. Bundesweit handelte es sich in 2011 bei der Hauptproblemsubstanz unter Klienten<sup>2</sup> in ambulanter Betreuung zu 11,2% um Stimulanzien [1]. Bei den stationär Behandelten lag der Anteil von Personen mit der ICD-10 Hauptdiagnose „Stimulanzien“ bei 15,5%. In beiden Bereichen ist über die letzten Jahre dabei ein deutlicher Anstieg (Verdoppelung seit 2007) des Anteils von Klienten mit Hauptdiagnose Stimulanzien zu verzeichnen [1]. In Sachsen nimmt die Zahl der Klienten mit Problemen in Zusammenhang mit Stimulanzien seit 2009 massiv zu und stieg jährlich um etwa 25%. Aktuell weisen dort unter den Klienten im Bereich der illegalen Drogen über 40% eine Suchtproblematik in Zusammenhang mit Methamphetamin auf [2]. Eine weitere Zunahme der Konsumenten von „Crystal“ in Sachsen wird erwartet [2].

International existieren, bezogen auf Amphetamin wie Methamphetamin, umfangreiche Vorbefunde zu Konsumformen, zu Gruppen mit besonders riskantem Konsum sowie zu sinnvollen Präventions- und Therapieansätzen. Dies gilt insbesondere für die USA, England und Australien aber auch für Länder in anderen Kulturkreisen, etwa Thailand [3-8]. Wiederholt wurden dabei Typologien von Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum vorgelegt, die Gefahr laufen eine Abhängigkeit zu entwickeln oder andere besondere gesundheitliche und soziale Risiken aufweisen. Dabei scheinen bei unterschiedlichen Konsumententypen zumindest teilweise auch unterschiedliche soziodemographische Besonderheiten, (sub-)kulturelle Wertesysteme und weitere Aspekte von Relevanz zu sein [9-11]. Bislang bleibt unklar, ob und in welchem Umfang sich die entsprechenden Befunde auf ATS-Konsumenten in Deutschland übertragen lassen und ob sie dazu geeignet sind, auch hierzulande angemessene präventive Ansätze für verschiedene Gruppen von ATS-Konsumenten zu entwickeln.

---

<sup>2</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht das generische Maskulinum verwendet. Es schließt – soweit nicht anders vermerkt – sowohl Frauen als auch Männer ein.



## 4.2 Befunde zu Amphetamin und Methamphetamin

### 4.2.1 Konsum von Amphetamin und Methamphetamin in Deutschland

Für Deutschland liegen epidemiologische Daten aus den letzten Jahren zur Prävalenz des Amphetaminkonsums vor. Dabei werden in den bislang vorliegenden Surveys beide Substanzen (Amphetamin bzw. Methamphetamin) nicht differenziert.

Der bundesweite epidemiologische Suchtsurvey [12] kommt für das Jahr 2012 für die Gruppe der 18-64 Jährigen zu einer Lebenszeitprävalenz (LZ) für Amphetamine von 3,1%, einer 12-Monats-Prävalenz (12 M) von 0,7% sowie einer 30-Tage-Prävalenz (30 T) von 0,4%. Auf der Ebene der Gesamtpopulation sind gegenüber den Vorjahren keine Änderungen erkennbar und die Prävalenzen unterscheiden sich kaum von denen in 2009 (LZ: 3,7%, 12 M: 0,7%, 30 T: 0,3% [13]). In Bezug auf die 12-Monats-Prävalenz (gesamt: 3,1%) ragen im jüngsten Survey [12] die Altersgruppe der 21-24 Jährigen (4,5%) sowie die Altersgruppen der 25-29 Jährigen (6,8 %) und der 30-39 Jährigen (5,3%) deutlich heraus.

In Verbindung mit dem Survey für 2009 liegt eine Abschätzung problematischer bzw. abhängiger Konsummuster basierend auf der „Severity of Dependence Skala (SDS)“ für die letzten 12 Monate vor [14]. Hier ist der Anteil von Amphetamin-Konsumenten mit Abhängigkeit an der Gesamtpopulation mit 0,1% gering. Für einzelne Altersgruppen deuten sich jedoch Probleme mit Amphetaminen an. So finden sich in der Altersgruppe 18-20 Jahre 0,8% mit einer Abhängigkeitsproblematik in den letzten 12 Monaten. In der Altersgruppe 21-24 Jahre waren es 0,4% und in der Altersgruppe 25-29 Jahre 0,7% [14].

Die regelmäßig realisierte Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erlaubt einen differenzierteren Blick auf Prävalenzen unter Jugendlichen, allerdings ebenfalls noch ohne Differenzierung nach Amphetamin und Methamphetamin. Für die jüngere Altersgruppe von 12-17 Jahren findet sich eine 12-Monats-Prävalenz von 0,4%. Demgegenüber steigt die Rate für die Altersgruppe von 18-25 Jahren auf 1,6% [15].

Es gibt einige ergänzende Untersuchungen zu Konsumtrends unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die, wenn überhaupt, dann nur Amphetamin gesondert ausweisen. So findet sich 2012 eine Lebenszeit-Prävalenz des Amphetamin-Konsums unter Hamburger Schülerinnen und Schülern von 14-17 Jahren von 2,5%. Dieser Wert ist relevant erhöht gegenüber 2009 mit 1,3% [16].

Differenzierte Daten zur Prävalenz des Amphetamin- bzw. Methamphetaminkonsums liegen bislang nur für Frankfurt am Main auf Grundlage des Monitoringsystems Drogentrends (MoSyD) vor. Die Differenzierung zwischen den beiden Substanztypen erfolgt dort seit 2007. Während sich über die Jahre 2007 bis 2012 bei „Speed“ die 12-Monats-Prävalenz zwischen 2% und 4% bewegt, liegt sie für „Crystal“ durchgängig um 1% [17].

Die Risiken der Stimulanzien und die Herausforderung, die sie für Prävention und Behandlung darstellen, zeigen sich in den berichteten Hauptdiagnosen aus der ambulanten und stationären Suchtbehandlung. Auch hier sind Aussagen zur genauen Prävalenz des Amphetamin- bzw. Methamphetaminkonsums dadurch erschwert, dass im „Deutschen Kerndatensatz“ [18] zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe beide Substanzen gemeinsam mit weiteren, auch nicht vorrangig stimulierenden Derivaten des Amphetamins unter der Kategorie „Amphetamine“ subsumiert werden. Wie bereits erwähnt, handelte es sich bundesweit im Jahr 2011 bei der Hauptproblemsubstanz unter Klienten in ambulanter Betreuung zu 11,2% um Stimulanzien [1]. Bei den stationär Behandelten lag der Anteil von Personen mit der ICD-10 Hauptdiagnose „Stimulanzien“ bei 15,5%. Damit ist im ambulanten und stationären Behandlungsbereich über die letzten Jahre ein deutlicher Anstieg (Verdoppelung seit 2007) des Anteils von Klienten mit Hauptdiagnose Stimulanzien zu verzeichnen [1].

#### 4.2.2 Effekte und Risiken

Sowohl Amphetamin als auch Methamphetamin sind indirekte Sympathomimetika, also Substanzen, die diejenigen Teile des Nervensystems aktivieren, die für die Körperfunktionen im Wachzustand und in Alarmbereitschaft verantwortlich sind [19-21]. Bei Methamphetamin handelt es sich dabei um ein potenteres und länger wirksames Derivat des Amphetamins. Es sind voll- bzw. halbsynthetische Substanzen, für die sich strukturelle Analoga unter den pflanzlichen Alkaloiden finden, wie etwa Ephedrin [20]. Ihre Besonderheit besteht darin, dass sie die Blut-Hirn-Schranke besonders gut passieren können und deshalb starke Effekte auf das zentrale Nervensystem haben, im Sinne eines bewussten Gefühls der Wachheit in Verbindung mit Euphorie und Appetithemmung [19]. Neben der „Wachheit“ wird häufig ein ausgeprägter Rededrang und ein übersteigertes Selbstwertgefühl beschrieben sowie häufig eine besondere Faszination darin, über lange Zeiträume ordnende oder andere repetitive Tätigkeiten auszuüben [22].

Ein Abhängigkeitspotenzial wird sowohl bei Amphetamin als auch bei Methamphetamin beschrieben und unterschiedlich eingeschätzt [23, 24]. Psychiatrische Störungen können bei besonders disponierten Personen bereits durch moderaten Konsum, ansonsten durch intensiven und/oder langjährigen Konsum, begünstigt werden [25]. Neben psychischen Symptomen, wie Ängsten und Depressionen [26-28], die durch den Schlafentzug und die Effekte der Substanzen auf das vegetative Nervensystem begünstigt werden, können ATS auch Wahrnehmungsstörungen sowie Verfolgungs- und Zwangsgedanken hervorrufen [29]. Auch eine besonders aggressive Grundstimmung und länger anhaltende Störungen in der Konzentrationsfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses können auftreten [29]. Umgekehrt wird in der Literatur beschrieben, dass Menschen mit psychischen Problemen ATS im Sinne

einer „Selbstmedikation“ nutzen, um belastende Emotionen oder Lebensumstände zumindest kurzfristig zu bewältigen [28, 30, 31].

Besonders bei intensivem und/oder langjährigem Konsum können vielfältige Körperschäden auftreten. Diese erstrecken sich von Zahnschäden [32, 33], die durch Zähneknirschen, verminderten Speichelfluss und weitere Faktoren begünstigt werden, bis hin zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen [33, 34], etwa einem erhöhten Infarktisiko bei jungen Konsumenten. Wie häufig solche Komplikationen auftreten ist schwer abzuschätzen, da sie wahrscheinlich außerhalb des suchtbezogenen Hilfesystems behandelt und möglicherweise nicht immer mit dem Substanzkonsum in Verbindung gebracht werden [35]. Insgesamt gilt es zu berücksichtigen, dass die illegal produzierten Substanzen von sehr unterschiedlicher Qualität sind, was Konsumenten meist nicht abschätzen können. Neben den Risiken, die von der (Haupt-) Substanz ausgehen, bedingen unerwartete zusätzliche psychotrope Substanzen, Verunreinigungen aus dem Herstellungsprozess, Streckmittel und Schwankungen im Wirkstoffgehalt ein zusätzliches Gefährdungspotenzial.

#### 4.2.3 Applikationsformen und Konsummuster

Amphetaminhaltiges Pulver („Speed“) wird üblicherweise nasal konsumiert. Bereits diese Applikationsform birgt im Vergleich zum oralen Konsum ein erhöhtes Risiko, da die Nasenschleimhaut geschädigt werden kann, Infektionskrankheiten durch die gemeinsame Nutzung von Geldscheinen oder „Zieh-Röhrchen“ übertragen werden können und die Wirkung schneller anflutet, wodurch ein erhöhtes Abhängigkeitspotential gegeben ist. Methamphetamin („Crystal“) wird nicht nur oral und nasal konsumiert, sondern auch in speziellen Glaspfeifen, auf Aluminiumfolie („Blech“) oder auf andere Art und Weise erhitzt und inhaliert („geraucht“). Schließlich wird Methamphetamin auch intravenös konsumiert, mit allen damit verbundenen Risiken, besonders der Übertragung von Infektionskrankheiten. Auch das im Vergleich zum Amphetamin höhere Abhängigkeitspotenzial von Methamphetamin wird – neben der höheren Potenz und längeren Wirkdauer der Substanz – mit den Konsumformen des „Rauchens“ und des i.v.-Konsums in Verbindung gebracht. Es kommt dadurch – verglichen mit dem oralen und auch dem nasalen Konsum – zu einem schnelleren Anfluten mit extremer Euphorie („Rush“) und ausgesprochen hohen Wirkstoffkonzentrationen im Blut.

In der internationalen Literatur werden verschiedene Konsummuster beschrieben, die gewisse Übereinstimmungen zeigen. Dabei spielen vor allem Häufigkeit, Intensität und Konsummotive eine Rolle. So werden Konsummuster beschrieben, bei welchen die Substanz – meist auf Freizeitveranstaltungen – sporadisch eingenommen wird, manchmal nur an wenigen Tagen im Jahr. Häufig wird der Konsum von dieser Konsumentengruppe mit fortschreitendem Alter eingestellt. Solche Konsummuster werden als vergleichsweise

wenig problematisch eingeschätzt, solange sie nicht in problematischere Muster übergehen. Kritischer werden Konsummuster gesehen, bei denen weitere Faktoren hinzukommen oder von Anfang an vorliegen, wie 1.) häufigerer Konsum, 2.) Konsum zur Leistungssteigerung in Schule, Ausbildung oder Beruf, 3.) Applikationsformen wie „rauchen“ und i.v.-Konsum, 4.) Konsum trotz bereits vorliegender Folgestörungen, etwa Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Depressionen, Angststörungen oder sozialen Problemen, 5.) Konsum als Versuch der „Selbstmedikation“, 6.) Konsum zur Gewichtsabnahme und 7.) stark polyvalente Konsummuster mit wahllosem oder systematischem Konsum weiterer legaler oder illegaler Substanzen, oft in funktionalem Zusammenhang mit dem ATS-Konsum [36-38].

Als weiteres Charakteristikum eines besonders problematischen Konsums wird vor allem in Bezug auf Methamphetamin das Auftreten von Episoden mit extremen Wachzeiten angesehen [39]. Diese werden wie folgt beschrieben: vor allem bei Konsumenten, die Methamphetamin „rauchen“ oder injizieren, kommt es zu einem initialen „Rush“ mit besonders ausgeprägter Euphorie und körperlicher Erregung. Es folgt ein länger anhaltender „High“-Zustand, während dessen der Konsument besonders aktiv und kontaktfreudig ist, sich als selbstbewusst und intelligent wahrnimmt und manchmal auch aggressive Züge zeigt. Bei Abnehmen des „Highs“ wird unter Kontrollverlust immer weiter konsumiert. Dabei werden immer größere Mengen mit immer schwächerem Effekt konsumiert und Blutkonzentrationen erreicht, die neurotoxisch sind. Innerhalb dieses Stadiums bleiben die Konsumenten zwischen 3 und 15 Tagen wach. Wenn ein weiterer Konsum keine Wirkung mehr zeigt, schlägt die Stimmung des Konsumenten um, man spricht nun von „tweaking“<sup>3</sup>. Dabei kommt es zu extrem negativen Wahrnehmungen, paranoiden Vorstellungen und ähnlichen Phänomenen. Ein normaler Eintritt in den Schlafzustand ist zumeist nicht möglich, so dass die Konsumenten weitere Substanzen einsetzen, um sich zu sedieren. Den Abschluss einer solchen extremen Wachphase bildet dann der „Crash“, eine Phase während dieser der Konsument bis zu 72 Stunden ohne Unterbrechung schläft. Auch wenn für Deutschland bislang keine empirischen Befunde zu Auftreten und Ausprägung von besonders riskanten Konsumformen bei Amphetamin- und Methamphetamin-Konsumenten existieren, weisen Informationsbroschüren aus dem Bereich der „Harm Reduction“ und Praktikerberichte darauf hin, dass bei Subgruppen von Konsumenten sowohl die oben beschriebenen extremen Wachzeiten als auch „Rauchen“ und i.v.-Konsum von ATS zu beobachten sind.

---

<sup>3</sup> In den USA ist *tweaking* bzw. *tweaker* seit Jahrzehnten eine umgangssprachliche und negativ besetzte Bezeichnung für den Konsum bzw. die Konsumenten von „Speed“ und/oder „Crystal“.

#### 4.2.4 Konsumententypen und Gruppen mit besonderen Bedarfen

In der internationalen wissenschaftlichen Literatur zu ATS-Konsumenten besteht Konsens darin, dass unterschiedliche Gruppen oder Typen von Konsumenten mit spezifischen Bedarfen in Bezug auf Prävention und Therapie unterschieden werden können [40-42]. Dass solche Typologien nicht unproblematisch sind, diskutiert bereits Klee [11], die zu ATS-Typologien in Großbritannien Pionierarbeit geleistet hat. Zum einen würde eine strikte Typologie implizieren, dass sich jeder Konsument zumindest zu einem gegebenen Zeitpunkt eindeutig einem bestimmten Typus zuordnen lässt. Zum anderen bestehen ethische Bedenken, da aufgrund eines spezifischen Risikopotentials und möglicher besonderer Bedarfe ganze Bevölkerungsgruppen, etwa aufgrund ihrer Ethnizität, ihres Berufs, ihrer Lebensweise, ihrer politischen Einstellung oder ihrer sexuellen Orientierung, stigmatisiert werden und pauschal als Drogenkonsumenten „gelabelt“ werden könnten [11].

Trotz dieser Bedenken schlug Klee [11] für Großbritannien folgende Typen vor<sup>4</sup>:

- „Recreational Users / Ravers“ („Freizeitkonsumenten, häufig im Partykontext“)
- „Older Hippie Ravers“
- „Speeding Drinkers“ („Jugendliche ‚Komatrinker‘, Fußballfans, etc.“)
- „Young Mums“ („Junge Mütter, die trotz aller Belastung das Leben genießen wollen“)
- „Experimenters“ („Meist männliche Jugendliche, die aus Neugier und unter dem Einfluss des Freundeskreises die Effekte ausprobieren wollen“)
- „Prudent Users“ („Der ‚vernünftige‘ Nutzer, der die Kontrolle behalten will und ATS einsetzt, um Prüfungen zu bestehen, lange Autofahrten zu überstehen oder – in häufig handwerklichen Berufen – Terminvorgaben zu erfüllen“)
- „Isolated Users“ („Konsumenten, die häufig komorbide Störungen aufweisen, darunter auch exzessive Computer- bzw. Konsolenspieler“)
- „Polydrug / Phasic Users“ („Konsumenten mit polyvalentem oder episodischem Konsum unterschiedlicher Drogen, die keine Präferenzen entwickeln“)
- „Modified Users“ („Personen, die nach längerer Drogenkarriere zu Stimulanzien wechseln“)
- „Criminal Users“ („Konsum in Zusammenhang mit kriminellen Aktivitäten, um Hemmungen abzubauen bzw. ‚wirkungsvoller‘ zu sein“)
- „Grafters“ („Jugendliche mit Spaß an kleinkriminellen Delikten“)
- „Self-Medicators“ („Konsumenten, die ATS in Zusammenhang mit Übergewicht bzw. Essstörungen, posttraumatischen Symptomen, Depressionen sowie echtem oder vermeintlichem ADHS nutzen“)

---

<sup>4</sup> Die in Klammern angeführten Beschreibungen gehen auf Gespräche mit dem Bayreuther Psychiater Dr. R. Härtel-Petri – ehemals leitender Oberarzt der klinischen Suchtmedizin, Bezirkskrankenhaus Bayreuth – zurück und beziehen sich auf mögliche, aber bislang nicht empirisch bestätigte Entsprechungen im deutschsprachigen Raum.

Eine andere Typologie [43] nennt folgende „besondere Bevölkerungsgruppen“, für die jeweils spezifische Risiken und Bedarfe als Grundlage für Präventions- und Behandlungsprojekte benannt werden:

- „Young people“ („Junge Menschen“)
- „Long-Haul Truck Drivers“ („LKW-Fahrer im Fernverkehr“)
- „Aboriginals and Torres Strait Islander Communities“ („Spezifische, isoliert lebende ethnische Gruppen in Australien“)
- „Culturally and Linguistically Diverse Communities“ („Weitere isolierte Migrantengruppen“)
- „Gay, Lesbian and Transgender“ („Schwule, lesbische und transsexuelle Konsumenten, nicht selten mit riskanten Sexualpraktiken oder häufigem Partnerwechsel“)
- „Injecting Drug Users“ (i.v.-Konsumenten)

Zu aktuellen Herausforderungen für die Suchthilfe im Zusammenhang mit dem „Crystal“-Missbrauch legte die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (SLS) eine Zusammenstellung relevanter Themenbereiche, Zielgruppen und Handlungsempfehlungen vor [44]. Demnach finden sich Hinweise auf die folgenden potenziellen Klientengruppen, die in der ambulanten Suchthilfe in Erscheinung treten und aus Sicht der Landesstelle besondere Beachtung verdienen:

- Klienten mit überwiegend multiplem Substanzkonsum und „Crystal“ als Hauptsubstanz
- Schüler und Studenten im Prüfungsstress
- Leistungsorientierte Berufe / „Mittleres Management“
- Langfristiger geringer „Crystal“-Konsum („Kaffeeersatz“)
- Unterschiedliche „Szenen“: Schwulen-, Sport-, Hip-Hop-Szene
- Pathologische Glücksspieler auf „Crystal“
- Arbeitstätige, leistungsmotivierte Personen nach Entzugsbehandlung
- Klienten mit hohem Aggressionspotential
- Klienten mit starker emotionaler Instabilität /suizidalen Krisen
- Konsumierende Frauen
- Konsumierende mit Kindern
- Minderjährige mit komorbiden / evtl. hirnorganischen Störungen

Bei sorgfältiger Betrachtung dieser und ähnlicher Typologien lassen sich wiederkehrende Klassifikationsmerkmale erkennen. Häufig beziehen sich solche auf Konsummuster und begleitende Lebensumstände, soziodemografische Besonderheiten, psychologische bzw. psychiatrische Kategorien, Aspekte der Freizeitgestaltung, Berufsgruppen und Branchen, Selbst- und Weltanschauung inkl. sexueller Präferenzen sowie auf die Zugehörigkeit zu bestimmten Subkulturen. Mit Ausnahme von Gruppen im kulturanthropologischen Sinne, deren Zugehörigkeit sich Individuen selbst zuschreiben (etwa die Zugehörigkeit zur „Techno-Szene“), ist eine postulierte Gruppenzugehörigkeit durch Fremdzuschreibung

keine feststehende Tatsache, sondern eher vor dem Hintergrund des jeweiligen Anwendungszusammenhanges bzw. bestimmten pragmatischen Bedürfnissen zu sehen. Auch strukturfundene statistische Verfahren und deren Ergebnisse sind geprägt durch die unter bestimmten Gesichtspunkten definierten Variablen und Merkmalsbereiche. Unterscheidungen, die innerhalb bestimmter Subkulturen oder Bevölkerungsgruppen möglicherweise relevant sind, finden keinen Eingang in die Ergebnisse, solange sie nicht bekannt sind und erhoben werden. So würden etwa ein Kriminologe und ein Psychiater – anhand der unterschiedlichen fachgebundenen Erkenntnisinteressen – andere Merkmale erheben und analysieren, was zu unterschiedlichen Typologien führen würde.

#### 4.2.5 Kenntnisstand zu präventiven Maßnahmen

Im Sinne der Verhältnisprävention bzw. Repression werden in vielen Staaten Strategien verfolgt, die auf eine Reduktion der Verfügbarkeit von Stimulanzien durch Maßnahmen der Strafverfolgung und Gesetzgebung abzielen, insbesondere durch die Identifikation und gesetzgeberische Kontrolle der chemischen Grundstoffe für die illegale Herstellung dieser Substanzen (z.B. [41]). In Deutschland sind neben den staatlichen Exekutivorganen mit dieser Thematik unter anderem der *Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht* und Apothekerverbände befasst, die Empfehlungen für den Umgang mit Kunden mit auffälligen Kaufwünschen entwickelt haben. Neue Wirkstoffe, Grundstoffe und missbräuchlich zur Synthese verwendete Arzneistoffe werden in Deutschland im Rahmen des *Betäubungsmittelgesetzes* (BtmG) sowie des *Grundstoffüberwachungsgesetzes* (GÜG) kontrolliert. So wurde in den vergangenen Jahren die Verschreibungspflicht für Präparate in bestimmten Packungsgrößen bzw. Wirkstoffkombinationen verschärft, die für die illegale Synthese von Methamphetamin verwendbar sind (z.B. Ephedrin und Pseudoephedrin).

Aus einzelnen Ländern liegen umfassende Strategiepapiere und Leitlinien zur Prävention von Stimulanzienkonsum vor, die ein breites Spektrum von spezifischen Maßnahmen abdecken (z.B. [41-43]). Ein besonders elaboriertes Konzept wurde in Australien seitens der zuständigen Behörde des Bundesstaates New South Wales mit Hilfe von Expertenausschüssen erarbeitet („*Prevention and Treatment Plan 2005 – 2009*“; [9]). Präventive Maßnahmen werden in diesem Strategiepapier den folgenden Kategorien zugeordnet: 1.) Information und Bildung, 2.) Prävention und Frühintervention, 3.) Forschung, Monitoring und Evaluation, 4.) Beachtung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen und 5.) Kooperationen. Der Bereich Information und Bildung bezieht sich dabei auf Konsumenten, Familien und Professionelle im Hilfesystem, wobei jeweils unterschiedliche Zielgruppen selektiv mit Hilfe von mehreren Programmen adressiert werden.

Im Einzelnen wurden die folgenden Ziele bzw. Maßnahmen formuliert:

- Verhinderung des Übergangs von moderaten zu hochproblematischen Konsumformen
- Förderung von Wissen und Kompetenz, sowohl bei Professionellen im Hilfesystem als auch bei Konsumenten und in der Allgemeinbevölkerung (u.a. „Harm Reduction“)
- Erhöhung der Verfügbarkeit und des Umfangs von evidenzbasierten Therapieangeboten, Steigerung von deren Attraktivität für Stimulanzien-Konsumenten
- Förderung von Initiativen, die sich gezielt an bestimmte Bevölkerungsgruppen richten
- Kooperationen und kollaborative Annäherung an Nichtregierungsorganisationen (NRO) und Vereine, aber auch an Konsumenten, Verbesserung der Vernetzung unterschiedlicher Akteure
- Verringerung der Zahl von riskant Konsumierenden
- Verbesserung des Zugangs zum Hilfesystem
- Förderung von Forschung zu Stimulanzien-Konsumenten.

Als zentrale Akteure bzw. Kontexte wurden dabei Jugendhilfeeinrichtungen, Peer-basierte Projekte, Einrichtungen für i.v.-Konsumenten (Spritzentausch), Sexual-Beratungsstellen, Telefon-Beratungsangebote sowie Notaufnahmen identifiziert. Zur Verhinderung des Wechsels zu riskanteren Konsummustern wurden Maßnahmen benannt, die Konsumenten eine Überwachung ihres Konsums ermöglichen und eventuelle Steigerungen aufzeigen. Eine Reihe von weiteren, aus anderen Bereichen der Sekundärprävention bekannten Maßnahmen (etwa Kurzinterventionen) wurde im Rahmen von stimulanzienspezifischen Programmen realisiert, die auf unterschiedliche, im australischen Kontext identifizierte Zielgruppen zugeschnitten sind. Als Ziele künftiger Forschungsaktivitäten werden ein sorgfältiges Monitoring der Inanspruchnahme des Hilfesystems, Forschung zu sinnvollen Verlaufs- und Outcome-Parametern, zu Wissen und Informationsbedarfen von Nicht-i.v.-Konsumenten und zu Besonderheiten des Konsums in speziellen, zum Beispiel ländlichen Settings genannt.



### **4.3 Ziele der Studie**

Die Identifikation unterschiedlicher Zielgruppen von ATS-Konsumenten, die sich in Bezug auf sinnvolle präventive Maßnahmen unterscheiden, hat in den bisher vorliegenden internationalen Präventions- bzw. Therapiekonzepten zu dieser Thematik einen zentralen Stellenwert. Vor diesem Hintergrund bestand das Hauptziel des vorliegenden Projekts darin, als Ansatzpunkte für zielgruppenspezifische präventive Maßnahmen, potenzielle Zielgruppen im aktuellen deutschen Kontext zu charakterisieren. Weitere Projektziele waren die Auswertung von Beiträgen in relevanten Internetforen und die explorative Untersuchung von Personen, die ihren riskanten ATS-Konsum wieder eingestellt haben. Das letztgenannte Ziel wurde erst im Verlauf der Studie formuliert, nachdem sich gezeigt hatte, dass entsprechende Daten aus der Online-Erhebung zur Verfügung stehen würden.

### **4.4 Projektstruktur**

Das Projekt wurde entsprechend den oben genannten Zielen in insgesamt drei Module gegliedert: 1.) Identifikation von relevanten Subgruppen, 2.) Auswertung von Beiträgen in Internetforen und 3.) Untersuchung von Personen, die den ATS-Konsum wieder eingestellt hatten.

Die Konzeption und Durchführung des Projektes erfolgte durch Mitarbeiter des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS). Neben Projektleitung und -koordination (IS) betraf dies die Entwicklung des Befragungsinstruments, den Aufbau eines Netzwerks und die Datenanalyse (SM), die konkrete Rekrutierung über unterschiedliche Feldzugänge (CK, TL) und inhaltliche Beiträge im Verlauf von Studienkonzeption, Datenanalyse und Berichterstellung (PD, AL, UV).

In Bezug auf das erste Modul bestanden hierbei vielfältige Kooperationen mit Experten bzw. Praxispartnern (vgl. 5.2.2). Diese unterstützten das Projekt durch inhaltliche Beiträge (etwa im Rahmen eines Expertengesprächs; vgl. 7.14) und trugen zur Rekrutierung bei, unter anderem durch die Motivierung von Klienten bzw. Patienten zur Teilnahme, die Bereitstellung von Räumlichkeiten und die Bekanntmachung der Online-Studie durch Flyer, Internetpräsenzen und Newsletter.

