Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung

Drogenkonsum in der Partyszene

Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand

Band 19

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BAND 19

DROGENKONSUM IN DER PARTYSZENE

Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand

Dokumentation einer Fachtagung der BZgA zur Suchtprävention
vom 24. 9. bis 26. 9. 2001 in Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Köln 2002

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Drogenkonsum in der Partyszene : Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand ; Dokumentation einer Fachtagung der BZgA zur Suchtprävention vom 24.9. bis 26.9. 2001 in Köln / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA
[Dokumentation u. Red.: Katharina Salice-Stephan] – Köln : BZgA, 2002
(Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung ; Bd. 19)

ISBN 3-933191-78-5

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92–300

Projektleitung: Dr. Guido Nöcker
E-Mail: noecker@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Dokumentation und Redaktion: Katharina Salice-Stephan
Satz: Salice-Stephan, Köln
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

Auflage: 1.5.08.02
Gedruckt auf Recyclingpapier.

Band 19 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse http://www.bzga.de

Bestellnummer: 60 619 000

Vorwort

1997 führte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmalig ein Statusseminar zum Ecstasykonsum durch, dessen Ergebnis die Formulierung von Leitlinien zur Prävention des Ecstasykonsums war. Zwischenzeitlich ist sowohl der Forschungsstand als auch die Präventionspraxis fortgeschritten und hat sich weiter ausdifferenziert. Aus zahlreichen Studien wissen wir, dass im Partybereich der Drogenkonsum bei Jugendlichen um ein Vielfaches häufiger verbreitet ist als bei vergleichbaren Jugendlichen außerhalb der Partyszene. Gleichzeitig werden diese Jugendlichen kaum oder gar nicht von den Angeboten der klassischen Sucht- und Drogenhilfe erreicht, so dass andere Wege in der Ansprache dieser Zielgruppe notwendig erscheinen.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundeszentrale im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom 24. bis 26. September 2001 in Köln erneut eine Fachtagung zum Thema Drogenkonsum in der Partyszene veranstaltet. Es sollten neue medizinische Aspekte des Ecstasykonsums vorgestellt und der aktuelle Forschungs- und Kenntnisstand in Bezug auf die Verbreitung von Ecstasy und anderen Partydrogen gesichtet werden; auf dieser Grundlage sollten gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Tagung Ansatzpunkte für die Fortschreibung der Leitlinien zur Ecstasyprävention erarbeitet werden. Ergänzend zu den Vorträgen und Arbeitsgruppen fand zudem eine Projektmesse statt, auf der szenenahe Projekte Gelegenheit hatten, ihre Arbeit vorzustellen und über ihre Erfahrungen zu berichten.

Die Beiträge der Referentinnen und Referenten wie auch die Ergebnisse der Arbeitsgruppen und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen und Perspektiven für eine Fortschreibung der Leitlinien zur Prävention des Konsums von Ecstasy und anderen Partydrogen sind in dem vorliegenden Band der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ ausführlich dokumentiert. Indem er die Entwicklung sowohl des Drogenkonsums wie auch der Drogenprävention im Kontext der Partyszene nachzeichnet und einen ausführlichen Einblick in den aktuellen Wissensstand gewährt, schreibt er die als Band 5 erschienene Dokumentation „Prävention des Ecstasykonsums“ fort und kann als deren Ergänzung und Aktualisierung verstanden werden.

Köln, Juli 2002

Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Steckbrief der Tagung

Tagungsthema:	Drogenkonsum in der Partyszene
Ziele:	• Sichtung der Entwicklung in der Drogenprävention im Kontext der Partyszene • Aktive Beteiligung szenenaher Projekte an der Planung und Durchführung der Tagung • Feststellung des gegenwärtigen Forschungs- und Kenntnisstands in Bezug auf die Verbreitung von Ecstasy und anderen Partydrogen • Feststellung neuer medizinischer Aspekte des Ecstasykonsums • Erarbeitung von Ansatzpunkten für die Fortschreibung der Leitlinien zur Ecstasyprävention
Tagungstermin:	24.–26. September 2001
Tagungsort:	Hotel Novotel, Köln
Veranstalterin:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln Tel.: +49 (0)221/89 92-0 Fax: +49 (0)221/89 92-300
Konzeption:	Dr. Guido Nöcker, Kristina Schmid, Dirk Sandkühler, BZgA
Organisation:	Sinus – Büro für Kommunikation Habsburgerring 3 50674 Köln Tel.: +49 (0)221/9 12 36 37
Referentinnen/ Referenten:	Dr. Hermann Fahrenkrug, *Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne* Prof. Dr. Peter Franzkowiak, *Fachhochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwesen* Harald Kriener, *Verein Wiener Sozialprojekte – ChEck iT!, Wien* Dr. Aldo Legnaro, *Institut für Sicherheits- und Präventionsforschung e.V., Hamburg* Andreas Maack, *Bundeskriminalamt, Wiesbaden*

	Peter Märtens, *DROBS, Hannover* Stefan Nitschke, *MINDZONE, München* Fariba Padidar, *Eve & Rave Münster* Dr. Christina Poethko-Müller, *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn* Prof. Dr. Rainer Schmid, *Klinisches Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik, Allgemeines Krankenhaus Wien* Dr. Bettina Schmidt, *Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld* Dr. Artur Schroers, *Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle e.V. gegen die Suchtgefahren, Hamburg* Roland Simon, *Institut für Therapieforschung, München* Marc Tensil, *delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin* Jürgen Töppich, *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln* Dr. H. Peter Tossmann, *delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin*
Moderation der Arbeitsgruppen:	Sabine Goette, MediaBüro, Köln (AG I) Gisela Marsen-Storz, BZgA (AG II) Claudia Pütz, Landeskriminalamt, Düsseldorf (AG III)
Tagungs- und Projektleitung:	Dr. Guido Nöcker, BZgA

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 11

Einführung in die Tagung durch Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 14

Grußwort der Drogenbeauftragten Frau Marion Caspers-Merk im Bundesministerium für Gesundheit 19

1 Medizinische und pharmakologische Aspekte des Ecstasykonsums – Ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand 27
Christina Poethko-Müller

2 Epidemiologische Aspekte des Drogenkonsums in der Partyszene 55

2.1 Ergebnisse repräsentativer Befragungen zum Drogenkonsum in Deutschland 56
Jürgen Töppich, Gerhard Christiansen, Volker Stander

2.2 Drogenkonsum in der Partyszene – Zur Situation in europäischen Nachbarländern 66
Roland Simon

2.3 „Ecstasy“ – Die kriminalpolizeiliche Erkenntnislage 74
Andreas Maack, Rainer Dahlenburg, Herbert Bayer, Berthold Back, Martin Kurzhals

3 Drogenkonsum und Aspekte der Prävention im gesellschaftlichen Kontext 97

3.1 Drogenkonsum in der Kontrollgesellschaft 98
Aldo Legnaro

3.2 Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung – Präventionsstrategien im Wandel 107
Peter Franzkowiak

4 Arbeitsschwerpunkt I: Aktuelle Trends in Peer-Support und Peer-Education 125

4.1 Peer-Intervention – Peer-Involvement – Peer-Support: Möglichkeiten und Grenzen peergestützter Ansätze für die Prävention riskanter Drogenkonsumformen in der Partyszene 127
Bettina Schmidt

4.2 Vorgestellt: Eve & Rave Münster 141
Fariba Padidar

4.3 Vorgestellt: Trendgestützte Gesundheitsförderung – Die wichtigsten Issues von MINDZONE im Überblick 152
Stefan Nitschke

4.4 Ergebnisse der Arbeitsgruppe I: Aktuelle Erfahrungen und Zukunftsperspektiven peergestützter Ansätze in der Partyszene 157
Bettina Schmidt

5 Arbeitsschwerpunkt II: Kommunikation über Drogen 161

5.1 Die Kommunikation von gesundheitlichen Risiken in der Drogenprävention – Anregungen aus der Schweiz 163
Hermann Fahrenkrug

5.2 Vorgestellt: drugcom.de – ein Internetprojekt der BZgA 171
H. Peter Tossmann, Marc Tensil

5.3 Ergebnisse der Arbeitsgruppe II: Wie kommunizieren wir „richtig" über illegale Drogen? – Medienanalyse, Maßnahmen, Ziele und unbeabsichtigte Nebeneffekte 179
H. Peter Tossmann

6 Arbeitsschwerpunkt III: Chancen und Risiken von Drugchecking 183

6.1 Vorgestellt: ChEck iT! – Sekundärprävention in der Partyszene 185
Harald Kriener, Rainer Schmid

6.2 Vorgestellt: Die Präventionsarbeit der DROBS Hannover im Bereich synthetischer Drogen 194
Peter Märtens

6.3 Ergebnisse der Arbeitsgruppe III: Drugchecking – Prämissen, Thesen und Ergebnisse der Arbeitsgruppe 199
Artur Schroers

7 Resümee der Tagung 205

7.1 Ein wichtiger Schritt 206
Schlusswort von Gisela Marsen-Storz, Abteilungsleiterin in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

7.2 Impulse für die Zukunft 208
Schlusswort von Martin Köhler, Leiter der Arbeitsgruppe Drogen und Suchtmittel im Bundesministerium für Gesundheit

8 Schlussfolgerungen und Perspektiven 211
Guido Nöcker, Gisela Marsen-Storz

9 Anhang 219

9.1 Beispiele bundesdeutscher Projekte im Partysetting – Projektkatalog 220

9.2 Programm der Tagung 248

9.3 Verzeichnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer 250

Einleitung

Vom 24. bis 26. September 2001 veranstaltete die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in Köln eine Fachtagung zum Thema Drogenkonsum und Drogenprävention in der Partyszene. Eingeladen waren hierzu Fachleute aus Politik, Wissenschaft und Verwaltung sowie aus der Praxis der Suchtprävention. Einen Schwerpunkt der Tagung bildete – neben Grundsatzreferaten und Arbeitsgruppen – die Einbindung szenenaher Projekte und Organisationen, die in der Prävention des Drogenkonsums speziell von Partydrogen tätig sind. Auf einer parallel stattfindenden Projektmesse hatten diese Gelegenheit, ihre Arbeit vorzustellen und über ihre Erfahrungen zu berichten.

Hintergründe und Ziele der Tagung

1997 führte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals ein Statusseminar zum Ecstasykonsum durch, auf dem Ergebnisse aktueller Studien und Forschungen vorgestellt und diskutiert wurden. Damals zeichnete sich bei Jugendlichen eine gestiegene Bereitschaft ab, Ecstasy auszuprobieren. Vor diesem Hintergrund waren von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Arbeitsgruppen gemeinsam Grundlagen, Thesen und Konzeptansätze für erfolgversprechende Präventionsmaßnahmen erarbeitet und diskutiert worden.[1]

Inzwischen ist sowohl der Forschungsstand als auch die Präventionspraxis fortgeschritten und hat sich weiter ausdifferenziert. Zahlreiche Studien belegen, dass im Kontext der Partyszene der Drogenkonsum bei Jugendlichen um ein Vielfaches häufiger verbreitet ist als bei vergleichbaren Jugendlichen außerhalb dieser Szene. Untersuchungen der BZgA zum Drogenkonsum in der Techno-Party-Szene[2] bestätigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Technoszene und Ecstasykonsum: So verfügen 39,3% der jungen Erwachsenen (die Hälfte der Befragten ist zwischen 18 bis 21 Jahre alt) aus der Techno-Party-Szene über Ecstasyerfahrung gegenüber 5% der Gleichaltrigen in der ‚Normalbevölkerung'. Zusätzlich zu Ecstasy ist der Beikonsum von Cannabis am wahrscheinlichsten (65%), gefolgt von Alkohol (56%) und Speed (42,2%). Der zusätzliche Konsum von Kokain (14,8%) und Halluzinogenen (9,4%) kommt innerhalb der Partykontexte vergleichsweise weniger vor.

Gleichzeitig geht aus den Studien hervor, dass offenbar andere Wege in der Ansprache dieser Zielgruppe erforderlich sind, da diese Jugendlichen kaum oder gar nicht von den

1 Vgl. BZgA (Hrsg.), *Prävention des Ecstasykonsums. Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien.* Dokumentation eines Statusseminars der BZgA vom 15. bis 17. September 1997 in Bad Honnef, Köln 2000 (3. Aufl.; [1]1998) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 5).

2 H. P. Tossmann, S. Boldt u. M.-D. Tensil, *Ecstasy – „Einbahnstraße" in die Abhängigkeit? Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive,* Köln 2001, BZgA (Hrsg.) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 14).

Angeboten der klassischen Sucht- und Drogenhilfe erreicht werden. Vor diesem Hintergrund sollte mit der in diesem Band dokumentierten Fachtagung der BZgA der Blick auf die aktuellen Entwicklungen in diesem Arbeitsfeld der Prävention gerichtet werden. Gleichzeitig sollten neue medizinische Aspekte sowie die Verbreitung des Ecstasykonsums beleuchtet werden. Gemeinsam mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, sowie weiteren Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Wissenschaft und Präventionspraxis sollten der Konsum von Partydrogen in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext diskutiert und weitere Anforderungen an eine erfolgreiche Suchtprävention festgelegt werden, um – neben dem nationalen Informationsaustausch – Ansatzpunkte zur Fortschreibung der Leitlinien zur Ecstasyprävention zu entwickeln.

Zu dieser Dokumentation

Im Anschluss an die Einführung von Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, und die Begrüßung durch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, werden – in drei inhaltliche Blöcke zusammengefasst – zunächst die Grundsatzreferate zum aktuellen Forschungsstand wiedergegeben. Substanzspezifische Informationen zu Ecstasy sowie einen ausführlichen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu medizinischen und pharmakologischen Aspekten des Ecstasykonsums bietet der Beitrag von Dr. Christina Poethko-Müller vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (*Kapitel 1*).

In *Kapitel 2* werden epidemiologische Aspekte des Ecstasykonsums näher beleuchtet. Seitens der BZgA werden zunächst die Ergebnisse aktueller repräsentativer Befragungen zum Drogenkonsum in der Partyszene in Deutschland vorgestellt; Roland Simon vom Institut für Therapieforschung, München, gewährt einen Einblick in die Situation in den europäischen Nachbarländern. Den Abschluss dieses Themenblocks bildet der Beitrag von Andreas Maack vom Bundeskriminalamt in Wiesbaden, der die aktuelle kriminalpolizeiliche Erkenntnislage schildert.

Kapitel 3 rückt den gesellschaftlichen Kontext in den Vordergrund. Unter dem Titel „Drogenkonsum in der Kontrollgesellschaft“ bietet Dr. Aldo Legnaro vom Institut für Sicherheits- und Präventionsforschung e.V., Hamburg, einen Exkurs über ein „soziales Phänomen und seine gesellschaftliche Regelung“, während Professor Peter Franzkowiak einen Überblick über den Wandel von Präventionsstrategien gibt.

Peer-Support und Peer-Education, massenmediale Kommunikation über Drogen und Drugchecking sind die Themen, mit denen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung in drei Arbeitsgruppen auseinander gesetzt haben, um gemeinsam Ansätze für eine Fortschreibung bzw. Ergänzung der Präventionsleitlinien der BZgA zu erarbeiten. Die zu den jeweiligen Themenkomplexen vorgestellten Praxisbeispiele sowie die Arbeitsgrundlagen und Ergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppen werden in den *Kapiteln 4–6* dokumentiert.

Kapitel 7 gibt das Resümee der Tagung wieder. Nach den resümierenden Schlussworten von Gisela Marsen-Storz von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Martin Köhler, Leiter der Arbeitsgruppe Drogen und Suchtmittel im Bundesministerium für Gesundheit, werden in *Kapitel 8* die Ergebnisse und die sich daraus ergebenden Perspektiven zusammengefasst und Ansätze für die Fortschreibung der Leitlinien zur Prävention des Konsums von Ecstasy und anderen Partydrogen formuliert. Der Anhang (*Kapitel 9*) stellt die auf der Tagung vertretenen szenenahen Projekte vor und enthält das Tagungsprogramm sowie das Verzeichnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung.

Einführung in die Tagung

Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Ein Blick in die Geschichte

Der illegale Konsum von Ecstasy (MDMA) wurde zu Beginn der 80er Jahre zunächst in den USA verzeichnet. Bereits in den frühen 80er Jahren taucht MDMA auch in Europa und damit schon bald in Deutschland auf. Dabei handelt es sich bei dem Inhaltsstoff von Ecstasy keineswegs um eine neue Substanz; vielmehr wurde sie bereits Anfang des vergangenen Jahrhunderts von der Firma Merck synthetisiert, die 1912 das Patent für diese Verbindung erhielt, ohne das Produkt jedoch jemals auf den Markt zu bringen.

In den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts bis in die frühen 80er Jahre hinein war MDMA in erster Linie im Rahmen von Psychotherapien verwendet worden. Nachdem der legale Einsatz von LSD zu therapeutischen Zwecken nicht mehr möglich war, erhoffte man sich von MDMA eine Alternative hierzu. Doch über den Einsatz zur Bewusstseinserweiterung in therapeutischen Settings hinaus verbreitete sich die Substanz schon bald in der jugendlichen Musikszene und ist seit Mitte der 80er Jahre eng mit der Partyszene assoziiert. Zu diesem Zeitpunkt war die Substanz bereits dem deutschen Betäubungsmittelgesetz unterstellt, was aber offensichtlich keine besondere Bedeutung für die weitere Entwicklung besitzt, denn ihr Konsum stieg trotzdem in der Folgezeit stark an.

Jugendliche haben ihre eigene Lebenswelt und Kultur, in der sie Erfahrungen sammeln, in der sie ihre Fähigkeiten wie auch ihre Grenzen ausprobieren. Ein Zitat eines Ravers mag eine solche eigene Lebenswelt und das damit verbundene Erleben verdeutlichen: „Der Zustand, sich ganz anders, ganz neu und völlig intensiv zu spüren, meine gesamte Gedankenwelt wurde so klar, so positiv, dass mich eigentlich nichts aus diesem Gefühlszustand hätte herausreißen können. Ich genieße den neuerlichen Energieschub und gebe mich der Musik hin.“

Da für Jugendliche beim Konsum von Ecstasy in erster Linie die positiven Faktoren – z.B. Ausdauer beim Feiern und Tanzen – relevant sind, wird der Konsum zunächst nicht problematisch gesehen und mit zu erwartenden negativen Nebenwirkungen in Zusammenhang gebracht. Präventiv arbeitende Fachkräfte der unterschiedlichsten Disziplinen sind deshalb herausgefordert, mit neuen, problem- und zielgruppenadäquaten Konzepten auf diese Entwicklung zu reagieren.

Die Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen durch die BZgA

Zu Beginn der 90er Jahre fehlte es noch an ausreichenden wissenschaftlichen Grundlagen, die für eine angemessene Reaktion auf den zunehmenden Konsum von Ecstasy

hätten handlungsleitend sein können. Somit war es seitens der Prävention zunächst erforderlich, gesicherte Informationen hinsichtlich der Verbreitung der Substanz, ihrer Zusammensetzung, Wirkungen und möglichen Nachwirkungen wie auch zu den Konsumformen zu erhalten. Für die BZgA stellte sich damit die Aufgabe, eine Reihe von Maßnahmen zu initiieren, um eine Annäherung an das Phänomen aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu ermöglichen.

Drogenaffinitätsstudie

Die BZgA sammelt seit vielen Jahren über bundesweit regelmäßig durchgeführte repräsentative Studien Erkenntnisse über Wissen, Einstellung und Verhalten von Jugendlichen in Bezug auf legale und illegale Drogen. Seit 1997 umfasst die Erhebung auch Fragen bezüglich des Ecstasykonsums. Hierdurch stehen Erkenntnisse z.B. über Prävalenzen, Konsumhäufigkeit, Alter bei Erstkonsum und den Zusammenhang zwischen sozialen Kontexten und Drogenaffinitäten bei 12- bis 25-jährigen Jugendlichen in Ost- und Westdeutschland zur Verfügung.