## **5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik**

### **5.1 Operationalisierung der Ziele**

Den Schwerpunkt der Untersuchung bildete das erste der oben genannten Module (Identifikation von relevanten Subgruppen zur Ableitung möglicher präventiver Ansätze). Dazu wurde ein spezielles Erhebungsinstrument entwickelt, dem ein „Mixed-Methods-Ansatz“ mit aufeinander abgestimmten quantitativen und qualitativen Anteilen zugrunde liegt (MS 1: Erhebungsinstrument liegt vor; 31.07.2013). Personen mit aktuellem ATS-Konsum wurden über unterschiedliche Feldzugänge (u.a. stationäre und ambulante Einrichtungen, Festivals und Kommunikationsplattformen im Internet) für die Befragung gewonnen (MS 2: 300 Teilnehmer gemäß den Einschlusskriterien; 31.10.2013). Teile der Befragung erfolgten in Form von Tablet-PC-gestützten Interviews (etwa bei Konsumenten in stationären und ambulanten Einrichtungen), während andere Teile anhand desselben Instruments online erfolgten. In einem weiteren Schritt wurden erste Befunde zu relevanten Subgruppen und mögliche Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen im Rahmen eines Expertengesprächs diskutiert (MS 3: Protokoll des Expertengesprächs liegt dem BMG vor; 15.11.2013). Im zweiten Modul (Auswertung von Internetforen) wurden systematische Suchstrategien zur Identifikation relevanter Foren bzw. Beiträge entwickelt. Die Beiträge wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen (MS 4: Darstellung der Analyse im Abschlussbericht). Im dritten Modul schließlich (Untersuchung von Personen, die ihren riskanten ATS-Konsum wieder eingestellt hatten) wurden die im Rahmen der Online-Befragung zusätzlich generierten Datensätze zu Personen mit zurückliegendem Konsum als Basis für eine weitere qualitative Auswertung genutzt (MS 5: Darstellung der Analyse im Abschlussbericht).

### **5.2 Modul 1: Identifikation von relevanten Subgruppen**

#### **5.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien**

In die Befragung wurden ATS-Konsumenten mit aktivem Konsum von Amphetamin und/oder Methamphetamin einbezogen. Dazu mussten die Teilnehmer die folgenden Einschlusskriterien erfüllen:

- Innerhalb der letzten 12 Monate ATS-Konsum, der über Probierkonsum hinausging (Konsum an mind. 5 Tagen in den letzten 12 Monaten)
- Wohnsitz in Deutschland.

Für die Rekrutierung im klinischen Setting wurden zudem die folgenden Ausschlusskriterien formuliert:

- Alter unter 18 Jahren
- Schwere Opiatabhängigkeit, die dem ATS-Konsum zeitlich voraus ging
- Aktuelle schwere psychopathologische Beeinträchtigung, die einer Studienteilnahme entgegensteht.

Um die gewünschte Zielgruppe zu identifizieren, wurde im Erhebungsinstrument eine Eingangsfrage gestellt, die anhand der Szenenamen aktueller Formen von Amphetamin (z.B. „Speed“, „Pep“, „Paste“) bzw. Methamphetamin (z.B. „Crystal“, „Meth“, „Crystal-Speed“) erfasste, welche der Substanzen konsumiert wurden. Ausschließliche Konsumenten von Entaktogenen (Ecstasy) sowie von anderen Stimulanzien, etwa von bestimmten „Research Chemicals“ oder von Kokain, wurden in der Studie nicht berücksichtigt.

## 5.2.2 Feldzugänge

### 5.2.2.1 Stationäre Einrichtungen

An insgesamt vier Standorten wurden von August bis Oktober 2013 Konsumenten befragt, die sich aufgrund einer Stimulanzienabhängigkeit in stationärer (Langzeit-) Therapie befanden. Dabei handelte es sich um einige der bundesweit profiliertesten stationären Einrichtungen zur Behandlung einer Stimulanzien-Abhängigkeit (Tab. 1). Durch diesen Feldzugang sollten vorrangig Konsumentengruppen erreicht werden, die eine schwere Abhängigkeit entwickelt hatten und/oder psychiatrische Komorbiditäten bzw. Folgestörungen aufwiesen.

**Tabelle 1: Kooperierende stationäre Einrichtungen**

Kooperierende Institution	Bundesland	Ansprechpartner
BKH Bayreuth BKH Hochstadt	Bayern	Dr. Roland Härtel-Petri
LWL Klinik Lippstadt LWL Klinik Warstein	NRW	Dr. Rüdiger Holzbach
„Alte Flugschule“, Großrückerswalde „Rittergut“, Großrückerswalde	Sachsen	Uwe Wicha
AHG Klinik Mecklenburg, Vitense Parber	Mecklenburg- Vorpommern	Dr. Willem Hamdorf

### 5.2.2.2 *Niedrigschwellige ambulante Beratungsangebote*

Analog zur Befragung in stationären Einrichtungen wurden in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern im ambulanten Bereich Befragungen durchgeführt, vorwiegend in niedrigschwelligen Beratungseinrichtungen, in denen Klienten mit Stimulanzienproblematik bzw. spezielle Konsumentengruppen zu vermuten waren (Tab. 2).

**Tabelle 2: Kooperierende ambulante Einrichtungen**

Kooperierende Institution	Bundesland	Ansprechpartner
ODYSSEE e.V. Förderverein für Sozialarbeit mit Drogenabhängigen und – gefährdeten, Kiel; CLARO-Kontaktladen	Schleswig-Holstein	Andreas Dehnke
Fachkliniken Nordfriesland gGmbH; Fachambulanz Kiel	Schleswig-Holstein	Dr. Hans-Georg Hoffmann
vista - Verbund für integrative und therapeutische Arbeit gGmbH <ul style="list-style-type: none"> <li>• Birkenstube, Kontakt- und Anlaufstelle Mitte</li> <li>• Ambulante Suchthilfe Marzahn-Hellersdorf</li> <li>• Misfit, Drogen- und Suchtberatungsstelle</li> <li>• Ambulante Suchtberatung Mitte</li> <li>• Confamilia Kontaktstelle Neukölln</li> <li>• Ambulante Suchtberatung Pankow</li> </ul>	Berlin	Nina Pritzens
Schwulenberatung Berlin gGmbH	Berlin	Arnd Bächler
SZL Suchtzentrum gGmbH, Leipzig <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Impuls</li> </ul>	Sachsen	Peter Batura

### 5.2.2.3 Festivals, Präventionsprojekte und Selbsthilfegruppen

Ein substanzieller Teil der Stichprobe wurde mit Hilfe einer Online-Version desselben Instruments befragt, das auch im direkten Kontakt mit Konsumenten eingesetzt wurde. Um eine ausreichende Zahl von Teilnehmern für die Online-Befragung zu gewinnen, wurden umfangreiche Rekrutierungsaktivitäten unternommen. So wurde bundesweit auf einer großen Zahl von Musik-Festivals<sup>5</sup> Informationsmaterial mit dem Link zur Studienteilnahme verteilt. Die Verteilung erfolgte teilweise direkt durch Mitarbeiter des ZIS, die in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern in Brandenburg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern mit Informationsständen vor Ort waren. Auf weiteren Festivals, u.a. in Sachsen und Bayern, wurden an den Ständen von kooperierenden „Party-“ bzw. Präventionsprojekten Flyer verteilt, im Bereich der schwulen „Sexparty-Szene“ durch ein aufsuchendes Präventionsprojekt. Auch Selbsthilfegruppen wurden durch die Versendung von Flyern und anderem Informationsmaterial einbezogen. Die formalen Kooperationspartner in diesem Bereich finden sich in Tabelle 3. Zusätzliche informelle Unterstützung erfolgte durch weitere Vereine, Projekte und Privatpersonen. Sie reichte von der Darstellung der Studie auf diversen Internetseiten und einer entsprechenden Verlinkung, über den Hinweis darauf in Newslettern, bis zur Auslage und Verteilung von Flyern auf weiteren Veranstaltungen. Entsprechende Unterstützung kam unter anderem von DRUG SCOUTS und MINDZONE.

**Tabelle 3: Partner bei der Rekrutierung über Festivals und Präventionsprojekte**

Kooperierende Vereine und Projekte	Bundesland	Ansprechpartner
Chill out e.V. - Verein zur Förderung akzeptierender Drogenarbeit	Brandenburg	Rüdiger Schmolke
eclipse e.V. - Verein für akzeptierende Drogenarbeit und psychedelische Krisenintervention	Berlin	Vereinsvorstand
Projekt MINDZONE, Landes-Caritasverband Bayern e.V.	Bayern	Sonia Nunes
Rotary Club Oberpfälzer Wald/Oberviechtach; Sauber!	Bayern	Karl-Heinz Hastreiter
manCheck Berlin	Berlin	Rolf de Witt
DRUG SCOUTS - ein Projekt der SZL Suchtzentrum gGmbH	Sachsen	Mitglieder des Teams/Plenums

<sup>5</sup> Von der Nennung einzelner Festivals wird hier bewusst abgesehen, da dies fälschlicherweise suggerieren könnte, dass ATS dort besonders verbreitet sind.

#### **5.2.2.4 Foren und soziale Netzwerke**

Anhand der dargestellten internationalen Befunde zu Konsumentengruppen sowie den von Kooperationspartnern berichteten Charakteristika ihrer Klienten bzw. Patienten wurden spezifische Foren und Gruppen in sozialen Netzwerken im Internet recherchiert. Zu 38 Themenbereichen (s. Anhang 1) wurden entsprechende Kommunikationsportale in einer systematischen Recherche identifiziert. Ziel war es, nach Möglichkeit jeweils 5 Austausch-Plattformen aufzufinden und, je nach Zugänglichkeit und den schriftlich genannten Nutzungsbedingungen der Administratoren, einen Hinweis auf die Studie und den Link zur Teilnahme zu veröffentlichen. Typischerweise wurde dabei zunächst der Administrator kontaktiert und in den meisten Fällen wurde der Link durch den Administrator selbst in das Forum beziehungsweise die Gruppe eingestellt. In manchen Fällen wurde eine Mitgliedschaft gewährt mit der Erlaubnis, selbst den Link einstellen zu dürfen.

Dabei konnten nicht zu allen Themenbereichen 5 verschiedene Austausch-Plattformen aufgefunden werden. Einige Foren-Administratoren oder Mitglieder der betreffenden „Community“ lehnten eine Bewerbung der Studie ab, mit Hinweis auf Datenschutz-Bedenken, der Befürchtung, stigmatisiert zu werden, oder aus einer kritischen Haltung in Bezug auf das Studienvorhaben heraus. In manchen Fällen wurde der Studienaufruf nach initialer Zusage aufgrund von Beschwerden aus der „Community“ von den Administratoren wieder gelöscht. Bei den meisten Plattformen konnte jedoch eine jeweils individuelle Lösung gefunden und die Studie beworben werden. Insgesamt konnte ein Hinweis auf die Studie – zumindest zeitweise – in ca. 80-120 Austauschplattformen platziert werden.

#### **5.2.3 Merkmalsbereiche**

Um die oben genannten in nationalen und internationalen Publikationen beschriebenen Konsumentengruppen im Rahmen der Studie zu objektivieren und potenzielle neue Gruppen identifizieren zu können, wurden die folgenden Merkmalsbereiche bei der Befragung berücksichtigt:

1. Soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, Lebenssituation, Wohnsituation, Ausbildung, Beruf und Einkommen)
2. Konsum von Amphetamin und Methamphetamin (Konsumerfahrung mit einer oder beiden der genannten Substanzen, Alter bei Erstkonsum von ATS, zeitliche Einordnung des ATS-Konsums bezogen auf Erfahrungen mit anderen illegalen Substanzen, Kombination mit anderen Substanzen, Bezugsquellen, Konsummuster, Konsumgelegenhheiten, Konsummotive und subjektive Problemeinschätzung)
3. Konsum von anderen illegalen Substanzen und Prävalenz von Glücksspiel (Lebenszeit-Prävalenz und 1-Monats-Prävalenz anderer illegaler Substanzen, 1-Monats-Prävalenz von Glücksspiel)

4. Selbstzuschreibung zu Subkulturen oder anderen Gruppen (anhand von Musikgeschmack, Freizeitgestaltung, sportlichen Aktivitäten, Hobbies, Lebenssituation, politischer Gesinnung oder kriminellen Aktivitäten, etwa „Gang“-Mitgliedschaft)
5. Meinungen zu präventiven Maßnahmen (Informationen dazu, was man selbst oder andere von einer Abhängigkeit Betroffene hätten *wissen* müssen oder was *hilfreich* gewesen wäre)
6. Erfahrungen und Meinungen in Bezug auf Hilfsangebote (Informationen zu Erfahrungen und zur Bewertung von professionellen und nicht-professionellen Hilfsangeboten, etwa auch Hilfe durch Freundeskreis oder Lebenspartner)
7. Psychischer Status (Lebenszeit-Prävalenz und 1-Monats-Prävalenz unterschiedlicher psychischer Symptome)
8. Frühe negative Entwicklungsbedingungen (sexuelle, körperliche und emotionale Gewalt, Vernachlässigung und weitere Formen früher negativer Erfahrungen).

#### 5.2.4 Erhebungsinstrument

Die Operationalisierung der genannten Variablen (-gruppen) erfolgte durch ein speziell für die Untersuchung entwickeltes, PC-gestütztes Instrument. Im Sinne eines „Mixed-Methods-Ansatzes“ wurden hierbei quantitative und qualitative Befragungsanteile kombiniert. Bei quantitativen Fragen wurden Antwortmöglichkeiten in Form von Skalen oder numerischen Feldern vorgegeben. Die qualitative Befragung erfolgte in Form von „offenen“ Fragen, die den Konsumenten vielfältige Möglichkeiten boten, individuelle Meinungen und Erfahrungen zu schildern. Bei verschiedenen dieser Fragen bestand bei der Interviewer-gestützten Befragung auch die Möglichkeit, Audiosequenzen aufzunehmen.

Der Entwicklung des Instruments lag ein partizipatives Paradigma zugrunde, das sich unter anderem durch folgende Aspekte auszeichnete: 1.) Die Haltung, Befragte nicht als passive Probanden, sondern in wertschätzender Weise als „Experten aus eigener Erfahrung“ zu betrachten, 2.) die Beteiligung von Konsumenten bereits bei der Entwicklung des Fragebogens, 3.) optionale, über „Popup“-Fenster aufrufbare Erläuterungstexte, um den Befragten bei Interesse detaillierter darzustellen, warum bestimmte Aspekte erfragt werden, 4.) die Möglichkeit, bewusst zu entscheiden, bestimmte vertiefende Module zu überspringen, 5.) einen Schwerpunkt auf subjektive Erfahrungen und Meinungen, 6.) die Möglichkeit, sich in einen Newsletter einzutragen, um später individuell und in verständlicher Sprache über die Studienergebnisse informiert zu werden und 7.) die Möglichkeit, bei Nennung der eigenen Postleitzahl die Kontaktadressen von nahegelegenen Hilfsangeboten zu erhalten<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Diese Möglichkeit wurde im Studienzeitraum von 8 Teilnehmern genutzt.

Die einzelnen Fragen wurden – mit Ausnahme eines 10-Item-Moduls zur Erhebung früher negativer Entwicklungseinflüsse („Adverse Childhood Experiences Questionnaire“ [45, 46]), das nur im stationären Kontext vorgegeben wurde – für den Studienzweck zusammengestellt. Das Instrument wurde so konstruiert, dass es sowohl als elektronischer Fragebogen im Internet als auch Interviewer-gestützt einsetzbar war. Dabei wurde versucht, die Fragen und Antwortmöglichkeiten so verständlich und unkompliziert wie möglich zu gestalten, um auch schwierig erreichbaren Konsumentengruppen gerecht zu werden.

Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte in mehreren Phasen. Frühe Versionen wurden unter Einbezug von Praktikern/Kooperationspartnern bzw. Konsumenten mehrfach getestet. Die technische Umsetzung erfolgte mit Hilfe eines Software-Entwicklers, der bereits in der Planungsphase involviert war und während der gesamten Laufzeit der Befragung für technische Unterstützung im Bedarfsfall zur Verfügung stand. Die Programmierung erfolgte mit Hilfe der Open Source-Software Lime Survey, die umfangreich modifiziert wurde. Neben bestimmten Programmierungen zur Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit stellte die Entwicklung des virtuellen Audiorekorders, der direkt in die Fragenblöcke integriert war, die größte Herausforderung bei der Programmierung dar.

### 5.2.5 Vorgehen bei der Datenerhebung

Die Befragungen in stationären Einrichtungen wurden von August bis Oktober 2013 unter Einsatz von Tablet-PCs durchgeführt. Die Studienteilnehmer erhielten die Information, dass die Befragung 1.) freiwillig ist und keinen Einfluss auf die Therapie hat, 2.) jederzeit auf Wunsch des Patienten abgebrochen werden kann und 3.) vollständig anonym erfolgt, ohne Einblick in die Krankenakte oder zusätzliche Nachfragen beim Klinikpersonal. Bei den persönlichen Befragungen in ambulanten Beratungseinrichtungen erfolgte die Befragung in derselben Weise, mit dem Unterschied, dass die Teilnehmer für den zusätzlichen Zeitaufwand eine Aufwandsentschädigung erhielten. Bei der Online-Befragung gelangten die Teilnehmer durch einen Zugangslink, der sich auf den Flyern befand – die unter anderem auf Festivals verteilt wurden – sowie über einen Link im Internet zur Startseite des Instruments.

Im Fall einer Teilnahme (über Tablet-PC oder Online) wurde zunächst erfragt, welche Hauptsubstanz von dem betreffenden Teilnehmer konsumiert wurde. Dazu wurden die Szenenamen aktuell gebräuchlicher Formen von Amphetamin („Speed“) bzw. Methamphetamin („Crystal“) angeboten (vgl. 5.2.1). Danach folgten die Fragen zu den oben beschriebenen Merkmalsbereichen.

Da der Zugangslink in großem Umfang über das Internet verbreitet wurde, musste eine Reihe von möglichen Problemen antizipiert werden. Unter anderem wurde eine mögliche Überlastung des Servers durch Neugierige bedacht. Um diesem Problem



entgegenzuwirken, wurden verschiedene Zugangslinks eingesetzt, so dass bestimmte Zugänge im Bedarfsfall hätten abgeschaltet werden können. Um eine Verfälschung durch bewusste Falschantworten („Fakes“) oder versehentliche Mehrfachabsendungen auszuschließen, wurden unter anderem nicht plausible Antwortmöglichkeiten in den Fragebogen integriert, damit entsprechende Datensätze ausgeschlossen/gelöscht werden konnten.

### 5.2.6 Datenauswertung

Anhand einer im Erhebungsinstrument enthaltenen Variable zur Art des Stimulanzienkonsums wurden Teilnehmer, die berichteten, ausschließlich Amphetamin zu konsumieren („Amphetamingruppe“), von Teilnehmern unterschieden, die berichteten, auch bzw. ausschließlich Methamphetamin zu konsumieren („Methamphetamingruppe“).

Für die quantitative Beschreibung der Charakteristika der Amphetamin- und Methamphetamin-Konsumenten wurden deskriptive Auswertungen durchgeführt und tabellarisch sowie graphisch dargestellt. Charakteristika der Konsumenten wurden getrennt für die Teilgruppen der Methamphetamin- und Amphetamin-Konsumenten dargestellt. Für ordinalskalierte und intervallskalierte Daten wurden Mittelwert und Standardabweichung berichtet, für nominalskalierte Daten wurden absolute und prozentuale Häufigkeiten angegeben.

Gruppenunterschiede zwischen den Methamphetamin- und Amphetamin-Konsumenten wurden inferenzstatistisch geprüft. Bei intervallskalierten Variablen wurden Unterschiede zwischen zwei Gruppen mit dem Student's t-Test geprüft. Unterschiede zwischen mehr als zwei Gruppen wurden mit Varianzanalysen und anschließenden Tukey-HSD Post-hoc Tests auf statistische Signifikanz getestet. Nominalskalierte Variablen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test auf signifikante Unterschiede geprüft. Bei Verletzung der Voraussetzungen zur Durchführung des Chi-Quadrat-Tests kam der Exakte Fisher-Test für den Vergleich von zwei dichotomen Variablen, für polytome Variablen der Freeman-Hamilton-Test zum Einsatz.

In der Subgruppe der Teilnehmer, die einen Konsum von länger als zwei Jahren berichteten, wurde die Veränderung der Konsummotive zu Konsumbeginn im Vergleich zum späteren Konsum innerhalb der Methamphetamin- und Amphetamin-Gruppe dargestellt und getestet. Die Auswertung erfolgte über einen Vergleich des Unterschieds der Motivations-Scores mit dem Wilcoxon Vorzeichenrank Test (asymptotische Signifikanz, 2-seitig).

Qualitative Daten wurden für die weitere Analyse in das Auswertungsprogramm „ATLAS.ti“ eingespeist. Ergänzend zu den bereits schriftlich vorliegenden Daten aus den Freitextfeldern wurden die Audioaufnahmen, die zu offenen Fragen erstellt werden konnten,

wörtlich transkribiert und ebenfalls eingespeist. Die qualitative Inhaltsanalyse erfolgte in Anlehnung an eine etablierte und regelgeleitete Methode [47]. Es wurden geordnete Fragestellungen zu Überkategorien operationalisiert, denen Texte bzw. Teile von Texten zugeordnet wurden. Innerhalb dieser übergeordneten Kategorien wurden in einem zweiten Schritt Aussagen aufgrund von Ähnlichkeit gruppiert und in Form von Unterkategorien subsumiert und benannt. Nach dem initialen Durchgang wurde das entstandene Ordnungssystem nochmals am Ausgangsmaterial überprüft. Diese Überkategorien wurden in Textform anhand des zugeordneten Textmaterials zusammengefasst und erläutert. Dazu wurde meist ein besonders deutliches Zitat ausgewählt und wiedergegeben. Diese Zusammenfassungen/Explikationen und Zitate finden sich in den folgenden Kapiteln wieder.

Die Identifikation von relevanten Zielgruppen – und deren spätere Beschreibung – wurde bei der Entwicklung des gesamten Untersuchungsdesigns durchgängig und vordergründig berücksichtigt. Dieses Anliegen führte zur Auswahl der eingesetzten Rekrutierungsstrategien und der angefragten Kooperationspartner. Bei der Konstruktion des Fragebogens flossen Vorannahmen in die Items und Freitextfragen ein, die eine Identifikation aller potenziell vermuteten Zielgruppen ermöglichen sollten. Gleichzeitig sollte eine möglichst große Offenheit für unerwartete Befunde gegeben sein. Berücksichtigung fanden insbesondere folgende Erkenntnisquellen, Darstellungen und Kategorien:

- Internationale Typologien, Leitlinien und Strategiepapiere (vgl. 4.2.4)
- Beobachtungsberichte der Kooperationspartner aus Therapie und Beratung
- Hinweise aus regionalen Trendforschungen zu illegalen Drogen (z.B. [48])
- Etablierte Kategorien der Suchtprävention, etwa sogenannte Handlungsfelder wie *Familie*, *Schule* und *Freizeit*.

Die Bildung der in Kapitel 7.12 aufgeführten und explizierten Zielgruppen erfolgte in mehreren Schritten:

1. Zunächst wurden die gesamten Datensätze anhand von Nennungen strukturiert, die eine eindeutige Zuordnung zu erwarteten und anhand der genannten Vorbefunde als präventionsrelevant erachteten Zielgruppen ermöglichen. Dies war z.B. möglich bei der Nennung von *schwule Nachtlebenkultur (Clubs, Sexparties)*, *minderjährige Kinder*, oder *i.v.-Konsum* („besonders riskant“).
2. Weitere Strukturierungen wurden tentativ anhand von Nennungen gebildet, mussten dann aber unter Berücksichtigung der Schilderungen in den Freitextfeldern modifiziert werden. So hatten Teilnehmer, anhand der Fragen zum psychischen Status bis auf die Nennung einer mindestens einmaligen Verschreibung eines Psychopharmakons im Leben keine psychischen Auffälligkeiten angegeben, aber es wurden in den Freitextfeldern mehrere stationäre Klinikaufenthalte wegen Psychosen und auch

Konsum in diesem Kontext geschildert, was letztlich zu einer Zuordnung zu *Konsumenten mit psychischer Komorbidität* führte.

3. Schließlich wurden die gebildeten Gruppen nochmals im Team in einer Gesamtschau besprochen und diskutiert. Dies führte z.B. dazu, dass einzelne Gruppen wie *junge Mütter mit festem Partner*, *alleinerziehende Mütter* und *alleinerziehende Väter* zu einer Gruppe *Konsumenten mit Kindern* zusammengefasst wurden, weil die genannten Merkmale geschlechts- und partnerschaftsübergreifend stark übereinstimmten. Dieser Schritt wurde zwei Mal wiederholt, bis sich ein Konsens zur Strukturierung und Benennung eingestellt hatte.

### 5.3 Modul 2: Monitoring von Internetforen

In Modul 2 wurden Beiträge in drogenbezogenen Internetforen ausgewertet, die Aufschluss über Konsummuster und mögliche Ansätze für präventive Maßnahmen geben konnten. Dazu wurden systematische Suchstrategien zur Identifikation relevanter Forenbeiträge entwickelt. Mittels einer Vorrecherche wurden insgesamt 5 Begriffe und 20 Begriffspaare ermittelt, um relevante Foren und frei zugängliche weitere Kommunikationsplattformen im deutschsprachigen Internet ausfindig zu machen, in denen eine bedeutsame Diskussion zu den Inhalten zu erwarten war, die für den Studienzweck ausgewertet werden sollten. Zum Einsatz kam der Internet-Browser Mozilla Firefox, als Suchmaschine wurde Google.de eingesetzt. Durch das Löschen von durch Suchmaschinen generierten Daten auf dem Computer vor jeder neuen Suche wurde einer Verfälschung der Ergebnisse entgegengewirkt. Es wurden unter anderem Begriffspaare wie „Forum Crystal“, „Forum Meth“ und „Forum Methamphetamin“ eingesetzt. Für „Forum“ fanden synonyme Begriffe wie „Board“ Einsatz, analog wurde der die Substanz bezeichnende Begriff durch „Speed“, „Pep“, „Paste“ sowie „Amphetamin“ ersetzt.

Von den ursprünglich identifizierten 27 Foren wurden 13 näher betrachtet (s. Kap. 7.13), da sich dort eine gewisse Häufigkeit von relevanten Nutzerbeiträgen und eine ausreichende Tiefe der jeweiligen Diskussionen zeigte. Es wurden für diese Untersuchung ausschließlich frei zugängliche Forenbereiche genutzt, eine Anmeldung – die gemäß der Nutzungsbedingungen auch eine Kooperation mit den Administratoren bzw. eine vorherige Absprache sowie das Einholen einer Erlaubnis zur Anmeldung für Studienzwecke verlangt hätte – erfolgte hier nicht. Die gewonnenen Daten wurden einer softwaregestützten qualitativen Inhaltsanalyse [47] mit Hilfe des Auswertungsprogramms „ATLAS.ti“ unterzogen.

## 5.4 Modul 3: Auswertung zu ehemaligen Konsumenten

Da an der Online-Erhebung auch eine signifikante Anzahl ehemaliger Konsumenten teilgenommen hatte, bei denen der letzte Konsum über ein Jahr zurücklag, wurde eine zusätzliche Auswertung dieser Stichprobe durchgeführt. Eine erste Sichtung der narrativen Textfelder, insbesondere zu den „Erfahrungen mit Hilfsangeboten“ und den „Meinungen zu Prävention“ zeigte, dass die aktuell nicht mehr konsumierenden Personen wertvolle Hinweise auf mögliche Wege zur Einstellung des Konsums geben könnten. Die Zusatzauswertung der ehemaligen Konsumenten erforderte eine andere Methodik als die vorangegangenen qualitativen Auswertungen. Es wurden hier keine Aussagen den theoriegeleitet vorgegebenen Kategorien deduktiv zugeordnet (vgl. Kap. 5.2.6), sondern die Berichte dieser Personengruppe wurden mittels einer induktiver Kategorienbildung und anschließender Explikation der gebildeten Kategorien ausgewertet.

In diesem komplementären Studienmodul wurde somit eine Untersuchung derjenigen Teilnehmer vorgenommen, die ihren Konsum bereits seit einem Jahr oder länger eingestellt hatten. Die Textauswertung beschränkte sich hierbei nicht auf einzelne offene Fragen, sondern es wurden jeweils die Schilderungen aus allen Freitextfeldern einbezogen. Es wurden keine Oberkategorien für die Auswertung im Vorfeld definiert, sondern es kam eine explorative, rein induktive Kategorienbildung zum Einsatz.

## **6. Durchführung, Arbeits-, Zeit- und Finanzierungsplan**

### **6.1 Darstellung des Projektverlaufs**

Das Projekt konnte weitgehend gemäß des ursprünglichen Arbeits- und Zeitplans mit nur geringfügigen Veränderungen durchgeführt werden. So verzögerte sich zwar die Fertigstellung des Erhebungsinstruments um eine Woche (MS 1), aber das Rekrutierungsziel wurde dennoch bereits eine Woche früher als geplant erreicht (MS 2). Anhand der Rückmeldungen der Teilnehmer über die dafür vorgesehenen Freitextfelder wird die schnelle Erreichung bzw. Überschreitung des Rekrutierungsziels auf eine gute Akzeptanz des Erhebungsinstruments zurückgeführt. Die im Vorfeld entwickelten Strategien zum Umgang mit möglichen Problemen (z.B. Technikausfall, Datensicherheit etc.), mussten aufgrund des guten Verlaufs der Erhebung nicht in Anspruch genommen werden.

### **6.2 Abweichungen vom Finanzierungsplan**

Kleinere Abweichungen vom Finanzierungsplan konnten durch Umwidmung von Mitteln korrigiert werden. So erhöhten sich die Reisekosten durch neu hinzugekommene Kooperationspartner und zusätzliche Teilnehmer am Expertengespräch. Dafür musste weniger Geld als ursprünglich geplant für Aufwandsentschädigungen ausgegeben werden, da für die Teilnehmer in stationären Einrichtungen aufgrund der jeweiligen Hausordnungen keine finanzielle Kompensation erfolgte.

### **6.3 Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit**

Alle durchgeführten Arbeiten haben sich als notwendig und der Fragestellung angemessen erwiesen. Durch die Entwicklung des innovativen Erhebungsinstruments kam es während einzelner Projektabschnitte zu einer hohen zeitlichen Arbeitsbelastung, die jedoch durch den Einbezug eines medizinischen Doktoranden und die unentgeltliche Unterstützung der Kooperationspartner ausgeglichen werden konnte. Wie sich im Verlauf der Untersuchung zeigte, wurde durch den Einsatz der Tablet-PCs und den Aufbau des Instruments (etwa die Integration von Audioaufnahmen) wie erwartet eine sehr rationelle und wirtschaftliche Umsetzung der anspruchsvollen Befragung ermöglicht.

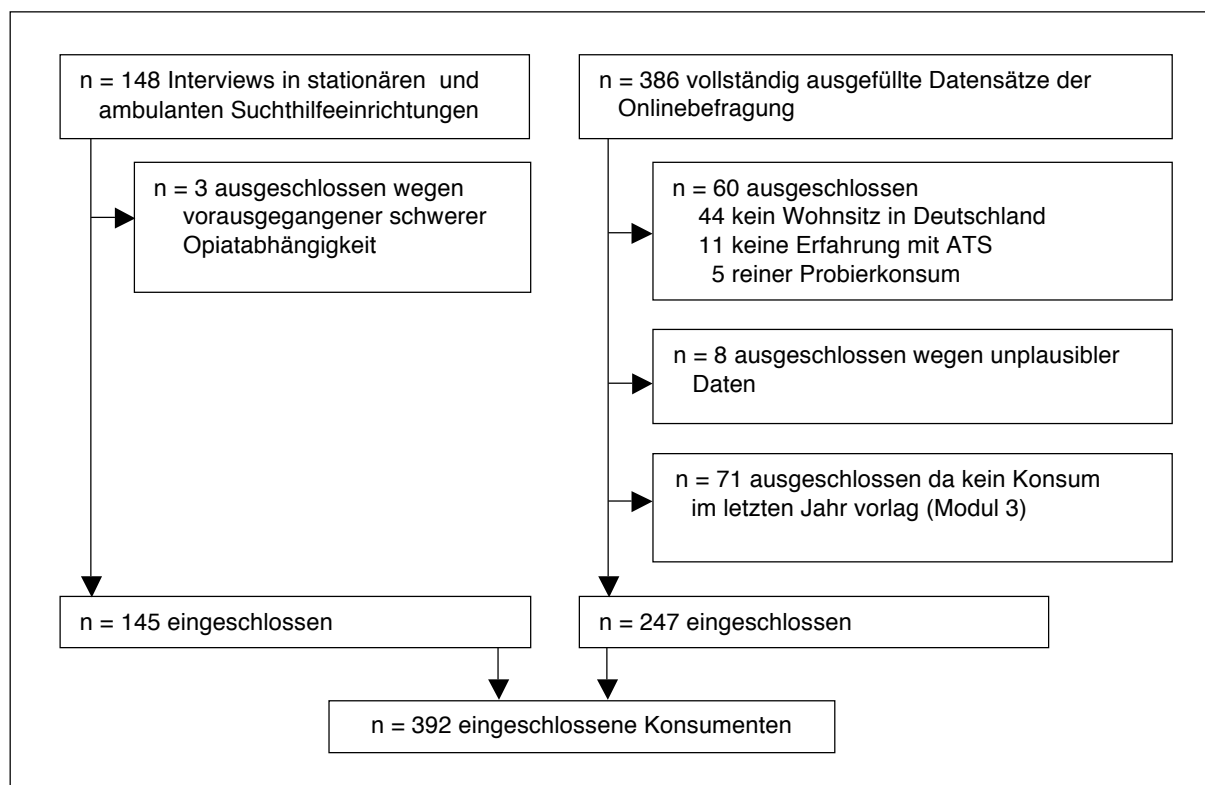
## 7. Ergebnisse

### 7.1 Rekrutierungszugänge

Im stationären Kontext und in Beratungseinrichtungen wurden insgesamt 148 Personen persönlich befragt. Drei Datensätze wurden aufgrund einer vorangegangenen Opiat-Abhängigkeit ausgeschlossen (siehe Ein- und Ausschlusskriterien, Kap. 5.2.1), so dass 145 persönlich befragte Konsumenten in die Auswertung aufgenommen werden konnten (Abbildung 1).

Über die Bewerbung der Onlinebefragung konnte eine hohe Anzahl an Personen erreicht werden. Nach der Zählung der Seitenaufrufe der Online-Befragung kann davon ausgegangen werden, dass etwa 14.000 unterschiedliche Personen den Aufruf zur Studienteilnahme zur Kenntnis genommen und die Studienseite besucht haben. An der Online-Befragung nahmen schließlich 386 Personen teil. Nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden 139 davon ausgeschlossen. Ein häufiger Ausschlussgrund war, dass der derzeitige Wohnort außerhalb Deutschlands lag (vorrangig in Österreich oder der Schweiz). Weitere Personen wurden aufgrund von fehlender ATS-Erfahrung, ausschließlichem Probierkonsum oder unplausiblen Datensätzen ausgeschlossen.

**Abbildung 1: Ein- und ausgeschlossene Teilnehmer nach Rekrutierungswegen**



Somit verblieben bei den Online-Befragungen 247 valide Datensätze von aktiven ATS-Konsumenten mit einem Konsum an fünf oder mehr Tagen im letzten Jahr. Insgesamt konnten über beide Rekrutierungswege 392 Datensätze in die Studie eingeschlossen werden. Konsumenten von Methamphetamin wurden häufiger über ambulante Beratungsstellen und stationäre Einrichtungen erreicht (64,1%), während Amphetamin-Konsumenten überwiegend durch Internetforen oder Partyveranstaltungen (87,8%) rekrutiert wurden.

Viele der ausgeschlossenen Teilnehmer berichteten zwar relevante Erfahrungen mit ATS, hatten aber seit mindestens einem Jahr nicht mehr konsumiert (n = 71). Dies führte dazu, dass die Angaben dieser Personengruppe gesondert ausgewertet wurden (vgl. Modul 3, Kapitel 7.15).

## 7.2 Bildung der Methamphetamin- bzw. Amphetamingruppe

Die Teilnehmer waren zu Beginn der Befragung gebeten worden anzugeben, in welcher Kombination sie die beiden Stimulanzien Amphetamin bzw. Methamphetamin konsumierten. Dabei fand sich eine größere Gruppe von Teilnehmern, die berichteten, ausschließlich Amphetamin zu konsumieren (Gruppe D; Tab. 4).

**Tabelle 4: Vergleich der Teilnehmer mit unterschiedlichen Arten von ATS-Konsum**

		Ausschließlich Metamphetamin (A)		Hauptsächlich Metamphetamin (B)		Hauptsächlich Amphetamin (C)		Ausschließlich Amphetamin (D)	
		n = 47		n = 70		n = 70		n = 205	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Alter in Jahren <sup>a</sup>		28,6	9,0	29,9	6,6	29,7	8,7	26,0	8,1
Alter bei Erstkonsum <sup>b</sup>		21,9	9,3	20,4	7,1	18,3	4,9	19,6	5,2
Konsum in Jahren <sup>c</sup>		6,1	5,0	7,5	5,2	8,3	5,5	4,9	5,1
		n	%	n	%	n	%	n	%
Geschlecht <sup>d</sup>	weibl.	11	23,4	12	17,1	27	38,6	69	33,7
	männl.	36	76,6	58	82,9	43	61,4	136	66,3
Konsumtage im letzten Monat <sup>e</sup>	0	9	19,1	49	23,9	17	24,3	13	18,6
	1-5	6	12,8	104	50,7	34	48,6	17	24,3
	6-9	1	2,1	22	10,7	5	7,1	8	11,4
	10-19	3	6,4	17	8,3	3	4,3	10	14,3
	20-31	28	59,6	13	6,3	11	15,7	22	31,4

<sup>a</sup> ANOVA, D < B & C, p < .001; <sup>b</sup> ANOVA, A > D, p < .001; <sup>c</sup> ANOVA, D < B & C, p < .05; <sup>d</sup> Chi-Quadrat-Test, n.s.;

<sup>e</sup> bei stationären Patienten Konsumtage im letzten Monat vor stationärer Aufnahme; Freeman-Hamilton-Test, p < .001.

Drei andere Gruppen von Teilnehmern berichteten, zusätzlich oder ausschließlich Methamphetamin zu konsumieren (Gruppen A, B und C). Dabei zeigte sich, dass Teilnehmer, die auch bzw. überwiegend Methamphetamin konsumierten, häufiger männlich und älter waren als Teilnehmer mit ausschließlichem Amphetaminkonsum (Tab. 4). Die Teilnehmer der Gruppen A, B und C wurden aufgrund ihrer Methamphetamin-Erfahrung für die folgenden Analysen zu einer Gruppe zusammengefasst.

### 7.3 Soziodemographische Charakteristika

Das Alter der Studienteilnehmer lag zwischen 15 und 63 Jahren (Tab. 5). Die Teilnehmer der Methamphetamin-Gruppe waren im Durchschnitt älter – im Vergleich zu den Teilnehmern der Amphetamin-Gruppe. Der überwiegende Teil der Befragten war männlich.

**Tabelle 5: Geschlecht und Alter**

		Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		
		M	SD	M	SD	p <sup>a</sup>
Alter	Jahre	29,5	8,1	26,0	8,1	***
		n	%	n	%	p <sup>b</sup>
	bis 20 Jahre	22	11,8	53	25,9	***
	21-30 Jahre	98	52,4	108	52,7	
	ab 31 Jahre	67	35,8	44	21,5	
Geschlecht	weiblich	50	26,7	69	33,7	n.s.
	männlich	137	73,3	136	66,3	

<sup>a</sup> Student's t-Test; <sup>b</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

Etwas mehr als die Hälfte aller Teilnehmer gab an, aktuell nicht in einer Partnerschaft zu leben und 16,1% berichteten, eigene Kinder zu haben (Tab. 6). Letzteres war bei Methamphetamin-Konsumenten häufiger der Fall als bei Amphetamin-Konsumenten.

**Tabelle 6: Partnerschaft und Kinder**

		Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		
		n	%	n	%	p <sup>a</sup>
Partnerschaft	keine	110	58,8	110	53,7	n.s.
	in Partnerschaft	67	35,8	87	42,4	
	verheiratet	4	2,1	5	2,4	
	keine Angabe	6	3,2	3	1,5	
Kinder	keine	144	77,0	185	90,2	**
	ein Kind	29	15,5	14	6,8	
	> 2 Kinder	14	7,5	6	2,9	

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.



Methamphetamin- und Amphetamin-Konsumenten unterschieden sich auch in Bezug auf ihre Wohnsituation zum Zeitpunkt der Erhebung (Tab. 7). So wohnten etwa ein Drittel der befragten Methamphetamin-Konsumenten zurzeit in einer therapeutischen Einrichtung, während dies bei Amphetamin-Konsumenten nur sehr selten der Fall war. Amphetamin-Konsumenten wohnten hingegen häufiger allein, mit dem Partner in eigener Wohnung oder lebten bei den Eltern.

**Tabelle 7: Wohnsituation und Einwohnerzahl des aktuellen Wohnortes**

		Methamphetami n (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		p <sup>a</sup>
		n	%	n	%	
Wohnsituation	alleine	72	38,5	97	47,3	***
	ohne Partner, mit Kind	3	1,6	5	2,4	
	mit Partner	19	10,2	36	17,6	
	bei den Eltern	26	13,9	57	27,8	
	therapeutische Einrichtung	62	33,2	3	1,5	
	kein Wohnsitz	3	1,6	2	1,0	
	sonstiges	2	1,1	5	2,4	
Einwohnerzahl des Wohnortes (in 1000)	1 bis < 5 (Dorf)	23	12,3	22	10,7	n.s.
	5 bis < 20 (Kleinstadt)	35	18,7	26	12,7	
	20 bis < 100 (Mittelstadt)	24	12,8	28	13,7	
	100 bis < 1000 (Großstadt)	64	34,2	60	29,3	
	≥ 1.000 (Millionenstadt)	41	21,9	69	33,7	

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

Es konnte eine große Bandbreite unterschiedlicher Wohnortgrößen in der Befragung abgedeckt werden. Von den befragten Teilnehmern lebten 40,3% im ländlichen, klein- oder mittelstädtischen Raum, während 59,7% in Groß- oder Millionenstädten wohnten.

In der Gesamtstichprobe der Amphetamin- und Methamphetamin-Konsumenten berichteten mehr als vierzig Prozent (42,1%), die schulische Ausbildung mit einem Fachabitur oder Abitur beendet zu haben (Tab. 8). Bei den Amphetamin-Konsumenten lag der Anteil der (Fach-) Abiturienten höher als bei den Methamphetamin-Konsumenten. Methamphetamin-Konsumenten hatten hingegen häufiger einen Hauptabschluss absolviert.

**Tabelle 8: Schulabschluss, Berufsausbildung und Beschäftigungssituation**

		Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		p <sup>a</sup>
		n	%	n	%	
Schulabschluss	ohne Abschluss	6	3,2	5	2,4	***
	Hauptschule	65	34,8	17	8,3	
	Realschule	62	33,2	57	27,8	
	(Fach-) Abitur	45	24,1	120	58,8	
	anderes	9	4,8	6	2,9	
Berufsausbildung abgeschlossen	ja	109	58,3	80	39	***
	nein	78	41,7	125	61,0	
Beschäftigungssituation	Schüler/Studium	31	16,6	75	36,6	***
	berufliche Ausbildung	13	7,0	17	8,3	
	erwerbstätig	46	24,6	71	34,6	
	arbeitslos	78	41,7	34	16,6	
	berentet/langfristig arbeitsunfähig	19	10,2	8	3,9	

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

Etwa die Hälfte aller Teilnehmer (51,8%) hatte zum Zeitpunkt der Erhebung (noch) keine Berufsausbildung abgeschlossen. Dies betraf insbesondere die Gruppe der Amphetamin-Konsumenten, bei denen ein größerer Anteil der Befragten keine Berufsausbildung abgeschlossen hatte. Methamphetamin-Konsumenten berichteten häufiger arbeitslos, berentet oder langfristig arbeitsunfähig zu sein. Amphetamin-Konsumenten zeichneten sich hingegen dadurch aus, häufiger noch Schüler oder Studenten, oder aber aktuell erwerbstätig zu sein. Nahezu die Hälfte aller befragten Teilnehmer (46,4%) berichtete, ein geringes monatliches Netto-Einkommen zwischen 0 und 600 Euro zu haben (Tab. 9). Ein Einkommen von über 2000 Euro gaben nur wenige Teilnehmer an (14,8%).

**Tabelle 9: Monatliches Nettoeinkommen**

		Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		p <sup>a</sup>
		n	%	n	%	
Monatliches Netto-Einkommen	≤ 300 €	17	9,1	23	11,2	n.s.
	301-600 €	80	42,8	62	30,2	
	601-1000 €	27	14,4	40	19,5	
	1001-2000 €	37	19,8	48	23,4	
	2001-4000 €	10	5,3	9	4,4	
	> 4000 €	1	0,5	0	0,0	
	keine Angabe	15	8,0	23	11,2	

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

## 7.4 Charakteristika des Methamphetamin- und Amphetamin-Konsums

### 7.4.1 Dauer, Häufigkeit und Applikationsform

Der erstmalige Konsum von Methamphetamin bzw. Amphetamin lag in der Gesamtstichprobe bei einem Alter zwischen 11 und 60 Jahren. Auch wenn beide Konsumgruppen ein mittleres Erstkonsumalter von zwanzig Jahren berichteten, variierte das Alter des Erstkonsums in der Gruppe der Methamphetamin-Konsumenten stärker im Vergleich zur Gruppe der Amphetamin-Konsumenten (Tab. 10). Hier berichtete ein größerer Anteil an Personen sowohl ein früheres Erstkonsumalter vor dem 16. Lebensjahr als auch ein späteres Erstkonsumalter nach dem 30. Lebensjahr, im Vergleich zu den Amphetamin-Konsumenten.

Ein Langzeitkonsum von 11 oder mehr Jahren wurde in dieser Befragung häufiger von Methamphetamin- als von Amphetamin-Konsumenten berichtet. Nahezu ein Drittel gab einen solchen Konsumzeitraum an, während bei den Amphetamin-Konsumenten nur etwa ein Zehntel mehr als 11 Jahre konsumierte. Dagegen zeichnete sich die Gruppe der Amphetamin-Konsumenten durch einen hohen Anteil an Personen aus, die erst innerhalb der letzten zwei Jahre mit dem Konsum begonnen hatten; dies wurde in der Gruppe der Methamphetamin-Konsumenten deutlich seltener berichtet.

Innerhalb der Gruppe der Methamphetamin-Konsumenten gab ein Drittel der Befragten an, im letzten Monat nahezu täglich (an 20 bis 31 Tagen) konsumiert zu haben, während dies in der Gruppe der Amphetamin-Konsumenten deutlich seltener berichtet wurde. Für die Amphetamin-Konsumenten war hingegen ein ein- bis fünfmaliger Konsum im letzten Monat charakteristisch.

Ein Großteil (88,8%) aller befragten Teilnehmer wies bereits Vorerfahrungen mit anderen illegalen Substanzen auf, bevor sie mit dem Amphetamin- oder Methamphetamin-Konsum begonnen hatten. Etwa die Hälfte aller Befragten (48,5%) hatte zuvor bereits zwei oder mehr andere Substanzen konsumiert. Methamphetamin- und Amphetamin-Konsumenten unterschieden sich nicht hinsichtlich der Anzahl anderer illegaler Substanzen vor Beginn des ATS-Konsums (vgl. Kap. 7.6, Tab. 18).

Inhalative bzw. intravenöse Applikation von ATS war ausschließlich bzw. vornehmlich auf die Gruppe der Methamphetamin-Konsumenten beschränkt. Ein Viertel der Teilnehmer der Methamphetamin-Gruppe konsumierte inhalativ (aber nicht intravenös), ein weiteres Viertel zusätzlich intravenös. Amphetamin wurde hingegen überwiegend nasal konsumiert.

**Tabelle 10: Charakteristika des Methamphetamin- und Amphetamin-Konsums**

		Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		
		M	SD	M	SD	p <sup>b</sup>
Alter bei Erstkonsum in Jahren		20,0	7,2	19,6	5,2	n.s.
Konsum in Jahren		7,5	5,3	4,9	5,1	***
		n	%	n	%	p <sup>c</sup>
Alter bei Erstkonsum in Jahren	≤ 15 Jahre	41	21,9	20	9,8	***
	16-20 Jahre	100	53,5	124	60,5	
	21-30 Jahre	26	13,9	57	27,8	
	≥ 31 Jahre	20	10,7	4	2,0	
Konsum in Jahren	≤ 2 Jahre	36	19,3	91	44,4	***
	3-6 Jahre	64	34,2	62	30,2	
	7-10 Jahre	37	19,8	28	13,7	
	≥ 11 Jahre	50	26,7	24	11,7	
Konsumtage im letzten Monat <sup>a</sup>	0	39	20,9	49	23,9	***
	1-5	57	30,5	104	50,7	
	6-9	14	7,5	22	10,7	
	10-19	16	8,6	17	8,3	
	20-31	61	32,6	13	6,3	
Applikationsform	nasal/oral	96	51,3	198	96,6	***
	nasal/oral/inhalativ	48	25,7	0	0,0	
	nasal/oral/inhalativ/i.v.	43	23,0	7	3,4	
Konsum ohne Schlafpausen	gemäßigte Wachzeiten	22	11,8	78	38,0	***
	oft 2-3 Tage wach	22	11,8	56	27,3	
	extreme Wachzeiten	143	76,5	71	34,6	
Kontrollverlust	ja	71	38,0	15	7,3	***
	nein	116	62,0	190	92,7	

<sup>a</sup> Bei den befragten stationären Patienten Konsumtage im letzten Monat vor stationärer Aufnahme;

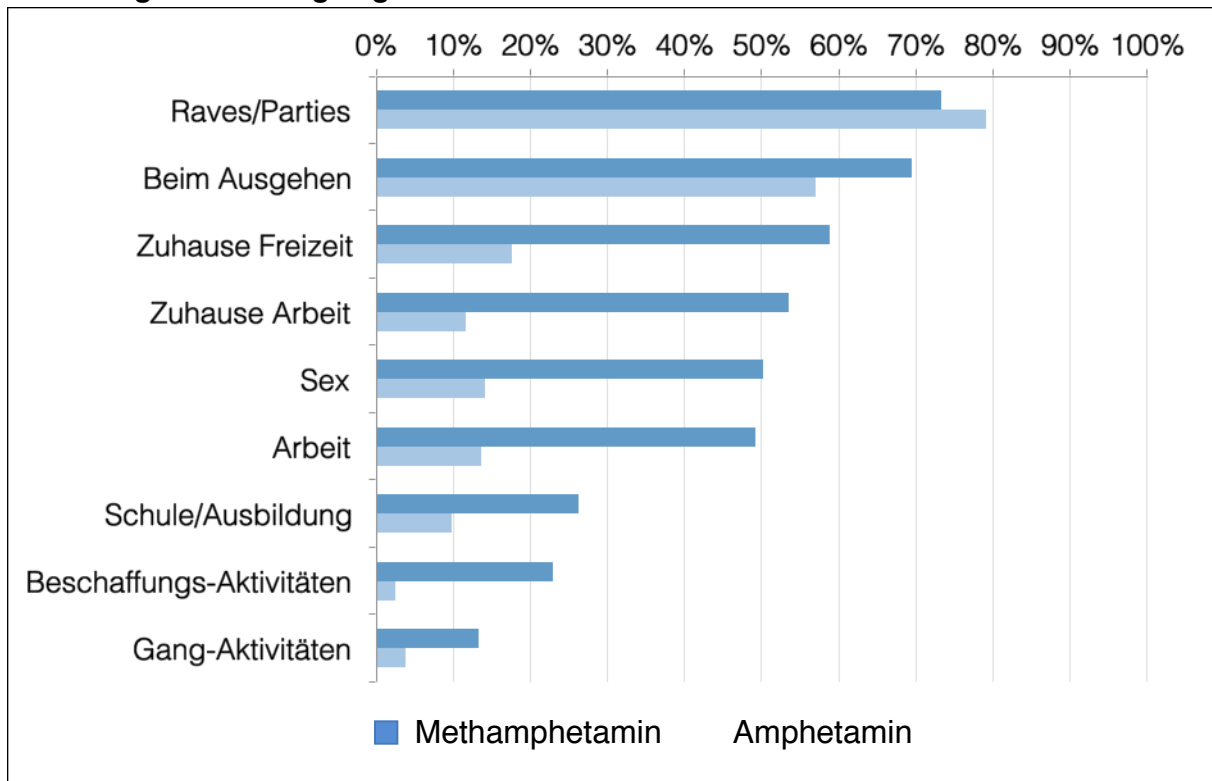
<sup>b</sup> Student's t-test; <sup>c</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\*p < .001; \*\* p < .01; p < .05; n.s. = nicht signifikant.

Extreme Wachzeiten im Zusammenhang mit dem ATS-Konsum wurden häufiger von Methamphetamin-Konsumenten berichtet. Kontrollverlust während des Konsums wurde von etwa einem Drittel der Konsumenten berichtet; diese Teilnehmer berichteten, Methamphetamin bei bestehender Verfügbarkeit ohne Unterbrechung zu konsumieren.

## 7.4.2 Konsumgelegenheiten

Sowohl in der Gruppe der Amphetamin-Konsumenten als auch in der Gruppe der Methamphetamin-Konsumenten gab die Mehrheit der Teilnehmer an, ATS während Partys oder Raves zu konsumieren (s. Abb. 2 und Tab. 11). Neben Partys oder Raves wurde am häufigsten bei weiteren Ausgehgelegenheiten konsumiert, etwa in Bars, bei Tanzveranstaltungen, im Kino oder bei Kulturveranstaltungen.

**Abbildung 2: Konsumgelegenheiten**



Methamphetamin-Konsumenten konsumierten deutlich häufiger außerhalb von Ausgehgelegenheiten im Vergleich zu Amphetamin-Konsumenten. Mehr als die Hälfte dieser Gruppe konsumierte zuhause, z.B. beim Fernsehen, beim Ausüben eines Hobbys, bei Computerspielen oder während des Treffens mit Freunden. Zuhause wurde auch häufig bei sexuellen Aktivitäten konsumiert. Etwa die Hälfte der Methamphetamin-Konsumenten gab an, sowohl während der beruflichen Tätigkeit als auch bei Erledigungen zuhause zu konsumieren.

Konsumenten von Amphetamin berichteten hingegen, vornehmlich im Rahmen von Ausgehgelegenheiten zu konsumieren. Eine kleinere Gruppe der Konsumenten gab an, Amphetamin auch zuhause bei Freizeitaktivitäten oder bei der Erledigung von beruflichen Aufgaben zu konsumieren. Weitere genannte Konsumgelegenheiten waren sexuelle Aktivitäten, Arbeit, Schule oder Ausbildung.

**Tabelle 11: Statistischer Vergleich der Konsumgelegenheiten**

	Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		p <sup>a</sup>
	n	%	n	%	
Raves/Parties	137	73,3	162	79,0	n.s.
Beim Ausgehen	130	69,5	117	57,1	*
Zuhause Freizeit	110	58,8	36	17,6	***
Zuhause Arbeit	100	53,5	24	11,7	***
Sex	94	50,3	29	14,1	***
Arbeit	92	49,2	28	13,7	***
Schule/Ausbildung	49	26,2	20	9,8	***
Beschaffungs-Aktivitäten	43	23,0	5	2,4	***
Gang-Aktivitäten	25	13,4	8	3,9	***

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

#### 7.4.3 Beschaffungswege

353 Teilnehmer machten Angaben zu Beschaffungswegen. Die häufigsten Zugangswege zu Amphetamin oder Methamphetamin waren Freunde, Bekannte oder Lebenspartner (77,6%), oder ein bekannter Dealer (66,9%; s. Tab. 12). Methamphetamin-Konsumenten berichteten häufiger, ATS über das grenznahe Ausland zu beziehen, während dies bei den Amphetamin-Konsumenten ein eher untypischer Zugangsweg war. Nahezu ein Viertel der Methamphetamin-Konsumenten berichtete zudem, ATS über einen Drogen-Großhändler zu beziehen. In der Gruppe der Amphetamin-Konsumenten gab dies wiederum nur ein sehr kleiner Teil der Konsumenten an. Im Unterschied zu den Amphetamin-Konsumenten berichtete ein kleiner Teil der Methamphetamin-Konsumenten (n=8; 4,6%), die Substanz auch schon selbst hergestellt zu haben.