Spezifische Forschungsarbeiten

Des Weiteren hat die BZgA zahlreiche Forschungsvorhaben zum Themenkomplex Ecstasy und Partydrogen durchgeführt, um für die Entwicklung erfolgversprechender Präventionsstrategien über gesicherte wissenschaftliche Grundlagen zu verfügen. Dank der wissenschaftlichen Untersuchungen aus dem Zeitraum von 1995 bis 1997 – z.B. von Rakete und Flüsmeier[1], Tossmann und Heckmann[2] sowie Künzel, Kröger, Bühringer et al.[3] – haben wir ein differenziertes Bild über die Muster des Ecstasykonsums und über den Zusammenhang zwischen Ecstasykonsum und der Einnahme anderer Drogen gewonnen, aber auch über Motivation, soziale Einbindung und Selbstkonzept von Konsumierenden. Auf der Grundlage einer weiteren, längsschnittlich orientierten Studie[4] zeigt der Forschungsstand zum Zeitpunkt 1998/99 zusammengefasst folgende zentrale Ergebnisse[5]:

- Wer auf Technopartys illegale Drogen konsumiert betreibt in aller Regel einen Mischkonsum mehrerer Substanzen.
- Zusätzlich zu Ecstasy ist der Beikonsum von Cannabis am wahrscheinlichsten (65%), gefolgt von Alkohol (56%) und Speed (42,2%). Der zusätzliche Konsum von Kokain (14,8%) und Halluzinogenen (9,4%) ist innerhalb der Partykontexte weniger wahrscheinlich.
- Die subjektiven Begründungen für den Mischkonsum von Ecstasy mit Cannabis, Alkohol, Speed, Kokain und Halluzinogenen variieren stark. Den meisten Formen des

1 G. Rakete, U. Flüsmeier, *Der Konsum von Ecstasy*, Köln 1997 (BZgA).

2 H. P. Tossmann, W. Heckmann, *Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene*, Köln 1997 (BZgA).

3 J. Künzel, Chr. Kröger, G. Bühringer et al., *Repräsentative Befragung von Mitgliedern der Techno-Party-Szene in Bayern*, Köln 1997 (BZgA).

4 Vgl. H. P. Tossmann, S. Boldt, M.-D. Tensil, *Esctasy – „Einbahnstraße" in die Abhängigkeit? Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive*, Köln 2001, BZgA (Hrsg.) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 14).

5 Tossmann/Bold/Tensil 2001, Seite 130f.

Mischkonsums liegen szenebezogene soziale Konventionen und das Motiv einer differenzierten Stimmungsregulation zugrunde.

- Im Rahmen der Exploration subjektiver Strategien der Risikobewältigung konnten „Strategien der Schadensminimierung“ und „lebensweltbezogene Strategien“ ausgemacht werden. Die Strategien zielen darauf ab, sowohl die akuten Komplikationen als auch längerfristige negative Auswirkungen auf den Alltag zu minimieren.
- Die untersuchte Population von Techno-Party-Besuchern weist zum Zeitpunkt der Nachbefragung im Herbst 1998 eine signifikant geringere Eingebundenheit in die Szene auf als zum Zeitpunkt der Ersterhebung im Jahr 1996.
- In der Längsschnittstichprobe nimmt die Prävalenz des Konsums von Partydrogen (Ecstasy, Amphetamine) innerhalb des untersuchten Intervalls (1996–1998) ab. Die Verbreitung des Konsums von Cannabis und Kokain dagegen ist in diesem Zeitraum angestiegen.
- Die Intensität des Drogenkonsums (Frequenz, Anzahl konsumierter Substanzen) nimmt zwischen Erst- und Nachbefragung innerhalb der untersuchten Population ab.
- Die individuelle Variabilität des Drogenkonsums ist beträchtlich. Innerhalb des Untersuchungszeitraums macht etwa ein Drittel aller Drogenunerfahrener mit zumindest einer illegalen Substanz Erfahrung, und ebenso viele stellen den Konsum von mindestens einer Droge ein.
- In Bezug auf den Ausstieg aus dem Ecstasykonsum konnten im Rahmen der qualitativen Teiluntersuchung vielfältige subjektive Gründe herausgearbeitet werden. Zu den vorrangig genannten Gründen für das Einstellen des Ecstasykonsums gehören das Auftreten negativer Erlebnisse und Nachlassen positiver Erfahrungen, die Inkompatibilität des Drogenkonsums mit dem (aktuellen) Lebensentwurf und soziale Motive.

Statusseminar zum Ecstasykonsum

Vor dem Hintergrund der vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse hat die Bundeszentrale 1997 ein Statusseminar zum Konsum von Ecstasy veranstaltet, auf dem die bis zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Forschungsergebnisse und Präventionsansätze der Praxis erstmalig zusammengetragen und bewertet wurden.[6] Ergebnis dieser Fachtagung war – neben dem bundesweiten Erfahrungsaustausch – die Formulierung von Leitlinien zur Ecstasyprävention, die kurze Zeit später durch die Drogenbeauftragten und Länderkoordinatoren für die Suchtprävention bundesweit verabschiedet worden sind. Damit stand erstmals eine Orientierung für die Entwicklung erfolgversprechender Präventionsstrategien zur Verfügung.

6 Die Dokumentation dieses Statusseminars liegt als Band 5 der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ vor (BZgA [Hrsg.], *Prävention des Ecstasykonsums. Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien*, Köln 1998 /[3. Aufl. 2000]).

Leitlinien als Handlungsorientierung

Die 1997 formulierten Leitlinien, deren Weiterentwicklung und Anpassung ein wesentliches Anliegen der aktuellen Tagung sind, spiegeln insbesondere folgende Erkenntnisse wider:

- Suchtprävention ist eine gemeinschaftliche Aufgabe aller gesellschaftlichen Gruppen und Institutionen;
- primäre Prävention spielt eine wichtige Rolle, wobei zunächst nicht auf eine einzelne Substanz gezielt wird, sondern auf einen breiten, übergreifenden suchtmittelunspezifischen Ansatz;
- neben den suchtmittelunspezifischen Inhalten müssen – je nach Zielgruppe – suchtmittelspezifische Inhalte ergänzt werden;
- das Verhältnis von suchtmittelspezifischen und -unspezifischen Inhalten ist im Hinblick auf die jeweilige Zielgruppe genau zu definieren;
- suchtmittelspezifische Präventionsmaßnahmen dürfen nicht zu Lasten suchtmittelunspezifischer Präventionsbemühungen gehen, sondern es ist immer eine Gesamtsicht notwendig;
- die Techno-Party-Szene, und hier insbesondere die Clubs, scheinen als Orte für eine suchtmittelspezifische Prävention besonders geeignet, da hier eine hohe Zahl von Drogengebrauchern potenziell ansprechbar ist;
- Ecstasyprävention in der Techno-Party-Szene bedeutet immer, multiplen Drogengebrauch zu berücksichtigen, vor allem den Gebrauch von Cannabis und den Konsum von Alkohol;
- mit zunehmender Involviertheit in die Technoszene – so die Untersuchungsergebnisse – nimmt der Drogengebrauch zu, so dass diese spezifische Situation besonders berücksichtigt werden muss;
- die Ansprache der verschiedenen Zielgruppen innerhalb des Settings Techno/Rave durch personalkommunikative Maßnahmen erscheint besonders erfolgversprechend;
- Prävention in der Techno-Party-Szene erfordert eine enge Kooperation mit den Veranstaltern;
- aber auch außerhalb dieser Szene gibt es eine relevante Größe von Ecstasykonsumenten[7], die über andere Wege angesprochen werden müssen;
- die Information von Jugendlichen durch Radio und Jugendmedien ist unzureichend und bedarf der Verbesserung;
- Voraussetzung für eine wirksame, erfolgversprechende Prävention ist eine Kooperation mit allen Beteiligten und innerhalb dieser Kooperation eine abgestimmte Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Akteuren.

7 Der Begriff Konsument ist hier und im Folgenden als Sammelbezeichnung zu verstehen, die sowohl Konsumentinnen wie auch Konsumenten umfasst. In den Fällen, in denen eine geschlechtsspezifische Unterscheidung eine Rolle spielt, wird entsprechend differenziert. Dies gilt auch für analoge Fälle.

Ziel der Fachtagung 2001

Dieser kurz umrissene Stand der bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen und die daraus abgeleiteten Strategien bilden Grundlage und Ausgangspunkt für die aktuelle Tagung, deren Aufgabe und Ziel es ist, gemeinsam über die bisherigen Ansätze in der Präventionsarbeit und die vorliegenden Forschungserkenntnisse, aber auch über aktuelle Entwicklungen, neue Studien und neue Erfahrungen seit Verabschiedung dieser Leitlinien zu diskutieren und herauszuarbeiten, welche Erkenntnisse sich daraus für die Weiterentwicklung der bestehenden Präventionsstrategien und -ansätze ergeben.

Dabei wird es in den Beratungen sicherlich auch immer wieder um die unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten gehen. Hier gilt es, den Blick von außen, also von denjenigen, die nicht in die Szene involviert sind, mit den Erkenntnissen und Fragestellungen derjenigen, die in der Szene sind, zusammenzuführen, was sicher kein ganz einfacher Prozess ist. Doch je mehr und intensiver man sich mit dem Drogenkonsum in der Partyszene befasst, umso deutlicher wird, wie wichtig der interdisziplinäre Austausch wie auch der Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis ist. Und auch in dieser Hinsicht knüpft die Tagung „Drogenprävention in der Partyszene“ an einen bereits begonnenen Diskussionsprozess an und setzt ihn hoffentlich erfolgreich fort, indem sie allen zu neuen Erkenntnissen verhilft und Gelegenheit zum Austausch untereinander bietet. Im Ergebnis strebt die BZgA eine größere Vernetzung der Teilnehmer untereinander und einen Transfer vorhandenen Wissens und guter Ansätze auch auf andere Bereiche an. Schließlich sollen die Ergebnisse der Tagung Vorschläge für die Weiterentwicklung der Leitlinien zur Suchtprävention liefern.

Grußwort der Drogenbeauftragten Frau Marion Caspers-Merk im Bundesministerium für Gesundheit

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter dem Eindruck der Projektmesse, die ich gestern Abend als erstes besuchen konnte, möchte ich meine geplante Rede[1] beiseite lassen und mit einigen spontanen Eindrücken und Fragen beginnen:

- Angesichts der Angebotsfülle an Projekten frage ich mich, warum jeder sein eigenes Faltblatt produziert, wenn doch zu 95% dasselbe in den Faltblättern steht.
- Soweit ich mich erinnere, gibt es nur einen Projektstand, auf dem die Wechselwirkung der Substanzen thematisiert wird.
- Angesichts des Drugcom-Projekts der BZgA empfinde ich ein leichtes „Grummeln" bei den Projekten, die dies schon lange machen. Wäre hier nicht über eine Vernetzung lokaler Internetangebote nachzudenken?
- Ein politisch heikler Punkt dieser Tagung ist zweifellos das Thema Drugchecking, das Offenheit in der Diskussion erfordert. Als staatliche Institution kann das Bundesministerium für Gesundheit nicht so unbekümmert mit dieser Thematik umgehen, wie sich manche das hier vielleicht wünschen. Aber ich bin sicher, diese Tagung wird dazu beitragen, auch in dieser Hinsicht ein Stück weit mehr gemeinsamen Grund zu schaffen.
- Lassen Sie mich noch einen letzten Eindruck anfügen: Ich glaube, dass es einen Konflikt gibt zwischen der klassischen Drogenhilfe und den Szeneprojekten. Ich frage mich, ob „mittelalterliche" Sozialarbeiter, die mit ihren Junkies alt geworden sind – um es einmal so zu nennen –, in den heutigen Jugendszenen überhaupt noch verstanden werden können und umgekehrt.

Als mögliches Ergebnis verspreche ich mir von dieser Tagung, dass sich – unter Vergegenwärtigung der Aufgabenverteilung und der Frage, was sinnvoll ist, – neue Kooperationen entwickeln und eine Einbindung der Projekte in bestehende Strukturen möglich sein wird.

Lassen Sie mich als Drogenbeauftragte noch kurz die drogenpolitische Strategie aus Sicht der Regierung darlegen. Wie Sie vielleicht wissen, liegt der alte „Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan" aus dem Jahr 1990 zur Überarbeitung an und soll durch einen neuen „Aktionsplan Drogen und Sucht" ersetzt werden. Ich möchte Ihnen abschließend vier Gründe nennen, die für diese Aktualisierung sprechen und sie notwendig machen:

(1) Statt eines „nationalen" Aktionsplans ist eine stärkere Orientierung an Europa notwendig, die der immer stärkeren europäischen Vernetzung Rechnung trägt. Es gibt

1 Die ursprünglich geplante Rede ist weiter unten wiedergegeben.

eine europäische Zieldefinition für eine Drogen- und Suchtpolitik in Europa, an der wir unsere Planungen und Maßnahmen ausrichten wollen. Die Internationalisierung des Drogenhandels schafft Strukturen und daraus entstehende Probleme, die auf nationaler Ebene kaum zu bewältigen sind. Die internationalen Fragen gehören zweifellos in den Mittelpunkt auch eines nationalen Aktionsplans.

(2) Ein weiterer wichtiger Grund betrifft das Defizit des alten Plans, dass dieser seinen Schwerpunkt auf illegale Drogen setzt. Hier ist es erforderlich, mit dem Bereich der legalen Suchtmittel einen weiteren Schwerpunkt zu setzen. Hier bildet die Alkoholproblematik, insbesondere der auf der Stockholmer Konferenz festgestellte Trend zum „Rauschtrinken", ein wichtiges Thema.

(3) Das Thema Überlebenshilfe – neudeutsch *harm reduction* – bildet einen dritten Grund für eine Aktualisierung. Es herrscht Einigkeit darüber, dass die bisherigen drei Säulen der Drogenpolitik – Prävention, Therapie, Repression – um eine vierte Säule erweitert werden müssen. Überlebenshilfe hat sich längst als vierter Pfeiler der Drogenpolitik etabliert und muss in einem neuen Drogen- und Rauschgiftplan entsprechend gewürdigt sein. In diesem Kontext sind das Methadon- und das Heroinprogramm sowie Drogenkonsumräume zu nennen, aber auch das Thema Drugchecking gehört hierzu. Erst wenn man Risiken minimiert, das Überleben ermöglicht, wird ein Dialog mit den Konsumenten möglich sein.

(4) Schließlich gilt es, das Thema Prävention stärker als bisher zu integrieren und zu betonen, das bedeutet zum einen den Ausbau der Primärprävention, zum anderen aber auch die Stärkung der Sekundärprävention.

Was letzteres betrifft, so vereinen meinem Eindruck nach die auf dieser Tagung vorgestellten Projekte bereits beides, und auch das Drugcom-Projekt der BZgA bedeutet einen Schritt in die Sekundärprävention. Somit entspricht diese Tagung ganz dem derzeitigen Bestreben der Regierung, Überlebenshilfe im Sinne von Harm-Reduction in den neuen Aktionsplan zur Rauschmittelbekämpfung einfließen zu lassen und früher sekundärpräventiv einzugreifen.

Rede der Drogenbeauftragten Frau Marion Caspers-Merk im Bundesministerium für Gesundheit anlässlich der Fachtagung „Drogenprävention in der Partyszene“ in Köln am 25. 9. 2001[2]

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich darf Sie herzlich begrüßen zum zweiten Tag der Fachtagung „Drogenprävention in der Partyszene“, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit veranstaltet. Leider konnte ich die Tagung gestern nicht eröffnen, weil ich mit Jugendlichen in Berlin über Drogen diskutiert habe. Und zu meinem Arbeitsbereich gehört das Gespräch mit jugendlichen Konsumenten ebenso wie der Dialog mit Ihnen über Konsummuster.

Im Vorfeld wurde ich oft gefragt, wann und wo denn die „Ecstasytagung“ stattfände. Aber um es gleich klarzustellen: Es geht hier keineswegs allein um die Substanz „Ecstasy“, sowie es überhaupt bei der so wichtigen Drogenprävention weniger auf einzelne Substanzen, sondern auf den Kontext ihres Konsums und die jeweilige Zielgruppe ankommt. Deshalb wollen wir hier mit Ihnen gemeinsam die Erkenntnisse über die Prävention in einer bestimmten Gruppe, nämlich der Partyszene, vertiefen und die neuen Entwicklungen in der Forschung und – und das freut mich ganz besonders – durch Projekte in der Praxis darstellen und diskutieren. Ich hoffe, Sie hatten gestern, nach einem Überblick über die pharmakologischen Aspekte, einen spannenden Einstieg in die Diskussion.

Am heutigen Dienstag wird es handfest: Denn dann werden viele Projekte aus dem Inland und dem benachbarten Ausland ihre Präventionsaktivitäten präsentieren, die sich an Konsumenten von Partydrogen richten. So unterschiedlich die einzelnen Projekte sind, so haben sie doch ein Ziel gemeinsam: Gefährdete Jugendliche in der richtigen Art und Weise anzusprechen, damit sie sich der gesundheitlichen Risiken bewusst werden und möglichst ihr Verhalten überdenken.

Trends und Konsummuster

Diese Veranstaltung hier soll – und Sie haben es im Einladungsflyer gelesen – an die Erfahrungen und Ergebnisse des BZgA-Statusseminars von 1997 anknüpfen. Wie hat sich nun die so genannte „Drogenlage“ seither entwickelt? Geht man bei der Droge Ecstasy nur vom Umfang des Konsums unter den 12- bis 25-Jährigen aus, so stellt die Wiederholungsbefragung der BZgA in diesem Frühjahr – 2001 – keine große Veränderung

2 Es handelt sich hierbei um die ursprünglich geplante und mit Pressemitteilung vom 25. September 2001 veröffentlichte Rede der Drogenbeauftragten Frau Marion Caspers-Merk im Bundesministerium für Gesundheit, die an dieser Stelle der Vollständigkeit wegen ebenfalls wiedergegeben werden soll.

fest. Damals, d.h. 1997 wurde die Prävalenz von Ecstasy erstmalig erfragt und es hatten etwa 5% der jungen Menschen in dieser Altersgruppe Erfahrungen mit dieser Droge, das durchschnittliche Einstiegsalter lag bei 17,1 Jahren. Im Gegensatz dazu beobachten wir bei Cannabis eine deutliche Steigerung, nämlich von 19% im Jahr 1997 auf 26% im Jahr 2001 bei gleich bleibendem Einstiegsalter. Das beruht offensichtlich auch darauf, dass der Anteil cannabiserfahrener Jugendlicher insgesamt sehr hoch ist, viele somit in Kontakt mit der Droge kommen und dabei gewonnene Einstellungen sich auf diese Weise relativ rasch verbreiten können. Denn nach wie vor lehnen die Jugendlichen insgesamt illegale Drogen stark ab: 72% können sich auf keinen Fall vorstellen, irgendwann einmal illegale Drogen zu probieren und sogar 60% der Drogenerfahrenen haben nicht vor, sie weiterhin zu nehmen, übrigens ohne Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland.

Ergänzend wird der Drogengebrauch bei Erwachsenen regelmäßig durch die Repräsentativerhebung des Instituts für Therapieforschung in München im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erhoben. In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen stellen wir hier einen gleich bleibenden bis leicht rückläufigen Trend bei Ecstasy und einen starken Anstieg bei Cannabis in Westdeutschland fest, während in Ostdeutschland auch der Ecstasykonsum seit 1995 deutlich angestiegen ist.

Nicht erst seit der Love-Parade ist offensichtlich, dass Alkohol auch in der Partyszene sehr verbreitet ist. Insgesamt betrachtet ist der Bierkonsum seit Beginn der 90er Jahre in Ost und West zwar deutlich gesunken, mit Ausnahme jedoch der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen. Hier stieg er nach einem Rückgang in den Jahren 1993–1997 seither wieder ungefähr auf das alte Niveau an. Auch bei Spirituosen und alkoholhaltigen Mixgetränken ist in Westdeutschland das Niveau von 1993 im Jahr 2001 wieder erreicht worden. In dieser Altersgruppe haben auch die meisten Jugendlichen einen Alkoholrausch erfahren. Das Durchschnittsalter des ersten Alkoholrauschs beträgt 15,6 Jahre, später geht der Anteil der Jugendlichen mit aktuellen Rauscherfahrungen wieder zurück, ein Zeichen für einen sich im frühen Erwachsenenalter verändernden Umgang mit dem Alkohol. Nach wie vor sind junge Männer übrigens deutlich häufiger betrunken als junge Frauen. Die hohe Alkoholrauschquote hat allerdings nichts damit zu tun, dass Jugendliche in diesem Alter besonders viel trinken. Die durchschnittlichen Trinkmengen sind beispielsweise bei den 20- bis 23-Jährigen deutlich höher. Diese Zahlen decken sich vielmehr mit der allgemeinen, auch internationalen Beobachtung, dass sich immer mehr Jugendliche und immer öfter, vorwiegend am Wochenende, gezielt einen Rausch antrinken. Die BZgA untersucht auch die längerfristige Entwicklung dieser Alkoholrauscherfahrungen und hat hier einen deutlichen Anstieg seit 1997 um 50% feststellen müssen.

Zusätzlich zu den beiden nationalen Erhebungen hat die Bundesregierung sich auch auf internationaler Ebene um Informationen über die Prävalenz im Bereich Partydrogen bemüht.

Europäisches Netzwerk

So wurde auf europäischer Ebene ein Nachrichten- und Informationssystem zur *frühzeitigen Erkennung neuer Erscheinungsformen synthetischer Drogen* geschaffen. Hierdurch sollen Erkenntnisse zum Verbreitungsgrad und Risikopotenzial dieser Drogen zur Verfügung gestellt werden, um geeignete Präventionsmaßnahmen, legislative Initiativen und eine effektive Strafverfolgung zu gewährleisten. Im Rahmen des Frühwarnsystems werden alle zur Verfügung stehenden Informationsquellen aus den Bereichen Gesundheit, Erziehung, Beratung, Therapie und Strafverfolgung genutzt. Ein solches Frühwarnsystem wurde bei der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle in Lissabon für neue Designerdrogen geschaffen und ein weiteres ist geplant, um neue Konsumtrends bei Jugendlichen rechtzeitiger zu erkennen und Schritte zur Prävention einzuleiten.

An dessen Durchführung wollen sich sieben Mitgliedstaaten der EU beteiligen: Griechenland, Großbritannien, Spanien, Portugal, Italien, die Niederlande und Deutschland. Gegenstand ist die Sammlung und Sichtung von Instrumenten und Verfahren, die in verschiedenen Ländern zur Erkennung „neuer Trends“ eingesetzt werden. Diese sollen bewertet und ein vereinheitlichtes Verfahren vorgeschlagen werden.

Die Partyszene eine gefährdete Gruppe?

Wir wissen spätestens seit der Befragung unter Besuchern von Technopartys in den Jahren 1995–1997 durch die BZgA[3] und die Tossmann-Studie 1999[4], dass im Umfeld der Technoszene und Partykultur eine deutlich erhöhte Drogenerfahrung unter Jugendlichen besteht. In der entsprechenden Stichprobe lagen die Prävalenzwerte um ein Vielfaches höher als in einer vergleichbaren Repräsentativstichprobe. So betrug die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums 1997 in der Gesamtbevölkerung zwischen 23% und 26%, während unter dem befragten 18- bis 29-jährigen Technopublikum ca. 51–75% Erfahrungen mit Cannabis hatten. Ebenso deutlich waren die Unterschiede bezogen auf die Lebenszeitprävalenz des Ecstasykonsums. Hier wiesen 26–61% der Befragten der Technostudie, aber nur 3–7% der Repräsentativstichprobe Drogenkonsumerfahrung auf.

Deutlich ergab eine Untersuchung des 3-Städte-Projekts, welches mit finanzieller Unterstützung der EU-Kommission u.a. in Hamburg durchgeführt wurde, dass verschiedenste Formen des Mischens unterschiedlicher Stoffe für die Konsumenten eine bedeutende Rolle spielen; der Drogenkonsum wird in den beobachteten Subkulturen oft als *pick and mix* gestaltet. Alkohol und Cannabis fungieren in diesem Falle oft als „Grundsubstanzen“. Die Komplexität möglicher Konsumformen beim kombinierten Drogengebrauch macht es

3 H. P. Tossmann, W. Heckmann, *Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene*, Köln 1997 (BZgA).

4 „Variabilität und Stabilität des Drogenkonsums in der Techno-Party-Szene“, veröffentlicht in: H. P. Tossmann, S. Boldt, M.-D. Tensil, *Esctasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit? Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive*, Köln 2001, BZgA (Hrsg.) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 14).

allerdings bislang kaum möglich, typische Mischkonsummuster und szeneübergreifende Trends zu erkennen. Ich hoffe, dass wir durch das erwähnte Frühinformationssystem mittelfristig auch hierüber einen genaueren Überblick bekommen werden.

Aufgrund der alarmierenden Befunde veranstaltete die Bundeszentrale vor fast exakt vier Jahren die eingangs erwähnte mehrtägige Expertenkonferenz unter Beteiligung namhafter Wissenschaftler und Fachleute aus der Praxis. Ziel war es, in einer gemeinsamen Bestandsaufnahme und Diskussion Leitlinien für die Prävention – insbesondere mit Blick auf die Verbreitung von Ecstasy und anderen Designerdrogen – in der Technoszene zu entwickeln. Dabei wurden u.a. folgende Aussagen getroffen, die sich nach meiner Wahrnehmung inzwischen bestätigt haben und die Präventionsarbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung maßgeblich bestimmen:

- Primäre Suchtprävention zielt zunächst nicht auf eine einzelne Substanz oder Stoffgruppe, sondern folgt einer breiten, d.h. übergreifenden suchtmittelunspezifischen Strategie, in deren Zentrum die Förderung individueller „Lebenskompetenzen“ steht. Die Förderung schützender personaler und sozialer Faktoren ist die eigentliche Basis suchtvorbeugender Präventionsmaßnahmen.
- Die Techno-Party-Szene, und hier besonders die Clubs, erscheinen als Orte für eine suchtmittelspezifische Prävention besonders geeignet, da hier eine hohe Zahl von Drogengebrauchern potenziell ansprechbar ist.
- „Ecstasy“-Prävention in der Techno-Party-Szene bedeutet immer, multiplen Drogengebrauch zu berücksichtigen, vor allem den Gebrauch von Cannabis und den Konsum von Alkohol und Nikotin. Reine Ecstasykonsumenten stellen die große Ausnahme dar. Deshalb ist plausibel, in diesem Zusammenhang nicht von Ecstasyprävention, sondern von Drogen- bzw. suchtmittelspezifischer Prävention in der Techno-Party-Szene zu sprechen.
- Unter denjenigen, die dem engeren Kern der Technoszene zuzuordnen sind und Ecstasy konsumieren, haben sich gewisse Rituale entwickelt mit nicht zu unterschätzenden Schutzfunktionen. In dieser Gruppe ist die Aufklärung über Wirkung, Nebenwirkung und zu beachtende Verhaltensmaßregeln relativ weit verbreitet. Jedoch ist zunehmend zu beobachten, dass Ecstasy auch von Personen genommen wird, die eher dem Randbereich der Technoszene zuzuordnen sind, oder sich keiner Szene zugehörig fühlen und damit auch nicht in bestimmte Rituale eingebunden sind. Die Neigung zu tendenziell hochriskantem Probierverhalten in dieser Gruppe ist deutlich ausgeprägter bei geringerem Kenntnisstand über Wirkungsweisen und Gefahren.
- Hierfür gilt es, entsprechende personalkommunikative Zugänge zu erschließen. Die Information Jugendlicher durch Radio und Jugendmedien ist im Umfang und Inhalt unzureichend. Über Medien der Jugendpresse, im Internet sowie durch spezifische Formate bzw. Programme von TV und Radio lassen sich jugendliche Zielgruppen ansprechen und Informationsdefizite beheben. Allerdings gilt diese Verbreitung gesicherter Informationen zwar als notwendige, aber nicht als hinreichende Bedingung für wirksame Prävention. Die massenkommunikative Ansprache sollte stets durch personalkommunikative Angebote begleitet werden.

Drugcom – ein Angebot für die Handy- und Internetgeneration

Ein solches Projekt, das ich gemeinsam mit der BZgA im Sommer anlässlich der Love Parade am 21. Juli 2001 starten konnte, ist das Internetportal www.drugcom.de. Es hat folgende Ziele:

- Das Projekt soll über das Internet Jugendliche auch außerhalb der Techno-Party-Szene ansprechen.
- Ein wesentlicher Schwerpunkt soll die Vermittlung von Wissen über die verschiedenen Substanzen (Drogenwissen) und die kritische Reflexion eigener Drogenerfahrung sein.
- Das Angebot soll personalkommunikativ sein, d.h. einen Dialog von Diskussionen bis hin zu Beratungsgesprächen ermöglichen.

Aufgrund der besonderen Auswertungs- und Evaluationsmöglichkeiten, die das Internet bietet, sind optimale Möglichkeiten vorhanden, das Angebot den Interessen der Zielgruppe immer wieder neu anzupassen.

Die interaktive Form des Mediums gestattet der BZgA, die Jugendlichen selbst in die Gestaltung des Projekts einzubeziehen, ein Vorzug, der bei diesem Projekt künftig stark genutzt werden soll. Die Partizipation von Jugendlichen schafft so eine wichtige Voraussetzung für seine Wirksamkeit.

Natürlich dreht sich bei „drugcom“ nicht alles nur um Drogen. Zu einer erfolgreichen Suchtprävention gehört es auch, positive Alternativen zu zeigen und darzustellen, dass Spaß jenseits von Drogenkonsum möglich ist. Auch wer Fun und Action sucht, wird deshalb bei „drugcom“ fündig. Im Bereich *freestyle* soll es eine Fülle von Angeboten aus jugendnahen Bereichen wie Musik- und Clubszene, Games, Kino, Trendsport oder Mode geben – zum Teil in Zusammenarbeit mit Partnern.

Das Portal ergänzt also Information und Interaktion um das Element der Serviceleistung und unterscheidet sich daher nur wenig von anderen Internetangeboten, was unsere Erwartung stärkt, dass es von der Zielgruppe auch in großem Umfang angenommen und genutzt wird. Zur Zeit verzeichnen wir täglich etwa 500 Besucher, die sich auf dieser Internetseite informieren.

Jugendkultur und Drogenkonsum

Wenn wir die Frage nach wirksamen Präventionsmaßnahmen beantworten wollen, müssen wir ungefähr voraussehen können, wie sich die Lebens-, Freizeit- und Konsumgewohnheiten der entsprechenden Zielgruppen in Zukunft entwickeln werden. Einige Trends habe ich schon aus den genannten Untersuchungen erwähnt, weitere lassen sich aus Berichten von Fachleuten, Szenekennern und Betroffenen einigermaßen ableiten. So ist sicherlich davon auszugehen, dass die Partyszene auch weiterhin zur Selbstinszenie-

rung, Bewusstseinserweiterung und einfach zum Spaß legale und illegale Drogen gebrauchen wird. Wenn die Beobachtungen von Dr. Tossmann aus den Jahren 98/99 auch für die Zukunft zutreffen, dann wird die ganz überwiegende Mehrheit der jugendlichen Partygänger dabei durchaus ambivalente Erfahrungen machen und effektive Strategien entwickeln, um Gesundheitsrisiken weitgehend zu vermeiden. Viele von ihnen werden aufgrund schlechter Erlebnisse oder unter veränderten sozialen Bedingungen den Konsum illegaler Substanzen reduzieren oder ganz einstellen. Auch außerhalb der Freizeit wird eine zunehmende Zahl Jugendlicher den Konsum verschiedener Drogen gewissermaßen als Selbstheilungsmittel, bei sozialen Nöten und bei psychischen Beeinträchtigungen mehr oder weniger in das Alltagsleben und -handeln bei Ausbildung und Beruf integrieren. Glaubt man dem Szenekenner Henner Stang aus Kassel, so ist in die Partyszene selbst inzwischen eine neue Generation eingestiegen: Nicht mehr Musik und Tanz, die Party als Gesamtkunstwerk einer Avantgarde, lebt und erlebt diese Generation; sie erfährt die gewöhnlichen Nachwehen auslaufender musikalischer und modischer Trends. Welche Auswirkungen dies auf die Intensität und die Risiken des Drogenkonsums haben könnte, hoffe ich von Ihnen hier in diesen Tagen zu erfahren. Denn wie gesagt: Es geht um wesentlich mehr als um Ecstasy. Es geht um Trends und Befindlichkeiten innerhalb der Szene, aber auch um die Verfasstheit unserer Gesellschaft insgesamt und ihre Reaktion auf jugendliches Freizeitverhalten. Zu beobachten und zuzuhören ohne abzuwerten und zu verurteilen ist für mich Voraussetzung einer glaubwürdigen Prävention, die von den adressierten Jugendlichen auch akzeptiert werden kann. In diesem Sinne hoffe ich auf Ihre Anregungen und wünsche uns allen eine interessante Tagung.

1

Medizinische und pharmakologische Aspekte des Ecstasykonsums – Ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand

1 Medizinische und pharmakologische Aspekte des Ecstasykonsums – Ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand

Christina Poethko-Müller, BfArM, Fachgebiet Abhängigkeitserkrankungen und Sucht, Bonn

Historische Entwicklung von Ecstasy

Medizingeschichte

Unter dem Begriff Ecstasy wird in der wissenschaftlichen Literatur eine Gruppe von Methylendioxyamphetaminen verstanden, während im allgemeinen Sprachgebrauch Ecstasy oft synonym für den häufigsten Vertreter dieser Gruppe, für 3,4-Methylendioxymetamphetamin (MDMA) verwendet wird. Nachfolgend werde ich mich immer dann auf MDMA beziehen, wenn eine Differenzierung möglich ist.

MDMA ist keine neue Substanz. Die molekulare Struktur von MDMA ähnelt der seiner Muttersubstanz, dem Methylendioxyamphetamin (MDA). Ähnliche Strukturen finden sich als Safrol oder Myristicin auch in Muskatnuss, Dill, Krokussen und Petersilie (Eisner 1989; Schmidt-Semisch 1996; Shulgin/Sargent/Naranjo 1967).

Die erste Synthese von MDMA erfolgte vor etwa 100 Jahren. Die deutsche Firma Merck, Darmstadt, meldete die synthetische Herstellung von MDMA 1912 als Patent an. Jahre, wenn nicht Jahrzehnte wurde unter den Ecstasyforschern die Information verbreitet, dass MDMA von Merck als Appetitzügler entwickelt und wegen eigenartiger psychogener Nebenwirkungen nicht vermarktet wurde. Eine Mitarbeiterin aus der Schweizer Arbeitsgruppe um Vollenweider und Gamma hat jedoch durch direkte Recherchen bei Merck herausgefunden, dass MDMA als eine Art Beiprodukt bei der Synthese der gefäßverengenden Substanz Hydrastinin anfiel und routinemäßig patentiert wurde. Merck hat – sehr plausibel – darauf hingewiesen, dass es im Jahr 1912 keine Notwendigkeit gab, einen Appetitzügler zu entwickeln (Gamma 1998).

Ecstasy als Droge

Der Chemiker Shulgin von der amerikanischen Firma Dow Chemicals resynthetisierte MDMA während seiner Suche nach psychedelisch wirkenden Drogen. Nach anfänglichen Selbstversuchen fand MDMA – evtl. als Ersatz für LSD, dessen legaler Gebrauch in den 70er Jahren beendet wurde – Eingang in die Psychotherapeutenszene (Greer/Tolbert 1990).

Erste Berichte über Ecstasy als Straßendroge in den USA stammen aus den späten 60er Jahren. Nachdem Ecstasy in den 80er Jahren von der Baghwan-Bewegung als Droge genutzt wurde, ist seit Ende der 80er Jahre die Ausbreitung von Ecstasy – vor allem über

Großbritannien – eng an das Jugendphänomen der Rave- oder House-Musik gekoppelt. Auf Mitte der 80er Jahre datiert die Entstehung der Technobewegung mit den lang dauernden Tanzpartys. Die Intensivierung der mit dieser Musik erzeugten Gefühle sowie die stimulierende Wirkung von Ecstasy, die Tanzmarathons ermöglicht, werden als wesentliche Gründe für den großen Erfolg gerade dieser Substanz angesehen.

Juristische Aspekte

1985 wurde MDMA – zunächst vorübergehend – als Kategorie-I-Droge unter das Betäubungsmittelgesetz der USA (*Controlled Substances Act*) gestellt und damit als sehr gefährliche Substanz ohne medizinischen Nutzen bewertet. Als Gründe wurden damals die tierexperimentell nachgewiesene Neurotoxizität, die Strukturanalogie zu bereits unterstellten Amphetaminderivaten und das Fehlen klinischer Daten hinsichtlich eines medizinischen Nutzens angeführt. Der daraufhin einsetzende Protest von Psychoanalytikern änderte an der Gesetzeslage nichts mehr, da keine wissenschaftlichen Studien vorgelegt werden konnten, mit denen ein wissenschaftlicher Nutzen hätte begründet werden können. Allerdings kam es durch die Diskussion des „Für und Wider“ zu einer enormen Steigerung des Bekanntheitsgrades und zur Synthese weiterer Derivate.

Historische Entwicklung von Ecstasy

- 1576 — Erste Beschreibung der berauschenden Wirkung der Muskatnuss durch Lobelius
- 1898 — Erste Synthese von MDMA durch den Chemiker *Haber*
- 1912 — Zufällige Synthetisierung von MDMA bei der Synthese von Hydrastinin durch Fa. Merck
- 50er Jahre — Toxikologische Experimente der US-amerikanischen Armee („Wahrheitsdroge“)
- 1965 — Der Chemiker *Shulgin* entdeckt MDMA wieder
- Ende der 60er Jahre — Erste Berichte über MDMA als Straßendroge
- 70er Jahre — Amerikanische Psychotherapeuten setzen MDMA ein
- 70er/80er Jahre — Chemiker *Nichols* charakterisiert MDMA als „Entaktogen“

Administrative Reaktionen

- 1985 — In den USA Aufnahme in die Liste der nicht verkehrsfähigen Betäubungsmittel *(Schedule I Controlled Substances Act: „highly dangerous drug with no potential medical use“)*
- 1986 — UN-Suchtstoffkommission nimmt MDMA in den Anhang I des Übereinkommens von 1971 über psychotrope Stoffe auf
- 1986 — Aufnahme von MDMA in die Anlage 1 des deutschen BtMG
- 1991 — Aufnahme von MDE in die Anlage 1 des deutschen BtMG
- 1996 — Aufnahme von MBDB in die Anlage 1 des deutschen BtMG

Abb. 1: Übersicht über die historische Entwicklung von Ecstasy

Auf Vorschlag der USA wurde 1986 MDMA von den Vereinten Nationen dem Anhang I des Übereinkommens über psychotrope Substanzen von 1971 unterstellt (Lawn 1986). Damit ergab sich für die Bundesrepublik Deutschland die Verpflichtung, MDMA in gleicher Weise als Suchtstoff zu kontrollieren. Dieser Verpflichtung kam die Bundesregierung durch die Einstufung von MDMA in die Anlage 1 des deutschen Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) nach, die juristisch der Kategorie 1 im US-amerikanischen Betäubungsmittelrecht entspricht.

Andere Methylendioxyamphetamine wurden als echte Designerdrogen 1991 bzw. 1996 dem BtMG unterstellt. Diese Derivate waren gezielt synthetisiert worden, um unter Umgehung der betäubungsmittelrechtlichen Bestimmungen gleiche oder ähnliche psychotrope Wirkungen zu erhalten.

Pharmakologie der Substanz

Psychotrope und periphere Wirkungen

MDMA ist eine synthetische Droge und wird als Halluzinogen 1. Ordnung eingeordnet. Es erzeugt Veränderungen der Wahrnehmung ohne bewusstseinstrübend zu wirken (Saunders 1994). MDMA wirkt nicht halluzinogen und weniger stark antriebssteigernd als Amphetamin und Metamphetamin. Der Chemiker Nichols beschrieb MDMA und einige andere Methylendioxyamphetamine aufgrund ihrer besonderen Wirkung als „Entaktogene“. Dieser Begriff ist aus griechischen und lateinischen Silben zusammengesetzt, die zusammen die Bedeutung „im Innern ein Gefühl erzeugen“ oder „Herstellen einer inneren Berührung“ ergeben.[1]

Bis vor wenigen Jahren beruhte das Wissen über die psychotropen Wirkungen von MDMA auf retrospektiven Surveys über Wirkungen, wie sie von Konsumenten selbst berichtet wurden, oder auf unkontrollierten Studien (Greer/Tolbert 1986; Downing 1986; Cohen 1995). Einschränkend musste zu diesen Quellen immer hinzugefügt werden, dass die Ergebnisse durch die erwarteten Ecstasywirkungen – sowohl seitens der MDMA-erfahrenen Probanden wie auch seitens der Untersucher – beeinflusst gewesen sein konnten. Aufgrund dieser Untersuchungen wurde die psychotrope Wirkung von MDMA wie folgt beschrieben:

- Bei oraler Anwendung von Ecstasy setzt die Wirkung nach 20–60 Minuten ein und beginnt nach ca. 2 Stunden langsam abzuklingen.
- Der Rausch führt zu einer allgemeinen Stimulierung und Euphorisierung mit intensiven Gefühlen von Nähe zu anderen Menschen.
- Die Kommunikationsbereitschaft und das Kommunikationsbedürfnis sind gesteigert.

1 Griech. *en*, innerlich, und *gen*, verursachen; lat. *tactus*, Berührung, Gefühl, oder aber auch: sich bewegen, versenken.

– Die Unterscheidungsfähigkeit zwischen der eigenen Person und der Umwelt ist herabgesetzt.
– Konsumenten berichteten über eine Zunahme der Introspektionsfähigkeit, einen verbesserten Zugang zu den eigenen Gefühlen.

Die negativen psychotropen Effekte von MDMA wie depressive Verstimmung, Angst, Konzentrationsstörungen, Appetitverlust, Antriebslosigkeit und motorische Unruhe können über die Akutphase anhalten, bestehen aber selten länger als 24 Stunden.