**Tabelle 12: Beschaffungswege von Amphetamin und Methamphetamin (n=353)**

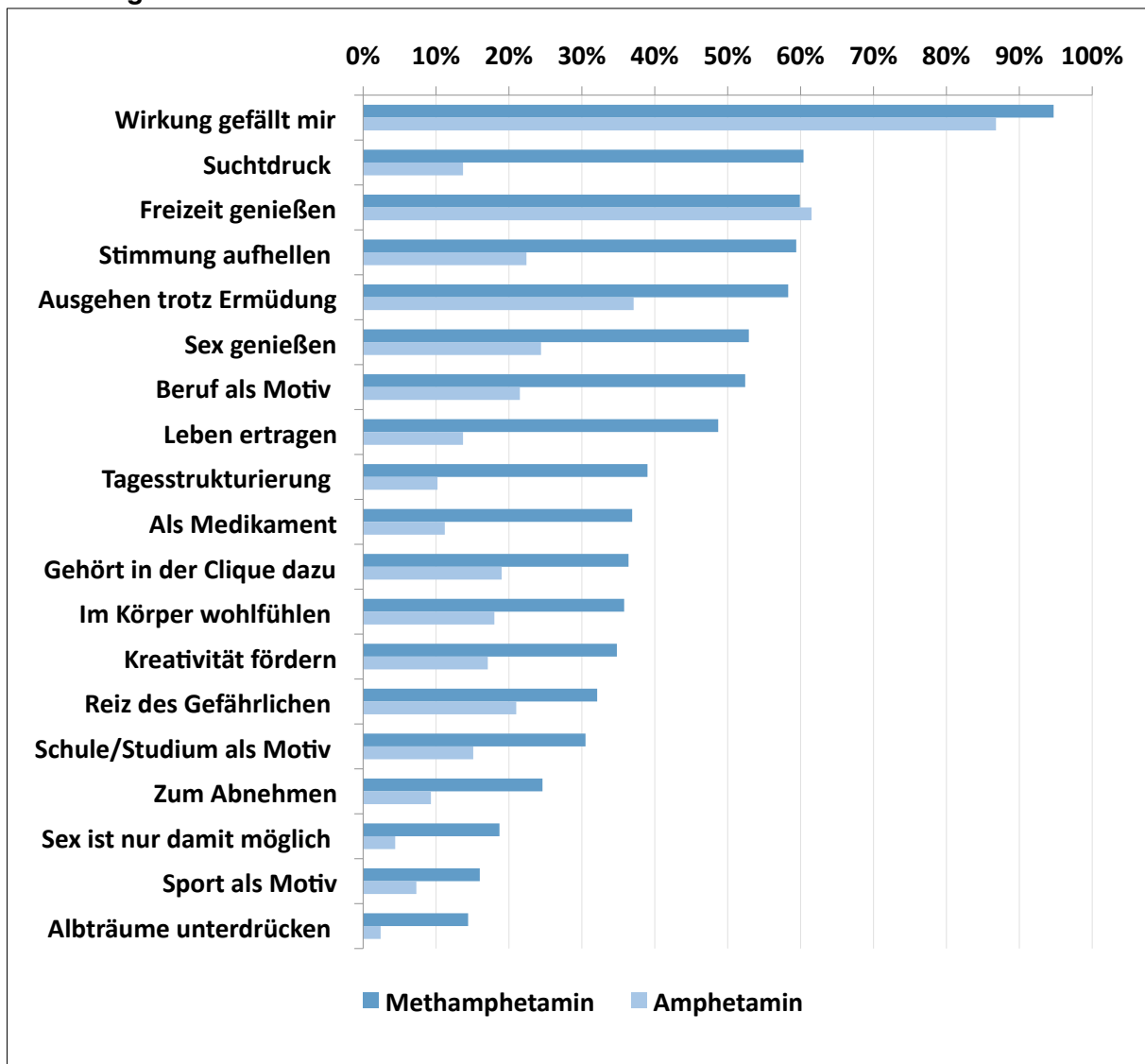
	Methamphetamin (n = 173)		Amphetamin (n = 180)		p <sup>a</sup>
	n	%	n	%	
Freunde, Bekannte,	127	73,4	147	81,7	n.s.
Mitschüler/Arbeitskollege	25	14,5	24	8,9	n.s.
Bekannter Dealer	129	74,6	107	59,4	**
Fremder Dealer	20	11,6	18	10,0	n.s.
Eigene Herstellung	8	4,6	0	0,0	**b
Grenznahes Ausland	46	26,6	8	4,4	***
Vom Großdealer, selbst Dealer	40	23,1	4	2,2	***

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; <sup>b</sup> Exakter Fisher-Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

#### 7.4.4 Konsummotive

Als Hauptmotiv für den Konsum gab ein Großteil der Amphetamin- und Methamphetamin-Konsumenten die angenehme Wirkung der Substanz an (s. Abb. 3). In der Gruppe der Methamphetamin-Konsumenten wird deutlich, dass ein größerer Anteil der Teilnehmer insgesamt eine hohe Anzahl an Motiven für den Konsum berichtete. Neben der angenehmen Wirkung der Substanz (94,7%) waren das Genießen der Freizeit (59,9%), Ausgehen trotz Ermüdung (58,3%) und das Genießen von Sex (52,9%) wichtige Konsummotive. Methamphetamin wurde auch häufig konsumiert, um die Stimmung aufzuhellen (59,4%), das Leben zu ertragen (48,7%) sowie aus beruflichen Gründen (52,4%). Die Mehrheit der Methamphetamin-Konsumenten (60,4%) gab zudem an, aufgrund von Suchtdruck zu konsumieren.

**Abbildung 3: Konsummotive**



Bei den Amphetamin-Konsumenten spielte Suchtdruck eine eher untergeordnete Rolle (13,7%). Amphetamin wurde neben dem Motiv der angenehmen Wirkung (86,8%) vornehmlich konsumiert, um die Freizeit zu genießen (61,5%) und um trotz Ermüdung ausgehen zu können (37,1%). Weiterhin wurde Amphetamin eingesetzt, um sexuelle Aktivitäten zu genießen (24,4%), die Stimmung aufzuhellen (22,4%) und um berufliche Anforderungen zu bewältigen (21,5%).

Für diejenigen Konsumenten, die bereits über zwei Jahre konsumiert hatten, wurden die Konsummotive getrennt für den anfänglichen und späteren Konsum erhoben (Tab. 13).

**Tabelle 13: Veränderung der Konsummotive im Verlauf (n = 265)**

	Methamphetamin					Amphetamin				
	Anfangs		Später		p <sup>a</sup>	Anfangs		Später		p <sup>a</sup>
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Wirkung gefällt mir	132	87,4	113	74,8	***	95	83,3	85	74,6	***
Ausgehen trotz Ermüdung	86	57,0	68	45,0	*	76	66,7	67	58,8	n.s.
Freizeit genießen	85	56,3	69	45,7	**	42	36,8	45	39,5	n.s.
Stimmung aufhellen	72	47,7	78	51,7	n.s.	24	21,1	26	22,8	n.s.
Sex genießen	67	44,4	70	46,4	n.s.	27	23,7	33	28,9	*
Beruf als Motiv	66	43,7	66	43,7	n.s.	25	21,9	24	21,1	n.s.
Gehört in Clique dazu	53	35,1	32	21,2	***	27	23,7	17	14,9	***
Sex ist nur damit möglich	16	10,6	25	16,6	n.s.	4	3,5	6	5,3	n.s.
Kreativität fördern	51	33,8	41	27,2	n.s.	17	14,9	18	15,8	n.s.
Leben ertragen	50	33,1	66	43,7	**	15	13,2	13	11,4	n.s.
Im Körper wohlfühlen	43	28,5	43	28,5	n.s.	22	19,3	19	16,7	n.s.
Suchtdruck	41	27,2	86	57,0	***	11	9,6	20	17,5	*
Schule/Studium als Motiv	38	25,2	29	19,2	n.s.	17	14,9	15	13,2	n.s.
Tagesstrukturierung	37	24,5	54	35,8	***	12	10,5	13	11,4	n.s.
Als Medikament	35	23,2	53	35,1	***	11	9,6	13	11,4	n.s.
Zum Abnehmen	26	17,2	24	15,9	n.s.	9	7,9	9	7,9	n.s.
Sport als Motiv	20	13,2	14	9,3	n.s.	8	7,0	8	7,0	n.s.
Alpträume unterdrücken	16	10,6	18	11,9	n.s.	3	2,6	2	1,8	n.s.
Reiz des Gefährlichen	53	35,1	33	21,9	***	30	26,3	15	13,2	***

<sup>a</sup> Wilcoxon-Test, asymptotische Signifikanz (2-seitig), basiert auf positiven Rängen der Konsummotive zu Beginn des Konsums im Vergleich zum späteren Konsum; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

Dabei zeigte sich in der Gruppe der Methamphetamin-Konsumenten, dass das Motiv, aufgrund der angenehmen Wirkung zu konsumieren, abnahm, wie auch die Motive „gehört in der Clique dazu“, „Freizeit genießen“ oder „Ausgehen trotz Ermüdung“. Zugenommen hatten hingegen die Motive „Tagesstrukturierung“, „Leben ertragen“, „als Medikament“ sowie „Suchtdruck“. Bei den Amphetamin-Konsumenten nahmen ebenfalls die Motive



„gehört in der Clique dazu“ sowie „Wirkung gefällt mir“ ab. Hingegen stieg die Motivation, zu konsumieren, um sexuelle Aktivitäten zu genießen.

## 7.5 Konsum weiterer Substanzen neben ATS

Nahezu alle Studienteilnehmer (97,2%) gaben an, in ihrem Leben bereits Cannabis konsumiert zu haben. Zwei Drittel der befragten Teilnehmer hatten im letzten Monat mindestens einmal Cannabis konsumiert (Tab. 14). Die meisten Teilnehmer berichteten auch Konsumerfahrungen mit Ecstasy/MDMA (91,4%), sowie mit Kokain (79,6%).

**Tabelle 14: Konsum weiterer Substanzen (1)**

		Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		p <sup>a</sup>
		n	%	n	%	
Cannabis	noch nie im Leben	7	5,7	4	2,0	n.s.
	1-4 Mal im Leben	8	4,3	7	3,4	
	≥ 5 Mal im Leben	172	92,0	194	94,6	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	113	60,4	155	75,6	***
Ecstasy/MDMA	noch nie im Leben	23	12,3	11	5,4	*
	1-4 Mal im Leben	23	12,3	29	14,1	
	≥ 5 Mal im Leben	141	75,4	165	80,5	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	61	32,6	109	53,2	***
Kokain	noch nie im Leben	31	16,6	49	23,9	*
	1-4 Mal im Leben	50	26,7	71	34,6	
	≥ 5 Mal im Leben	106	56,7	85	41,5	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	36	19,3	48	23,4	n.s.
Crack	noch nie im Leben	151	80,8	194	94,7	***
	1-4 Mal im Leben	18	9,6	6	2,9	
	≥ 5 Mal im Leben	18	9,6	5	2,4	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	5	2,7	2	1,0	n.s.
LSD	noch nie im Leben	79	42,3	85	41,5	**
	1-4 Mal im Leben	41	21,9	70	34,1	
	≥ 5 Mal im Leben	67	35,8	50	24,4	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	21	11,2	33	16,1	n.s.
Psychedelische Pilze	noch nie im Leben	55	29,4	75	36,6	n.s.
	1-4 Mal im Leben	43	23,0	51	24,9	
	≥ 5 Mal im Leben	89	47,6	79	38,5	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	20	10,7	26	12,7	n.s.

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

Erfahrungen mit Heroin wiesen ein Viertel aller Befragten auf (24,2%). Im letzten Monat hatte ein Zehntel (9,7%) Heroin konsumiert (Tab. 15).

**Tabelle 15: Konsum weiterer Substanzen (2)**

		Methamphetamin		Amphetamin		p <sup>a</sup>
		(n = 187)		(n = 205)		
		n	%	n	%	
Heroin	noch nie im Leben	119	63,7	178	86,8	***
	1-4 Mal im Leben	15	8,0	9	4,4	
	≥ 5 Mal im Leben	53	28,3	18	8,8	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	27	14,4	11	5,4	**
Andere illegale Opioide	noch nie im Leben	127	0,7	171	0,8	***
	1-4 Mal im Leben	22	11,8	18	8,8	
	≥ 5 Mal im Leben	38	20,3	16	7,8	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	12	6,4	10	4,9	n.s.
Opioid- Medikamente	noch nie im Leben	94	50,3	140	68,3	***
	1-4 Mal im Leben	26	13,9	32	15,6	
	≥ 5 Mal im Leben	67	35,8	33	16,1	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	29	15,5	11	5,4	***
Verschreibungs- pflichtige Beruhigungsmittel	noch nie im Leben	92	49,2	120	58,7	**
	1-4 Mal im Leben	22	11,8	35	17,1	
	≥ 5 Mal im Leben	73	39,0	50	24,2	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	41	21,9	26	12,7	*
Stimulierende „Legal Highs“ bzw. „Research Chemicals“	noch nie im Leben	123	65,8	123	60,0	n.s.
	1-4 Mal im Leben	32	17,1	50	24,4	
	≥ 5 Mal im Leben	32	17,1	32	15,6	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	17	9,1	17	8,3	n.s.
Beruhigende „Legal Highs“ bzw. „Research Chemicals“	noch nie im Leben	159	85,0	177	86,3	n.s.
	1-4 Mal im Leben	16	8,6	20	9,8	
	≥ 5 Mal im Leben	12	6,4	8	3,9	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	7	3,7	4	2,0	n.s.
Synthetische Cannabinoide, „Räuchermischungen“	noch nie im Leben	114	60,9	142	69,3	**
	1-4 Mal im Leben	31	16,6	42	20,5	
	≥ 5 Mal im Leben	42	22,5	21	10,2	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	20	10,7	6	2,9	**

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

Methamphetamin-Konsumenten wiesen in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zu Amphetamin-Konsumenten häufiger Erfahrungen mit Heroin-Konsum, anderen illegalen Opioiden, Opioid-Medikamenten, verschreibungspflichtigen Beruhigungsmitteln und synthetischen Cannabinoiden auf (Tab. 15). 42,1% aller Befragten gaben an, schon einmal Ketamin konsumiert zu haben (Tab. 16). Für den letzten Monat berichtete dies ein Zehntel der Teilnehmer (10,5%).

**Tabelle 16: Konsum weiterer Substanzen (3)**

		Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		p <sup>a</sup>
		n	%	n	%	
Ketamin	noch nie im Leben	104	55,7	123	60,0	n.s
	1-4 Mal im Leben	33	17,6	43	21,0	
	≥ 5 Mal im Leben	50	26,7	39	19,0	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	16	8,6	25	12,2	
GHB/ GBL („Liquid Ecstasy“)	noch nie im Leben	90	48,1	148	72,2	***
	1-4 Mal im Leben	40	21,4	38	18,5	
	≥ 5 Mal im Leben	57	30,5	19	9,3	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	19	10,2	10	4,9	
Anabolika	noch nie im Leben	167	89,3	198	96,6	*
	1-4 Mal im Leben	7	3,7	2	1,0	
	≥ 5 Mal im Leben	13	7,0	5	2,4	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	4	2,1	2	1,0	
Ärztlich verordnete Psychopharmaka	noch nie im Leben	104	55,6	154	75,1	***
	1-4 Mal im Leben	20	10,7	15	7,3	
	≥ 5 Mal im Leben	63	33,7	36	17,6	
	≥ 1 Mal im letzten Monat	32	17,1	25	12,2	

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

Erfahrungen mit GHB oder GBL (39,3%) oder mit ärztlich verordneten Psychopharmaka (34,2%) wurden ebenfalls häufig berichtet. Im letzten Monat wurde GHB bzw. GBL von 7,4% der Teilnehmer konsumiert, Psychopharmaka von 14,5% der Befragten. Für die Gruppe der Methamphetamin-Konsumenten war charakteristisch, dass diese häufiger Erfahrungen mit GHB/GBL, Anabolika und ärztlich verordneten Psychopharmaka aufwiesen als die Gruppe der Amphetamin-Konsumenten.

Glücksspiel um Geld an mindestens fünf Tagen im letzten Monat berichtete eine ganze Reihe von Methamphetamin-Konsumenten (n = 25; 13,4%). Von Amphetamin-Konsumenten wurde dies nur sehr selten berichtet (n = 6; 2,9%).

## 7.6 Konsum weiterer Substanzen vor Beginn des ATS-Konsums

Ein Großteil der befragten Teilnehmer (80,6%) gab an, vor dem Konsum von Amphetamin und Methamphetamin bereits Cannabis konsumiert zu haben (Tab. 17). Etwa ein Drittel der Teilnehmer (35,5%) hatte zuvor Ecstasy oder MDMA konsumiert. Ein vorangegangener Konsum von psychedelischen Pilzen (16,1%) oder LSD (11,5%) wurde ebenfalls berichtet. Methamphetamin-Konsumenten hatten vor dem Beginn des ATS-Konsums wesentlich häufiger schon GHB / GBL probiert bzw. konsumiert als Amphetamin-Konsumenten; diese wiederum hatten häufiger vorher bereits Cannabis konsumiert als die Methamphetamin-Konsumenten.

**Tabelle 17: Konsum weiterer Substanzen vor Beginn des ATS-Konsums**

	Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		p <sup>a</sup>
	n	%	n	%	
Cannabis	142	75,9	174	84,9	*
Ecstasy / MDMA	62	33,2	77	37,6	n.s.
Kokain	31	16,6	28	13,7	n.s.
Crack	1	0,5	1	0,5	n.s.
LSD	20	10,7	25	12,2	n.s.
Psychedelische Pilze	25	13,4	38	18,5	n.s.
Heroin	9	4,8	6	2,9	n.s.
Andere illegale Opioide	3	1,6	4	2,0	n.s.
Opioid-Medikamente	5	2,7	1	0,5	n.s.
Verschreibungspflichtige Beruhigungsmittel	2	1,1	6	2,9	n.s. <sup>b</sup>
Stimulierende „Legal Highs“ bzw. „Research Chemicals“	4	2,1	9	4,4	n.s.
Beruhigende „Legal Highs“ bzw. „Research Chemicals“	1	0,5	0	0,0	n.s. <sup>b</sup>
Synthetische Cannabinoide, „Räuchermischungen“	1	0,5	0	0,0	n.s. <sup>b</sup>
Ketamin	8	4,3	3	1,5	n.s. <sup>b</sup>
GHB / GBL („Liquid Ecstasy“)	12	6,4	2	1,0	**
Anabolika	1	0,5	0	0,0	n.s. <sup>b</sup>
Ärztlich verordnete Psychopharmaka	2	1,1	2	1	n.s. <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; <sup>b</sup> Exakter Fisher-Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

Im Folgenden wird dargestellt, ob bzw. wie viele illegale Substanzen vor dem ATS-Erstkonsum bereits konsumiert wurden (Tab. 18). Hierbei fällt auf, dass die befragten Methamphetamin-Konsumenten gemäß ihrer Angaben doppelt so häufig wie die Amphetamin-Konsumenten ihren Stimulanzien-Konsum begonnen hatten, ohne jemals zuvor eine andere illegale Substanz konsumiert zu haben (15,5%). Von den Konsumenten mit „1 Substanz“ als Vorerfahrung wurde meist vorher Cannabis konsumiert, manchmal auch eine andere Substanz, wie Ecstasy/MDMA. Die Konsumenten mit „>2 Substanzen“ hatten teilweise umfangreiche Vorerfahrungen mit einer Vielzahl von Substanzen.

**Tabelle 18: Anzahl der vor dem ATS-Einstieg bereits konsumierten Substanzen**

	Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		p <sup>a</sup>
	n	%	n	%	
keine Vorerfahrung	29	15,5	15	7,3	n.s.
1 Substanz	74	39,6	84	41,0	
2 Substanzen	42	22,5	58	28,3	
>2 Substanzen	42	22,5	48	23,4	

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

## 7.7 Mischkonsum

Die meisten Befragten berichteten von einem Mischkonsum mit weiteren Substanzen neben Amphetamin oder Methamphetamin (Tab. 19). Am häufigsten wurde im Zuge des ATS-Gebrauchs Cannabis konsumiert (57,4%). Dabei wurde der Beikonsum von Cannabis meist als Mittel zur Dämpfung oder Beendigung der Wirkung des Amphetamins oder Methamphetamins eingesetzt.

**Tabelle 19: Gebrauch weiterer Substanzen bei derselben Konsumgelegenheit**

	Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		p <sup>a</sup>
	n	%	n	%	
Cannabis	107	57,2	118	57,6	n.s.
Ecstasy/ MDMA	60	32,1	71	34,6	n.s.
Kokain	34	18,2	18	8,8	**
LSD	23	12,3	19	9,3	n.s.
Psychedelische Pilze	15	8,0	12	5,9	n.s.
Heroin	24	12,8	5	2,4	***
Andere illegale Opioide	3	1,6	5	2,4	n.s. <sup>b</sup>
Opioid-Medikamente	9	4,8	2	1,0	*
Verschreibungspflichtige Beruhigungsmittel	31	16,6	16	7,8	**
Stimulierende „Legal Highs“ bzw. „Research Chemicals“	4	2,1	1	0,5	n.s. <sup>b</sup>
Beruhigende „Legal Highs“ bzw. „Research Chemicals“	0	0,0	1	0,5	n.s. <sup>b</sup>
Ketamin	10	5,3	12	5,9	n.s.
GHB/ GBL („Liquid Ecstasy“)	13	7,0	7	3,4	n.s.
Ärztlich verordnete Psychopharmaka	2	1,1	0	0,0	n.s. <sup>b</sup>
Alkohol	55	29,4	56	27,3	n.s.
Andere Substanzen	27	14,4	20	9,8	n.s.

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; <sup>b</sup> Exakter Fisher-Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

Ein Drittel der befragten Konsumenten (33,4%) gab an, zusammen mit ATS auch Ecstasy oder MDMA zu konsumieren. 10,7% berichteten von einem Mischkonsum mit LSD oder psychedelischen Pilzen (6,9%). 7,4% gaben an, ATS-Konsum mit Heroinkonsum zu verbinden. Zwölf Prozent der Befragten kombinierten den ATS-Konsum mit verschreibungspflichtigen Beruhigungsmitteln. Eine Kombination des ATS-Konsums mit Alkohol wurde ebenfalls häufig (28,3%) berichtet. In der Methamphetamingruppe fiel besonders der vergleichsweise hohe Mischkonsum von ATS mit Heroin, Kokain und Beruhigungsmitteln auf.

## 7.8 Psychische Symptome

Mehr als die Hälfte aller Befragten gab an, schon einmal im Leben unter einer schweren Depression (52,8%) oder unter schweren Angst- und Spannungszuständen (53,8%) gelitten zu haben. Innerhalb des letzten Monats hatten 19,4% gemäß ihrer Angaben eine schwere Depression erlebt, 23,0% schwere Angst- und Spannungszustände. Knapp die Hälfte (44,1%) der Teilnehmer gab an, schon einmal Halluzinationen erlebt zu haben; dies berichteten 13,3% für den letzten Monat (Tab. 20).

Knapp vierzig Prozent (39,5%) aller Teilnehmer hatten in ihrem Leben schon mindestens einmal ernsthafte Suizidgedanken gehabt, was etwa gleich häufig von der Methamphetamin- und Amphetamin-Gruppe berichtet wurde. Die Methamphetamin-Gruppe wies häufigere Nennungen von tatsächlich durchgeführten Suizidversuchen auf (19,8% vs. 9,8%)<sup>7</sup>.

**Tabelle 20: Psychische Probleme**

	Lebenszeit					Letzter Monat <sup>a</sup>				
	Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		p <sup>b</sup>	Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		p <sup>b</sup>
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Schwere Depression	108	57,8	99	48,3	n.s.	44	23,5	32	15,6	*
Schwere Angst- und Spannungszustände	113	60,4	98	47,8	*	50	26,7	40	19,5	n.s.
Halluzinationen	93	49,7	80	39,0	*	26	13,9	26	12,7	n.s.
Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration	140	74,9	127	62,0	**	83	44,4	81	39,5	n.s.
Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	73	39,0	51	24,9	**	21	11,2	8	3,9	**
Ernsthafte Suizidgedanken	75	40,1	80	39,0	n.s.	15	8,0	10	4,9	n.s.
Suizidversuch	37	19,8	20	9,8	**	1	0,5	2	1,0	n.s. <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Bei stationären Patienten wurde nach den letzten 30 Tagen vor Aufnahme gefragt; <sup>b</sup> Chi-Quadrat Test;

<sup>c</sup> Exakter Fisher-Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

Bezogen auf das gesamte Leben berichteten Methamphetamin-Konsumenten im Vergleich zu Amphetamin-Konsumenten in der vorliegenden Stichprobe häufiger schwere Angst- und Spannungszustände, Halluzinationen und Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration. Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren und Suizidversuche wurden ebenfalls häufiger genannt.

<sup>7</sup> Es handelt sich hierbei um Selbsteinschätzungen, nicht um klinisch abgesicherte Diagnosen.

Die Hälfte (49,0%) aller ATS-Konsumenten gab an, während des letzten Monats gar nicht an psychischen Problemen gelitten zu haben (Tab. 21). Methamphetamin-Konsumenten berichteten dies in der vorliegenden Stichprobe seltener als Amphetamin-Konsumenten.

**Tabelle 21: Anzahl der Tage im letzten Monat mit psychischen Problemen**

	Methamphetamin (n = 187)		Amphetamin (n = 205)		p <sup>a</sup>
	n	%	n	%	
gar nicht	74	39,6	118	57,6	***
1-4 Tage	28	15,0	27	13,2	
5-9 Tage	23	12,3	20	9,8	
10-19 Tage	27	14,4	6	7,8	
20-30 Tage	35	18,7	24	11,7	

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

## 7.9 Frühe Traumatisierungen und weitere belastende Erfahrungen

Bei der Gruppe der Teilnehmer, die persönlich befragt wurden (n = 145), konnten frühe negative Entwicklungsbedingungen (sexuelle Gewalt, körperliche Gewalt, emotionale Gewalt, körperliche Vernachlässigung, emotionale Vernachlässigung, Scheidung der Eltern oder frühe Trennung, häusliche Gewalt, Suchterkrankungen oder psychische Probleme im Elternhaus, Haftaufenthalt eines Familienmitgliedes) anhand des „Adverse Childhood Experience Questionnaire“ (ACE-D) [46] erhoben werden<sup>8</sup>. Diese Teilstichprobe umfasste Teilnehmer aus dem stationären Bereich sowie Klienten von Beratungsstellen. Von 126 Teilnehmern konnten Angaben dazu erhalten werden.

Mindestens eine frühe negative Entwicklungsbedingung berichteten 81,7% der Methamphetamin-Konsumenten und 90,9% der Amphetamin-Konsumenten. Methamphetamin- und Amphetamin-Konsumenten gaben häufig an, dass vier oder mehr frühe negative Entwicklungsbedingungen vorgelegen hätten (Tab. 22).

**Tabelle 22: Anzahl früher negativer Entwicklungsbedingungen (ACE-D; n=126)**

	Methamphetamin (n = 104)		Amphetamin (n = 22)		p <sup>a</sup>
	n	%	n	%	
keine	19	18,3	2	9,1	n.s.
1	12	11,5	1	4,5	
2	10	9,6	1	4,5	
3	17	16,3	3	13,6	
4-10	46	44,2	15	68,2	

<sup>a</sup> Exakter Fisher-Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

<sup>8</sup> Der ACE-D erfragt, ob die genannten Erlebnisse bzw. Umstände „vor dem 18. Geburtstag“ vorgelegen hatten.



Wurden die verschiedenen Formen früher Traumatisierungen<sup>9</sup> betrachtet (Tab. 23), so berichtete etwa ein Drittel der Methamphetamin-Konsumenten und die Hälfte der Amphetamin-Konsumenten, körperlicher Misshandlung ausgesetzt gewesen zu sein. Formen emotionaler Traumatisierung wurden mit noch größerer Häufigkeit berichtet

**Tabelle 23: Frühe Traumatisierungen (ACE-D; n=126)**

	Methamphetamin (n = 104)		Amphetamin (n = 22)		p <sup>a</sup>
	n	%	n	%	
Emotionaler Misshandlung	42	40,4	13	59,1	n.s.
Körperlicher Misshandlung	36	34,6	11	50,0	n.s.
Sexueller Missbrauch	15	14,4	3	13,6	n.s.
Emotionale Vernachlässigung	50	48,1	17	77,3	*
Körperliche Vernachlässigung	13	12,5	6	27,3	n.s.

<sup>a</sup> Chi-Quadrat Test; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; n.s. = nicht signifikant.

## 7.10 Umstände des Erstkonsums

Mit einer Freitextfrage wurden die Umstände des Erstkonsums, die damaligen Konsumgründe und Vorstellungen – etwa hinsichtlich möglicher Gefahren und Erwartungen – erfasst. Diese Frage war bewusst sehr offen formuliert worden, um mittels der qualitativen Inhaltsanalyse auch unerwartete Aspekte erfassen zu können. Als Oberkategorien wurden bei der Analyse – jeweils auf den Erstkonsum bezogen – *Umstände und Gründe* (Kap. 7.10.1), sowie *Gefahren einschätzung und Erwartungen* (Kap. 7.10.2) zugrunde gelegt. Zu den Umständen und Gründen wurden 8 Kategorien, zu Gefahren einschätzung und Wirkerwartungen wurden 4 Kategorien gebildet, die im Folgenden dargestellt werden.

### 7.10.1 Umstände und Gründe

#### 7.10.1.1 Party / Freizeitveranstaltung

Häufig wurde von den Teilnehmern angegeben, erstmalig auf Tanzveranstaltungen in Clubs oder auf Festivals (Techno-Partys/Raves) konsumiert zu haben. Auch öffentliche und private Veranstaltungen der schwulen Partyszene wurden genannt. Vereinzelt wurde von Geburtstagen oder Familienfeiern als Ort des erstmaligen Konsums berichtet. In manchen Fällen wurde erstmalig konsumiert „um länger durchzuhalten“, d.h. weil bekannt war, dass Amphetamin, wie auch Methamphetamin, wach hält und man länger und ausgelassener tanzen und feiern kann. Manchmal erfolgte die Auswahl der Substanzen auch zufällig oder bedingt dadurch, dass das eigentlich gesuchte MDMA oder Cannabis nicht erhältlich war.