Positiv erlebte psychotrope Akutwirkungen	Negativ erlebte psychotrope Akutwirkungen
• Stimulation	• depressive Verstimmung
• Euphorie	• Angst
• Empathie	• Konzentrationsstörungen
• erhöhte Emotionalität	• Appetitverlust
• erhöhte Kontaktbereitschaft	• Antriebslosigkeit
• verminderte Ich-Abgrenzung	• motorische Unruhe
• verbesserte Introspektion	• eingeschränktes Urteilsvermögen
• Aufmerksamkeitsfokussierung	• optische Wahrnehmungsstörungen
• herabgesetzte Aggressivität	• akustische Wahrnehmungsstörungen
• Intensivierung visueller und taktiler Reize	• herabgesetzte Libido
	• Orgasmusverzögerung

Abb. 2: Positiv und negativ erlebte psychotrope Akutwirkungen des Ecstasykonsums

Eine erste kontrollierte Studie zu den psychologischen und kardiovaskulären Wirkungen von MDMA führte 1998 die Arbeitsgruppe um Vollenweider als randomisierte, doppelblinde, plazebokontrollierte Studie an 13 gesunden Freiwilligen durch, die eine Dosis von 1,7 mg MDMA/kg Körpergewicht erhielten (Vollenweider et al. 1998).

Mittels psychologischer Tests und psychometrischer Rating-Skalen wurden als positiv empfundene Wirkungen Stimmungsaufhellung, Wohlgefühl, gesteigerte Offenheit, Gefühl der Nähe zu anderen Menschen, gesteigerte Empfindsamkeit gegenüber taktilen und visuellen Reizen und ein gesteigertes Kommunikationsbedürfnis erhoben. Als negativ erlebte Wirkungen konnten leichte Derealisation und Depersonalisation, verworrenes Denken und Ängstlichkeit festgestellt werden (siehe *Abbildung 3*). Damit waren die Ergebnisse hinsichtlich psychotroper Akutwirkungen von MDMA aus nicht kontrollierten, offenen Studien und Befragungen im Wesentlichen bestätigt. Das Nichtauftreten von Depressionen während der klinischen Studie wurde auf die rauschmodulierenden Wirkungen von *set* und *setting*, in diesem Fall auf den sicheren klinischen Untersuchungsrahmen zurückgeführt.

Psychologische und kardiovaskuläre Wirkungen von MDMA

- Stimmungsaufhellung
- Wohlgefühl
- gesteigerte Offenheit
- Gefühl der Nähe zu anderen Menschen
- gesteigerte Empfindsamkeit gegenüber taktilen und visuellen Reizen
- gesteigertes Kommunikationsbedürfnis
- leichte Derealisation/Depersonalisation
- verworrenes Denken
- Ängstlichkeit

Abb. 3: Psychologische und kardiovaskuläre Wirkungen von MDMA nach Vollenweider et al. (1998)

Die peripheren Nebenwirkungen werden auf die serotonerge und sympathomimetische Potenz von MDMA zurückgeführt. Etwa eine Stunde nach der Einnahme von MDMA kommt es zu einem Anstieg der Herzfrequenz und des Blutdrucks. In dieser akuten Intoxikationsphase werden von den Konsumenten als Nebenwirkungen vor allem Kieferklemme, Zähneknirschen, Hitze- und Kältewallungen, Tremor und Gangunsicherheit angegeben (vgl. *Abbildung 4* und *5*). Diese Nebenwirkungen ebenso wie die Steigerung des Blutdrucks und der Herzfrequenz konnten in der Studie von Vollenweider wie auch in nachfolgenden Studien der spanischen Arbeitsgruppe um de la Torre 1999 und 2000 ergänzt und bestätigt werden (de la Torre et al. 1999; 2000b).

Akute periphere Nebenwirkungen von MDMA

- Hypertension ✔
- Tachykardie ✔
- Kieferklemme 75% ✔
- Zähneknirschen 65% ✔
- Hitze- und Kältewallungen ✔
- Tremor ✔
- Palpitationen
- Gangunsicherheit ✔
- Hyperreflexie
- Parästhesien ✔
- Harndrang ✔
- Mydriasis/Nystagmus
- Nausea/Vomitus ✔
- Mundtrockenheit ✔

Aber: 80% empfinden Ecstasyrausch als positiv!

Abb. 4: Aus alten Studien bekannte akute periphere Nebenwirkungen von MDMA (✔ = in kontrollierter Studie bestätigt)

Trotz dieser langen Liste von Nebenwirkungen bewertete die Mehrzahl der Ecstasykonsumenten retrospektiv wie auch in den klinischen Studien den Rausch als positiv.

Subakute vegetative Nebenwirkungen von MDMA

- Kieferklemme ✔
- Unruhe, Ängstlichkeit ✔
- Muskelkater ✔
- Schläfrigkeit ✔
- Zähneknirschen
- Hypotension
- Übelkeit/Erbrechen
- Kopfschmerzen

Zusätzlich beobachtet in kontrollierter Studie:

- Appetitlosigkeit
- Konzentrationsstörungen
- Durst

Abb. 5: Aus alten Studien bekannte subakute vegetative Nebenwirkungen von MDMA (✔ = in kontrollierter Studie bestätigt)

In der postakuten Phase können Symptome wie Übelkeit, Kieferklemme und Zähneknirschen fortbestehen und mit psychophysischer Erschöpfbarkeit, arterieller Hypotension und Muskelschmerzen verbunden sein. In den klinischen Studien wurde von Probanden zudem über Appetitlosigkeit, Konzentrationsstörungen und Durst geklagt.

Als Fazit des Vergleichs der unkontrollierten mit den neueren kontrollierten Studien kann eine weitgehende Bestätigung der älteren Ergebnisse festgestellt werden.

Metabolisierung von MDMA

Es ist seit längerem bekannt, dass MDMA über das Isoenzym Cytochrom P 450 2D6 abgebaut wird. Es gab auf dieser Grundlage Vermutungen, dass durch Identifikation von erblich bedingten langsamen Metabolisierern (*poor metabolizern*), die etwa 7–10% der europäischen Bevölkerung ausmachen, Menschen mit besonders hohem MDMA-bedingten Komplikationsrisiko herausgefunden werden könnten – eine Überlegung mit durchaus hoher potenzieller klinischer Relevanz (Tucker et al. 1994).

In-vitro-Untersuchungen der Arbeitsgruppe um Kovar aus Tübingen zeigten jedoch, dass die Demethylierung von MDMA über CYP2D6 nur eine Möglichkeit des MDMA-Abbaus darstellt und andere Enzymsysteme mit beitragen (Kreth et al. 2000). So erfolgt der Abbau von MDMA über Demethylierung konzentrationsabhängig: In niedrigen Konzentrationen wird bei geringer Geschwindigkeit über das CYP2D6 demethyliert, ein Abbauweg, der schnell gesättigt ist. Bei höheren MDMA-Konzentrationen erfolgt der Abbau auch über weitere Enzyme des Cytochrom-P450-Systems (CYP1A2; CYP2B6; CYP3A4).

Komplikationen lassen sich daher nicht einfach mit einem genetisch bedingten Defizit im CYP2D6-System erklären. Die dennoch in bestimmten Fällen bestehende hohe klinische Relevanz des Abbaus über das Cytochrom-P450-System wird in Verbindung mit der charakteristischen Pharmakokinetik von MDMA deutlich.

Pharmakokinetik von MDMA

Die spanische Arbeitsgruppe um de la Torre hat im Rahmen der kontrollierten Studie zu kardiovaskulären und neuroendokrinen Effekten von MDMA an 14 Probanden im Vergleich gegen Plazebo und Amphetamin bei einigen Probanden eine Plasmakonzentration von MDMA nach ansteigenden MDMA-Dosen gemessen (de la Torre et al. 1999; 2000a). Bei der Untersuchung von fünf verschiedenen Dosen MDMA zwischen 50 und 150 mg zeigte sich, dass die Verdreifachung der 50-mg-Dosis annähernd zu einer Verzehnfachung der Plasmaspitzenspiegel führte: MDMA hat demnach eine nichtlineare Kinetik und relativ geringe zusätzliche Dosen können zu einer unverhältnismäßig großen Steigerung der Plasmakonzentrationen mit nachfolgender Gefahr der Intoxikation führen.

Klinische Relevanz von Metabolisierung und Pharmakokinetik

Die dargestellten Ergebnisse zum enzymatischen Abbau von MDMA und der Besonderheit der Pharmakokinetik erlauben nun eine differenziertere Analyse des 1998 von Hill veröffentlichten Fallberichts einer tödlich verlaufenen Intoxikation (Henry/Hill 1998): Ein HIV-1-positiver, ecstasyerfahrener Mann, der aufgrund von starkem Alkoholgebrauch in der Vergangenheit eine deutlich eingeschränkte Leberfunktion hatte und seit zwei Wochen vor dem Ereignis neben anderen Proteasehemmern zusätzlich Ritonarvir erhalten hatte, nahm an einem Abend zusammen mit Alkohol zwei Tabletten Ecstasy ein, ohne wesentliche Wirkung zu verspüren. Nach einer weiteren halben Tablette Ecstasy entwickelte sich binnen kurzer Zeit ein schweres serotonerges Intoxikationssyndrom, an dem der Patient verstarb.

Als Erklärung für diese schwere Intoxikation kann heute eine Kombination aus alkoholbedingter Leberfunktionsstörung, Hemmung des Cytochrom-P450-Systems in mindestens zwei für den MDMA-Abbau relevanten Isoenzymen sowie die sprunghafte Konzentrationssteigerung von MDMA aufgrund einer nichtlinearen Kinetik angenommen werden.

Die besondere Bedeutung des Proteasehemmers Ritonarvir, der wie andere Proteasehemmer das Cytochrom P450 3A4, aber zusätzlich das Isoenzym CYP2D6 hemmt, wird durch einen weiteren veröffentlichten Fallbericht verdeutlicht (Harrington et al. 1999).

Neurotoxizität

Wirkmechanismus

Grundlage für das Verständnis der neurotoxischen Wirkungen von MDMA und Hintergrund für die wissenschaftlich vertretenen Theorien über den Mechanismus dieser Schäden ist der Wirkmechanismus von MDMA auf molekularer Ebene: MDMA setzt Serotonin aus den Speichervesikeln der serotonergen Nervenendigungen frei. Dieses Serotonin wird über ein aktives Transportsystem in den präsynaptischen Spalt trans-

portiert und kann dort wegen der hemmenden Wirkung von MDMA auf die Monoaminooxidase A nur langsam abgebaut werden.

Die massive Serotoninausschüttung verstärkt die harmonisierende und stabilisierende Wirkung von Serotonin auf die kortikale Informationsverarbeitung. Dies wird als plötzlichen Anstieg des Harmonieempfindens (Liebe, Glück, Frieden, Verbundenheit) empfunden.

Die Wiederaufnahme von Serotonin in die Nervenendigungen und das Wiederauffüllen der Speicher ist zum einen durch die Hemmung des Syntheseenzyms von Serotonin, der Tryptophanhydroxylase, erschwert und zum anderen dadurch, dass MDMA als Substrat um das serotonerge Transportsystem konkurriert.

Die massive Serotoninausschüttung führt nicht nur zu den psychotropen Effekten, sondern über Serotonon-Rezeptoren auch zu einer Ausschüttung von Dopamin. Dieses Dopamin spielt in der bis weit in die 90er Jahre hinein am häufigsten vertretenen Hypothese um den Mechanismus der neurotoxischen Wirkung von MDMA eine wesentliche Rolle.

Hypothesen zu Mechanismus und Protektion

Die von Nichols und Sprague 1998 (Sprague/Everman/Nichols 1998) veröffentlichte Theorie über den Mechanismus der neurotoxischen Wirkungen von MDMA besagte, dass MDMA zur Ausschüttung von Serotonin führe, das – vor allem über die Wirkung am serotonergen Rezeptor 2A/2C – eine Hemmung des GABA-Systems bewirke. Als Folge werde verstärkt Dopamin ausgeschüttet, das – der Hypothese nach – fälschlicherweise in die entleerten serotonergen Nervenendigungen aufgenommen und dort oxidativ abgebaut werde. Während des oxidativen Abbaus entstünden freie Radikale, die zu Peroxidierung und Degeneration der serotonergen Nervenendigungen führten.

Diese Hypothese war noch bis Mitte der 90er Jahre plausibel durch eine Reihe experimenteller Arbeiten belegt:

- Eine lineare Abhängigkeit zwischen dem Ausmaß der Dopaminfreisetzung und dem Grad der Degeneration der serotonergen Nervenendigungen wurde 1991 von Nash und Nichols gezeigt.
- Die Vorbehandlung mit einem Dopamin-Synthesehemmer schützte gegen die Zerstörung der serotonergen Nervenendigungen (Stone et al. 1988).
- Ebenso bewahrte die völlige Zerstörung von dopaminhaltigen Nervenendigungen vor der MDMA-Gabe vor den toxischen Wirkungen (Schmidt/Black/Taylor 1990).

Umgekehrt konnte eine Steigerung der MDMA-bedingten Toxizität beobachtet werden, wenn die Dopaminvorstufe L-Dopa vor der MDMA-Gabe zugeführt wurde (Schmidt/Black/Taylor 1991). Eine direkte (Schmidt/Levin/Lovenberg 1987; Steele/Nichols/Yim 1987)

und indirekte (Gudelsky/Nash 1996) Dopaminfreisetzung durch MDMA war bereits gezeigt, die Beteiligung von bestimmten Serotonin-Rezeptoren (5-HT2A) wurde durch Nash (1990) sowie Schmidt und Taylor (1990) nachgewiesen. Hinzu kamen Erkenntnisse darüber, dass die MDMA-Toxizität abgeschwächt bzw. die Dopaminausschüttung verringert werden konnte, wenn der Dopaminantagonist Haloperidol, ein 5-HT2A-Rezeptorantagonist (Ketanserin) oder ein die Aktivität des GABA-Systems steigernder Stoff – Clomethiazol – gegeben wurde (Schmidt/Taylor 1990; Hewitt/Green 1994; Colado/Murray/Green 1993; Nash 1990). Auch die Kenntnis über die herausragende Bedeutung der serotonergen Transportsysteme bei der MDMA-Toxizität fügte sich ins Bild, da die überschießende Freisetzung von Serotonin über diese Transportsysteme angenommen wurde (Schmidt/Taylor 1990).

Allerdings machte das Erscheinen einer Vielzahl von Arbeiten in der zweiten Hälfte der 90er Jahre ein Überdenken der Theorie notwendig. So zeigten Shankaran und Gudelsky 1998, dass eine Unterdrückung der Dopaminausschüttung im Hippocampus nicht, wie erwartet, die MDMA-Toxizität abschwächte. Eine L-Dopa-Gabe vor der Applikation von MDMA führte 1999 in einem Versuch des Spaniers Colado zwar zu einem Anstieg der Dopaminkonzentration, aber nicht, wie bei Schmidt 1991, zu einer erhöhten MDMA-Toxizität. Auch die Konzentration an freien Radikalen war durch Vorgabe von L-DOPA in einem weiteren Experiment nicht erhöht. Die protektive Wirkung von Substanzen, die nach der Theorie von Nichols die indirekte Ausschüttung von Dopamin durch die Erregung serotonerger Rezeptoren hemmen, konnte durch neuere Versuche auf die Verhinderung der nach MDMA auftretenden Hyperthermie zurückgeführt werden (Colado et al. 1999; Malberg/Sabol/Seiden 1996). Die protektive Wirkung der meisten dieser Substanzen kann damit nicht mehr darauf zurückgeführt werden, dass die Freisetzung von Dopamin gehemmt wird.

Bestätigt wurde dagegen die temperaturunabhängige Schutzwirkung von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern wie Fluoxetin (Malberg/Sabol/Seiden 1996) hinsichtlich der degenerativen Wirkung von MDMA. Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass nicht nur die Serotoninfreisetzung über die serotonergen Transportproteine stattfindet, sondern wahrscheinlich auch die Aufnahme von MDMA in die Zelle (Schmidt/Taylor 1990). Als weitere wichtige bestätigte Erkenntnis gilt die temperaturunabhängige Bedeutung der freien Radikale für die MDMA-bedingte Neurotoxizität. Die Herkunft dieser freien Radikale kann entsprechend den von Colado entwickelten Theorien und durchgeführten Untersuchungen nicht mehr eindeutig auf den oxidativen Abbau von Dopamin-metaboliten zurückgeführt werden (Colado et al. 1997; Aguierre et al. 1999; Yeh 1999).

Die Theorie von Colado und anderen Arbeitsgruppen geht von der Tatsache aus, dass MDMA zu Katecholen und Chinonen metabolisiert wird, welche dann oxidiert werden und ebenfalls zur Entstehung freier Radikale führen können (Hiramatsu et al. 1990; Tucker et al. 1994).

Die Möglichkeit, dass es einen dopaminunabhängigen Vorgang als Entstehungsmechanismus der MDMA-bedingten Neurotoxizität gibt, wird zudem gestützt durch die Entdeckung des MDMA-Metaboliten Dihydroxymethylamphetamin, der – ebenso wie Thioäther-Verbindungen von Alpha-methyldopamin, einem Hauptmetaboliten von MDMA – als selektiv toxisch für 5-HT-Nervenendigungen gezeigt werden konnte.

Welcher Herkunft die freien Radikale auch sein mögen, antioxidative Substanzen wie Ascorbinsäure, Cystein und Alpha-Liponsäure schützten im Tierexperiment temperaturunabhängig gegen MDMA-bedingte Schäden (Colado 1995; Gudelsky 1996; Aguierre et al. 1999; Yeh 1999). Eine eindeutige Bestätigung der Hypothesen steht jedoch noch aus.

An möglicherweise relevanter Information für die Praxis kann aus all diesen Arbeiten die Erkenntnis mitgenommen werden, dass Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie Fluoxetin und Citralopram im Tierexperiment vor MDMA-induzierter Toxizität schützen, die Verhinderung einer Überhitzung nach MDMA-Gabe die Neurotoxizität verringert und antioxidative Schutzmechanismen bei der Verringerung der MDMA-induzierten Neurotoxizität eine Rolle spielen können.

Tierexperimentelle Ergebnisse und deren Übertragbarkeit auf den Menschen

Überlegungen zu Dosis und Konsummuster

Bei der Beantwortung der Frage nach der Übertragbarkeit der tierexperimentell nachgewiesenen Neurotoxizität von MDMA auf den Menschen müssen die tierexperimentell erhaltenen Untersuchungsergebnisse unter Berücksichtigung der Faktoren Speziesunterschiede, Dosis, Dosierungsschema und Applikationsweg gewertet werden.

Bezüglich der Speziesunterschiede kann ein Ansteigen der Empfindlichkeit gegenüber MDMA-induzierter Neurotoxizität von niederen zu höheren Spezies festgestellt werden. Bei Primaten treten Schäden im Vergleich zu Nagern schon bei geringeren MDMA-Dosen auf. Auf diesen Erkenntnissen beruht die Befürchtung, dass der Mensch schon durch geringere als in den Tierexperimenten verwandten Dosen Schäden erleiden könnte.

Bei Ratten war eine intraperitoneal (durch das Bauchfell) gegebene Einmaldosis von 4–15 mg MDMA/kg Körpergewicht dosisabhängig degenerativ wirksam. Während die 4-mg-Dosis bei Einmalgabe keine degenerativen Effekte hervorrief, selbst wenn sie an vier Tagen hintereinander gegeben wurde, so wurde jedoch auch diese Dosis neurotoxisch, wenn sie an vier aufeinander folgenden Tagen zweimal täglich gegeben wurde (Oshea et al. 1998).

Bei Affen führte die Gabe von 2,5 mg MDMA/kg Körpergewicht zweimal täglich an vier Tagen nicht zu einer Degeneration (es konnte jedoch ein 5-HT und HIAA-Konzentrations-

abfall gemessen werden), jedoch führten 10 mg MDMA/kg Körpergewicht im gleichen Dosierungsschema zu einer Degeneration (Insel et al. 1989). Keine Neurotoxizität wurde nach der oralen Gabe von 2,5 mg/kg Körpergewicht alle zwei Wochen über vier Monate an Primaten gesehen.[2] Bei parenteraler, d.h. injizierter Verabreichung von MDMA ist die Toxizität um das Zwei- bis Dreifache gegenüber der oralen Einnahme erhöht (Ricaurte et al. 1988).

Hochrechnungen aufgrund der bekannten toxischen MDMA-Dosen bei Ratten und Primaten veranlassten Ricaurte et al. 2000 zu der Aussage, dass beim Menschen eine Dosis von 1,28 mg MDMA/kg Körpergewicht als neurotoxische Dosis angesehen werden könnte, was 96 mg MDMA bei einem 75 kg schweren Menschen entsprechen würde. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Ricaurte hier von einer toxischen Primatendosis (5 mg/kg KG) ausgeht, deren degenerative Toxizität nur für die wiederholte Gabe gezeigt wurde.

Wenngleich die von Ricaurte ermittelten Hochrechnungen auch als hypothetisch anzusehen sind, ist doch angesichts der ansteigenden Empfindlichkeit gegenüber der MDMA-Toxizität bei höheren Spezies und der stark ansteigenden Toxizität von MDMA bei in kurzen Abständen wiederholter Einnahme oder bei regelmäßiger, über Tage oder Wochen anhaltender Einnahme nicht davon auszugehen, dass zwischen den praktizierten intensiven Ecstasy-Konsummustern und im Tierexperiment als neurotoxisch nachgewiesenen Dosierungsschemata ein bedeutsamer Sicherheitsabstand gewahrt ist.

Studien zur Feststellung der Neurotoxizität von Ecstasy

Prinzipiell anzuwendende Untersuchungen zur Feststellung von Neurotoxizität

Zum Nachweis möglicher neurotoxischer Wirkungen von MDMA stehen beim Menschen nur indirekte Methoden zur Verfügung. Während die Degeneration serotonerger Transportsysteme oder gar serotonerger Nervenendigungen beim Tier durch Gewebsuntersuchungen verifizierbar ist, kommen beim Ecstasykonsumenten nur Methoden zum Einsatz, deren Aussagekraft hinsichtlich des Nachweises von serotonergen Schäden mehr oder weniger gut belegt ist.

Prinzipiell angewandt werden neurobiologische Methoden wie Konzentrationsmessungen von Serotonin und dessen Hauptabbauprodukt Hydroxyindolessigsäure im Liquor sowie L-Tryptophan- und Fenfluramin-Belastungstests. Als neuroradiologische Verfahren werden die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit dem Liganden (C11)-McN-5652 und die [123]β-CIT-Single-Photon-Emission-Computer-Tomographie (SPECT) zur Darstellung serotonerger Transporter für aussagekräftig gehalten. Die postulierte Rolle

2 Ricaurte 1993, persönlich kommuniziert mit dem Schweizer Ethik-Komitee.

von Serotonin bei der Schlafregulation und bei kognitiven Prozessen lassen Schlafstudien sowie vor allem kognitive Funktionstests als erfolgversprechende Nachweismethoden für MDMA-bedingte Schäden zur Anwendung kommen. Rückschlüsse auf serotonerge Defizite werden zudem erwartet durch die Untersuchung der psychiatrischen Morbidität von Ecstasykonsumenten.

Neurobiologische Studien

Hydroxyindolessigsäure (HIAA) ist der Hauptmetabolit von Serotonin. In verschiedenen Studien wurde dieser Abbaustoff im Gehirnwasser gemessen und bei langjährigen Ecstasykonsumenten fast konsistent um etwa 25% erniedrigt gefunden (Peroutka/Pascoe/Faull 1987; Ricaurte et al. 1990; McCann et al. 1994; Bolla/McCann/Ricaurte 1998). Damit kann auf länger andauernde erniedrigte Serotoninspiegel geschlossen werden, was angesichts der bekannten MDMA-bedingten Entleerung von Serotoninspeichern in den Nervenendigungen und der Hemmung des Serotonin produzierenden Enzyms Tryptophanhydroxylase plausibel zu erklären ist.

Die Interpretation dieser Messergebnisse als Ausdruck einer andauernden Störung, vielleicht sogar einer Zerstörung der serotonergen Nervenendigungen hingegen ist aufgrund von tierexperimentellen Studien, die trotz massiver Reduktion der Konzentrationen von Serotonin und seinem Metaboliten keine Verminderung der Serotonintransporter nachweisen konnten, nicht zulässig (Battaglia et al.1988; Insel et al. 1989).

Aufgrund der Studien kann nicht zwischen einer funktionellen Störung und strukturellen Schäden unterschieden werden. Aussagen über die Reversibilität der Störungen sind wegen der als Querschnittsuntersuchungen ohne nennenswerte Abstinenzzeiten durchgeführten Studien oder ohne eine angemessene Kontrolle dieser Abstinenzzeiten nicht möglich.

In den neueren Arbeiten von Bolla und McCann wurden neben den neurobiologischen Untersuchungen auch kognitive Funktionstests durchgeführt und diese mit den Ergebnissen der serotonergen Konzentrationsmessungen korreliert. Während bei Bolla die erniedrigten HIAA-Werte mit den kognitiven Defiziten der Ecstasykonsumenten korreliert waren (Bolla/McCann/Ricaurte 1998), korrelierten in der untersuchten Gruppe von McCann die gleichzeitig festgestellten Gedächtnisstörungen zwar mit dem Ausmaß des Ecstasykonsums, nicht aber mit den HIAA-Werten (McCann et al. 1999). Eine Aussage über den kausalen Zusammenhang zwischen Ecstasykonsum und erhobenen Störungen wird bei beiden Studien durch die Tatsache erschwert, dass sich die jeweiligen Ecstasygruppen auch hinsichtlich des intensiveren Gebrauchs von anderen psychotropen Substanzen wie Kokain, LSD und Cannabis deutlich von den gewählten Kontrollgruppen unterschieden.

Letztendlich kann auch das Argument, es könne sich um vorbestehende niedrige Serotoninspiegel gehandelt haben, die ihrerseits erst zu der MDMA-Einnahme (im Sinne einer Selbstmedikation) geführt haben, durch derart konzipierte Untersuchungen nicht

entkräftet werden. Diese Möglichkeit kann nur dann durch große prospektive Studien untersucht werden, wenn die ersten Messzeitpunkte bereits vor der ersten Drogeneinnahme liegen. Die Möglichkeit, dass auch andere illegale Drogen zu den gemessenen Unterschieden beigetragen haben könnten, kann nur durch Studien unwahrscheinlich gemacht werden, in denen die Vergleichsgruppen den Ecstasykonsumenten hinsichtlich des übrigen Gebrauchs illegaler Drogen besonders gut entsprechen.

Eine solche Studie mit gut gewählter Vergleichsgruppe liegt von Gerra et al. (1998) aus Italien vor. Hier wurden Ecstasykonsumenten untersucht, die fast ausschließlich Ecstasy konsumierten und kaum bedeutsamen Konsum anderer illegaler Drogen aufwiesen. Herausragend ist diese Studie zudem aufgrund der wiederholt vor der Untersuchung durchgeführten Urinkontrollen, wodurch die angestrebte dreiwöchige Drogenfreiheit objektiviert werden konnte. Beim Fenfluramin-Belastungstest zeigten die Ecstasykonsumenten im Vergleich zu den Kontrollpersonen eine abgeflachte Prolaktin- und auch Kortisolantwort. Aus diesem Test kann auf eine Störung des serotonergen Systems geschlossen werden.

In einer 2000 veröffentlichten Untersuchung berichtet Gerra von einer erneuten Untersuchung dieser Gruppe von Ecstasykonsumenten und konnte hier nachweisen, dass die Prolaktinantwort auf die D-Fenfluramingabe annähernd unverändert schwer beeinträchtigt war, während die Kortisolantwort nach 12 Monaten weitgehend wiederhergestellt war. Diese Arbeit wird interpretiert als Hinweis auf eine nur teilweise reversible neurotoxische Wirkung von MDMA.

Eine weitere im Auftrag des niederländischen Gesundheitsministeriums durchgeführte Studie (Verkes et al. 2001) bestätigt die Ergebnisse von Gerra. Auch hier wurde die Drogenfreiheit vor dem Test durch Urinkontrollen gesichert. Anders als bei den vorangegangenen Untersuchungen von Gerra 1998, Bolla 1998, Parrott 1998 und McCann 1999 wurden die Kontrollprobanden wie die Ecstasykonsumenten aus der Partyszene und nicht aus dem universitären Bereich rekrutiert und unterlagen somit denselben, potenziell schädigenden, psychosozialen Umwelteinflüssen (Schlaf, Biorhythmus, Hitze während lang dauernder Tanzveranstaltungen). Es bestanden allerdings auch hier wieder Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppen im Konsummuster anderer psychoaktiver Drogen wie Cannabis und Amphetamine. Allerdings unterschieden sich die Gruppen der schweren bzw. moderaten Ecstasykonsumenten weniger hinsichtlich des Konsums anderer illegaler Drogen – das Ausmaß des Cannabiskonsums war vergleichbar –, dennoch zeigten die schweren Ecstasykonsumenten signifikant schlechtere Gedächtnisleistungen als die moderaten Ecstasykonsumenten.

Neuroradiologische Studien

Die Arbeit von McCann et al. (1998) ist trotz bestehender Schwächen als bahnbrechend zu bezeichnen. Hier wurde erstmals am Menschen versucht, durch die direkte Darstellung von zellulären Strukturen ecstasybedingte Schäden nachzuweisen.

Nachdem die Arbeitsgruppe mit einer Veröffentlichung von Scheffel et al. 1998 an Pavianen gezeigt hatte, dass der Kohlenstoff-11-markierte Radioligand McN-5652 mit seinem inaktiven Enantiomer [C-11] (-) McN-5652 im Positronen-Emissions-Tomographie-Verfahren (PET) geeignet ist, die Dichte der serotonergen Transporter zu messen, wurden hier ehemalige Ecstasykonsumenten (9 Männer, 5 Frauen) untersucht, die frei von psychiatrischen Erkrankungen wie Depressionen und Angsterkrankungen waren und mindestens drei Wochen drogenabstinent sein sollten.

Die Kontrollgruppe bestand aus 15, in Bezug auf Alter und Ausbildung vergleichbaren gesunden Kontrollen. Im Ergebnis hatten die ehemaligen Ecstasykonsumenten eine signifikant geringere Dichte serotonerger Transportsysteme in fast allen untersuchten Arealen. Diese Verringerung der Serotonintransporter korrelierte positiv mit dem Ausmaß der eingenommenen Ecstasymenge, während die Abstinenzdauer keinen Einfluss auf die Ergebnisse hatte. Aufgrund der geringen Gruppengröße darf jedoch durch diese Untersuchung nicht vorschnell auf das Bestehen von irreversiblen Störungen geschlossen werden.

Nachteil dieser Studie ist die nicht ausreichend kontrollierte Abstinenzdauer der Probanden (keine Haaranalysen, keine wiederholten Urinkontrollen), unbekannte Einflüsse durch das Geschlecht, und vor allem die Tatsache, dass völlig unklar ist, welche zusätzlichen psychotropen Drogen in welchem Ausmaß eingenommen worden waren. Zudem ist unklar, ob der Drogeneinnahme vorangehende Persönlichkeitszüge und -störungen nicht selbst zu Veränderungen des serotonergen Systems führten oder Störungen des serotonergen Systems zu der Ecstasyeinnahme geführt haben (Selbstmedikation).

Die wissenschaftliche Diskussion um die Sensitivität und Spezifität dieser PET-Methode zur Darstellung der serotonergen Transportsysteme ist noch nicht abgeschlossen.

Die zweite Arbeit zur Darstellung der serotonergen Transporterdichte wurde unter Anwendung der [123]β-CIT-Single-Photon-Emission-Computer-Tomographie (SPECT) durchgeführt (Semple et al. 1999). Eine Reihe von methodischen Schwächen der Untersuchung von McCann wurde hier vermieden:

- So fand die Rekrutierung der Kontrollgruppe ebenfalls in der Rave-Szene statt. Es bestehen somit vergleichbare psychosoziale Einflüsse zwischen den Untersuchungsgruppen.
- Es wurden nicht drogennaive Gesunde, sondern ebenfalls psychotrope Drogen konsumierende Kontrollprobanden untersucht, die in Alter, Geschlecht und Ausbildung sowie hinsichtlich der Intelligenz der Untersuchungsgruppe entsprachen. Die aufwendige Rekrutierungsarbeit ist daran erkennbar, dass 103 Probanden hinsichtlich ihrer Eignung auf Ein- und Ausschlusskriterien geprüft wurden, um auf die untersuchten 20 Probanden zu kommen.
- Die erhobenen Drogenanamnesen wurden nicht nur durch Urinkontrollen verifiziert, sondern auch mittels Haaranalysen.

Die SPECT-Ergebnisse ergaben eine über weite Bereiche des Neokortex verminderte Bindung des Tracers[3]. Korreliert waren diese Messungen im Gegensatz zu McCann nicht zur Ecstasygesamtdosis, sondern zur Abstinenzzeit. Auf Grundlage dieser Ergebnisse diskutiert die Arbeitsgruppe die Möglichkeit einer reversiblen Downregulation der Transporter oder auch eine Besetzung der Transporter durch MDMA. Die ebenfalls durchgeführten Tests des Wortgedächtnisses und des räumlichen Gedächtnisses zeigten keine Gruppenunterschiede, jedoch eine Korrelation mit der absoluten Ecstasydosis (je mehr Ecstasy, desto schlechter das Gedächtnis).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass beide Studien gerade in Verbindung mit den tierexperimentellen Ergebnissen auf eine bedeutsame Beeinträchtigung der serotonergen Nervenendigungen bzw. der serotonergen Transportersysteme hinweisen. Die beschränkte Größe der Untersuchungsgruppe, methodische Schwächen, sowie teilweise abweichende Ergebnisse erfordern die Bestätigung durch weitere Arbeiten.

Psychologische Funktionstests – Schlafstudien

Während tierexperimentell plausibel gezeigt werden konnte, dass die Unversehrtheit des serotonergen Systems wesentlich für ein intaktes Schlafmuster ist,[4] sind die Grundlagenstudien zu den Einflüssen des serotonergen Systems auf den Schlaf beim Menschen weniger konsistent (Hartmann 1974; Griffiths et al. 1972). So sind auch die sehr wenigen Untersuchungen zum Schlafmuster bei Ecstasykonsumenten wenig aufschlussreich. Während in einer Studie eine verkürzte Gesamtschlafdauer durch Verkürzung des NonREM-Stadiums 2 gezeigt wurde (Allen et al. 1993), gelang eine Bestätigung der Ergebnisse nach Angaben von McCann[5] nicht. Hier hatten Ecstasykonsumenten eine längere Gesamtschlafdauer vor allem durch längere REM-Stadien 3 und 4 und wiesen damit eine erhöhte Schlafeffizienz auf.

Da für die denkbaren Beeinträchtigungen des Schlafmusters durch MDMA eine Abhängigkeit von Gesamtdosis und Abstinenzdauer angenommen werden muss, sind die widersprüchlichen Ergebnisse kleinerer Studien nicht sehr überraschend. Große, gut geplante Studien wären notwendig, um auf diesem Gebiet belastbare Aussagen zu erhalten.

Psychologische und kognitive Funktionstests

Einen direkten und ausschließlichen Zusammenhang zwischen bestimmten Neurotransmittern und kognitiven Prozessen zu ziehen ist schwierig, da Störungen mit isolierten Ausfällen eines einzigen Neurotransmittersystems selten sind. Durch die parkinsonsche Erkrankung wissen wir, dass Dopamin eine essenzielle Rolle beim Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnis spielt – Funktionen, die dem präfrontalen Kortex (Großhirnrinde) zugeordnet

3 Markierungssubstanz

4 Die Zerstörung des serotonergen Systems führte zu völliger Schlaflosigkeit bei Labortieren, eine Entleerung der Serotoninspeicher zu einem starken Abfall der NonREM-Schlafzeit (Jones 1989).

5 Unveröffentlichte Angaben, mitgeteilt 2000 in *Neurobiology*.

werden. Klinisch auffällig werden die Schäden jedoch erst bei sehr weit gehender Zerstörung der dopaminergen Neurone. Acetylcholin scheint mit der Funktion des Langzeitgedächtnisses verbunden zu sein.

Über Serotonin ist wenig bekannt bezüglich seiner Rolle bei den Gedächtnisfunktionen. Tests komplexer Gedächtnisfunktionen lassen schwer differenzieren zwischen Arbeitsgedächtnis und semantischem Gedächtnis. Zudem können Defizite anderer Funktionen wie Aufmerksamkeit und Konzentration eine wichtige, beeinflussende Rolle spielen (D'Esposito 1998).

Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass in den durchgeführten Untersuchungen nicht ein einziger anerkannter Gedächtnistest eingesetzt werden konnte, dessen Ergebnisse dann in anderen Studien hätten bestätigt werden können, um dann als verlässliche Aussagen veröffentlicht zu werden.

In den veröffentlichten Untersuchungen wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Tests eingesetzt. Bei aller Uneinheitlichkeit der Ergebnisse ist in der Gesamtschau festzustellen, dass bei Ecstasykonsumenten vor allem und wiederholt Schäden im Bereich des wortgebundenen Gedächtnisses, des Arbeitsgedächtnisses und bei komplexen kortikalen Aufgaben auftreten, die Planung und Anpassung der Handlung an sich ändernde Bedingungen und Regeln erfordern (*executive functioning*).

Die Hauptargumente, die gegen einen Kausalzusammenhang zwischen Ecstasykonsum und den gemessenen kognitiven Funktionsstörungen angeführt werden, beziehen sich auf methodische Schwächen und grundsätzliche Schwierigkeiten bei den Studien an Ecstasykonsumenten. Allerdings hat es im Rahmen des Möglichen eine Entwicklung der angewandten Studiendesigns von frühen, eher Hypothesen generierenden Studien gegeben hin zu einigen gut geplanten Studien, deren Ergebnisse Anlass zu größerer Vorsicht geben sollten.

Die erste Studie zum Thema Gedächtnisdefizite bei Ecstasykonsumenten stammt aus dem Jahr 1992 von der Arbeitsgruppe Krystal. Ohne angemessene Kontrollgruppe, sondern nur gegen altersgleiche Gesunde wurden Ecstasykonsumenten, die wegen Konzentrationsstörungen Behandlung gesucht hatten und zudem starken Konsum anderer illegaler Drogen aufwiesen, drei Stunden nach einem Tryptophan-Belastungstest – einem Verfahren, das für Einflüsse auf die aktuelle kognitive Funktion bekannt ist – untersucht. Dabei wurde ihr Wortgedächtnis als schlechter gemessen.

Auch bei Parrott et al. (1998) wurde noch keine Drogenanamnese anderer illegaler Drogen erhoben und keine über den Untersuchungstag hinausgehende Abstinenzzeit gefordert. Sofortige und verzögerte Worterinnerung war sowohl in der leicht als auch in der schwerer konsumierenden Ecstasygruppe signifikant verringert im Vergleich zu der gewählten Kontrollgruppe.

Bei Parrott und Lasky (1998) wurde der zeitliche Verlauf der psychodynamischen Befunde vor der Drogeneinnahme, unter Drogeneinfluss von Ecstasy oder Alkohol bei der Kontrollgruppe, zwei Tage später und sieben Tage später untersucht. Sowohl vor der Drogeneinnahme wie auch unter Drogeneinfluss, aber auch bis zu sieben Tagen nach Drogeneinnahme war das Worterinnerungsvermögen der Ecstasykonsumenten signifikant geringer als das der Alkohol konsumierenden Kontrollprobanden. Einschränkend muss bemerkt werden, dass auch in dieser Untersuchung weder eine genaue Drogenanamnese erhoben noch die geforderte Abstinenzzeit objektiviert wurde.

Morgan veröffentlichte 1999 eine Untersuchung, die eine Kontrollgruppe von Drogenkonsumenten einschloss, die nie Ecstasy konsumiert hatten. Aus methodischen Gründen ist ein solches Vorgehen unerlässlich. Zudem wurde die Drogenfreiheit am Testtag durch Urinkontrollen gesichert. Das ist als großer Fortschritt im Design der veröffentlichten Studien zu werten. Im Rivermead Behavioural Memory Test, bei dem wesentliche Passagen eines Textes möglichst wortgenau wiedergegeben werden müssen, zeigten die Ecstasykonsumenten signifikant schlechtere Ergebnisse. Es wurde hier keine Dosisabhängigkeit festgestellt, jedoch bestand eine Korrelation mit der Abstinenzzeit. Keine Unterschiede ergab der Tower of London Test (TOL-Test), ein Test, der komplexe kortikale Funktionen abprüft.

Wie bei Morgan wurde schon 1998 in der Studie von Bolla, McCann und Ricaurte die Gruppe der Ecstasykonsumenten mit einer Kontrollgruppe von Drogenkonsumenten ohne Ecstasykonsum verglichen, wobei es hier jedoch zwischen den Gruppen erhebliche Unterschiede in der Intensität des Drogenkonsums (Amphetamine, Kokain, LSD, Cannabis) gab. Die geforderte mindestens zweiwöchige Abstinenzzeit wurde durch Urinuntersuchungen kontrolliert. Im Gesamtgruppenvergleich zeigte sich kein Unterschied der Gedächtnisleistungen, jedoch konnte ein klarer Bezug zur Dosis gezeigt werden: starke Ecstasykonsumenten hatten stärkere Beeinträchtigungen des visuellen Gedächtnisses und des Wortgedächtnisses (*delayed*), die Ergebnisse korrelierten mit den gemessenen Konzentrationen des Serotoninmetaboliten HIAA im Liquor.

Die Diskrepanz zu früheren Studien, in denen sich auch bei Ecstasykonsumenten mit sehr niedrigen Gesamtdosen (Parrott 1998) signifikante Beeinträchtigungen fanden, muss unter Berücksichtigung der methodischen Schwäche dieser älteren Studien diskutiert werden, die durch das Nichteinhalten von angemessenen Abstinenzzeiten zum Teil akute Drogenwirkung abgebildet haben könnten.