<sup>9</sup> Der ACE-D erfragt, ob die genannten Erlebnisse bzw. Umstände „vor dem 18. Geburtstag“ vorgelegen hatten.

### **7.10.1.2 Neugier**

Bei den meisten Nennungen wurde auf die bestehende Neugier als Grund für den ersten Konsum verwiesen. Manche Konsumenten berichteten, dass spontan das Interesse aufgekommen war, als Freunde „Speed“ oder „Crystal“ angeboten hatten. Andere Teilnehmer wiederum hatten sich bereits vorher schon lange für die jeweilige Substanz interessiert.

### **7.10.1.3 Freundeskreis**

Häufig fand der erste Konsum im privaten Umfeld im Zusammenhang mit dem Freundeskreis statt. Oft wurde auch über eine bereits beobachtete starke Verbreitung der Substanz im persönlichen Umfeld berichtet. Insbesondere diejenigen Teilnehmer, die bereits in sehr jungem Alter erstmalig konsumiert hatten, nannten hier private Treffen mit ihren älteren Freunden oder dem Freundeskreis älterer Geschwister:

*Freunde machten dies regelmäßig und in unserem Dorf saß man direkt an der Quelle. Ich wollte es auch mal ausprobieren.*

*Eltern waren nicht da, ein paar ältere Freunde hatten Crystal mitgebracht. Keine Gedanken gemacht.*

*Ich bin von der Spätschicht heim gekommen und meine Freunde wollten noch weg gehen. Ich war zu müde, und sie haben mich überredet.*

### **7.10.1.4 Partner**

Häufig wurde auch berichtet über den festen Partner erstmalig mit Amphetamin oder „Crystal“ in Berührung gekommen zu sein. In manchen Fällen wurde angegeben, man habe „das auch mal probieren“ wollen, was der Partner schon lange genommen habe. Dabei wurde meist eine bewusste Entscheidung geschildert, es einmal „gemeinsam“ zu probieren.

### **7.10.1.5 Arbeit oder Schule**

Es fanden sich eine Reihe von Darstellungen, die auf einen bewussten Erstkonsum am Arbeitsplatz oder in der Schule hindeuteten. Teilweise wurden keine speziellen Gründe oder die oben bereits beschriebenen Gründe – etwa Neugier – genannt. Daneben wurde auch berichtet, bewusst zur Leistungssteigerung erstmalig Amphetamin oder Methamphetamin konsumiert zu haben:

*Auf Montage durch einen damaligen Arbeitskollegen. Er fragte mich, ob ich auch mal probieren möchte. Joa, so kam eins zum anderen... .*

*Ich wollte es ausprobieren, weil ich schon so viel darüber gelesen habe und ich dachte, es könne mir vor den Klausuren helfen.*

*Druck in der Schule.*

### **7.10.1.6 Drogenszene und prekäre Lebensumstände**

Der erstmalige ATS-Konsum von Teilnehmern, die sich bereits im Umfeld einer „harten“ Drogenszene (etwa Opiate) befanden, oder selbst diese Drogen konsumierten, wurde vor allem in Bezug auf „Crystal“, nur selten in Bezug auf „Speed“ berichtet<sup>10</sup>. Weiter fanden sich Berichte, erstmalig im Rahmen der Straßenprostitution oder einer Obdachlosigkeit konsumiert zu haben, mit dem Ziel, diese Lebensumstände besser bewältigen zu können:

*Crystal: mit 25 Jahren, Straßendrogenszene in Frankfurt, Bock auf "Frankfurter Cocktail i.V." (Heroin + Crystal), weil es kein Crack gab.*

### **7.10.1.7 Sex**

Der erstmalige Konsum von Methamphetamin mit dem konkreten Ziel, besonders intensive sexuelle Erfahrungen zu machen, wurde insbesondere von Teilnehmern beschrieben, die anhand der Fragen zur Gruppenzugehörigkeit angaben, einer schwulen „Sexparty“-Szene anzugehören und entsprechende Örtlichkeiten zu frequentieren<sup>11</sup>. An diesen Örtlichkeiten fand oft auch tatsächlich der erste Konsum statt. In geringem Umfang wurden sexuelle Erfahrungen auch unabhängig von der subjektiven Zugehörigkeit zu dieser „Szene“ genannt, oder es wurde explizit auf heterosexuelle Sexualkontakte eingegangen. In allen genannten Konstellationen wurden dabei als Sexualpartner sowohl der feste Lebenspartner als auch Zufallsbekanntschaften genannt. Die betreffenden sexuellen Erlebnisse wurden häufig, aber nicht immer, als außergewöhnlich intensiv und lang andauernd beschrieben.

### **7.10.1.8 Restkategorie**

In einer Restkategorie wurden Einzelnennungen, aber auch wiederholt genannte, besonders belastende Ereignisse, Erfahrungen und psychische Probleme zusammengefasst. Neben Liebeskummer, Jobverlust, Problemen im Elternhaus, Tod des Partners oder eines anderen Familienmitglieds und Depressionen wurden hier z.B. auch Unfälle genannt:

*Ich hatte einen Autounfall, habe mir die Wirbelsäule gebrochen. Es ist meistens so, wenn viele schlechte Dinge zusammen kommen, dann kriegt man Kontakt mit dem Zeugs, dann greift man leicht hin.*

---

<sup>10</sup> Hierbei handelte es sich um Teilnehmer, die online an der Befragung teilgenommen hatten. Stationäre Patienten sowie Beratungsklienten mit vorangegangenen Opioid-Abhängigkeitssyndrom wurden gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien nicht in die Studie einbezogen.

<sup>11</sup> Dabei können keine Aussagen zur sexuellen Orientierung der betreffenden Teilnehmer gemacht werden.

## 7.10.2 Gefahreneinschätzung und Erwartungen

### **7.10.2.1 Keine Gefahren erwartet**

In dieser Unterkategorie wurden die Schilderungen von Teilnehmern zusammengefasst, die keine nennenswerten Gefahren erwartet hatten. So wurde etwa geschildert, dass man sich im Vorfeld gut über die Substanz informiert habe und angenommen wurde, Amphetamin sei generell oder bei moderatem Konsum relativ ungefährlich, dass man in einem aufmerksamen Freundeskreis erstmalig konsumierte, aber auch, dass man die Gefährlichkeit beim Erstkonsum verkannt habe:

*Über Gefahren hab ich nicht nachgedacht, da alle anderen sehr erfahren waren und ein Auge auf mich gehabt haben.*

*Damals war ich noch "jung und dumm", hatte also keine Informationen eingeholt und somit auch nicht wirklich Angst.*

### **7.10.2.2 Nicht über Gefahren nachgedacht**

Hier wurde dargestellt, dass man sich „in der Situation“ über mögliche Gefahren keine Gedanken gemacht habe. Dabei fanden sich Äußerungen, die einen generell risikofreudigen Lebensstil oder eine Selbstverständlichkeit des Drogenkonsums nahe legten:

*Gefahren waren mir egal ... ich lebe gerne gefährlich ... bin mittlerweile von Drogen auf Extremsport umgestiegen.*

*Für mich ist Drogen nehmen, wie für Sie Joghurt essen.*

### **7.10.2.3 Gefahren waren bekannt**

Andere Teilnehmer berichteten, dass ihnen im Vorfeld die Risiken des Konsums bekannt gewesen seien und dass sie diese bewusst in Kauf genommen hätten. Teilweise wurden auch konkrete Risiken benannt, vor allem körperliche und psychische Schäden. Es fanden sich eine Reihe von Schilderungen, denen zufolge bereits beim ersten Probieren ein möglichst „sicherer“ Konsum angestrebt wurde:

*Die Gefahren wusste ich schon, ich kannte jemanden, der das schon länger macht. Der hatte Psychosen.*

*Dank vorheriger Information hatte ich keine falsche Erwartung, Safer Use Regeln eingehalten (Set + Setting, eigenes Ziehrohr, ...).*

*Natürlich ist es mir bewusst, dass Pep nicht „gesund“ sein kann und Nebenwirkungen mit sich führt: Abhängigkeit, körperliche Schäden beim hohen Konsum.*

#### **7.10.2.4 Unkenntnis der Substanzen**

Einige Teilnehmer berichteten, dass sie vor dem Erstkonsum keine Kenntnisse oder Vorstellungen hinsichtlich des Stimulanzien-Konsums gehabt hätten. Im Fall von Methamphetamin wurde mehrfach berichtet, dass Bekannte dieses als „Speed“ bezeichnet hätten und man davon ausgegangen sei, es handele sich um Amphetamin. Einzelnen Nennungen zufolge kamen Teilnehmer auch zu einem Methamphetamin-Konsum mit schwerer Abhängigkeitsentwicklung, die keinerlei Vorerfahrungen mit illegalen Drogen hatten und denen „Crystal“ zur Leistungssteigerung bei der Arbeit empfohlen wurde:

*Wir hatten keine Erwartungen hinsichtlich der Wirkung. In der Schule nur über Cannabis Prävention. Von Speed keine Ahnung. Ganz anders als vorgestellt.*

*Bekannter kam und sagte, er hätte da was, so was ähnliches wie Speed. Ich konnte ja nicht wissen, dass das so stark psychisch abhängig macht. Ich war danach 3 oder 4 Tage lang wach.*

*Erstkonsum bei einem Umzug (Möbel schleppen). Von Wirkungen, möglichen Gefahren wusste ich gar nichts, null. Ein Mithelfer hat es angeboten.*

### **7.11 Subjektive Bewertung von Konsum, Hilfsangeboten und Prävention**

#### **7.11.1 Problemeinschätzung in Bezug auf den Stimulanzienkonsum**

Nach ihrer subjektiven Einschätzung dazu befragt, wie problematisch ihr Stimulanzienkonsum sei, gaben mehr als 90% der Amphetamin-Konsumenten an, dass ihr Konsum „gar nicht“ bzw. „etwas problematisch“ einzuschätzen sei (45,4% bzw. 44,9%; n=205). Als „ziemlich“ bzw. „sehr problematisch“ schätzten nur jeweils 4,9% ihren Konsum ein. Von den Methamphetamin-Konsumenten ging nur weniger als die Hälfte davon aus, dass ihr Konsum „gar nicht“ bzw. „etwas problematisch“ sei (17,1% bzw. 27,3%; n=187), wohingegen jeweils etwa ein Viertel ihren Konsum als „ziemlich“ bzw. „sehr problematisch“ einschätzte (25,1% bzw. 27,3%) und ein kleiner Teil angab, „unentschlossen“ zu sein (3,2%). Im Folgenden finden sich Befunde zu den jeweiligen subjektiven Begründungen, die im Freitext genannt wurden.

##### **7.11.1.1 Einschätzung des Konsums als „gar nicht problematisch“**

Von den Methamphetamin-Konsumenten wurde als Begründung für diese Einschätzung überwiegend genannt, dass es ihnen gelungen sei, ihren Konsum stark einzuschränken oder sie sich inzwischen in Richtung Abstinenz entwickeln würden. Lediglich in Einzelfällen wurde ein moderates Konsummuster ohne wahrgenommene Folgen beschrieben:

*Beide Substanzen konsumiere ich recht selten, meine alltäglichen Alltagsabläufe, Arbeit etc. haben nie darunter gelitten.*

*Ich konsumiere Methamphetamin sowie Amphetamin seit 7-8 Jahren in unregelmäßigen Abständen. Im Sommer vor 5 Jahren konsumierte ich über 2-3 Monate fast jedes Wochenende [...]. Seitdem beschränkt sich mein Konsum auf 4-6 Sessions im Jahr.*

Als weiterer Grund für eine unproblematische Einschätzung des Konsums wurde genannt, dass manche Teilnehmer Aspekte der Wirkung von Beginn ihres Konsums an als unangenehm erlebt hätten und sich deshalb lediglich eine moderate Konsumhäufigkeit ergeben habe:

*Darüber hinaus ist eine Überdosierung (die bei mir durch hohe Sensibilität bei geringen Mengen schon entsteht) äußerst unangenehm [...].*

Amphetamin-Konsumenten, die keine Probleme wahrnahmen, nannten an dieser Stelle zumeist seltenen Gelegenheitskonsum, der ausschließlich in Freizeitkontexten stattfindet:

*Nehme lediglich auf Festivals oder beim Feiern etwas. Das kommt nicht oft vor, da ich viel arbeite, auch am Wochenende, und ich diese zwei Sachen niemals miteinander verbinden werde.*

*Früher oft Pep [„Speed“] gezogen um besser zu lernen, zu feiern, zu arbeiten oder einfach aus Langeweile, allerdings fast nie alleine, meistens mit Freunden. Mittlerweile sehr seltener Gelegenheitskonsum, nur wenn mir etwas angeboten wird und dann nehme ich auch nur selten an.*

Aber auch häufigerer Konsum („jedes Wochenende“) wurde von einzelnen Konsumenten als „gar nicht problematisch“ bewertet, wenn sie beruflich und sozial eingebunden waren und ausschließlich bei Freizeitveranstaltungen konsumierten.

#### **7.11.1.2 Einschätzung des Konsums als „etwas problematisch“**

Unter den Methamphetamin-Konsumenten mit dieser Einschätzung fanden sich zum einen Teilnehmer, die ihren Konsum bereits stark verringert, auch bereits stationäre Entzüge absolviert hatten und nun versuchten, ein moderates Konsummuster beizubehalten, teilweise mit erneuten „exzessiven Phasen“:

*Ich habe eine stationäre und anschließende Nachsorge hinter mir [...] Suchtdruck ist bei Problemen nur leider sehr stark.*

Zum anderen fanden sich in dieser Kategorie Teilnehmer, die aktuell sozial integriert konsumierten, aber auch negative Auswirkungen wahrnahmen:

*Ich kriege meinen Alltag geregelt, aber will und kann beim Sex nicht mehr ohne Crystal.*

*Sozial keine Auswirkungen, kann's ganz gut verstecken [...] Bei längerem Konsum Verfolgungswahn, Schweißausbrüche, Panikattacken beim Entzug.*

Amphetamin-Konsumenten in dieser Kategorie nannten häufig die eigene kritische Sichtweise auf den Konsum während der Arbeit, die eigenen Schwierigkeiten damit, nicht zu konsumieren, wenn die Substanz verfügbar sei, sowie wahrgenommene psychische und körperliche Folgen:

*Zum Arbeiten hilft die Droge ungemein als kreativer Motor. Die Tage danach sind jedoch stark mit Müdigkeit und Erschöpfungserscheinungen versehen.*

*Auf Partys mit Freunden, die auch konsumieren, fällt es mir schwer zu verzichten.*

*Ab 2 Tage [Wachzeit] körperliche Ausfallerscheinungen wie Hautausschläge.*

*Verwende ab und zu Amphetamin, um mir Motivation zum Arbeiten zu verschaffen bzw. Nächte durchzuarbeiten. Weiterhin verwende ich es gerne, um monotone körperliche Arbeit (z.B. Haushalt) interessanter zu machen.*

### **7.11.1.3 Einschätzung des Konsums als „ziemlich problematisch“**

Bei Methamphetamin-Konsumenten mit dieser Einschätzung standen Konsummotive, die subjektiv als kritisch bewertet wurden, besonders aber psychiatrische Probleme, juristische und soziale Folgen, wie der Verlust der Arbeit im Vordergrund:

*Ich benötige die Droge, um leistungsfähig und selbstbewusst zu sein.*

*Suizidgedanken. Erste Nase macht dich drauf und Konsum von Methamphetamin bringt viel Schlechtes mit sich, z.B. schlechte Gesundheit. Vor allem für die Psyche.*

*Man hat eine andere Wahrnehmung und fasst Dinge, die Leute zu einem sagen, unterschiedlich auf. [...] Weil man im Endeffekt sein Leben dem Crystal unterordnet.*

*Psychosen sind aufgetreten. Ich war nicht mehr arbeitsfähig und Selbstbewusstsein ist im nüchternen Zustand kaum mehr vorhanden gewesen.*

*7 Monate Crystal, deshalb wegen Auffälligkeit beim Bund rausgeflogen.*

Die relativ kleine Gruppe von Amphetamin-Konsumenten, die ihren Konsum als „ziemlich problematisch“ ansah, berichtete von einer Zunahme des Konsums, davon, dass Feiern und Ausgehen nicht mehr ohne Konsum möglich sei, sowie von unerwünschten Veränderungen des Denkens und des Fühlens:

*Ich gehe seit ca. 10 Monaten fast jedes Wochenende feiern und nehme dabei Speed. Ohne könnte ich es mir eigentlich kaum noch vorstellen.*

*Habe dadurch Gleichgültigkeit – immer mehr Toleranz – Gedanken verändern sich, das ist nicht so gut im Alltag.*

### **7.11.1.4 Einschätzung des Konsums als „sehr problematisch“**

Von Methamphetamin-Konsumenten wurde hier das gesamte Spektrum negativer körperlicher und psychischer Folgen, sozialer und rechtlicher Probleme sowie Beschaffungskriminalität geschildert:

*Isolation von der Außenwelt. Ich habe zwar gearbeitet, bin aber nach der Arbeit heimgegangen und hab Xbox oder PC angeschaltet und konsumiert. Der einzige Kontakt nach außen war dann nur noch Kneipe oder Spielothek, sonst habe ich weiter nichts mehr gemacht. Dann Paranoia, Depressionen, Realitätsverlust.*

*Mein Kind wurde mir weggenommen, kein Strom mehr gehabt, Schulden gemacht, alles andere hat nicht mehr funktioniert, keine Arbeit etc., 2mal fast Überdosis gespritzt.*

Von den wenigen Amphetamin-Konsumenten dieser Kategorie wurde hier ein nicht mehr zu kontrollierender Konsum von „allem was angeboten“ werde, das Vernachlässigen von Pflichten, eine starke Gewichtsabnahme sowie psychische Folgen bis hin zu Suizidgedanken und -versuchen und stationären Aufenthalten in der Psychiatrie genannt:

*Nehme immer welche, wenn ich das Haus verlasse, oder nehme alleine zu hause ständig etwas, gehe nicht mehr raus, 3 Tage schlechte Laune.*

*Es wurde immer stressiger, ich war auf Montage, ich war immer zu wenig ausgeschlafen. Dann hatte ich zu viel Stress und ein Burnout-Syndrom, meine Psyche hat das nicht mitgemacht.*

### 7.11.2 Vorkenntnisse und Erwartungen in Bezug auf Hilfsangebote

Auch von Konsumenten, die bislang noch keine Hilfsangebote in Anspruch genommen hatten, wurde – für den Bedarfsfall – eine große Bandbreite von möglichen Angeboten im psychosozialen Hilfesystem und im Bereich der Selbsthilfe genannt. Als weitere relevante Anlaufstellen wurden Freunde oder Lebenspartner genannt. Die Vorstellungen und Präferenzen waren hier so heterogen, dass kein einheitliches Bild gezeichnet werden kann. So gaben manche Teilnehmer an, dass sie zum Hausarzt oder selbst in eine stationäre Therapie gehen würden, falls dies nötig sei, wohingegen andere Teilnehmer schilderten, dass beide Möglichkeiten niemals für sie in Frage kommen würden, z.B. weil sie schon so viel Schlechtes darüber gehört hätten. Auffällig waren die häufig geäußerten positiven Erwartungen in Bezug auf Kommunikationsplattformen im Internet, Selbsthilfegruppen und „Party-Projekte“, aber auch in Bezug auf Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe:

*Menschen, die Probleme haben, sollten auf jeden Fall eine Suchtberatungsstelle aufsuchen - nur ausgebildete Personen können bei Amphetamin Hilfe leisten.*

*Wenn ich Hilfe brauchte, würde ich meinen Hausarzt ansprechen und mir psychologischen Beistand suchen.*

*Nicht beim Hausarzt, sondern Leute die sich damit auskennen.*

*Ich will auch zu den Narcotic Anonymous gehen und mir das mal anschauen.*

*Projekt MINDZONE, denen würde ich vertrauen.*

Dabei wurden auch (irrationale) Befürchtungen in Zusammenhang mit Hilfsangeboten genannt, die sich etwa auf die Anonymität der Beratung oder mögliche Kosten bezogen:

*Ne Beratungsstelle ist schon was tolles, aber selbst zahlen? Wer kann sich das schon leisten. Und Therapie ist ja eh nur möglich, wenn man schon aufgehört hat oder man bekommt das Geld zusammen.*



### 7.11.3 Hilfesuchverhalten und Hindernisse bei der Inanspruchnahme

Hier schilderten die Teilnehmer die unterschiedlichen Institutionen im Hilfesystem, die sie bereits in Anspruch genommen hatten. Dabei fanden sich zum einen positive Schilderungen:

*Caritas Suchberatung, ich hab mich recht gewundert, die Frau hat sich ausgekannt. Da war ich positiv überrascht. Entgiftung habe ich selbst gemacht und bin dann auf Reha.*

*Ich gehe seit einem Jahr einmal die Woche zu Einzelgesprächen mit einer Beraterin in einer Drogenberatungsstelle. Das kann ich auch jedem empfehlen, der/die seinen/ihren Konsum jeglicher Drogen senken oder ganz aufgeben möchte.*

Andererseits wurde eine Reihe von negativen Erfahrungen geschildert. So fühlten sich die Teilnehmer nicht verstanden oder gaben an, dass die Einrichtung aus ihrer Sicht für „Crystal-Patienten“ ungeeignet war:

*60-jährige Professoren, die aber weder die Wirkung kennen, noch mit den Konsumenten angemessen umgehen können? Körbe flechten und Bilder malen? Gruppensitzungen, an denen 50% Alkoholiker teilnehmen?*

Mehrere Teilnehmer schilderten, dass sie sich mit ihrer Problematik vertrauensvoll an ihren Arbeitgeber gewandt hatten und tatsächlich auf Verständnis gestoßen seien:

*An den Chef bei der Arbeit. Ich hab mich dann an den Chef gewandt, als ich meinen Führerschein abgeben musste. Meine Chefs haben mich dann auf die Therapie geschickt. Also immer Hilfe holen!*

*An den Chef in der Disko, wo ich manchmal arbeite [...].*

*Habe einige Freunde, denen ich sehr vertraue, auch meine Arbeitgeber sind sehr aufmerksam/verständnisvoll.*

Als Hindernisse wurden unterschiedliche Aspekte geschildert. So wurde angenommen, initial nicht beim geeigneten Arzt „gelandet“ zu sein, sowie aufgrund einer fehlenden Einsicht in die eigene Problematik oder einem Verpflichtungsgefühl gegenüber Arbeitskollegen lange nicht den Schritt in Richtung Therapie unternommen zu haben:

*Ich war mir der Tragweite nicht bewusst und wollte mir von nichts und niemand hineinreden lassen. Ich süchtig? Niemals, ich bin doch kein Junkie.*

*Ich hätte die richtigen Ärzte kennen müssen, die sich mit meinem ADHS richtig ausgekannt hätten.*

*Wenn Kollegen die Arbeit nicht mehr packen, so viel Arbeit oder wenn jemand krank ist, kann man unter Crystal jede Krankheit überspielen.*

#### 7.11.4 Meinungen zu präventiven Maßnahmen

In Bezug auf Ideen und Vorschläge zu präventiven Maßnahmen wurden weitaus umfassendere Antworten gegeben, als auf andere Fragen, bei denen um narrative Schilderungen gebeten worden war<sup>12</sup>. Die wichtigsten Themenbereiche werden im Folgenden dargestellt.

##### **7.11.4.1 Glaubwürdige Prävention**

Eine Reihe von Überlegungen bezog sich darauf, wie man Prävention generell verbessern könnte. Dabei wurden abschreckende visuelle Botschaften häufig als wenig hilfreich bewertet. Besonders wurde darauf verwiesen, dass die betreffenden Bilder nicht zeigen würden, dass der Konsum am Anfang und manchmal über eine lange Zeit vorteilhaft und angenehm sei, wodurch aus Sicht der Teilnehmer jede Glaubwürdigkeit verloren gehe. Darüber hinaus wurde eine Reihe weiterer Vorschläge gemacht, was bei der Informationsvermittlung aus Sicht der Teilnehmer berücksichtigt werden sollte:

*Was hätte man wissen müssen ... wie schnell man tolerant wird gegenüber der Wirkung [...] Wie unterschiedlich Drogen von Person zu Person wirken etc..*

*Meiner Meinung nach stützt sich die staatliche Prävention zu sehr auf die Abschreckung. Letztendlich ist Drogenkonsum aber keine rationale Entscheidung anhand einer Pro/Kontra Tabelle. Vielmehr müsste auf die Motivation zum Konsum eingegangen werden.*

*Jugendliche sollten besser aufgeklärt werden und das nicht durch die Medien. Und Menschen, die ein Problem mit ihrem Konsum haben, sollten eine Aufgabe in ihrem Leben bekommen. Etwas, auf das sie Lust haben.*

*[...] Dass Drogenerziehung in Erziehung und Schulen Standard wird, aber ohne ein Klischee-Bild vom kaputten Fixer, eher zugeschnitten, auch Partyszene.*

*Keine Macht den Drogen ist ein Scheiß.*

*Dass man nicht immer alles als so verteufelt hinstellt, sondern auch mal die guten Seiten zeigt, weil sonst würden's ja nicht so viele nehmen, aber eben vor den Gefahren warnt.*

*Mehr Aufklärung über soziale Netzwerke.*

*Ich selbst bin befreundet mit einem Mitbegründer vom Alice-Project. Ich verteile regelmäßig Aufklärungskarten über diverse Drogen. Ich überzeuge Menschen, über ihren Konsum zu sprechen. Nie während bzw. vor der Arbeit konsumieren.*

*Ich finde, es muss in der Aufklärung wesentlich mehr auch über die positiven Effekte gesprochen werden, weil ich glaube, dass viele Süchtige zwar die negativen Effekte kennen und das ist auch wichtig, das zu nennen, aber die positiven Sachen halt verschwiegen werden und sich dadurch halt die Leute auch betrogen fühlen, Unehrllichkeit.*

*Interesse einige Substanzen selbst zu probieren kam erst als ich 'wir Kinder vom Bahnhof Zoo' zum Lesen bekam. Leider hatte das Buch so gar keine abschreckende Wirkung auf mich.*

---

<sup>12</sup> Die Texte umfassten in einem Dokument mit einfachem Zeilenabstand zusammengefasst 32 Seiten.