In der 1999 veröffentlichten Studie von McCann et al. sollte durch eine mindestens dreiwöchige Abstinenzzeit ein Einfluss durch kürzlich erfolgten Drogengebrauch ausgeschlossen werden. Die angewandte Testbatterie wurde über schon wiederholt abgeprüfte kognitive Prozesse (Wortgedächtnis, visuelles Gedächtnis) hinaus erweitert. Signifikante Defizite wurden u.a. im Bereich des logischen Denkens, der anhaltenden Aufmerksamkeit und des Kurzzeitgedächtnisses gesehen. Als methodisches Problem dieser Studie muss die

wiederum sehr unterschiedliche Intensität des Gebrauchs anderer Drogen (Kokain, LSD, Amphetamine, weniger: Cannabis) zwischen den Gruppen gesehen werden.

Die 1999 von Semple veröffentlichte Studie hat neben der schon erwähnten SPECT-Untersuchung auch neurokognitive Tests durchgeführt. Diese Studie war allerdings aufgrund der geringen Probandenzahl aus statistischer Sicht nicht geeignet, mehr als ganz gravierende Gruppenunterschiede festzustellen. So konnten denn auch im Gesamtgruppenvergleich keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden, allerdings zeigte sich bei der Analyse der Kovarianten, dass höhere Ecstasygesamtdosen mit schlechteren Ergebnissen des Wort- und räumlichen Gedächtnisses einhergingen.

Eine vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Studie wurde 2000 von Thomasius veröffentlicht. An einer großen, in der Partyszene rekrutierten Stichprobe wurden leichte, mittelschwere und schwere Ecstasykonsumenten gegen Drogenkonsumenten ohne Ecstasykonsum und gegen drogenabstinente Gleichaltrige untersucht. Die sehr sorgfältig erhobenen Drogenanamnesen zeigten bei den Ecstasykonsumenten die bekannten Probleme hinsichtlich eines stärkeren polytoxikomanen Drogenkonsums einschließlich Cannabis. Gerade bei der Auswertung der psychologischen Funktionstests wurde durch statistische Verfahren versucht, diese Einflüsse herauszurechnen. Die hochsignifikanten Ergebnisse im Bereich des Kurzzeit-, Arbeits- und mittelfristigen Gedächtnisses waren wiederum eng mit der Gesamtdosis Ecstasy korreliert.

Vor dem Hintergrund der Schwierigkeit, bei den zunehmend üblichen polytoxikomanen Gebrauchsmustern von Ecstasykonsumenten einen Kausalzusammenhang zwischen gemessenen Defiziten und Ecstasykonsum herzustellen, kommt der Arbeit von Gouzoulis-Mayfrank et al. (2000) eine besonders hohe Bedeutung zu. Die prinzipiell methodisch hochwertigste Studienanlage mit zwei Vergleichsgruppen aus der Partyszene, nämlich den drogennaiven Kontrollen und den ecstasynaiven Drogenkonsumenten, die in ihrem sonstigen Drogenkonsum mit der Ecstasygruppe vergleichbar sind, führte hier zu einem beachtlichen Ergebnis. Durch beharrliche Rekrutierungsarbeit zu einer Zeit, in der der polytoxikomane Ecstasygebrauch noch nicht annähernd ausnahmslos betrieben wurde, konnte eine Ecstasygruppe rekrutiert werden, die außer Cannabis keinen bedeutenden Konsum anderer Drogen aufwies. Die Cannabisvergleichsgruppe war zudem in der Intensität des Cannabisgebrauchs vergleichbar mit der Ecstasygruppe. Im Ergebnis waren die Testergebnisse des Wortgedächtnisses in der Ecstasygruppe um 10% schlechter als die der ecstasynaiven Drogenkonsumenten und diese wiederum nochmals 10% schlechter als die Ergebnisse der Drogennaiven.

Bei den Lerntests, die das Arbeitsgedächtnis prüfen sollten, brauchte die Ecstasygruppe 20% mehr Wiederholungen als die ecstasynaiven Drogenkonsumenten, die wiederum nochmals 16% mehr Wiederholungen brauchten als die Kontrollgruppe der Drogennaiven. Die weitere statistische Auswertung ergab eine Abhängigkeit von der Ecstasygesamtdosis.

Eine weitere neue Arbeit, die von Bhattachary und Powell 2001 veröffentlicht wurde, ist hinsichtlich des möglichen Einflusses anderer illegaler Drogen etwas schwieriger zu interpretieren, da in den Drogenanamnesen deren Konsum nur für die letzten 30 Tage abgefragt wurde, Angaben über den Gesamtkonsum und die Konsumdauer wurden nicht ermittelt. Die Ergebnisse jedoch bestätigen im Wesentlichen die Erkenntnisse von Gouzoulis-Mayfrank: sofortiges und verzögertes Wortgedächtnis sowie Wortgewandtheit/ Sprachflüssigkeit waren hochsignifikant beinträchtigt, während das visuelle Gedächtnis keine Beeinträchtigung aufwies. Auch wurde wieder eine deutliche Abhängigkeit der Defizite von der Gesamtdosis Ecstasy gezeigt. In der statistischen Auswerung hatte das Ausmaß des Cannabiskonsums keinen Einfluss auf das Ergebnis.

Für die niederländische Arbeit von Verkes et al. (2001) wurde wieder eine Vergleichsgruppe in der Partyszene rekrutiert mit dem Ziel, eine Gruppe von Drogenkonsumenten heranzuziehen, die sich nur durch den fehlenden Ecstasykonsum unterscheiden. Jedoch sind auch hier wieder die Ecstasykonsumenten die stärkeren Cannabiskonsumenten. Bei der Ergebnisbewertung sind daher die Unterschiede zwischen den starken bzw. moderaten Ecstasygruppen von besonderer Bedeutung, denn diese Gruppen unterscheiden sich weder deutlich in ihrem Cannabiskonsum noch im Kokain- und Amphetaminkonsum. Dennoch zeigten die Tests des Wortgedächtnisses signifikant schlechtere Ergebniss in der Gruppe der starken Ecstasykonsumenten – ein sehr starker Hinweis darauf, dass Ecstasy und nicht Cannabis oder andere illegale Drogen wie Amphetamine oder Kokain die entscheidende Rolle bei dem Zustandekommen der schlechteren Ergebnisse spielt.

Auch durch Arbeiten, in denen die Kontrollgruppen einen den Ecstasykonsumenten vergleichbaren sonstigen Drogenkonsum aufweisen (Gouzoulis-Mayfrank et al. 2000; Verkes et al. 2001; Semple et al 1999), kann der Kausalzusammenhang zwischen Gedächtnisstörungen und Ecstasykonsum nicht zweifelsfrei geklärt werden. Die theoretische Möglichkeit, dass serotonerge Defizite vorbestanden haben, oder auch erst zum starken Ecstasykonsum prädestiniert haben, wäre ausschließlich durch prospektive Studien zu bewerten.

Da wissenschaftliche Ergebnisse oft dadurch in eine Richtung beeinflusst werden, dass Studien, die keine Unterschiede zeigen konnten, tendenziell mit weniger Nachdruck der Veröffentlichung zugeführt werden, dürfen bei der Gesamtsicht der Ergebnisse die folgenden Studien nicht unerwähnt bleiben:

– Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Cannabis und Ecstasy gebrauchenden und den ausschließlich Cannabis konsumierenden Probanden hinsichtlich der kognitiven Testergebnisse zeigte die 2001 veröffentlichte Arbeit von Croft et al. Beide Gruppen wiesen einen vergleichbaren Cannabiskonsum auf. Dagegen lagen bei beiden Untersuchungsgruppen die Ergebnisse von Tests hinsichtlich Gedächtnis, Lernleistung, Sprachgeläufigkeit und Informationsverarbeitung zum Teil signifikant unter denen der drogennaiven Kontrollgruppe. Ein eigenständiger Anteil von Ecstasy wurde

nicht festgestellt. Einschränkend muss jedoch bemerkt werden, dass in dieser Arbeit die Ecstasygruppe wieder sehr klein war. Zudem kann ein möglicher ecstasybedingter Effekt nur schwer herauszuarbeiten gewesen sein, weil die eingenommenen Ecstasygesamtdosen noch relativ moderat waren.

– In der Untersuchung von Dafters et al. (1999) wurden zwischen schwereren und leichteren Ecstasykonsumenten keine Unterschiede im Wortgedächtnis festgestellt, während komplexe kortikale Funktionen (*executive functioning*), gemessen über den Wisconsin Card Sorting Test, Unterschiede ergaben. Grundsätzlicher Mangel dieser Studie ist jeoch das Fehlen einer Kontrollgruppe, so dass nicht beurteilt werden kann, ob nicht vielleicht beide Ecstasygruppen Gedächtnisdefizite aufwiesen.
– In einer Untersuchung von Gamma et al. (2001) konnte kein Einfluss von Ecstasy auf die Ergebnisse der Aufmerksamkeitsprüfung festgestellt werden.
– Die Studie von Wareing, Fisk und Murphy (2000) an aktuellen und ehemaligen Ecstasykonsumenten im Vergleich gegen Kontrollprobanden zeigte keine Gedächtnisdefizite. Allerdings waren sowohl Informationsverarbeitungszeit als auch zentrale komplexe kortikale Funktionen signifikant beeinträchtigt.

Psychiatrische Morbidität

In den vergangenen Jahren wurde die Aufmerksamkeit immer wieder auf mögliche psychiatrische Konsequenzen des Ecstasykonsums gelenkt. Allerdings waren die Basis dieser Bedenken hauptsächlich Einzelfallberichte vor allem über behandlungsbedürftige Panikattacken, Depressionen oder Psychosen.

Die größte Studie über psychiatrische Morbidität wurde 1998 in Italien von Schifano et al. veröffentlicht. Es wurde über 150 Ecstasykonsumenten berichtet, die allerdings wegen Drogenproblemen aktiv eine Behandlungseinrichtung aufgesucht hatten. Von diesen hatten 31% eine Depression, 28% psychotische Episoden. Psychiatrische Störungen waren umso häufiger, je größer die eingenommene Ecstasygesamtdosis und je länger die Dauer der Einnahme war. Allerdings waren alle untersuchten Patienten Polytoxikomane mit vielfältigem Drogenkonsum, so dass eine Kausalität nicht beurteilt werden kann.

Diese Einzelfälle und die von Schifano untersuchte Gruppe können nicht als repräsentativ für Ecstasykonsumenten angesehen werden. Insbesondere wegen der Selbstselektion der beobachteten Patienten dadurch, dass nur behandlungsbedürftig erkrankte Patienten untersucht wurden, und aufgrund der Tatsache, dass in der Schifano-Stichprobe fast die Hälfte der Ecstasykonsumenten auch Opiate konsumierten und damit nicht als repräsentativ gelten können, sind die Ergebnisse ausgesprochen zurückhaltend zu interpretieren und müssen als weniger eindeutige Argumente für ecstasybedingte serotonerge Schäden angesehen werden.

Eine Möglichkeit, Ecstasy als die Ursache dieser Störungen festzustellen, wäre die Beurteilung des zeitlichen Zusammenhangs zwischen Ecstasyeinnahme und Auftreten der Störungen, sowie die Untersuchung von großen Gruppen repräsentativer Ecstasykonsu-

menten im Vergleich zu Kontrollgruppen. Diesen Ansatz verfolgt die bereits im Zusammenhang mit psychologischen Funktionstests erwähnte Studie von Thomasius (2000). Die Gesamtstichprobe von 107 Ecstasykonsumenten und 41 polytoxikomanen Drogenkonsumenten ohne Ecstasykonsum wurde psychiatrisch untersucht. Ein hohes Ausmaß von drogeninduzierten psychotischen Störungen mit Halluzinationen, Wahn, Angst und Panikattacken wurde erhoben und durch sorgfältige Anamnese und statistische Analyse teilweise dem Ecstasykonsum angelastet. Das Spektrum der beschriebenen Störungen entspricht dem Bild, das bei gestörter und reduzierter serotonergen Aktivität erwartet werden würde.

Zusammenfassung

Aufgrund methodischer Probleme und teilweise widersprüchlicher Ergebnisse kann über die vorliegenden Studien an Ecstasykonsumenten der sichere Nachweis struktureller Nervenschäden nicht geführt werden. Eine Vielzahl von weitgehend konsistenten Ergebnissen über möglicherweise strukturelle und vor allem funktionelle Schäden am serotonergen System, kognitive Defizite, EEG-Veränderungen (Dafters et al. 1999; Gamma et al. 2001) und neuronale Marker für Reparaturprozesse, aber auch über degenerative Prozesse (Chang 1999) wurde in Studien an Ecstasykonsumenten gewonnen.

Wenngleich die klinische Relevanz der Ergebniss bei der Mehrzahl (nicht allen) der jungen Ecstasykonsumenten noch nicht offensichtlich zu sein scheint, so muss doch befürchtet werden, dass Kompensationsmechanismen im Alter nachlassen und das Risiko frühzeitiger Neurodegeneration oder vermehrter Depressionen erhöht sein könnte.

Aussagen zur Reversibilität können wegen fehlender Langzeitstudien nicht gemacht werden. Einige Studienergebnisse sprechen für das Stattfinden von Reparatur- und Erholungsprozessen. Allerdings nährt eine 7-Jahres-Studie an Primaten Zweifel am funktionellen Ergebnis von Reparaturprozessen nach MDMA-induzierten Schäden (Hazidimitriou/McCann/Ricaurte 1999).

Fazit

Bei allen methodischen Vorbehalten gegenüber den Einzelstudien bietet die Gesamtschau der Ergebnisse eine ausreichende Basis dafür, besonders vor hoch dosiertem, hoch frequentem und in kurzen Abständen wiederholtem Ecstasygebrauch zu warnen und auf das Risiko neurotoxischer Auswirkungen hinzuweisen.

Literatur

Aguierre, N. et al. (1999): Alpha-Lipoic acid prevents 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-induced neurotoxicity. *NeuroReport*, 10, 3675–3680.

Allen, R. P. / McCann, U. D. / Ricaurte, G. A. (1993): Persistent effects of (±)-3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, 'Ecstasy') on human sleep. *Sleep*, 16, 560–564.

Bai, F. / Lau, S. S. / Monks, T. J. (1999): Glutathione and N-acetylcysteine conjugates of alfa-methyldopamine produce serotonergic neurotoxicity: possible role in methylenedioxyamphetamine-mediated neurotoxicity. *Chem Res Toxicol*, 12, 1150–1157.

Battaglia, G. et al. (1988): Pharmacological profile of MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) at various brain recognition sites. *Eur J Pharmacol*, 140, 159–163.

Bhattachary, S. / Powell, J. H. (2001): Recreational use of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) or 'ecstasy': evidence for cognitive impairment. *Psychol Med*, 31, 647–658.

Bolla, K. I. / McCann, U. D. / Ricaurte, G. A. (1998): Memory impairment in abstinent MDMA ('Ecstasy') users. *Neurology*, 51, 1532–1537.

Boot, B. P. / McGregor, I. S. / Hall, W. (2000): MDMA (Ecstasy) neurotoxicity: assessing and communicating the risks. *Lancet*, 355, 1818–1821.

Broening, H. W. et al. (2001): 3,4-methylenedioxymethamphetamine (ecstasy)-induced learning and memory impairments depend on the age of exposure during early development. *J Neurosci*, 21, 3228–3235.

Buhot, M. C. / Martin, S. / Segu, L. (2000): Role of serotonin in memory impairment. *Ann Med*, 32, 210–221.

Cami, J. et al. (2000): Human pharmacology of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ('Ecstasy'): Psychomotor performance and subjective effects. *J Clin Psychopharmacol*, 20, 455–466.

Chang, L. et al. (1999): Cerebral 1H MRS alterations in recreational 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA, ecstasy) users. *J Magn Reson Imaging*, 10, 521–526.

Cohen, R. S. (1995): Subjective reports on the effects of the MDMA ('ecstasy') experience in humans. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psysichiat*, 19, 1137–1145.

Colado, M. I. / Green, A. R. (1995): The spin trap reagent alpha-phenyl-N-tert-butyl nitrone prevents 'ecstasy'-induced neurodegeneration of 5-hydroxytryptamine neurones. *Eur J Pharmacol*, 280, 343–346.

Colado, M. I. / Murray, T. K. / Green, A. R. (1993): 5-HT loss in rat brain following 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA), p-chlormethiazole and dizocilpine. *Br J Pharmacol*, 108, 583–589.

Colado, M. I. / Williams, J. L. / Green, A. R. (1995): The hyperthermic and neurotoxic effects of 'Ecstasy' (MDMA) and 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDA) in the Dark Agouti (DA) rat, a model of the CYP2D6 poor metabolizer phenotype. *Br J Pharmacol*, 115, 1281–1289.

Colado, M. I. et al. (1997): In vivo evidence for free radical involvement in the degeneration of rat brain 5-HT following administration of MDMA ('ecstasy') and p-chloroamphetamine but not the degeneration following fenfluramine. *Br J Pharmacol*, 121, 889–900.

Colado, M. I. et al. (1999): Studies on the role of dopamine in the degeneration of 5-HT nerve endings in the brain of Dark Agouti rats following 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA or 'ecstasy') administration. *Br J Pharmacol*, 126, 911–924.

Croft, R. J. et al. (2001): The relative contributions of ecstasy and cannabis to cognitive impairment. *Psychopharmacology*, 153, 373–379.

Curran, H. V. (2000): Is MDMA ('Ecstasy') neurotoxic in humans? An overview of evidence and of methodological problems in research. *Neuropsychobiology*, 42, 34–41.

Curran, H. V. / Travill, R. A. (1997): Mood and cognitive effects of +/-3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA, 'ecstasy'): week-end 'high' followed by mid-week low. *Addiction*, 92, 821–831.

Dafters, R. I. et al. (1999): Level of use of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA or Ecstasy) in humans correlates with EEG power and coherence. *Psychopharmacology*, 145, 82–90.

D'Esposito, M. (1998): Serotoninneurotoxicity. *Neurology*, 51, 1529–1530.

De la Torre, R. et al. (1999): Fatal MDMA intoxication. *Lancet*, 353 (13), 593.

De la Torre, R. et al. (2000a): Non-linear pharmacokinetics of MDMA ('ecstasy') in humans. *Br J Clin Pharmacol*, 49, 104–109.

De la Torre, R. et al. (2000b): Pharmacology of MDMA in humans. *Ann N Y Acad Sci*, 914, 225–237.

Downing, J. (1986): The psychological and physiological effects of MDMA on Normal Volunteers. *J Psychoactive Drugs*, 18, 335–340.

Eisner, B. (1989): *Ecstasy: The MDMA Story*. Berkley: Ronin Publishing Inc.

Gamma, A. (1998): A footnote on the history of MDMA. Newsletter of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies. *MAPS*, 8, 57 <http://www.maps.org/news-letters/v08n1/08157for.html> (Mai 2001).

Gamma, A. et al. (2001): No difference in brain activation during cognitive performance between ecstasy (3,4-methylene-dioxymethamphetamine) users and control subjects: a [H215O]-positron emission tomography study. *J Clin Psychopharmacology*, 21, 66–71.

Gerra, G. et al. (1998): Long-lasting effects of Serotonergic function after (+/-)-3,4-methylenedioxy-methamphetamine ('Ecstasy') in humans. *Int Clin Psychopharm*, 13, 1–9.

Gerra, G. et al. (2000): Serotonergic function after (+/-)-3,4-methylenedioxymethamphetamine (ecstasy) on serotonin system function in humans. *Biol Psychiatry*, 47, 127–136.

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2000): Impaired cognitive performance in drug free users of recreational ecstasy (MDMA). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 68, 719–725.

Greer, B. / Tolbert, R. (1986): Subjective reports of the effects of MDMA in a clinical setting. *J Psychoactive Drugs*, 18, 319–327.

Greer, G. R. / Tolbert, R. (1990): The therapeutic use of MDMA. In: Peroutka, S. J. (Hrsg.): *Ecstasy: The clinical, pharmacological and neurotoxicological effects of the drug MDMA*. Boston: Kluwer Academic, 21–35.

Griffiths, W. J. et al. (1972): Tryptophan and sleep in young adults. *Psychophysiology*, 9, 345–356.

Gudelsky, G. A. (1996): Effect of ascorbate and cysteine on the 3,4-methylenedioxy-methamphetamine-induced depletion of brain serotonin. *J Neural Transm*, 103, 1397–1404.

Gudelsky, G. A. / Nash, J. F. (1996): Carrier-mediated release of serotonin by 3,4-methylenedioxy-methamphetamine: implications for serotonin-dopamine interactions. *J Neurochem*, 66, 243–249.

Harrington, R. D. et al. (1999): Life-Threatening Interactions Between HIV-1 Protease Inhibitors and the Illicit Drugs MDMA and g-Hydroxybutyrate. *Arch Int Med*, 159, 2221–2224.

Hartmann, M. K. et al. (1974): Plasma tryptophan and sleep. *Br Med J*, 4 (5944), 564–566.

Hazidimitriou, G. / McCann, D. U. / Ricaurte, G. A. (1999): Altered serotonin innervation patterns in the forebrain of monkeys treated with 3,4-methylenedioxymethamphetamine seven years previously: factors influencing abnormal recovery. *J Neurosci*, 19, 5096–5107.

Heinz, A. / Jones, D. W. (2000): Serotonin transporters in ecstasy users. *Br J Psychiatry*, 176, 193–195.

Henry, J. A. / Hill, I. R. (1998): Fatal interaction between ritonavir and MDMA. *Lancet*, 352, 1751–1752.

Hewitt, K. E. / Green, A. R. (1994): Chlormethiazole, dizocilpine and haloperidol prevent the degeneration of serotonergic nerve terminals induced by administration of MDMA (Ecstasy). *Neuropharmacology*, 33, 1589–1595.

Hiramatsu, M. et al. (1990): Metabolism of methylenedioxymethamphetamine: formation of dihydroxy-methamphetamine and a quinone identified as its glutathione adduct. *J Pharmacol Exp Therap*, 254, 521–527.

Insel, T. R. et al. (1989): 3,4-methylenedioxymethamphetamine (Ecstasy) selectively destroys brain serotonin terminals in rhesus monkeys. *J Pharmacol Exp Therap*, 249, 713–720.

Jones, B. E. (1989): Basic mechanisms of sleep. In: Kryger, M. H. / Roth, T. / Dement, W. C. (Hrsg.): *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia: Saunders, 121–141.

Klugman, A. et al. (1999): Toxic effect of MDMA on brain serotonin neurons. *Lancet*, 353, 1269–1270.

Kreth, K.-P. et al. (2000): Identification of the human cytochrome P450 involved in the oxidative metabolism of 'Ecstasy' related designer drugs. *Biochem Pharmacol*, 59, 1563–1571.

Krystal, J. H. et al. (1992): Chronic 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) use: effects on mood and neuropsychological function? *Am J Drug Alcohol Abuse*, 18, 331–341.

Lawn, J. C. (1986): Schedules of controlled substance; scheduling of 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA) into Schedule I of the Controlled Substance Act. Federal Register, 51, 36552–36560.

Liechti, M. E. / Vollenweider, F. X. (2000a): Acute psychological and physiological effects of MDMA ('Ecstasy') after haloperidol pretreatment in healthy humans. *Eur Neuropsychopharmacol*, 10, 289–295.

Liechti, M. E. / Vollenweider, F. X. (2000b): The serotonin uptake inhibitor citalopram reduces acute cardiovascular and vegetative effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ('Ecstasy') in healthy volunteers. *J Psychopharmacol*, 14, 269–274.

Liechti, M. E. et al. (2000a): Acute psychological effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, 'Ecstasy') are attenuated by the serotonin uptake inhibitor citalopram. *Neuropsychopharmacology*, 22, 513–521.

Liechti, M. E. et al. (2000b): Psychological and physiological effects of MDMA ('Ecstasy') after pretreatment with the 5-HT(2) antagonist ketanserin in healthy humans. *Neuropsychopharmacology*, 23, 396–404.

Liechti, M. E. et al. (2001): Effects of MDMA (ecstasy) on prepulse inhibition and habituation of startle in humans after pretreatment with citalopram, haloperidol, or ketanserin. *Neuropsychopharmacology*, 24, 240–252.

Liester, M. B. et al. (1992): Phenomenology and sequelae of 3,4-methylenedioxymethamphetamine use. *J Nerv Ment Dis*, 180, 345–352.

Malberg, J. E. / Sabol, K. E. / Seiden, L. S. (1996): Co-administration of MDMA with drugs that protect against MDMA neurotoxicity produces different effects on body temperature in the rat. *J Pharmacol Exp Ther*, 278, 258–267.

Mas, M. et al. (1999): Cardiovascular and neuroendocrine effects and pharmacokinetics of 3,4-methylenedioxymethamphetamine in humans. *J Pharmacol Exp Ther*, 290, 136–145.

McCann, U. D. / Eligulashvili, V. / Ricaurte, G. A. (2000): (+/-) 3,4-Methylenedioxymethamphetamine ('Ecstasy')-Induced Serotonin Neurotoxicity: Clinical Studies. *Neuropsychobiology*, 42, 11–16.

McCann, U. D. et al. (1994): Serotonin neurotoxicity after (+/-) 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA; 'Ecstasy') users: a controlled study in humans. *Neuropsychopharmacology*, 10, 129–138.

McCann, U. D. et al. (1998): Positron emission tomography evidence of toxic effect of MDMA (Ecstasy) on brain serotonin neurons in human beings. *Lancet*, 352, 1433–1437.

McCann, U. D. et al. (1999): Cognitive performance in (±)-3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA; 'Ecstasy') users: a controlled study. *Psychopharmacology*, 143, 417–425.

Morgan, M. J. (1999): Memory deficits associated with recreational use of 'Ecstasy' (MDMA). *Psychopharmacology*, 141, 30–36.

Morgan, M. J. (2000): Ecstasy (MDMA): A review of its possible persistent psychological effects. *Psychopharmacology*, 152, 230–48.

Nash, J. F. (1990): Ketanserin pretreatment attenuates MDMA-induced Dopamin release in the striatum as measured by in-vivo microdialysis. *Life Science*, 47, 2401–2408.

Nash, J. F. / Nichols, D. E. (1991): Microdialysis studies of 3,4-methylenedioxymethamphetamine and structurally related analogues. *Eur J Pharmacol*, 200, 53–58.

Oshea, E. et al. (1998): The relationship between the degree of neurodegeneration of rat brain 5-HT terminals and the dose and frequency of administration of MDMA (Ecstasy). *Neuropharmacology*, 37, 919–926.

Parrott, A. C. / Lasky, J. (1998): Ecstasy (MDMA) effects upon mood and cognition: before, during and after a Saturday night dance. *Psychopharmacology,139*, 261–268.

Parrott, A. C. et al. (1998): Cognitive performance in recreational users of MDMA or 'Ecstasy': evidence for memory deficits. *J Psychopharmacol*, 12, 79–83.

Peroutka, S. J. / Pascoe, N. / Faull, K. F. (1987): Monoamine metabolites in the cerebrospinal fluid of recreation users of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, 'Ecstasy'). *Res Commun Subst Abuse*, 8, 125–138.

Peroutka, S. J. / Newman, H. / Harris, H. (1988): Subjective effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine in recreational users. *Neuropsychopharmacology*, 1, 273–277.

Price, L. H. et al. (1989): Neuroendocrine and mood responses to intravenous L-tryptophan in 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) users: preliminary observations. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 20–22.

Reneman, L. et al. (2000): Memory disturbances in 'Ecstasy' users are correlated with an altered serotonin neurotransmission. *Psychopharmacology*, 148, 322–324.

Ricaurte, G. A. / Yuan, J. / McCann, U. D. (2000): 3,4-Methylenedioxymethamphetamine ('Ecstasy')-Induced Serotonin Neurotoxicity: Studies in Animals. *Neuropsychobiology*, 42, 5–10.

Ricaurte, G. A. et al. (1988): Toxic effects of MDMA on central serotonergic neurons in the primates: importance of route and frequency of drug administration. *Brain Research*, 446, 165–168.

Ricaurte. G. A. et al. (1990): Aminergic metabolites in cerebrospinal fluid of humans previously exposed to MDMA: preliminary observations. *Ann NY Acad Sci*, 600, 699–708.

Saunders, N. (1994): *Ecstasy*. Zürich: Verlag Ricco Bilger.

Scheffel, U. et al. (1998): In vivo detection of short- and long-term MDMA neurotoxicity – A positron emission tomography study in the living baboon brain. *Synapse*, 29, 183–192.

Schifano, F. et al. (1998): MDMA ('Ecstasy') consumption in the context of polydrug abuse: a report on 150 patients. *Drug Alcohol Depend*, 52, 85–90.

Schmidt, C. J. / Taylor, V. L. (1990): Reversal of the effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine by 5-HT uptake inhibitors. *Eur J Pharmacol*, 181,133–136.

Schmidt, C. J. / Black, C. K. / Taylor, V. L. (1990): Antagonism of the neurotoxicity due to a single administration of 3,4-methylenedioxymethamphetamine. *Eur J Pharmacol*, 181, 59–70.

Schmidt, C. J. / Black, C. K. / Taylor, V. L. (1991): L-Dopa potentiation of the serotonergic deficits due to a single administration of 3,4-methylenedioxymethamphetamine to rats. *Eur J Pharmacol*, 203, 41–49.

Schmidt, C. J. / Levin, J. A. / Lovenberg, W. (1987): In vitro and in vivo neurochemical effects of methylenedioxy-methamphetamine on striatal monoaminergic systems in the rat brain. *Biochem Pharmacol*, 187, 747–755.

Schmidt-Semisch, H. (1996): Ecstasy und Designer-Drogen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 19, 3–16.

Semple, D. M. et al. (1999): Reduced in vivo binding to the serotonin transporter in the cerebral cortex of MDMA ('ecstasy') users. *Br J Psychiatry*, 175, 63–69.

Shankaran, M. / Gudelsky, G. A. (1998): Effect of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) on hippocamal dopamine serotonin. *Pharmacol Biochem Behav*, 61, 361–366.

Shulgin, A. T. / Sargent, T. / Naranjo, C. (1967): The chemistry and psychopharmacology of nutmeg and of several related phenylisopropylamines. In: Efron, D. (Hrsg.): *Ethnological Search for Psychoactive Drugs*. Washington DC: US Government Printing Office, 202–214.

Sprague, J. E. / Everman, S. E. / Nichols, D. E. (1998): An Integrated Hypothesis for the Serotonergic Axonal Loss Induced by 3,4-Methylenedioxymethamphetamine. *Neuro Toxicology*, 19 (3), 427–442.

Steele, T. D. / Nichols, D. E. / Yim, G. K. W. (1987): Stereochemical effects of 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA) and related amphetamine derivatives on inhibition of uptake of [3H]-monoamines into synaptosomes from different regions in the rat brain. *Biochem Pharmacol*, 36, 2297–2303.

Stone, D. M. et al. (1988): Role of endogenous dopamine in the central serotonergic deficits induced by 3,4-methylenedioxymethamphetamine. *J Pharmacol Exp Ther*, 247, 79–87.

Thomasius, R. (Hrsg.) (2000): *Ecstasy. Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

Tucker, G. T. et al. (1994): The demethylenation of methylenedioxymethamphetamine ('ecstasy') by debrisoquine hydroxylase (CYP2D6). *Biochem Pharmacol*, 47, 1151–1156.

Verkes, R. J. et al. (2001): Cognitive performance and serotonergic function in users of ecstasy. *Psychopharmacology*, 153, 196–202.

Vollenweider, F. X. et al. (1998): Psychological and cardiovascular effects and short-term sequelae of MDMA ('Ecstasy') in MDMA-naive healthy volunteers. *Neuropsychopharmacol*, 19, 241–251.

Wareing, M. / Fisk, J. E. / Murphy, P. N. (2000): Working memory deficits in current and previous users of MDMA ('ecstasy'). *Br J Psychol*, 91, 181–188.

Yeh, S. Y. (1999): N-tert-Butyl-alpha-phenylnitrone protects against 3,4-methylenedioxy-methamphetamine-induced depletion of serotonin in rats. *Synapse*, 31, 169–177.

2

Epidemiologische Aspekte des Drogenkonsums in der Partyszene

2.1 Ergebnisse repräsentativer Befragungen zum Drogenkonsum in Deutschland[1]

Jürgen Töppich, Gerhard Christiansen, Volker Stander, BZgA, Köln

Hintergrund

Als Mitte der neunziger Jahre das Thema „Drogenkonsum in der Techno-Party-Szene" und dabei insbesondere die Substanz Ecstasy in den Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit rückte, gab es vielfältige Spekulationen über den Umfang, die Intensität und die Folgen des Konsums dieser Droge. Deshalb griff die BZgA dieses Thema – zunächst im Rahmen szenebezogener Studien – auf:

- Tossmann und Heckmann (1997) zeigten ebenso wie Künzel et al. (1997), dass der Drogenkonsum in der Techno-Party-Szene relativ weit verbreitet ist; sie zeigten vor allem aber auch, dass – entgegen damals häufig geäußerten Vermutungen – Ecstasy weder die am häufigsten gebrauchte Substanz ist, noch ausschließlich genommen wird.
  - 69% der von Tossmann/Heckmann befragten Partybesucher hatten Erfahrung mit Cannabis,
  - 49% mit Ecstasy,
  - 44% mit Amphetaminen,
  - 37% mit Halluzinogenen und
  - 31% mit Kokain.
- Künzel et al. kamen zu nahezu identischen Werten für Bayern und
- Flüsmeier/Rakete (1997) fanden, dass 93% der von ihnen interviewten Ecstasy-konsumenten mehrere Substanzen gebrauchten.

Vor diesem Hintergrund wurde vermutet – bzw. befürchtet –, dass der Konsum von Ecstasy und Drogen generell auch außerhalb der Partyszene zunimmt.

Mit Hilfe der Repräsentativbefragungen zur Drogenaffinität der 12- bis 25-Jährigen in Deutschland aus den Jahren 1997 und 2001 wurde untersucht, wie sich der Konsum von Cannabis, Ecstasy, Amphetaminen, Kokain und anderen Substanzen bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit und ohne regelmäßigem Besuch von Techno-Veranstaltungen entwickelt.

Im Rahmen dieses Beitrags wird zunächst der Konsum dieser Drogen bei den 18- bis 25-Jährigen anhand der Indikatoren Lebenszeitprävalenz und 12-Monats-Prävalenz betrachtet

1 Repräsentativerhebung der BZgA durch forsa, Berlin, Januar 2001 (BZgA 2001).

und anschließend dargestellt, wie sich die Probierbereitschaft für verschiedene Substanzen seit 1997 verändert hat, da sich diese Variable in den vorausgegangenen Untersuchungen als verhältnismäßig guter Indikator für zukünftiges (Probier-)Verhalten erwiesen hat.

Drogenkonsum und Szene-Involviertheit

Szene-Involviertheit und Drogenprävalenz 2001

In der Anfang 2001 abgeschlossenen Studie (BZgA 2001) gibt von den 18- bis 25-Jährigen etwa ein Fünftel (19%) an, regelmäßig zu Techno-Veranstaltungen – d.h. in Clubs, zu Raves oder anderen Techno-Events – zu gehen (siehe *Abbildung 1*).

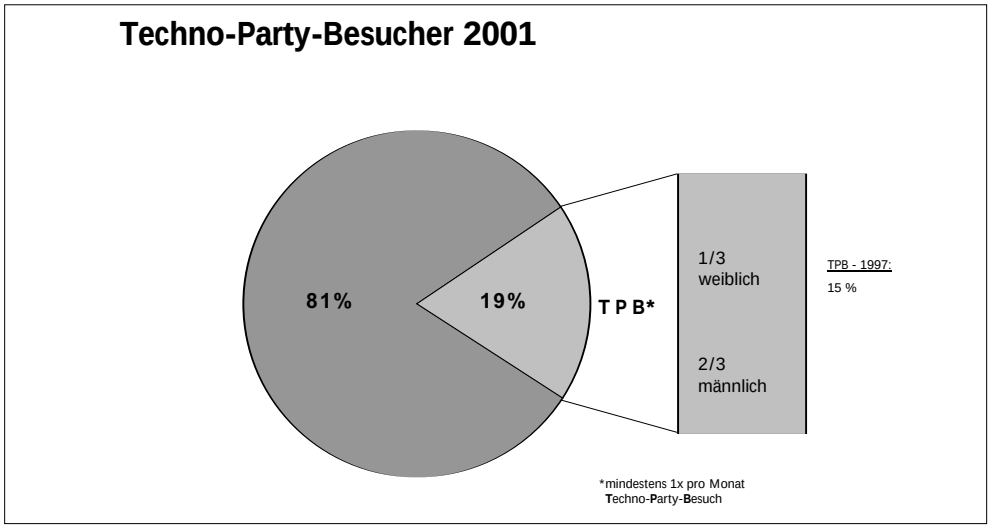


Abb. 1: Szene-Involviertheit der 18- bis 25-Jährigen in der Bundesrepublik Deutschland (n = 1711) (BZgA 2001)

Regelmäßig meint hier „mindestens einmal pro Monat“. Von diesen regelmäßigen Besuchern gibt etwa ein Drittel (das sind 7% aller 18- bis 25-Jährigen) an, mindestens einmal pro Woche Veranstaltungen zu besuchen. Damit hat sich der Anteil junger Erwachsener, die regelmäßig zu Techno-Veranstaltungen gehen, gegenüber 1997 (15%) um vier Prozentpunkte erhöht.

Vergleicht man nun die 18- bis 25-Jährigen mit und ohne regelmäßigen Besuchen von Techno-Veranstaltungen hinsichtlich ihrer generellen Erfahrung mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz), dann fällt auf, dass die Unterschiede gar nicht so beträchtlich sind (siehe *Abbildung 2*).

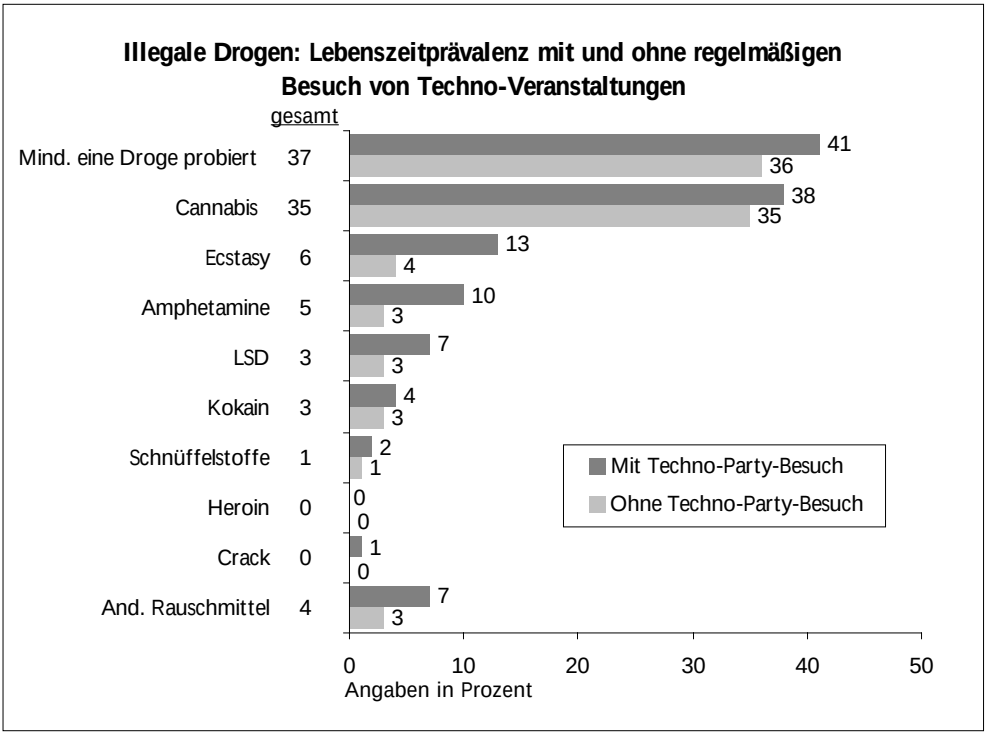


Abb. 2: Generelle Erfahrung der 18- bis 25-Jährigen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) mit und ohne regelmäßigen Techno-Party-Besuch (BZgA 2001)

Die relativ geringe, nicht signifikante Differenz von fünf Prozentpunkten bei denjenigen, die mindestens eine der Drogen probiert haben, ist auf die große Verbreitung von Cannabis unter den jungen Erwachsenen zurückzuführen, und zwar unabhängig von der Techno-Party-Szene.

Hoch signifikante Unterschiede zeigen sich bei Ecstasy und bei Amphetaminen – hier ist die Lebenszeiterfahrung der regelmäßigen Besucher von Techno-Veranstaltungen dreimal so hoch. Ebenfalls signifikant sind die Unterschiede bei LSD und „anderen Drogen".

Ein ähnliches Bild ergibt sich – allerdings auf einem niedrigeren Niveau – bei der 12-Monats-Prävalenz (siehe *Abbildung 3*).

Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich bei Cannabis, wiederum signifikante Unterschiede jedoch bei Ecstasy, Amphetaminen, LSD und Kokain. Die deutlich höheren Werte bei den zuletzt genannten Drogen führen auch dazu, dass der Drogenkonsum insgesamt bei Techno-Party-Besuchern signifikant über dem der Gruppe ohne Partybesuchen liegt.