#### **7.11.4.2 Einsatz von Suchterfahrenen an Schulen**

Vielfach wurde empfohlen, suchterfahrene Ex-Konsumenten in der schulischen Prävention einzusetzen:

*Wovon man lernen könnte, einfach von gereiften Leuten aus der Szene, die wieder nüchtern geworden sind, aber wirklich in artikulierenden, verständnisvollen Worten erklären können [...].*

*Jemand, der aus Erfahrung berichtet, aus subjektiver Sicht, und die negativen Aspekte aufgrund eigener Erfahrungen weitergibt und der Fragen beantwortet.*

#### **7.11.4.3 Nichts hätte vom Erstkonsum abgehalten**

Viele Konsumenten berichteten, davon überzeugt zu sein, dass sie nichts vom Erstkonsum abgehalten hätte. Es wurde davon ausgegangen, dass die biografische Belastung, die Neugier oder andere Umstände zwangsläufig dazu geführt hätten:

*Ja, ich hatte extreme Probleme ... Ich hatte, wie jeder Konsument gedacht, ich wüsste alles oder "mir kann sowas nicht passieren" und ich bin super informiert. Mehr Informationen hätten mir auch nicht geholfen.*

*[Dies] einem Mensch beizubringen geht nicht, denn Erfahrungen muss jeder für sich selbst machen.*

*Ich hatte immer Stress zu Hause, da hätte nichts geholfen.*

*Es gibt nichts. Ich hatte sogar jemanden im Freundeskreis, der an einer Überdosis gestorben ist, das hat mich trotzdem nicht davon abgehalten.*

#### **7.11.4.4 Propagieren von „Safer Use“ und Drug Checking**

Generell wurde akzeptierenden und aufsuchenden Ansätzen bzw. Projekten und Kommunikationsplattformen im Internet große Wertschätzung entgegengebracht. Dabei wurde in unterschiedlicher Tiefe gefordert, dem als unvermeidlich wahrgenommenen Konsum von Drogen auf Partys – weil es „dazu gehören“ würde – bzw. weil bestimmte Jugendliche es allen Verboten zum Trotz sowieso ausprobieren wollen würden, mit risikomindernden Maßnahmen zu begegnen:

*Ich würde als Präventionsmaßnahme empfehlen, den Kindern und Jugendlichen in den Schulen die Safer-Use-Regeln beizubringen. Die Frage ist schließlich nicht, ob die Jugendlichen Drogen nehmen, sondern ob sie daran sterben müssen.*

Drug Checking in Clubs wurde vielfach als schadensminimierende Maßnahme vorgeschlagen. Manche Äußerungen deuteten aber auch darauf hin, dass die Teilnehmer der Meinung waren, dass etwa die Substanz Amphetamin an sich völlig ungefährlich sei und die Gefahr lediglich von den Streckstoffen ausgehe:

*Drug Checking wäre auch schön, schaut mal in die Schweiz. Die Leute da drüben haben kein Interesse an rc [research chemicals] Dreck, den ich mir z.b. teilweise reinziehe.*

*Helfen würde möglicherweise Drug Checking wie in Österreich oder der Schweiz.*

*Aufklärung, unabhängige Drogenprüfstellen etc.*

*Das Problem sind einzig und allein die Streckstoffe.*

#### **7.11.4.5 „Ermutigende“ Informationen für bereits Konsumierende**

Eine Reihe von Äußerungen lassen sich dahingehend interpretieren, dass Konsumierenden Hoffnung vermittelt werden müsse, dass eine Chance auf Heilung bestehe und nicht zwangsläufig mit bleibenden Schäden gerechnet werden müsse. So könne vermieden werden, dass sie in einem Zustand der Hoffnungslosigkeit verharren:

*Informationen über Möglichkeiten, den Körper wieder aufzubauen.*

*Weiterhin sollte das Denken des 'No Return' eingeschränkt werden. Der Konsument hat keine Motivation aufzuhören.*

#### **7.11.4.6 Legalisierung weicher Drogen, weniger Sanktionen gegen Abhängige**

Eine Vielzahl von Teilnehmern sprach sich, mit unterschiedlicher Differenziertheit, für eine Legalisierung von (bestimmten) Drogen aus, auch mit Verweis auf die Legalität von Alkohol und Zigaretten. Die am häufigsten geäußerten Vorschläge betrafen die Legalisierung oder Entkriminalisierung von Cannabis, wodurch man aus Sicht der Konsumenten nie mit „Crystal“ oder anderen harten Drogen in Berührung gekommen wäre. Weiter wurde die wahrgenommene Problematik geschildert, dass sich durch die Strafverfolgung die Lebenssituation Abhängiger extrem verschlimmern würde:

*Uns wird als Kind die ganze Zeit eingetrichtert, dass Drogen böse sind, das sagen die Eltern dann am besten noch mit Kippe und Bier in der Hand.*

*Eine strafrechtliche Verfolgung nimmt kein Konsument wirklich ernst.*

*Ich finde auch, man sollte über bestimmte Freigaben nachdenken, weil, wenn Menschen bestimmte Sachen haben wollen, dann besorgen sie es sich trotzdem.*

*Cannabis legalisieren wäre meiner Meinung nach die wirksamste Präventionsmaßnahme. Würde es einen geregelten Verkauf von Cannabis geben, wäre ich wahrscheinlich nie mit den restlichen Drogen zusammen gekommen, wie auch zu 100% meiner Bekannten.*

*Wenn Cannabis legal wäre, dann glaube ich, auf jeden Fall würde die Rate sinken mit Meth-Abhängigen.*

#### **7.11.4.7 Methamphetamin stärker sanktionieren, Verfügbarkeit einschränken**

Im Gegensatz zu Konsumenten, die einen liberaleren Umgang mit oder sogar eine Legalisierung von Drogen forderten, fanden sich in Bezug auf Methamphetamin auch andere Stimmen. Es wurde insbesondere auf die hohe Verfügbarkeit hingewiesen, so dass man sich den Substanzen kaum habe entziehen können:

*Strafen höher und schlimmer machen - Händler aus dem Verkehr ziehen.*

*Geholfen hätte dann nur Stopp von Bezugsquellen.*

*Der Verkauf an Minderjährige sollte viel härter bestraft werden, damit diese Droge gar nicht erst in Umlauf kommt.*

*Man muss verhindern, dass ganz junge Leute da rankommen. Auch, weil sich Frauen dafür prostituieren. Besonders Frauen davor schützen.*

### **7.12 Betrachtungen unterschiedlicher Gruppen anhand von relevanten Merkmalen**

#### **7.12.1 Konsumenten mit ausschließlich Freizeit-bezogenem Konsum**

Zu dieser Gruppe wurden Konsumenten mit moderaten Konsummustern zusammengefasst, die ihren Konsum nicht mit leistungsbezogenen Motiven (z.B. „Schule als Motiv“, „Beruf als Motiv“) begründeten und sich vor allem auf den Konsum bei Freizeitveranstaltungen bezogen:

*Es macht großen Spaß. Man teilt sich auch mit Freunden ein Geheimnis auf der dreckigen Partytoilette.*

*Bei meinem gesamten Freundeskreis ist dies beim Feiern bei Electro-Party üblich.*

*Um es richtig einzuordnen: Ich bin nicht durch Traumata oder eine prekäre Lebenssituation belastet. Ich genieße die Auszeit vom Alltag, der Verantwortung, Verpflichtung.*

*Es macht richtig Spass, Laberbrett, wie man die Musik spürt, extrem gute Laune auf Knopfdruck.*

*Bin eigentlich sehr zurückhaltend, aber das Zeug hat mich halt komplett anders gemacht, aufgeschlossen man lernt viele Leute kennen usw.*

*Ausschließlicher Konsum auf Partys. Gesteigerte Leistungsfähigkeit, bessere Konzentrations- und Artikulationsfähigkeit auch nach 5 Bier.*

### 7.12.2 Konsumenten aus bestimmten sex-zentrierten schwulen „Szenen“

Über ihre Selbstzuordnung zur einer „schwulen Sexparty-Szene“ konnte eine Subgruppe von Teilnehmern identifiziert werden<sup>13</sup>, die einen Sonderfall des oben beschriebenen Freizeitkonsums darzustellen scheint. So fand der Konsum häufig ebenfalls ausschließlich in der Freizeit statt, aber es stand hier die Wirkung auf das sexuelle Erleben im Vordergrund. Die überwiegend über eine Beratungsstelle befragten Teilnehmer gaben dabei nicht selten an, sozial gut eingebunden zu sein und akademische Berufe auszuüben:

*Neugierde. Angebot mitzukonsumieren bei Sexparties.*

*Bei Sexparty ... keine Ahnung von Gefahren.*

*Durch meinen Freund ausprobiert, zuhause beim Sex. Wirkungen und Risiken waren mir klar, aber Neugier war größer.*

*Ich verwende Drogen einzig und allein beim Sex. Je nach Substanz kann ich dann Einfluss auf die Art und Möglichkeiten nehmen. In der schwulen Subkultur mit ihren Sexparties spielen Drogen inzwischen eine recht große Rolle. Besonders ausgeprägt ist das in [...], wo sie in gewissen Lokalen zu bestimmten Zeiten 100% der Gäste auf Droge vorfinden. Und in [...] steht die erste große Crystalwelle ins Haus, weil die Substanz jetzt hier vermehrt verfügbar ist.*

*Luststeigerung und Reiz des Verbotenen bei Sexparties.*

### 7.12.3 Konsumenten mit besonders riskanten Konsumgewohnheiten

Die im folgenden dargestellten Konsummotive entstammen den Datensätzen von Teilnehmern mit besonders riskanten Konsumgewohnheiten, wie häufigen mehrtägigen Wachphasen, täglichem oder fast täglichem Konsum sowie den Applikationsformen „Rauchen“ oder „i.v. Konsum“. Die Mehrzahl der i.v.-Konsumenten von Methamphetamin hatte in ihrem Leben auch bereits Heroin konsumiert. Es fanden sich jedoch knapp 10% (9,2%, n=11) „Crystal“-i.v.-Konsumenten ohne Heroin-Erfahrung:

*Alle Probleme waren weg, alles wird egal. Das hat mir gefallen, deshalb habe ich das wieder gemacht.*

*Mit Heroinkonsumenten immer Schrott gesammelt, irgendwann mit Lübecker Gülle angefangen. 6 Tage wach gewesen, Wohnung gestrichen, Paranoia bekommen und runterkommen war schrecklich.*

---

<sup>13</sup> Dabei handelte es sich um eine kleinere Gruppe von N=27 Teilnehmern, von denen die meisten über eine Beratungsstelle für schwule Männer in Berlin rekrutiert wurden. Aufgrund der selektiven Rekrutierungsstrategie sind, wie auch im Falle aller anderen hier diskutierten Gruppen, in Bezug auf die Verbreitung des Konsums in der entsprechenden Gruppe bzw. „Szene“ keine Rückschlüsse möglich und zulässig.

#### 7.12.4 Konsumenten mit psychischer Komorbidität und/oder Traumaerfahrungen

Zu einer weiteren Subgruppe ließen sich Teilnehmer zusammenfassen, bei denen der Konsum offensichtlich starken Bezug zu psychischen Symptomen, häufig in der Folge von traumatischen Erfahrungen, hatte. Dabei wurde eine Funktionalität des Konsums im Sinne einer „Selbstmedikation“ von zahlreichen Konsumenten klar hervorgehoben:

*Hab nächtliche Intrusionen wegen sex. Missbrauch vom Vater gehabt, Speed war gut, um sich wach zu halten.*

*Kindheitserinnerungen auszublenden, auch nachts.*

*Mich zu entspannen, meine Traumatisierung in den Griff zu kriegen. Selbstmedikation.*

*Verdrängung, aber auch Verarbeitung von schlimmen Erlebnissen in Kindheit und Scheidung, das eigene Leben besser verstehen können, wenig Freunde.*

*Hatte ein schwieriges Elternhaus, viel Alk, viel Gewalt ... ohne die Drogen wäre ich depressiv und traurig.*

*Selbstmedikation bei Depression. Nur in Depressionsphasen. Andere nehmen Kopfschmerztabletten, ich habe Crystal genommen, wenn's mir schlecht ging.*

*Mein Selbstwertgefühl unterliegt ständigen Schwankungen. Dadurch fühle ich mich oft leer, lustlos, müde, unbedeutend. Meth hat mein Selbstwertgefühl enorm stabilisiert auf einem hohen Level.*

*Ich hatte eine Zeit lang mit Depressionen zu kämpfen, Speed hilft zuverlässig gegen die dabei auftretende Antriebslosigkeit.*

*Meine Angststörung ist der für mich größte Konsumgrund.*

*Ich habe mich eine Zeit lang selbst verletzt, damit habe ich aufgehört, als ich meine ersten Kontakte mit Drogen hatte.*

*Ich bin Borderliner. Mich überrollen Gefühle, komm dann damit nicht klar. Ich bin dermaßen dann in Anspannung, dass ich's gebraucht habe um die Situation zu ertragen.*

*Da ich ADHS-ler bin und die Tabletten in jungen Jahren abgelehnt habe und mir die Wirkung heute mehr "hilft", durchs Leben zu kommen.*

*Schizophrenie, die Stimmen gehen weg davon. Gegen Paranoia, geht weg davon, macht selbstbewusster.*

In Einzelfällen wurde auch berichtet, dass ATS in Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden bzw. Einschränkungen konsumiert wurde:

*Bei kleinerer Dosis konnte ich erstmals eine Minderung meines essentiellen Tremors beobachten.*

### 7.12.5 Konsumenten mit Kindern

Seitens der – sowohl männlichen als auch weiblichen – Konsumenten mit Kindern, erfolgten vereinzelt Nennungen in den dafür vorgesehenen Freitextfeldern, die den Konsum von ATS in Zusammenhang mit der Elternschaft und der damit verbundenen Lebenssituation brachten. So fanden sich Schilderungen, die darauf hindeuten, dass durch den Konsum Belastungen besser bewältigt werden sollten:

*Speed: um mehr leisten zu können, insbesondere im Haushalt beim sauber machen und auch für die Kinder fit zu sein.*

Weiter wurde von Konsumenten mit Kindern ein Bewusstsein darüber geschildert, unter dem Einfluss von Methamphetamin nicht adäquat die Elternrolle erfüllen zu können.

*Mit meinem Kind war ich total abwesend, ich war nicht bei der Sache, war verstreut, konnte Aufgaben kaum bewältigen, meine Kinder sind sehr feinfühlig, mein Kind hat das auch gemerkt, aber ich konnte irgendwie keine Zuneigung geben, das war schlimm.*

Nicht alle Eltern wiesen jedoch problematische Konsummuster auf. So fanden sich auch Äußerungen von Teilnehmern, die den Stimulanzienkonsum durch die Elternschaft minimiert und aus ihrem normalen Alltag verbannt hatten:

*Früher um durchgängig feiern zu gehen [...]. Heute geht es alle paar Monate mal bei ein paar (kinderfreien!) Tagen, dazu um abzuschalten und gemeinsam Zeit mit meinem Ehemann, mit dem ich seit 15 Jahren zusammen bin, intensiv zu verbringen.*

### 7.12.6 Konsumenten die ATS im schulischen Kontext oder in der Ausbildung nutzen

Eine Reihe von Äußerungen bezogen sich darauf, dass „Speed“ oder „Crystal“ in der Schule, während der Ausbildung oder im Studium zur Leistungssteigerung oder zur Überwindung von Langeweile konsumiert wurde. Häufig schien mit diesem Konsum auch ein Konsum bei Freizeitveranstaltungen oder anderen Gelegenheiten einher zu gehen:

*Ich konsumiere gelegentlich, weil ich weiß, dass meine schulischen Leistungen dadurch besser werden und es mir leichter fällt, am Unterricht teilzunehmen.*

*Dies ist vorrangig in meinem Studium der Fall [...]. Dabei ist es mir wichtig, dass ich kein Kraftfahrzeug mehr fahre.*

*Beim Tanzen, erhöhte Ausdauer, längeres Wachbleiben [...] dann eigentlich nicht mehr und in der Meisterschule habe ich es als Leistungsfaktor benutzt.*

*Teilweise um die langweilige Ausbildung wach durchzustehen.*

*2008: ab und zu vor, während und nach dem Unterricht/Schule konsumiert, um in der Schule und danach im REWE an der Kasse (Aushilfe) wacher und fitter zu sein.*



### 7.12.7 Konsumenten die ATS im beruflichen Kontext nutzen

Über den Konsum im beruflichen Kontext wurde von einer größeren Zahl von Teilnehmern berichtet. Dabei fanden sich Äußerungen zu „Crystal“ tendenziell häufiger in Zusammenhang mit handwerklichen Berufen, bei denen schwere körperliche Arbeit geleistet werden muss, Äußerungen zu „Speed“ hingegen tendenziell häufiger in Zusammenhang mit Bürotätigkeiten oder kreativen Berufen:

*Um wachzubleiben, weil es leistungsfördernd ist, mehr Leitung = mehr Geld. Um zu beweisen, dass ich auch mit 54 noch fit bin für den Arbeitsmarkt.*

*Mehr Leistung zu bringen im Job, zudem dann jedes WE feiern zu gehen und die nächste Woche wieder arbeiten zu gehen.*

*Erreichen einer Deadline, Schaffen von Erfolgen, in kürzester Zeit um zu einem Ergebnis zu kommen.*

*Viel Arbeit (freelancing) ohne Leistungstief zu erledigen.*

*Länger bzw. zu ungewohnten Uhrzeiten leistungsfähig zu sein, andere trinken einen Kaffee. Ich konsumiere Kleinstmengen, gerade genug, um wacher zu sein, aber wenig berauscht.*

*Die Leistungssteigerung im Beruf, um mit mehr Geld über die Runden zu kommen.*

*Um das Leistungsniveau zu haben, das man auf die Jahre gewohnt ist und bei Nichtkonsum fällt man in ein stetiges Loch rein und kommt über 1 oder 1,5 Wochen nicht mehr hoch.*

*Ich hatte 2 Jobs, eine normale Arbeit und dann zuhause mit dem Vater [selbstständige Tätigkeit]. Damit das überhaupt möglich war.*

*Speed auch, um Leistung zu steigern, besonders im Beruf im Trockenbau und als Küchenhelfer, das war ziemlich anstrengend.*

### 7.12.8 Weitere potenzielle Konsumentengruppen

Unter den weiteren potenziellen Konsumentengruppen sollen hier zum einen Personen hervorgehoben werden, bei denen der ATS-Konsum mit pathologischem Glücksspiel in Zusammenhang zu bringen sein könnte. Wurden die Teilnehmer betrachtet, die berichteten, im letzten Monat an mehr als 5 Tagen Glücksspiel mit finanziellem Einsatz betrieben zu haben, so fiel zunächst der Unterschied zwischen den Amphetamin- und den Methamphetamin-Konsumenten auf, wobei letztere in nicht unerheblicher Zahl von Glücksspiel berichteten (2,9% bzw. 13,4%). Zusatzinformationen, die in den persönlich durchgeführten Interviews in Sachsen, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern erhalten werden konnten, unterstützten oft die Annahme, dass es sich um pathologisches Glücksspiel handelte (tägliches Spiel, lange Spielzeiten, hohe Schulden, glücksspielbezogene Kriminalität). Dabei wurden zumeist Glücksspiele mit besonders hoch bewertetem Risikopotential benannt, etwa Automaten Spiele in Spielhallen und Live-Wetten. Gerade in Bezug auf Methamphetamin könnte also eine relevante Subgruppe von

Konsumenten existieren, bei der deutliche Zusammenhänge mit pathologischem Glücksspiel bestehen.

Eine weitere Gruppe, auf die sich Hinweise fanden, sind Personen, die bereits seit langer Zeit Konsum von Methamphetamin betreiben, möglicherweise mehr oder weniger kontrolliert. So waren unter den 26% derjenigen Teilnehmer, die berichteten, Methamphetamin bereits seit mehr als 10 Jahren zu konsumieren (vgl. 7.4.1), auch Personen mit einem noch wesentlich längeren Konsum vertreten. Den Angaben einzelner Teilnehmer zufolge scheint Methamphetamin zumindest in geringem Ausmaß schon seit ca. 20 Jahren (mind. seit 1994) in Bundesländern nahe der tschechischen Grenze bekannt zu sein. Dies konnte auch durch Gespräche mit Praktikern aus Therapie und Beratung verifiziert werden.

Kaum Hinweise hingegen wurden zum Einsatz von ATS bei Sportlern gefunden. Zwar wurde Sport manchmal als Motiv genannt, es handelte sich jedoch hierbei ausnahmslos um Konsumenten mit einer Vielzahl von Motiven und polyvalentem Drogenkonsum. Hinweise auf gezielten, vorrangig durch Sport motivierten Einsatz von ATS, konnten nicht gefunden werden.

## 7.13 Thematisierung von ATS in Onlineforen und sozialen Netzwerken

### 7.13.1 Klassifikation der Foren

Bei der Analyse der Kommunikationsplattformen zeigte sich, dass sie sich hinsichtlich ihrer generellen Ausrichtung einerseits deutlich unterscheiden, andererseits auch viele Gemeinsamkeiten zeigten. Eine strikte Klassifikation der Foren erscheint deshalb nicht sinnvoll. Die jeweilige Ausrichtung ließ sich zum einen an den schriftlich fixierten und abrufbaren Beschreibungen und Forenregeln der Betreiber festmachen. Zum anderen manifestiert sich die Natur einer solchen Plattform durch den von den Mitgliedern generierten Inhalt, der wiederum durch das Verhalten der Administratoren mitbestimmt wird. Diese können sehr permissiv sein und wenig Einfluss auf die Beiträge der Nutzer und die entstehenden Diskussionen nehmen oder aber stärker eingreifen und Nutzer auf das Einhalten bestimmter Regeln hinweisen, diese verwarnen oder sperren sowie Beiträge löschen, verschieben oder editieren. Folgende Ausrichtungen konnten in den untersuchten Kommunikationsplattformen in unterschiedlichem Maße wiedergefunden werden:

- Austausch unter Drogenkonsumenten
- Sekundärpräventive Ausrichtung (Information, „Harm Reduction“ und „Safer Use“)
- Sucht-Selbsthilfe mit gegenseitiger Unterstützung zur Abstinenz

Im Einzelnen wurden folgende Kommunikationsplattformen (Foren und Facebook-Gruppen) näher untersucht, die Auflistung erfolgt anhand der jeweiligen URL, ggf. ergänzt um die anzuwählende Schaltfläche zum Forum:

- [land-der-traeume.de](http://land-der-traeume.de)
- [cannabis.at](http://cannabis.at)
- [drogen-forum.info](http://drogen-forum.info)
- [drogen.to](http://drogen.to)
- [forum.suchtmittel.de](http://forum.suchtmittel.de)
- [eve-rave.ch](http://eve-rave.ch)
- <https://www.facebook.com/pages/EveRave-Schweiz/205542992825639>
- [drugscouts.de](http://drugscouts.de) (Veröffentlichungsmöglichkeit für Erfahrungsberichte)
- [suchtundselbsthilfe.de](http://suchtundselbsthilfe.de)
- [pille-palle.net](http://pille-palle.net)
- [drogenselbsthilfe-forum.de](http://drogenselbsthilfe-forum.de)
- [facebook.com/suchtforum](https://www.facebook.com/suchtforum)
- [sonderglocke.de](http://sonderglocke.de) -> Sucht (...)

## 7.13.2 Themenbereiche

Insgesamt wurden 81 Postings ausgewertet. Diese wurden in ATLAS-ti eingespeist und in mehreren Durchgängen strukturiert. Folgende 9 Kategorien wurden daraufhin entwickelt und werden im Folgenden als potenziell präventionsrelevante Aspekte besprochen:

### **7.13.2.1 Zur Diskussion stellen von eigenen negativen Erfahrungen**

Zahlreiche Forennutzer beschrieben ausführlich und bildhaft ihre negativen Erfahrungen mit Methamphetamin. Dies betraf die Schilderung des ersten Konsums oder aber einen subjektiven Blick auf die aktuelle oder zurückliegende Lebenssituation. Weiter wurden körperliche, soziale und psychische Folgen geschildert:

*[zu Crystal ...] schon eine Qual, so etwas zu ziehen [...] extreme Persönlichkeitsstörungen auf's Übelste, ich erkannte mich nicht wieder und auch wenn ich in den Spiegel sah, sah ich jemanden anderen. [...] Bauchkrämpfe und das wahnsinnige „Egalgefühl“.*

*[...] dann ab dem 5. Tag bekam ich Atemstockungen, atmete unregelmäßig, fing an zu hyperventilieren, dann hatte ich Phasen (6-7 Tage) wo die Traumwelt voll in die Realität hinübergleitete [...].*

*Ich komme aus Sachsen/Anhalt, aus dem Ostharz und hier ist Crystal ein großes Problem. In der Nacht zum Sonntag war hier wieder Hardcore-Drogendisco. Das Zeug ist wie eine Seuche [...].*

### **7.13.2.2 Wirkungsmodifikation und „sicherer“ Konsum**

Es finden sich Nutzerbeiträge, die man als „Ratschläge“ für den Konsum begreifen kann und deren Spektrum von Hinweisen zu möglichst risikoarmen Konsumformen im Sinne des „Safer Use“ bis zu recht extrem anmutenden Tipps zum funktionalen Beikonsum anderer harter Drogen reicht:

*[wenn man...] nach exzessiven Methparties schlecht bis gar nicht pennen kann [...] haut euch 'ne ordentliche Ladung Lexotanil oder ein anderes hochpotentes Benzo, wie Tavor + 'ne Nase Heroin zum Runterkommen rein [...].*

*[...] gutes C erkennt man am Probieren und ich meine es kann nach Aceton riechen [...].*

### **7.13.2.3 Staat und Drogenpolitik**

Eine stark negative Einstellung „dem Staat“ und der (Drogen-) Politik gegenüber zeigt sich unter den Konsumenten häufig in entsprechenden Beiträgen. Das Spektrum der genannten Themenbereiche war vielfältig. So wurde in unterschiedlicher Differenziertheit dem Staat vorgeworfen, Drogen unnötig zu illegalisieren. Manche Konsumenten forderten, alle Drogen „freizugeben“, andere wiederum waren der Auffassung, dass das Verbot und die (strenge) Strafverfolgung dazu beitrage, dass Konsumenten auch zu harten Drogen wie Methamphetamin greifen würden.

Zum anderen wurde jedoch auch kritisiert, dass der Staat zu wenig gegen die Verbreitung von Methamphetamin unternehme. Manche Konsumenten forderten selbst ein härteres Durchgreifen gegen die Verbreitung von Methamphetamin durch Dealer, bis hin zur Forderung nach drakonischen Strafen.

#### **7.13.2.4 Glaubwürdigkeit von Maßnahmen, Bildern und Botschaften**

Häufig äußerten sich Konsumenten ablehnend gegenüber den medialen Darstellungen der Gefahren von Methamphetamin. So wurde etwa von einer „Anti-Drogen-Propaganda der Regierung“ geschrieben. Es wurde bemängelt, dass die abschreckend wirkenden Bilder übertrieben seien und Zustände in den USA, nicht aber die deutschen Verhältnisse widerspiegeln würden:

*Ich habe noch nie Crystal konsumiert, aber schon viel davon in den Medien gehört. Grundsätzlich finde ich, dass die Medien fast immer übertreiben [...].*

Auf einen Medienbericht über vermeintliches „Meth“ mit Erdbeergeschmack, welches Kinder süchtig machen sollte, äußerte sich ein Nutzer:

*[...] so ein Schwachsinn – solche Gerüchte gab's schon zu meiner Jugendzeit – damals angeblich LSD-Kaugummis.*

#### **7.13.2.5 Positive Erfahrungsberichte zu Drogen**

Es finden sich Schilderungen von Konsumenten, die positive Erfahrungen beschreiben und keine Gefahren im Konsum sehen. Auch als besonders kritisch einzuschätzende Motive wie etwa „zum Abnehmen“, zeigen sich in entsprechenden Beiträgen und in diesen Zusammenhängen wird der Konsum als positiv beschrieben:

*[...] zur Suchtgefahr kann ich nur sagen, dass ich bis jetzt überhaupt kein Problem hatte. [...] Bekomme halt immer Bock drauf wenn ich in die Disco gehe, weil man auf dem Zeugs so krass abdancen kann [...] hab schon 6 Stunden am Stück durchgetanzt auf Meth.*

*[...] hab ich durch diese Droge eine Hammer Sexualität und endlich klappt es mit dem Höhepunkt [...] und ja, ich hab endlich mein Traumgewicht [...]. Auch bin ich viel offener und geh auf Leute zu [...].*

#### **7.13.2.6 Erfahrungen und Ratschläge zum Hilfesystem**

Erfahrungen und Ratschläge zum Hilfesystem fanden sich häufig in Foren, insbesondere als Reaktionen auf Schilderungen einer Problematik. Häufig wurden Suchtberatungsstellen als „gute Anlaufstellen“ genannt, ebenso Selbsthilfegruppen. Dabei wurde auch das Problem geschildert, dass ambulante Einrichtungen mancherorts fehlen:

*[...] weiß ich, wie schwer es ist aufzuhören [...]. Es gibt hier leider keine ambulanten Therapien und stationär würde mir soviel kaputtmachen [...]. Ich arbeite in 'nem Bereich wo absolute Seriosität erwartet wird [...].*

Ebenso wird es als Problem beschrieben, dass ambulante Psychotherapie für Drogenkonsumenten nicht oder nur schwer verfügbar ist:

*[...] eine Psychologin meinte, wenn sie angeben würde, was ich aktuell nehme, dann würde ich die Psychotherapie nicht mehr bezahlt kriegen [...].*

#### **7.13.2.7 Eindringliche Warnungen und Berichte über Heilung**

In vielen Beiträgen warnten Nutzer andere Konsumenten eindringlich, schilderten ihre eigenen Erfahrungen oder die Erlebnisse in ihrem Umfeld und appellierten an andere, den Konsum einzustellen bzw. sich Hilfe zu holen:

*Versuche bitte unbedingt, von dieser Droge wegzukommen. Fast allen Müttern, die Crystal konsumieren, wurden die Kinder weggenommen. Sie begreifen nicht warum. Aber es war zum Kindeswohl. Die Droge zerstört nicht nur dich, sondern auch dein gesamtes Umfeld.*

Es fanden sich auch Schilderungen von Nutzern, die es nach eigenen Angaben ohne fremde Hilfe geschafft hatten von Methamphetamin loszukommen. Dabei wurde auch die Herauslösung aus der alten Umgebung als heilender Faktor genannt:

*Es hat bei mir einfach „klick“ gemacht [...]. Ich fing hier ein komplett neues Leben an, hab den Kontakt zu allen abgebrochen aus meiner alten Heimat [...].*

*Heute gehe ich lieber schlafen, Partys kommen immer wieder und ich muss nicht mehr die letzte sein :).*

#### **7.13.2.8 Bezugsquellen**

Neben Erörterungen und Fragen zur „eigenen Herstellung“ wurde in den untersuchten Foren vor allem die Beschaffung bzw. die Herkunft des Methamphetamins aus Tschechien thematisiert. Methamphetamin dieser Herkunft wurde im Vergleich zu in Deutschland illegal hergestellter Substanz als eher rein und „gut“ bezeichnet. Es wurde beschrieben, dass der Preis pro Gramm stark in die Höhe gehe, je weiter entfernt von der Grenze man die Substanz erwerbe. In sächsischen und bayerischen Großstädten wurde der Preis bereits im Vergleich zur Grenzregion als „sehr hoch“ beschrieben. Von ambivalenten Forennutzern wurde der Umstand, in der Nähe der tschechischen Grenze zu wohnen, als „Fluch und zugleich als Segen“ bezeichnet.

## 7.14 Gespräch mit Experten aus Prävention, Beratung und Therapie

Am 01.11.2013 fand in Hamburg ein Expertengespräch mit Praktikern und Forschern statt, die in unterschiedlichen Bereichen mit ATS-Konsumenten befasst sind (Epidemiologie, Prävention, Beratung, Therapie, Rehabilitation). Die Liste der Teilnehmer findet sich in Anhang 2. Ein detaillierter Bericht wurde dem BMG vereinbarungsgemäß vorgelegt. Im Folgenden werden wichtige Aspekte des Expertengesprächs dargestellt.

Überlegungen zu Maßnahmen in unterschiedlichen Settings:

- Seitens der Suchtberatung wurde der in der Studie entstandene Eindruck bestätigt, dass Konsumenten – unabhängig von ihrer Schulbildung – sehr Computer-affin sind und für Online- oder Smartphone-basierte Angebote empfänglich wären.
- Es wurden deutschsprachige Aufklärungsmaterialien zu „Crystal“ im Internet thematisiert und festgestellt, dass auch problematische Akteure, wie die Sekte Scientology, entsprechende Materialien herausgeben würden.
- In Betrieben solle Sensibilität für mögliche Probleme mit Leistungsdruck und Stimulanzien-Konsum geschaffen werden.
- Es wurde eine Abstimmung universeller schulischer Prävention/Gesundheitsförderung auf ATS empfohlen bzw. gefordert.
- Zu sehr detaillierte Inhalte, etwa zu „Zieh-Röhrchen“, werden im Rahmen der schulischen Prävention als der Lebenswelt der Schüler nicht angemessen angesehen.
- Der Einsatz von „Peers“ an Schulen wird als positiv erachtet. „Gerade erst clean gewordene“ Konsumenten sollen hierbei jedoch nicht zum Einsatz kommen.
- Bei vielen ATS-Patienten in stationärer Rehabilitation sei ein besonderer Leistungswille zu beobachten, so dass sie für Angebote wie die Nachholung von Schulabschlüssen empfänglich seien.

Überlegungen zu Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen:

- Maßnahmen der indizierten Prävention sollten Angebote für (noch) berufstätige Menschen beinhalten, die mit deren Berufstätigkeit vereinbar sind.
- Bei bestimmten Konsumententypen mit „klassischem Männlichkeitsbild“ könnten Botschaften zu Körperfolgen wie „Schwäche“ und „Krankheit“ sehr wirksam sein.
- Zumindest in Berlin gebe es auch „Subgruppen“ von jungen und besonders risikofreudigen schwulen Männern, die durch Prävention nur schwer erreichbar seien und an der Studie vermutlich nicht teilgenommen haben.
- Betont wurde die Bedeutung frauenspezifischer Maßnahmen in der Prävention.
- Visuelle präventive Botschaften sollen realistische deutsche Verhältnisse darstellen (z.B. fehlende Eckzähne und nicht komplett entstellte Gebisse).

Überlegungen zu schadensminimierenden Ansätzen:

- Es sollte den Konsumenten vermittelt werden, dass eine orale Aufnahme wesentlich weniger schädlich ist als die anderen gängigen Applikationsformen.
- Klinische Befunde zeigten, dass sich ATS-Patienten - auch ohne intravenösen Konsum - schnell mit Hepatitis infizieren.
- Viele junge ATS-Patienten ohne i.v.-Erfahrung hätten teilweise noch nie von Ansteckungsrisiken in Bezug auf Hepatitis B und C, etwa durch schnelle Intimität oder den gemeinsamen Gebrauch von „Ziehröhrchen“, gehört.
- Im Zusammenhang mit Safer Use Regeln wurde allerdings auch berichtet, dass es „langsam üblich“ werde, eigene „Ziehröhrchen“ zu verwenden.

Überlegungen in Bezug auf Eltern mit ATS-Konsum:

- In Bezug auf das Problem von Methamphetamin-Konsum und Elternschaft wurde aus Beratungseinrichtungen berichtet, dass sich hier aufgrund der augenfälligen Häufigkeit bereits der Begriff „Crystal-Kinder“ für die Kinder von Klienten etabliert habe.
- Die Möglichkeit präventiver Maßnahmen durch Jugendämter wurde erörtert.
- Es wurde betont, dass eine wichtige Zielgruppe junge überforderte Paare seien. Viele solcher Paare seien bei Jugendämtern bekannt und reagierten erfahrungsgemäß besonders dankbar auf Unterstützung.

Überlegungen zur regionalen Verbreitung:

- Teilnehmer aus Bayern und Sachsen gingen vom ersten Auftauchen von „Crystal“ in diesen Regionen vor 15-19 Jahren aus.
- Ein Teilnehmer bestätigte die Ergebnisse zur Beimengung von Methamphetamin in Produkten, die wahrscheinlich als „Speed“, möglicherweise auch als „Ecstasy“ verkauft wurden. Opioid-Konsumenten in Kieler Substitutionsprogrammen, hatten glaubhaft berichtet, mehrfach in letzter Zeit „Speed“ und „Ecstasy“, konsumiert zu haben, nie im Leben jedoch „Crystal“<sup>14</sup>. Der in den Befragungen aufgetauchte Begriff der „Lübecker Gülle“ als „minderwertiges“ Methamphetamin-Produkt, ist in Kiel unter Beratungsklienten ebenfalls bekannt.

---

<sup>14</sup> Diese Begebenheit war bereits während der Befragungen in Kiel bekannt geworden. Laboruntersuchungen (Dünnschicht-Chromatografie) hatten das tatsächliche Vorhandensein von Methamphetamin in zwei untersuchten Proben bestätigt.



## 7.15 Ehemalige Konsumenten und Beendigung des Konsums

Generell fand sich in den Datensätzen der ehemaligen Konsumenten sehr vielschichtiges Material, welches darauf hindeutet, dass meist viele Faktoren und verschiedene biographische Ereignisse den jeweiligen Heilungsprozess bewirkt und begünstigt haben. Die folgenden Themenbereiche wurden identifiziert, wobei versucht wurde, bei der Kategorienbenennung die „Sprache“ der Teilnehmer zu inkludieren.

### 7.15.1 Hilfe durch kompetente Gleichgesinnte

Manche Teilnehmer schilderten, selbstorganisiert Hilfe gefunden zu haben, etwa in Form von Unterstützung durch die Peer-Group oder über Kommunikationsportale, die einen freien Austausch ohne spezielle Ausrichtung hin zur Abstinenz gewährleisteten:

*Die beste und kompetenteste Hilfe gibt es von Gleichgesinnten in Drogenforen wie: [www.land-der-traeume.de](http://www.land-der-traeume.de) - von so Abstinenz-12-Schritte-Gruppen wie NA halte ich nichts - habe ich mir mal bei einigen Treffen angesehen - nicht mein Fall.*

*Nur privat bekannte Leute. Suchtberatung, etc. hat nie etwas gebracht außer Belästigung / Zeitaufwand.*

### 7.15.2 Vertrauen / Verständnis / Glaubwürdigkeit

Ein weiteres wiederkehrendes Thema war die Wichtigkeit einer Bezugsperson, der vertraut wurde. Solche „Schlüsselpersonen“ fanden die befragten Studienteilnehmer zum Teil nach längerer Suche in Form eines geeigneten Therapeuten, in anderen Fällen in einer Person im privaten Umfeld. Es wurde geäußert, dass aufgrund von (aus Sicht der Teilnehmer) falschen oder unglaubwürdigen Botschaften das Vertrauen in bestimmte Institutionen verloren gegangen sei. Bei den Ex-Konsumenten von „Crystal“ fiel zudem auf, dass diese sich in Angeboten, die sich an Konsumenten anderer Substanzen richteten, „nicht richtig aufgehoben“ fühlten. Besonders prägnant lässt sich dies anhand der folgenden Nennungen darstellen:

*Beratungsstellen in meiner Region sind nicht geeignet. Was sollte mir ein Pädagoge und ein Ex-Alki über Meth erzählen? Mir hat nur eine Person helfen können, zu der ich Vertrauen aufbauen konnte.*

*Mit [Name des Trägers] keine guten Erfahrungen, da sie keine Ahnung hatten, haben von oben herab geredet.*

*Ich habe fast ausschließlich von Freunden Hilfe gesucht, da sich die meisten anderen Quellen (Allgemeine Ansichten, Aussagen von Politikern oder auch "Experten", die im Fernsehen auftreten) als unglaubwürdig erwiesen.*

### 7.15.3 Einstellungsänderungen und lebensverändernde Ereignisse

Manche Ex-Konsumenten von „Speed“ berichteten, ihren Konsum mittlerweile als „Phase“ oder „Jugendsünde“ zu sehen, die irgendwann abgeschlossen war. Der Konsum habe dann, so wird berichtet - ohne Komplikationen beendet werden können, eine Rückfallgefahr wird von diesen Ex-Konsumenten nicht gesehen. Häufig wurde geschildert, dass bestimmte Umstände, etwa Elternschaft, spontan und erfolgreich zur Abstinenz geführt hätten:

*Seit über einem Jahr nicht mehr genommen. Wurde in der Zeit oft gefragt, konnte immer problemlos (und reuelos) Nein sagen.*

*Wäre meine Verantwortung jetzt nicht so groß mit meinem Kind, wäre ich vermutlich damals ganz schön abgesackt.*

### 7.15.4 Selbsthilfegruppen

Viele Ex-Konsumenten schilderten ihre positive Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen, meist verbunden mit dem Ratschlag, dass dies der beste Weg und unbedingt auch für andere zu empfehlen sei. Konkret wurde mehrfach *narcotics anonymous* genannt. Von manchen Teilnehmern wurde beklagt, dass Selbsthilfegruppen an ihrem Wohnort nicht verfügbar seien. Selbsthilfegruppen erfüllten dabei unterschiedliche Funktionen. Sie dienten einerseits zur Überbrückung, bis eine akzeptable Therapiemöglichkeit gefunden wurde und andererseits nach Inanspruchnahme einer stationären Therapie zur Unterstützung der längerfristigen Abstinenz:

*Die haben mich zu einer Entgiftung mit anschließender 24-wöchiger Therapie geschickt und seitdem bin ich abstinent und besuche regelmäßig eine Selbsthilfegruppe und auch eine therapeutisch unterstützte Gruppe.*

### 7.15.5 Suchtberatung und ambulante Therapie

Eine Reihe von Teilnehmern berichtete, dass – meist neben anderen Nennungen, wie einem hilfreichen persönlichen Umfeld und anderen begünstigenden Faktoren – nach einer, oder im Falle von Rückfällen auch mehreren ambulanten Beratungen, diese letztlich zur Abstinenz geführt hätten. Bei Amphetamin-Konsumenten deuten die untersuchten Daten darauf hin, dass in vielen Fällen eine nicht suchtspezifische Psychotherapie erfolgreich war. Von ehemaligen Methamphetamin-Konsumenten werden hier eher unterschiedliche Beratungsstellen genannt:

*Ich hatte einen Therapeuten und bei der mudra war ich auch einmal. Und ohne Hilfe hätte ich es wahrscheinlich nicht geschafft.*

*Psychologische Therapeuten haben mir geholfen und verdammt gute, cleane Freunde.*

*Suchtberatungsstelle mit akzeptierendem Ansatz.*

### 7.15.6 Erfolgreiche stationäre Langzeittherapie

Es konnten auch Datensätze von Teilnehmern untersucht werden, denen – im Falle von „Crystal“ – eine stationäre Langzeittherapie geholfen hatte. Dabei wurden teilweise nur einmalige, aber auch mehrmalige Behandlungen beschrieben. In manchen Fällen wurde berichtet, dass es zwar nach einer Langzeittherapie zu Rückfällen gekommen sei, man aber dennoch auf die dort erreichten Fortschritte und erlernte Strategien zurückgreifen konnte, die dann letztlich zur Abstinenz geführt hätten:

*Hilfe habe ich schon in verschiedenen Therapieeinrichtungen und Entgiftungen, bei Psychologen und Psychiatern gesucht. Erst im Februar 2012 hat's geklappt, bis heute.*

## **8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung**

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die unter 4.3 formulierten Projektziele in vollem Umfang erreicht werden konnten. Im Folgenden werden die anhand der verschiedenen methodischen Schritte dargelegten Ergebnisse aufgegriffen und hinsichtlich der derzeitigen Ist-Situation (existierende Projekte, Institutionen und Akteure) sowie der besten derzeit vorliegenden Evidenz zu präventiven Maßnahmen diskutiert. Hieraus werden – geordnet nach den jeweils herausgearbeiteten unterschiedlichen Zielgruppen – Empfehlungen abgeleitet.

Es sei angemerkt, dass es sich hierbei um eine selektive Zusammenstellung von Vorschlägen handelt. Da es sich um präventives Neuland handelt, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch keine systematische, aus abgesicherten empirischen Erkenntnissen abgeleitete Empfehlungsliste bereit gestellt werden (siehe hierzu auch [49]). Zu den folgenden Anregungen sollten deshalb evaluierte Modellprojekte durchgeführt werden, um fundierte Erkenntnisse zu möglichen Best-Practice-Ansätzen zu erhalten.

### **8.1 Freizeitkonsumenten**

Im Kontext der für den Freizeitbereich betriebenen (selektiven und indizierten) Prävention sind in Deutschland unterschiedliche Projekte aktiv. Eine Reihe von so genannten „Partyprojekten“, Online-Kommunikationsportalen und niedrighwelligen Beratungseinrichtungen, von denen einige die vorliegende Studie unterstützt haben, engagiert sich im Bereich der Wissensvermittlung. Sie präsentieren Informationsmaterialien und Botschaften in textueller und visueller Form auf Veranstaltungen sowie über Internetportale und soziale Netzwerke oder verbreiten Materialien im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit. Diese Akteure verfolgen durchweg einen akzeptierenden und auf Risikominimierung („Safer Use“) abzielenden Ansatz. Anhand der Befunde aus allen drei Modulen der vorliegenden Studie zeigt sich, dass sie aus Sicht von Konsumenten eine besondere Glaubwürdigkeit aufweisen und hohe Akzeptanz genießen (vgl. 7.11.2, 7.15.1) und dass „Safer Use“-Ansätze eine wichtige Möglichkeit darstellen, um Konsumenten zu erreichen (vgl. Kap. 7.11.4.4). Eine evidenzbasierte Einschätzung von schadensminimierenden Maßnahmen „im Nachtleben“ kann nach Bühler & Thrul [49] derzeit noch nicht erfolgen. Allerdings ließ das Urteil der in der vorliegenden Studie befragten Experten darauf schließen, dass die betreffenden Ansätze auch in Bezug auf den missbräuchlichen Konsum von „Speed“ und „Crystal“ sinnvoll sein könnten. Hier wurden „Safer Use“ Ansätze u.a. mit einem deutlich verbesserten

Bewusstsein der Zielgruppe in Bezug auf Konsumpraktiken, die Infektionsrisiken bergen, in Zusammenhang gebracht (vgl. 7.14).

In Bezug auf die eingesetzten Informationsstrategien zeigt sich, dass die etablierten Projekte bzw. Kommunikationsportale möglicherweise relevante Unterschiede in Bezug auf die vermittelten Informationen und Botschaften aufweisen. Exemplarisch soll hier auf die jeweiligen Internet-Präsenzen von DRUG SCOUTS und MINDZONE hingewiesen werden. Deren Informationsmaterialien unterscheiden sich u.a. im Hinblick auf die Botschaften zu „Crystal“. So weisen die DRUG SCOUTS anhand von „Safer Use“-Regeln auf unterschiedliche Konsumformen und die damit assoziierten Risiken hin und geben Ratschläge zur Risikominimierung. Bei MINDZONE werden ebenfalls Wirkungen und Risiken geschildert. Zusätzlich werden an prominenter Stelle jedoch Bilder präsentiert, die – an deutsche Verhältnisse angepasst – die Folgen des langfristigen Konsums der anfänglich verheißungsvollen Droge „Crystal“ in humorvoller bis ironisch/makaberer Weise anhand von visuellen Botschaften darstellen<sup>15</sup>. Allerdings existiert bislang kein gesichertes Wissen dazu, welche Informationsmaterialien bei welchen Zielgruppen, die durch präventive Maßnahmen erreicht werden sollen, tatsächlich als effektiv angesehen werden können. So wurden die Effekte von emotional eindringlichen Bildern in einer seit längerer Zeit in den USA laufenden Kampagne („Montana Meth Project“) kontrovers diskutiert [50].

Auch in den unterschiedlichen Modulen der vorliegenden Studie zeigte sich ein ambivalentes Bild. Ein Teil der befragten Konsumenten und Experten lehnte jegliche Form von „Abschreckungskampagnen“ vehement ab oder betrachtet diese als wirkungslos. Ähnliche Standpunkte konnten in den ausgewerteten Online-Foren gefunden werden (vgl. 7.13.2.4). Es wurde sogar berichtet, dass emotional eindringliche Botschaften erst zum Reiz am Konsum sowie zum Verlust der Glaubwürdigkeit der Prävention beigetragen hätten (vgl. 7.11.4.1). Andererseits wurden emotional eindringliche Bilder von einem Teil der befragten Konsumenten auch befürwortet, teilweise sogar gefordert und von manchen Experten ebenfalls als sinnvoll angesehen, besonders wenn die Inhalte sorgfältig an deutsche Verhältnisse angepasst werden. Diese Befunde legen nahe, dass weiter überprüft werden muss, welche Ansätze für unterschiedliche Subgruppen von Konsumenten sinnvoll sind.

Vor allem bei der empirischen Befragung war „Drug Checking“, d.h. die gesetzlich ermöglichte Durchführung von chemischen Analysen bei Substanzproben von Drogenkonsumenten auf besonders schädliche Streckstoffe, Beimengungen und unerwartete psychoaktive Wirkstoffe bzw. -konzentrationen, ein wiederkehrendes Thema (vgl. 7.11.4.4). Einzelne Beiträge ließen dabei vermuten, dass manche Konsumenten der

---

<sup>15</sup> <http://www.mindzone.info/drogen/crystal/index.php?yearID=2011&monthID=10>  
[Zuletzt aufgerufen: 08.02.2014]

irrigen Ansicht waren, Amphetamin sei an sich völlig harmlos und lediglich aufgrund der Beimengungen schädlich. Insgesamt legen die ausgewerteten Beiträge nahe, dass durch „Drug Checking“ Konsumenten gut erreicht werden könnten, da es in massivem Umfang von den Teilnehmern der Studie eingefordert wurde. Das Monitoring der Internetforen und verschiedene Expertengespräche zeigten, dass bereits aktuell in Deutschland vielfach auf die in der Schweiz gewonnenen Erkenntnisse zur unerwarteten Beimengungen und Konzentrationen zurückgegriffen wird, sowohl seitens der Konsumenten als auch seitens der Akteure im deutschen Hilfesystem. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Studienteilnehmer, die „Drug Checking“ forderten, fanden sich eher moderate Konsummuster. Möglicherweise könnte durch ein entsprechendes Angebot bei diesen Konsumenten ein noch „kritischerer“ Konsum gefördert und das Bewusstsein für Gefahren geschärft werden. Zudem könnten die vermuteten und in einigen Fällen nachgewiesenen Beimengungen von Methamphetamin – etwa im norddeutschen Raum (vgl. 7.14) – schneller erkannt und mögliche Ausbreitungswege erfasst werden.

*Zusammenfassend wird empfohlen 1.) akzeptierende Projekte und Beratungsangebote im Sinne einer Optimierung von Maßnahmen unmittelbar und zeitnah bedarfsgerecht zu unterstützen, 2.) die Expertise der dort tätigen Akteure bei der Entwicklung zukünftiger Maßnahmen konsequent einzubeziehen, 3.) die Ansätze und Botschaften der unterschiedlichen Akteure systematisch zu erfassen und ihre Effektivität in Bezug auf unterschiedliche „Subgruppen“ von riskant Konsumierenden zu untersuchen, um entsprechende Best-Practice-Empfehlungen zu entwickeln, sowie 4.) die potenziellen Chancen und Gefahren eines Drug-Checking-Projektes zu prüfen und ggf. entsprechende Pilotprojekte durchzuführen.*

## **8.2 Spezielle Zielgruppen unter schwulen Konsumenten**

In der vorliegenden Studie wurde nicht die sexuelle Orientierung erfragt, sondern lediglich die Selbstzuschreibung zu einer – möglicherweise für die Ziele der Studie relevanten – schwulen „Sexparty-Szene“. Angesichts der von Konsumenten berichteten starken Verbreitung von „Crystal“ als Partydroge in den nahe der tschechischen Grenze gelegenen Bundesländern liegt dabei insgesamt die Vermutung nahe, dass „Crystal“-Konsum in speziellen urbanen schwulen „Szenen“ epidemiologisch gesehen ein Randphänomen darstellt.

Innerhalb solcher spezieller „Szenen“ konnten in der vorliegenden Untersuchung sowohl Hinweise auf eine vergleichsweise hohe Verbreitung als auch auf besondere Konsummuster abgeleitet werden, etwa der Konsum unter ansonsten wenig drogenerfahrenen, sozial integrierten und eher älteren Konsumenten (vgl. 7.12.2), oder ein durch die befragten

Experten als besonders gefährlich eingeschätzter Konsum bei jungen, risikofreudigen und präventiv schwer erreichbaren Subgruppen (vgl. 7.14).

Die Hinweise auf eine hohe Verfügbarkeit und Beliebtheit in den genannten „Szenen“ sollten aus verschiedenen Gründen besondere Aufmerksamkeit erhalten. Zum einen scheint gerade der Konsum von Methamphetamin in diesem Kontext mit hohen Risiken für die betreffenden Konsumenten verbunden zu sein [51, 52], wobei sie zugleich durch Maßnahmen der indizierten Prävention in Bezug auf diese Risiken schlechter zu erreichen sind [53, 54]. Zum anderen könnte es zu einer schnelleren überregionalen Verbreitung beitragen, als die bislang erwartete, eher langsam vonstatten gehende „Diffusion“ der Substanz in andere Bundesländer, wenn innerhalb von „Szenen“ mit geteiltem subkulturellem Wissen eine Droge wie „Crystal“ besondere Beliebtheit erlangt. Dabei suchen die betreffenden Konsumentengruppen möglicherweise eher Kontakt zu anderen Beratungseinrichtungen als der klassischen Suchthilfe, so dass sich eine solche potenzielle Verbreitung nicht direkt in den Suchthilfestatistiken niederschlagen müsste.

*Zusammenfassend wird empfohlen 1.) in Kooperation mit szenekompetenten Akteuren im Detail zu prüfen, welche speziellen Präventionsmaßnahmen in Bezug auf Konsumenten(-gruppen) innerhalb der schwulen Sex- bzw. Partyszene erforderlich sind. Dabei sollte 2.) auch geprüft werden, ob mit Unterstützung dieser Akteure bundesweite szenekompetente Netzwerke aktiviert oder geschaffen werden können.*

### **8.3 Konsumenten mit besonders riskanten Konsumgewohnheiten**

In Bezug auf Konsumgewohnheiten ist zunächst festzuhalten, dass etwa die Hälfte der Methamphetamin-Konsumenten (48,7%) angab, die Droge (auch) zu rauchen, bzw. sie (auch) i.v. zu konsumieren (Rauchen: 25,7%; i.v.-Konsum: 23,0%; vgl. 7.4.1). Während diese Zahlen aufgrund der eingesetzten Rekrutierungsstrategien (u.a. Rekrutierung vieler Methamphetamin-Konsumenten im stationären Bereich) insgesamt mit Zurückhaltung interpretiert werden müssen, weisen sie doch darauf hin, dass riskante Konsumformen, wie Rauchen und i.v.-Konsum, die bislang v.a. für Südost-Europa berichtet wurden [55], auch in Deutschland eindeutig eine Rolle spielen.

Viele Konsumenten mit besonders riskanten Konsumgewohnheiten wiesen auch Erfahrungen mit Opiaten und anderen Substanzen auf, so dass es sich hierbei oft um polyvalent konsumierende Personen zu handeln scheint. Es zeigte sich, dass bei einer Subgruppe von Konsumenten (ca. 10%) i.v.-Konsum von Methamphetamin auch ohne Opiat-Erfahrung vorlag. Dabei schien es sich unter anderem um 1.) Personen in besonders prekären Lebenssituationen oder mit besonders problematischen biographischen Erfahrungen und 2.) um Personen mit subkulturell oder individuell geprägten Werten abseits

der Mainstream-Gesellschaft zu handeln. Seitens der befragten Experten wurde berichtet, dass Personen mit schwerer Opiatabhängigkeit in manchen Regionen inzwischen in nicht unerheblichem Ausmaß zusätzlich Methamphetamin konsumieren. Diese Gruppe wurde aufgrund der Ausschlusskriterien in der vorliegenden Untersuchung nicht erfasst, sollte aber ohne Zweifel gesondert berücksichtigt werden.

*Zusammenfassend wird empfohlen 1.) geeignete Maßnahmen zur Gefahrenminimierung für besonders riskant konsumierende Subgruppen zu prüfen bzw. zu entwickeln, 2.) weitere Bedarfsanalysen in niedrigschwelligen Einrichtungen wie Konsumräumen oder Spritzentauschstellen durchzuführen und ggf. angemessene Ansätze für schwere Opiatkonsumenten mit zusätzlichem Methamphetamin-Konsum zu entwickeln.*

#### **8.4 Personen mit psychischer Komorbidität und/oder Traumatisierungen**

Es wurde im Rahmen der Untersuchung deutlich, dass bei einer bedeutsamen Gruppe von ATS-Konsumenten psychische Probleme dem Konsum nicht nur folgen, sondern ihm offensichtlich bereits voraus gehen. Besonders augenfällig war dies bei Klienten, die berichteten, belastende Symptome, häufig in Zusammenhang mit posttraumatischen Störungen, mit Amphetamin und Methamphetamin zu „medizieren“ (vgl. 7.12.4). Selektive Prävention sollte in diesem Bereich beinhalten – zumindest in Regionen mit besonders hoher Prävalenz von ATS – die Angehörigen psychosozialer Beratungs- und Behandlungsangebote außerhalb des Suchthilfesystems konsequent in Bezug auf den Umgang mit gefährdeten Personen und die ATS-Problematik weiterzubilden. Zudem sollte, wie in den letzten Jahren wiederholt gefordert [56, 57], ein Ausbau spezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote für Personen erfolgen, die Erlebnissen sexueller Gewalt und anderen frühen negativen Entwicklungsbedingungen ausgesetzt waren. Zudem sollten Maßnahmen ergriffen werden, um diese Risikogruppe früher mit angemessenen Beratungsangeboten zu erreichen. Schließlich müssen im Sinne der indizierten Prävention Mitarbeiter der Suchthilfe in Regionen mit hoher ATS-Prävalenz noch konsequenter im Umgang mit Personen, die posttraumatische Störungen und andere schwere Komorbiditäten aufweisen, weitergebildet werden.

*Zusammenfassend wird empfohlen, 1.) Angehörige psychosozialer Beratungs- und Behandlungsangebote außerhalb des Suchthilfesystems konsequent in Bezug auf den Umgang mit gefährdeten Personen und die ATS-Problematik weiterzubilden, 2.) Mitarbeiter der Suchthilfe in Regionen mit hoher ATS-Prävalenz noch konsequenter im Umgang mit Personen, die posttraumatische Störungen und andere schwere Komorbiditäten aufweisen, weiterzubilden.*



## 8.5 Konsumierende Eltern

In der vorliegenden Untersuchung berichteten 23% der Methamphetamin-Konsumenten und knapp 10% der Amphetamin-Konsumenten, mindestens ein Kind zu haben (vgl. 7.3). Diese Zahlen müssen aufgrund der Rekrutierungsstrategie und andere methodischer Aspekte (u.a. dem höheren Alter der Methamphetamingruppe) zurückhaltend bewertet werden. Dennoch weisen sie darauf hin, dass auch Elternschaft in Zusammenhang mit ATS-Konsum besonderer Berücksichtigung bedarf. Es wurde im Rahmen des Expertengesprächs durch Praktiker berichtet, dass Klienten nicht selten in Begleitung ihrer Kinder in Beratungsstellen erscheinen. Weiter sei der Begriff „Crystal-Kinder“ (im Sinne von ungeplanten Schwangerschaften durch Verzicht auf Verhütungsmittel) unter Mitarbeitern von Suchthilfeeinrichtungen in Regionen mit hoher Konsumprävalenz inzwischen durchaus gängig (vgl. 7.14). Eine frühe Elternschaft, während man sich selbst (noch) in einer prekären Lebenssituation befindet, kann dabei nicht zuletzt auf die enthemmende und sexualisierende Wirkung der Droge zurückzuführen sein, die aufgrund von riskanten Sexualpraktiken und fehlender Verhütung nicht nur zum Risiko einer Übertragung von Krankheiten führt, sondern auch zu frühen ungewollten Schwangerschaften. Weiter sind, wie bei anderen Substanzen, bei einem Teil der Konsumenten Risiken für ihre Kinder zu befürchten. So berichteten auch in der vorliegenden Untersuchung Teilnehmer davon, wie bereits ihr zweites Kind vom Jugendamt „weggenommen“ und in einer Pflegefamilie untergebracht worden sei, weil sie auf Grund ihrer Sucht den Alltag nicht mehr meistern konnten und eine Gefahr für die Kinder gesehen wurde.

*Zusammenfassend wird empfohlen, 1.) unter Einbezug von Bildungsexperten (Schule), und Suchthilfeeinrichtungen zu prüfen, inwieweit – eingebettet in schulische Sexualerziehung und Suchtprävention – auch Aufklärung über Schwangerschaften durch Sex ohne Verhütung unter Einfluss von enthemmenden Drogen erfolgen kann. Darüber hinaus scheint es 2.) sinnvoll, dass Jugendämter, Suchthilfeeinrichtungen und Leistungsträger bewährte Maßnahmen zur Unterstützung von „Risikofamilien“ und Behandlungsmöglichkeiten für Eltern auch in Bezug auf ATS prüfen, umsetzen und erproben.*

## 8.6 Konsum im Zusammenhang mit Schule und Ausbildung

In der vorliegenden Untersuchung berichteten etwas mehr als 20% der Methamphetamin-Konsumenten und knapp 10 % der Amphetamin-Konsumenten, dass sie bis zum Alter von 15 Jahren ihren ATS-Konsum begonnen hatten. Bei etwa 75 % bzw. etwa 70% war dies bis zum Alter von 20 Jahren der Fall (vgl. 7.4.1). Auch wenn diese Daten aufgrund des bedeutsamen Anteils von stationär befragten Konsumenten, besonders hinsichtlich Methamphetamin, mit Zurückhaltung interpretiert werden müssen, legen sie nahe, dass

Möglichkeiten für schulische Prävention geprüft werden sollten. Die bislang eingesetzten Konzepte fokussieren zumeist auf andere, von der Prävalenz her bedeutsamere Substanzen wie Alkohol, Nikotin und Cannabis, und gehen nicht auf ATS ein. Dies wurde von manchen Befragten als erhebliches Problem und als einer der Gründe für ein mangelndes Bewusstsein in Bezug auf die damit verbundenen Gefahren angesehen (vgl. 7.10.2.4). Auch wenn die Motive zum Erstkonsum zumeist außerhalb der Schule liegen, etwa im Freizeitbereich (vgl. 7.10), kann ein Motiv für dessen Fortsetzung auch in der Bewältigung schulischer Anforderungen bestehen (vgl. 7.4.4). Ähnlich ist die Situation in den Bereichen *Ausbildung* sowie *Studium* zu sehen. In unterschiedlichen Ergebnisabschnitten konnte dargestellt werden, dass der ATS-Konsum auch Motiven folgt, die bei anderen Drogen so nicht zu beobachten sind. So dient er nicht (nur) als Form des adoleszenten Protests oder des Austestens von Verbotenem, sondern auch als Mittel zur Leistungssteigerung und zur Erreichung „bürgerlicher“ Ziele.

Insbesondere in Regionen mit hoher Prävalenz von Stimulanzienkonsum könnte es deshalb sinnvoll sein, dass bei Projekten zur Suchtprävention ab Jahrgang 9 in Schulklassen auch der Stimulanzienkonsum und seine Risiken mit thematisiert werden, um zu einem späteren Konsumverzicht und einer Risikovermeidung in Bezug auf diese Stimulanzien beizutragen (vgl. 7.10.2.4, 7.11.4.2). Wichtig dafür ist nach vorliegender Evidenz [49] die Verknüpfung mit Lifeskill-Förderung und die schüleraktivierende, interaktive Ausrichtung des Unterrichts.

Den Berichten einiger Konsumenten kann weiterhin entnommen werden, dass Pädagogen und selbst Mitarbeiter der Suchthilfe aus Schülersicht nicht automatisch glaubwürdig und kompetent im Umgang mit den Spezifika von Stimulanzien sein müssen. Gerade wenn vor allem negative Effekte in den Vordergrund gestellt werden, könnten die entsprechenden Botschaften schnell unglaubwürdig wirken, wenn sie in Diskrepanz zu den allgemein bekannten positiven Wirkungen stehen oder wenn im älteren Freundeskreis Personen bekannt sind, bei denen keinerlei negative Folgen zu erkennen sind (vgl. 7.11.4.1).

Zu illegalen Drogen - neben Cannabis auch zu Ecstasy und „harten“ Drogen - liegen eine Reihe von Evidenzstudien mit höchster Evidenzstärke vor, die positive Effekte schulischer Maßnahmen aufzeigen. Es werden hier vor allem kompetenzorientierte Programme benannt, vorrangig jedoch in Bezug auf Cannabis ([49], S. 47). Dabei wird gerade im Handlungsfeld Schule der erfolgreiche Einsatz von Peers beschrieben [49], der auch wiederholt durch die Teilnehmer vorgeschlagen wurde (vgl. z.B. 7.11.4.2), da sie den Schülern glaubhafter einen realistischen Einblick in die Wirkungen und die Gefahren des Konsums vermitteln könnten. Weitere Hinweise zur genauen Auswahl solcher Peers konnten anhand des Expertengesprächs gewonnen werden (vgl. 7.14).

Ein Praxisbeispiel aus diesem Bereich sind Veranstaltungen des Vereins *Irre menschlich Hamburg e.V.*, der von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen gemeinsam gegründet wurde und im Rahmen eines sog. dialogischen Konzepts „Schulbesuche“ und „Tage der offenen Tür“ unterstützt, vorbereitet und durchführt. Seit 2011 werden von einem der Autoren (SM) schulische Maßnahmen mit dem Titel „Speed. Die perfekte Droge für unsere Zeit?“ durchgeführt, begleitet von konsumerfahrenen Peers und Angehörigen von Betroffenen. Dabei zeigte sich nicht nur eine gute Akzeptanz sondern auch Hinweise auf positive Effekte, insbesondere auch im Sinne der indizierten Prävention. Dies begründet sich nicht nur durch positives Feedback der Lehrer nach deren Nachbereitung des Unterrichtsbesuchs, sondern vor allem damit, dass regelmäßig im Anschluss an die Veranstaltung und in Abwesenheit der Lehrkräfte Schüler zu Nachfragen erscheinen, ihre eigenen Probleme oder die von Familienangehörigen oder Freunden schildern und um Hilfsempfehlungen bitten.

*Zusammenfassend wird empfohlen, 1.) altersangemessene, in schulische Suchtprävention integrierbare Module zum Stimulanzienkonsum zu entwickeln, die auf den Einbezug geeigneter Peers und adäquate, sorgfältig entwickelte Lehrmaterialien setzen und die Gefahren des Konsums sachlich vermitteln. Zu diesem Zweck sollten 2.) Akteure identifiziert werden, die sowohl Erfahrungen mit präventiven Botschaften im Bereich der Stimulanzien haben als auch mit der konkreten Vermittlung im schulischen Bereich.*

## **8.7 Konsum in Zusammenhang mit der Berufstätigkeit**

Im Rahmen der Befragungen konnte gezeigt werden, dass insbesondere in Bezug auf Methamphetamin (ca. 50%), aber auch in Bezug auf Amphetamin (ca. 20%) berufliche Konsumgründe eine erhebliche Rolle spielen könnten (vgl. 7.3.4). Wie bereits erläutert, müssen diese Zahlen zurückhaltend interpretiert werden, da Stichprobeneinflüsse nicht ausgeschlossen werden können. Es fanden sich auch in den qualitativen Anteilen der Befragung Hinweise darauf, dass ATS im beruflichen Kontext funktional genutzt werden (vgl. 7.12.7). Die in den Gesprächen mit Praktikern häufig genannten Berufsgruppen und Branchen fanden sich hier zum Teil wieder, wobei die Ergebnisse nicht belastbar genug sind, um einzelne Branchen und Berufsgruppen als besondere Zielgruppen zu identifizieren. Es besteht der Eindruck, dass eine solch starke Eingrenzung, wie sie etwa für Australien und die dortigen LKW-Fahrer im Fernverkehr möglich ist, für Deutschland zurzeit nicht sinnvoll erscheint. Bestenfalls lassen sich die Befragungsergebnisse dahingehend interpretieren, dass zum einen Berufsgruppen betroffen sind, bei denen eine generell höhere Exposition gegenüber Suchtmitteln besteht, etwa in bestimmten Bereichen der Gastronomie. Zum anderen scheinen Berufsgruppen mit besonders schwerer körperlicher Arbeit, durch Fristen bedingten langen Arbeitszeiten, Schichtarbeit und teilweise

monotonen Arbeitsabläufen betroffen zu sein, etwa im Bereich des telefonischen Kundenservices. Neben den von Praktikern beschriebenen Branchen, z.B. den Handwerkern aus den Baugewerben und/oder auf Montage, fanden sich auch wiederholt Berufe, welche nicht in dieses Schema passten, etwa Floristen oder Berufe aus dem Gesundheitswesen, die nicht unbedingt mit Schichtarbeit, langen Arbeitsschichten oder Abgabefristen assoziiert sind, etwa Ergotherapeuten.

*Zusammenfassend wird empfohlen, 1.) Maßnahmen in diesem Bereich zum jetzigen Zeitpunkt nicht auf bestimmte Branchen einzuschränken, sondern branchenübergreifende Informations- und Fortbildungsmaterialien bereit zu stellen, die im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Weiterbildung der dort Tätigen und zur Beratung von Konsumenten genutzt werden können (z.B. E-Learning-Module oder Broschüren, die auf das Handlungsfeld Beruf abgestimmt sind), 2.) anhand weiterer Untersuchungen die oben genannten, explorativen Befunde in Bezug auf mögliche besonders gefährdete Berufsgruppen weiter zu erhärten.*

## **8.8 Weitere potenzielle Konsumentengruppen**

Die im korrespondierenden Ergebnisabschnitt dargestellten Befunde zu weiteren potenziellen Konsumentengruppen sind zu fragmentarisch, um spezifische Maßnahmen anregen zu können.

*Zusammenfassend wird empfohlen, weitere Untersuchungen folgen zu lassen, um die Befunde zu den dort genannten Konsumentengruppen (Konsumenten mit pathologischem Glücksspiel, Personen mit langjährigem Konsum) weiter zu vertiefen.*

## **9. Gender Mainstreaming Aspekte**

In der vorliegenden Untersuchung wurden Gender-Aspekte in verschiedener Hinsicht berücksichtigt. So wurden bei der Planung und Durchführung der Untersuchung Erkenntnisse explizit berücksichtigt, die darauf hinweisen, dass es Gruppen weiblicher Konsumentinnen gibt, die einer besonderen Berücksichtigung bedürfen (z.B. junge Mütter). Ebenso gab es Hinweise auf spezielle männliche Zielgruppen, etwa Angehörige der schwulen Club-Kultur. Weiter erfolgte ein reflektierter Einsatz von männlichen und weiblichen Interviewern. Auch bei der Auswertung wurden geschlechtsspezifische Besonderheiten berücksichtigt.

## 10. Verbreitung der Ergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit

Bereits während der Projektlaufzeit konnten Ziele und Methodik der Untersuchung durch den Projektkoordinator (SM) auf einer Fachtagung zum Thema (2. Crystal-Meth-Kongress, Bayreuth, 27.11.2013) im Rahmen eines Workshops präsentiert werden. Zur Verbreitung der Studienergebnisse werden nach ihrer Veröffentlichung weitere nationale Tagungen genutzt. So wird etwa unter dem Titel „Herausforderung Stimulanzienkonsum“ am 12.06.2014 im Rahmen der Hamburger Suchttherapietage 2014 ein Satelliten-Symposium des Projektleiters (IS) gemeinsam mit dem Projektkoordinator (SM) und mehrere Experten, die teilweise als Kooperationspartner an der Studie beteiligt waren, stattfinden. Kooperationspartner und Studienmitarbeiter werden dort zudem vertiefende Workshops anbieten ([www.suchttherapietage.de](http://www.suchttherapietage.de)).

Die Laien- und Fachpresse wird nach Veröffentlichung der Studie in angemessenem Umfang über deren Ergebnisse informiert werden. Dazu liegen bereits zahlreiche Anfragen vor.

Folgende wissenschaftliche Publikationen befinden sich derzeit in Vorbereitung:

- Schäfer, I, Lotzin, A, Degkwitz, P, Verthein, U, Milin, S (in Vorbereitung) Subgroups of Methamphetamine Users in Germany. Originalarbeit.
- Milin, S, Lüdorf, T, Lotzin, A, Degkwitz, P, Verthein, U, Schäfer, I (in Vorbereitung) Adverse Childhood experiences among a clinical sample of Methamphetamine Users in Germany. Originalarbeit.
- Lüdorf, T (in Vorbereitung) Zusammenhänge zwischen frühen negativen Entwicklungsbedingungen und Konsummustern bei Stimulanzienkonsumenten. Medizinische Doktorarbeit, Universität Hamburg (Betreuung: PD Dr. med. Ingo Schäfer)
- Eisenhuth, L (in Vorbereitung) Motive für den Konsum von Amphetamin-artigen Stimulantien: Vergleich von internationalen Forschungsergebnissen mit Konsummotiven von stationären, abhängigen Suchtpatienten in Hochstadt und Bayreuth. Bachelor-Arbeit, Universität Bamberg (Betreuung: Prof. Dr. med. Jörg Wolstein)

Über Publikationen und Vorträge soll künftig über die Webseite der Studie [www.methstudie.de](http://www.methstudie.de) informiert werden.

## **11. Nachhaltigkeit/Transferpotential der Projektergebnisse**

Verschiedene Aspekte der vorliegenden Untersuchung tragen zur Nachhaltigkeit ihrer Ergebnisse bei und eröffnen Möglichkeiten für einen Transfer in andere Bereiche. So ergeben sich aus den Studienbefunden vielfältige Hinweise, die direkt für die Entwicklung und Planung präventiver Aktivitäten in Bezug auf ATS nutzbar gemacht werden können (vgl. Kap. 8). Die im Rahmen der Studie aufgebauten Strukturen können dazu dienen, weitere Informationen, etwa zu künftigen Konsummustern und -trends, in Bezug auf ATS zu erhalten. So waren viele Teilnehmer daran interessiert, über künftige Aufrufe zur Beteiligung an ähnlichen Studien informiert zu werden. Weiter kann die im Rahmen des Projektes entwickelte Methodik für ähnliche Befragungen nutzbar gemacht werden. So können die Instrumente, Materialien und Vorgehensweisen, einschließlich des Online- bzw. PC-gestützten Erhebungsinstruments mit nur geringem Aufwand an andere Fragestellungen angepasst werden. Schließlich ist eine Pflege der im Rahmen des Projektes aufgebauten Netzwerkstrukturen geplant.

## **12. Publikationsverzeichnis**

Geplante Veröffentlichungen finden sich in Kapitel 10.



### 13. Quellenverzeichnis

1. Pfeiffer-Gerschel, T., M. Steppan, & H. Brand, *Deutsche Suchthilfestatistik 2012, Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. 2013, München: IFT Institut für Therapieforschung.
2. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, *Drogen- und Suchtbericht*, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2013: Berlin.
3. National Drug Research Institute Australian Institute of Criminology, *National Amphetamine-Type Stimulant Strategy Background Paper. Monograph Series oo. 69*. 2007, Department of Health and Ageing, Australian Government.
4. Riggs, N.R., C.P. Chou, & M.A. Pentz, *Preventing growth in amphetamine use: long-term effects of the Midwestern Prevention Project (MPP) from early adolescence to early adulthood*. *Addiction*, 2009. **104**(10):1691-9.
5. Smout, M.F., et al., *The Psychostimulant Check-Up: A pilot study of a brief intervention to reduce illicit stimulant use*. *Drug Alcohol Rev*, 2010. **29**(2):169-76.
6. Suvanchot, K.S., R. Somrongthong, & D. Phukhao, *Efficacy of group motivational interviewing plus brief cognitive behavior therapy for relapse in amphetamine users with co-occurring psychological problems at Southern Psychiatric Hospital in Thailand*. *J Med Assoc Thai*, 2012. **95**(8):1075-80.
7. Zule, W.A., et al., *Results of a pilot study to reduce methamphetamine use and sexual risk behaviors among methamphetamine-using men who have sex with men (MSM) not currently in treatment*. *J Psychoactive Drugs*, 2012. **44**(5):351-8.
8. National Drug Research Institute, Australian Institute of Criminology. *National Amphetamine-Type Stimulant Strategy Background Paper. Monograph Series oo. 69*. 2007, Department of Health and Ageing, Australian Government.
9. NSW Department of Health, *Amphetamine, Ecstasy and Cocaine. A Prevention and Treatment Plan 2005 - 2009*. 2005: New South Wales Government.
10. Rawson, R.A., *Treatment for Stimulant Use Disorders: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 33*. 1999, U.S. Department of Health and Human Services.
11. Klee, H., *A Typology of Amphetamine Users in the United Kingdom*, in *Amphetamine Misuse: International Perspectives on current Trends*, H. Klee, Editor. 1997, Harwood Academic Publishers: Amsterdam. 35-68.
12. Kraus, L., et al., *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012*. 2013, München: IFT Institut für Therapieforschung.
13. Pfeiffer-Gerschel, T., et al., *Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD – Neue Entwicklungen und Trends, Deutschland*. 2013, München: IFT Institut für Therapieforschung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
14. Kraus, L. & A. Pabst, *Der Epidemiologische Suchtsurvey 2009*. *Sucht*, 2010. **56**(5).
15. BzGA, *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. 2012, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
16. Baumgärtner, T. & J. Kestler, *Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen In Hamburg 2004 bis 2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich. Kurzbericht*. 2013, Hamburg: Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtgefahren e.V.
17. Bernard, C., B. Werse, & C. Schell-Mack, *MoSyD Jahresbericht 2012. Drogentrends in Frankfurt am Main*. 2013, Frankfurt: Centre for Drug Research, Goethe Universität.
18. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. 2010, Hamm, Deutschland: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

19. Kirkpatrick, M.G., et al., *A direct comparison of the behavioral and physiological effects of methamphetamine and 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) in humans*. Psychopharmacology, 2012. **219**(1):109-122.
20. Howell, L.L. & H.L. Kimmel, *Monoamine transporters and psychostimulant addiction*. Biochemical pharmacology, 2008. **75**(1):196-217.
21. Reimer, J., J. Meier, & C. Schmidt, *Illegale Drogen: Crystal Meth*, in *Jahrbuch Sucht 13*, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2013, Papst: Lengerich. 111-118.
22. Fasano, A. & I. Petrovic, *Insights into pathophysiology of puniding reveal possible treatment strategies*. Mol Psychiatry, 2010. **15**(6):560-73.
23. Castro, F.G., et al., *Cocaine and methamphetamine: Differential addiction rates*. Psychology of Addictive Behaviors, 2000. **14**(4):390.
24. Barr, A.M., et al., *The need for speed: an update on methamphetamine addiction*. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 2006. **31**(5):301.
25. Hando, J. & W. Hall, *Amphetamine use among young adults in Sydney, Australia*. 1993: Drug and Alcohol Directorate, NSW Health Dept.
26. McKetin, R., et al., *Major depression among methamphetamine users entering drug treatment programs*. Medical Journal of Australia, 2011. **195**(3):S51.
27. Brière, F.N., et al., *Prospective associations between meth/amphetamine (speed) and MDMA (ecstasy) use and depressive symptoms in secondary school students*. Journal of epidemiology and community health, 2012. **66**(11):990-994.
28. Glasner-Edwards, S., et al., *Anxiety Disorders among Methamphetamine Dependent Adults: Association with Post-Treatment Functioning*. The American Journal on Addictions, 2010. **19**(5):385-390.
29. Baker, A. & S. Dawe, *Amphetamine use and co-occurring psychological problems: Review of the literature and implications for treatment*. Australian Psychologist, 2005. **40**(2):88-95.
30. Glasner-Edwards, S., et al., *Does Posttraumatic Stress Disorder Affect Post-Treatment Methamphetamine Use?* Journal of Dual Diagnosis, 2013. **9**(2):123-128.
31. Smith, R.C., et al., *An investigation of relations between crystal methamphetamine use and posttraumatic stress disorder*. Addictive behaviors, 2010. **35**(6):625-627.
32. Shetty, V., et al., *The relationship between methamphetamine use and increased dental disease*. The Journal of the American Dental Association, 2010. **141**(3):307-318.
33. Walter, A.W., et al., *Methamphetamine use and dental problems among adults enrolled in a program to increase access to oral health services for people living with HIV/AIDS*. Public health reports (Washington, DC: 1974), 2012. **127**(Suppl 2):25-35.
34. Westover, A.N. & P.A. Nakonezny, *Aortic dissection in young adults who abuse amphetamines*. American heart journal, 2010. **160**(2):315-321.
35. El Menyar, A.A., *Drug-induced myocardial infarction secondary to coronary artery spasm in teenagers and young adults*. J Postgrad Med, 2006. **52**(1):51-6.
36. Herman-Stahl, M.A., et al., *Risk and protective factors for methamphetamine use and nonmedical use of prescription stimulants among young adults aged 18 to 25*. Addict Behav, 2007. **32**(5):1003-15.
37. McKetin, R., et al., *Characteristics and harms associated with injecting versus smoking methamphetamine among methamphetamine treatment entrants*. Drug Alcohol Rev, 2008. **27**(3):277-85.
38. Tunving, K., *Fatal outcome in drug addiction*. Acta Psychiatr Scand, 1988. **77**(5):551-66.
39. California Department of Alcohol and Drug Programs, *Methamphetamine Treatment: A Practitioner's Reference*. 2007, Sacramento: <http://www.methamphetamine.org/wp-content/uploads/2013/06/MethTreatmentGuide.pdf>.

40. Australian Government Department of Health and Ageing, *Models of intervention and care for psychostimulant users*. 2004.
41. Ministerial Council on Drug Strategy Australia, *National Amphetamine-Type Stimulant Strategy 2008-2011*. 2006.
42. United Nations Office on Drugs and Crime, *Preventing amphetamine-type stimulant use among young people: A policy and programming guide*. 2007.
43. Australian Government Department of Health and Ageing, *Models of intervention and care for psychostimulant users*. 2004.
44. Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V., *Aktuelle Herausforderungen für die sächsische Suchthilfe im Zusammenhang mit dem Crystal-Missbrauch*. <http://www.slsev.de/fileadmin/user/Dokumente/Vorstand/CrystalPosition2013.pdf>, 2013
45. Felitti, V.J., et al., *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. Am J Prev Med, 1998. **14**(4):245-58.
46. Schäfer, I., K. Wingenfeld, & S. C., *ACE-D. Deutsche Version des „Adverse Childhood Experiences Questionnaire“*, in *Diagnostische Verfahren in der Sexualwissenschaft*, D. Richter, E. Brähler, and B. Strauß (Hrsg.). 2014, Hogrefe: Göttingen.11-15.
47. Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 8. Aufl ed. UTB für Wissenschaft ; 8229 Pädagogik. 2007, Weinheim [u.a.]: Beltz.
48. Wersé, B., C. Bernard, & C. Schell-Mack, *MoSyD Jahresbericht 2011. Drogentrends in Frankfurt am Main*. 2011: Centre For Drug Research, Goethe Universität Frankfurt.
49. Bühler, A. & J. Thrul, *Expertise zur Suchtprävention - Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der "Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs"*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 2013, Köln: BZgA.
50. Erceg-Hurn, D.M., *Drugs, money, and graphic ads: a critical review of the Montana Meth Project*. Prev Sci, 2008. **9**(4):256-63.
51. Vosburgh, H.W., et al., *A review of the literature on event-level substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men*. AIDS Behav, 2012. **16**(6): 1394-410.
52. Rajasingham, R., et al., *A systematic review of behavioral and treatment outcome studies among HIV-infected men who have sex with men who abuse crystal methamphetamine*. AIDS Patient Care STDS, 2012. **26**(1):36-52.
53. Koblin, B., et al., *Effects of a behavioural intervention to reduce acquisition of HIV infection among men who have sex with men: the EXPLORE randomised controlled study*. Lancet, 2004. **364**(9428):41-50.
54. Colfax, G., et al., *Longitudinal patterns of methamphetamine, popper (amyl nitrite), and cocaine use and high-risk sexual behavior among a cohort of san francisco men who have sex with men*. J Urban Health, 2005. **82**(1 Suppl 1):62-70.
55. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Exploring methamphetamine trends in Europe*. 2014, Publications Office of the European Union: Luxembourg.
56. Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, *Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann*. 2011, Berlin.
57. Bundesministerium für Justiz; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) *Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich*. 2011: Berlin.

## **Danksagung**

Wir möchten uns zunächst bei allen Studienteilnehmern bedanken. Ihre Hilfe und ihr Vertrauen in uns wissen wir sehr zu schätzen. Auch danken wir neben unseren vielen offiziellen Kooperationspartnern (Kliniken, Beratungseinrichtungen, Party- und andere Präventionsprojekte) all den Administratoren, Moderatoren und Betreibern von Internet-Foren und Gruppen in sozialen Netzwerken, die unsere Studie unterstützt haben.

Wir danken auch den befragten Experten aus Therapie, Beratung und Prävention, die uns wesentlich bei unserer Studie unterstützt haben. Neben vielen Einzelpersonen und Vereinen, die unser Forschungsprojekt formell und informell unterstützt haben, gilt unser besonderer Dank den Mitarbeitern des Berliner Verbunds für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH (vista), die uns nicht nur spontan und engagiert unterstützt, sondern auch eigens für die Bewerbung der Studie ein Plakat mit anspruchsvollem Grafikdesign erstellt haben. eclipse e. V. – Verein für akzeptierende Drogenarbeit und psychedelische Krisenintervention war ebenfalls eine besondere Unterstützung für unsere Mitarbeiter bei der Rekrutierung von Studienteilnehmern. Weiter möchten wir hier die Schwulenberatung Berlin gGmbH sowie das assoziierte Projekt manCheck–Berlin nennen, die uns während der Studie beratend und durch Hilfe bei der Rekrutierung unterstützt haben. Abschließend bedanken wir uns bei den Interviewern Lukas Eisenhuth und Lars Winnig für Ihre wertvolle Arbeit.

## Anhang

### Anhang 1: Online-Foren zur Erreichung spezieller Zielgruppen

1. Hepatitis und Aids
2. Hepatitis C
3. Geschlechtskrankheiten
4. Handwerker
5. Bodybuilder
6. Fitness und Gesundheitskultur
7. Lifestyle / junge Kultur / Ausgehen
8. Freizeitsport / Skater / Funsport
9. Junge Mütter / Väter / Eltern / Alleinerziehende
10. Organisierte Fussballfans, Hooligans, Ultras
11. Junge Fussballspieler
12. Aussteiger rechtsextrem
13. Linke / „Autonome“ / Antifa
14. Gamer-Foren, Online-Spieler
15. Bikerszene
16. Schwule, Lesben
17. Sex-orientierte Clubkultur, Swinger
18. Hartz4
19. Arbeitsangebote / Minijobs / Online-Jobbörsen
20. Studentenforen allgemein / Jura, BWL, Medizin
21. Schülerforen
22. Azubiforen
23. Obdachlosigkeit
24. Trauma-Selbsthilfe-Foren
25. ADHS-Selbsthilfe-Foren
26. Borderline-Foren
27. Depression
28. Psychose
29. Suizid
30. Angst
31. MPU-Foren, Führerscheinenzug
32. Diät, Abnehmen
33. Anorexia Nervosa
34. „Smart Drugs“ / „Neuro-Enhancement“
35. Pathologisches Glücksspiel-Selbsthilfe-Gruppen
36. Drogen-Sucht-Selbsthilfe allgemein
37. Methamphetamin-Selbsthilfe-Foren (abstinenzorientiert)
38. Partydrogen-Selbsthilfe-Foren (abstinenzorientiert)

## Anhang 2: Teilnehmer Expertengespräch

- Peter Batura, SBB IMPULS, Leipzig
- Peter Degkwitz, ZIS Hamburg
- Andreas Dehnke, ODYSSEE e.V.
- Tim Pfeiffer-Gerschel, IFT München
- Willem Hamdorf, AHG Klinik Mecklenburg, Vitense Parber
- Roland Härtel-Petri, Bezirkskrankenhaus Bayreuth
- Rüdiger Holzbach, LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt
- Albert Kern, Bundesministerium für Gesundheit
- Charlotte Kleinau, ZIS Hamburg
- Till Lüdorf, ZIS Hamburg
- Sascha Milin, ZIS Hamburg
- Andreas Rothe, Kontaktstelle Jugendsucht- und Drogenberatung, Chemnitz
- Rüdiger Schmolke, Chill Out e.V., Potsdam
- Ingo Schäfer, ZIS Hamburg
- Uwe Verthein, ZIS Hamburg
- Uwe Wicha, Institut für Gesundheit und Bildung e.V., Großrückerswalde
- Rolf de Witt, manCheck Berlin