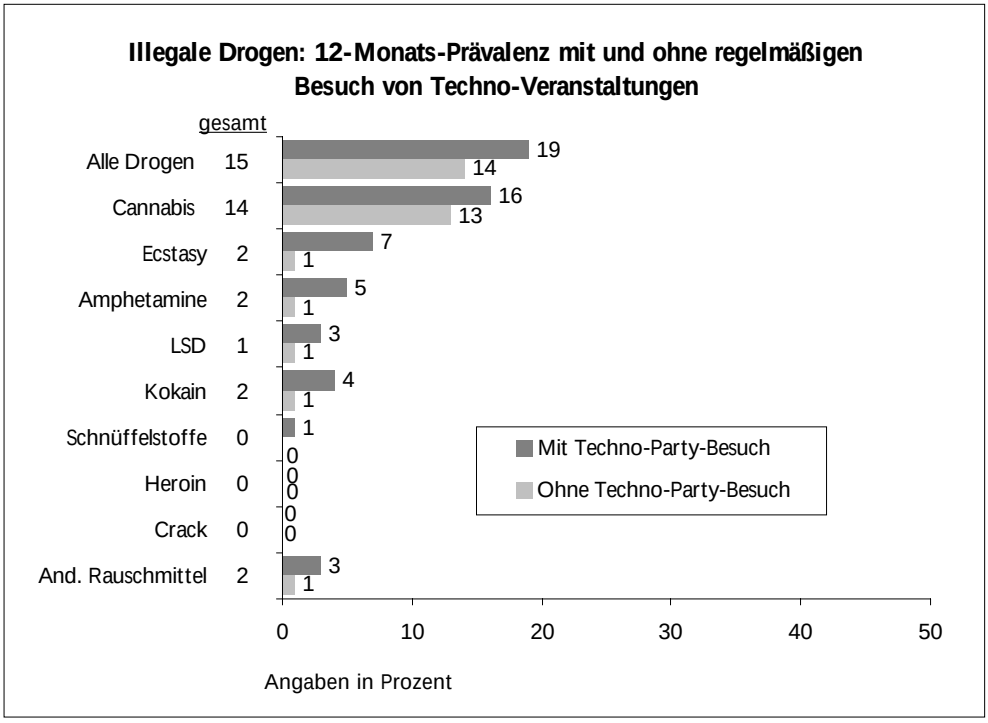


Abb. 3: Erfahrung der 18- bis 25-Jährigen mit illegalen Drogen im vergangenen Jahr (12-Monats-Prävalenz) (BZgA 2001)

Veränderung der Drogenprävalenz

In den neunziger Jahren gab es einen stetigen und starken Anstieg der Drogenerfahrung bei allen 18- bis 25-Jährigen: von 24% im Jahre 1993 über 28% (1997) auf 37% im Jahre 2001 (siehe *Abbildung 4*).

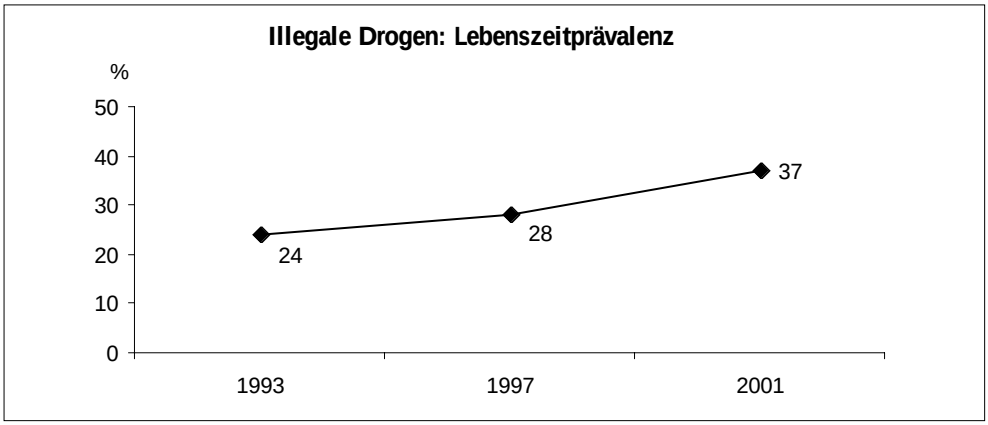


Abb. 4: Entwicklung der Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen 1993–2001 (BZgA 2001)

Klar ersichtlich wird auch die rasante Angleichung der Drogenerfahrung der ostdeutschen jungen Erwachsenen an die der westdeutschen (siehe *Tabelle 1*).

	1993*	**1997****	**2001*****
Lebenszeitprävalenz (Drogen insgesamt)			
insgesamt	24	28	37
West	28	30	37
Ost	8	34	34
Cannabis	23	25	35
Ecstasy	/	5	6
Amphetamine	5	5	5
LSD	3	2	3
Kokain	4	2	3
Schnüffelstoffe	2	1	1
Heroin	1	0,6	–
Crack	/	/	–
Andere Rauschmittel	2	4	4

/ = nicht erfragt
Angaben in Prozent

* Repräsentativerhebung der BZgA 1993
** Repräsentativerhebung der BZgA 1997
*** Repräsentativerhebung der BZgA 2001

Tab. 1: Erfahrungen der 18- bis 25-Jährigen mit illegalen Drogen 1993–2001

Bei der Betrachtung der einzelnen Substanzen wird deutlich, dass der Anstieg der Drogenerfahrung in der Gesamtpopulation der 18- bis 25-Jährigen auf den Gebrauch von Cannabis zurückzuführen ist. (Eine ähnliche Entwicklung mit nahezu identischen aktuellen Werten für die Lebenszeitprävalenz ergibt die durch das IFT im vergangenen Jahr durchgeführte Bundesstudie [Kraus/Augustin 2001]: für die 18- bis 24-jährigen Westdeutschen 38% bei Cannabis [Drogenaffinitätsstudie: 35%], 5,5% bei Ecstasy [Drogenaffinitätsstudie: 6%].)

Sieht man sich nun die Veränderungen bei denjenigen an, die regelmäßig Techno-Veranstaltungen besuchen, dann zeigt sich zwischen 1997 und 2001 eine Abnahme der Lebenszeitprävalenz bei den Drogen insgesamt. Sie ist vor allem durch einen Rückgang bei Ecstasy, Amphetaminen, LSD, Schnüffelstoffen und Heroin bedingt und nicht durch Veränderungen bei Cannabis (siehe *Abbildung 5*).

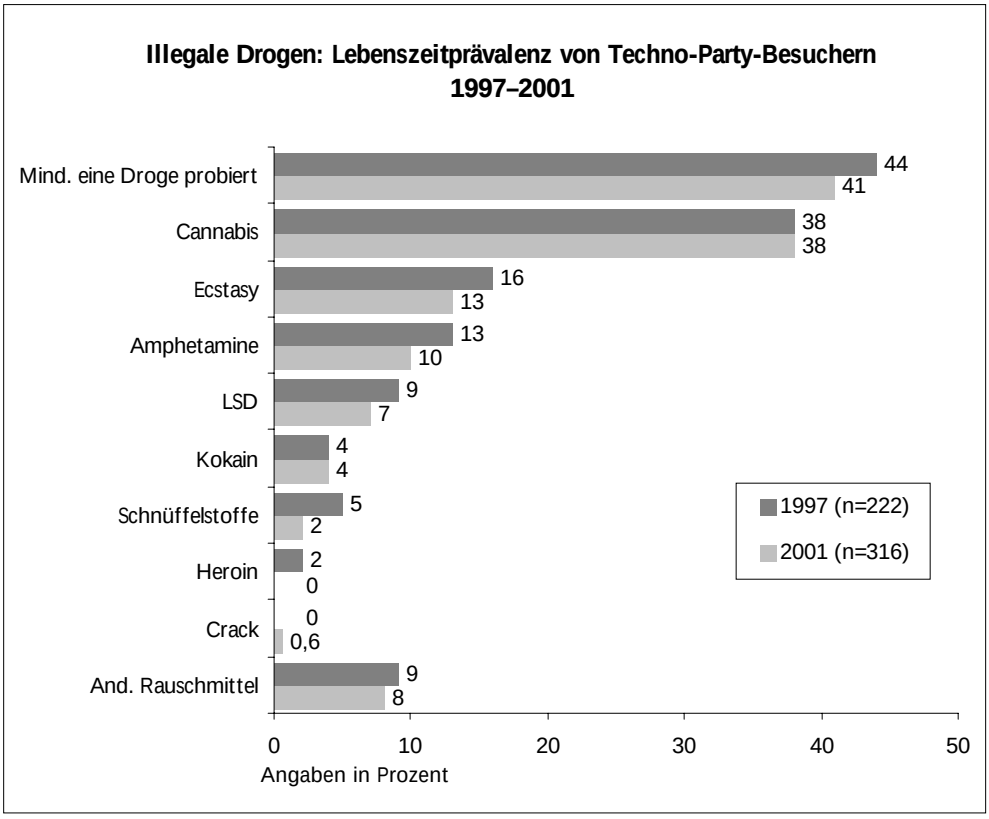


Abb. 5: Entwicklung der Lebenszeitprävalenz illegaler Drogen bei 18- bis 25-jährigen regelmäßigen Techno-Party-Besuchern 1997–2001 (BZgA 2001)

Der Vergleich der 12-Monats-Prävalenz-Werte von 1997 und 2001 ergibt für die Gesamtgruppe der 18- bis 25-Jährigen einen leichten Rückgang bei den Drogen insgesamt von 18% auf 15% (siehe *Abbildung 6*). Cannabis bleibt mit jeweils 14% gleich, und der Konsum der anderen Substanzen sinkt leicht oder stagniert.

In der Gruppe der regelmäßigen Techno-Party-Besucher zeigen sich deutliche Rückgänge bei allen Substanzen, bis auf eine Ausnahme: Kokain (siehe *Abbildung 7*).

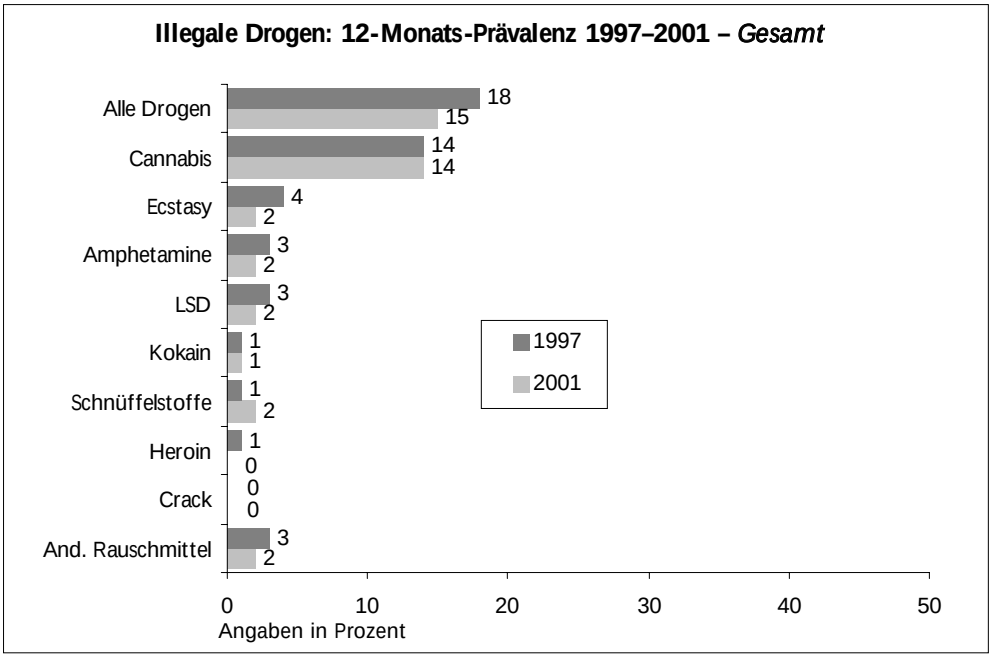


Abb. 6: Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen bei 18- bis 25-Jährigen insgesamt 1997–2001(BZgA 2001)

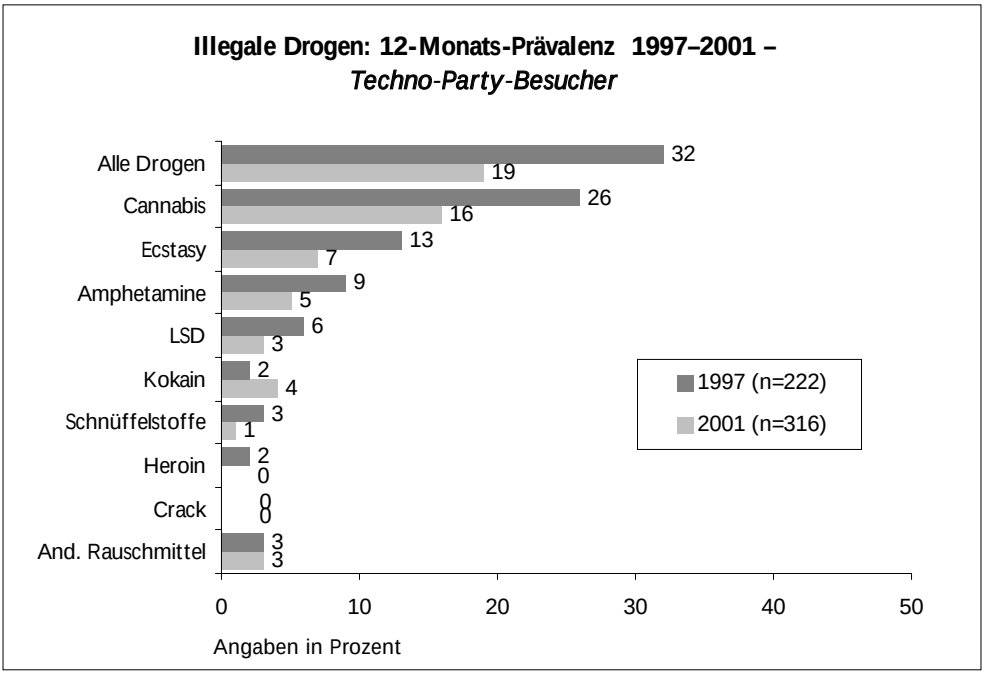


Abb. 7: Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz bei 18- bis 25-jährigen regelmäßigen Techno-Party-Besuchern 1997–2001 (BZgA 2001)

Entwicklung der Probierbereitschaft

Die Probierbereitschaft wird in der Drogenaffinitätsstudie durch die Einschätzung erhoben, ob man eine Droge vielleicht einmal versuchen könnte, oder ob man sie auf keinen Fall nehmen sollte. Die Probierbereitschaft gibt zum einen Hinweise auf die allgemeine Akzeptanz einer Substanz zu einem bestimmten Zeitpunkt, zum anderen lieferte sie immer auch Anhaltspunkte für mögliche Entwicklungen des (Probier-)Konsums: So entspricht zum Beispiel die Cannabis-Lebenszeitprävalenz bei den 18- bis 25-Jährigen in der Drogenaffinitätsstudie von 2001 mit 35% nahezu der Probierbereitschaft von 1997 (33%). Dabei ist allerdings klar, dass der Probierkonsum einzelner Drogen nicht nur von der allgemeinen Akzeptanz und der persönlichen Intention, sie ggf. einmal zu verwenden, abhängt, sondern von sozialen Kontexten, der Verfügbarkeit von Drogen in diesen Kontexten und weiteren Faktoren – wie zum Beispiel auch von der Intensität und Qualität der Prävention.

Betrachtet man die Entwicklung der Probierbereitschaft für die einzelnen Substanzen, dann lässt sich bei den jungen Erwachsenen insgesamt eine Zunahme des Anteils der Probierbereiten erkennen (bis auf eine Ausnahme: Ecstasy) (siehe *Abbildung 8*).

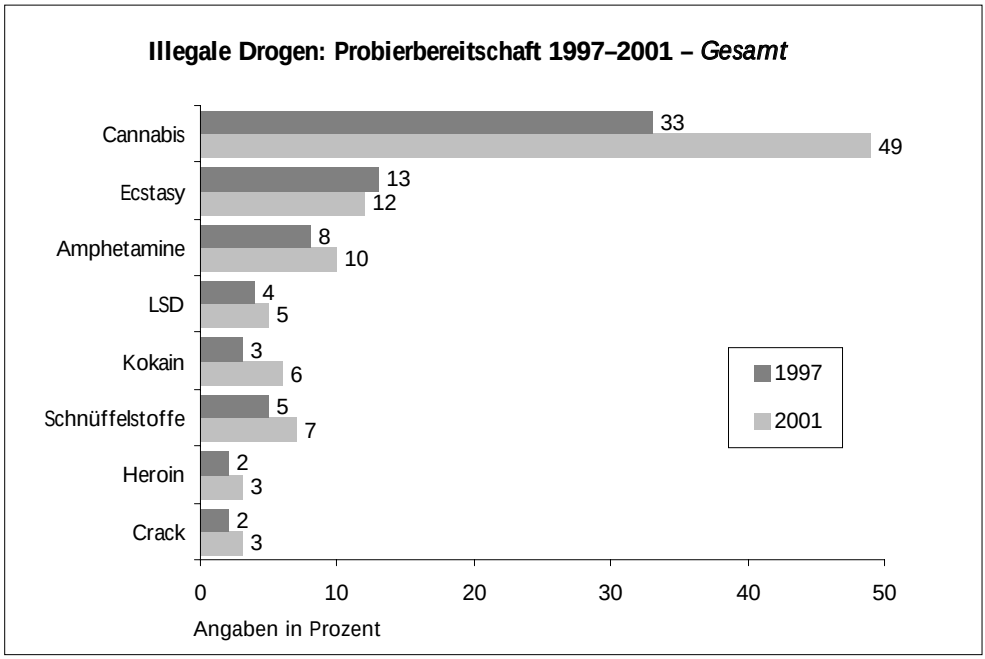


Abb. 8: Entwicklung der Probierbereitschaft bei 18- bis 25-Jährigen insgesamt 1997–2001 (BZgA 2001)

Die auffälligsten Veränderungen zeigen sich bei Cannabis, das mittlerweile von jedem Zweiten in der Gruppe der 18- bis 25-Jährigen für probierfähig gehalten wird, und bei Kokain, bei dem sich der Anteil der Probierbereiten von 3% auf 6% verdoppelte.

Bei den regelmäßigen Besuchern von Techno-Veranstaltungen gibt es ebenfalls einen auffälligen Anstieg der Probierbereitschaft bei Cannabis (von 41% auf 55%) und bei Kokain (von 5% auf 8%). Bei allen anderen Substanzen geht der Anteil der Probierbereiten jedoch zurück (siehe *Abbildung 9*).

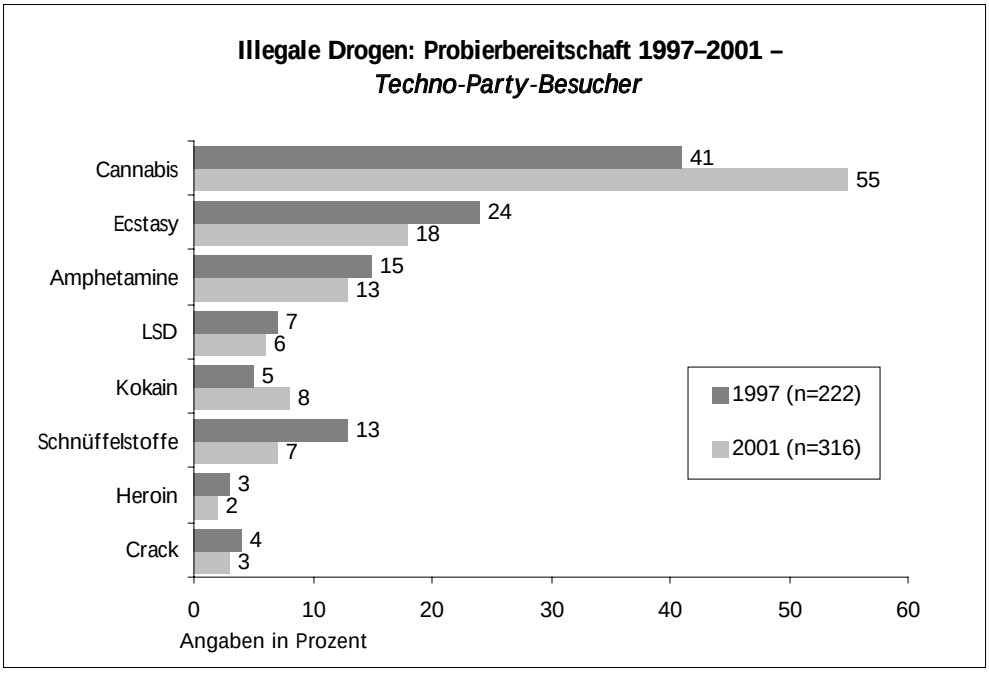


Abb. 9: Entwicklung der Probierbereitschaft bei 18- bis 25-jährigen Techno-Party-Besuchern 1997–2001 (BZgA 2001)

Zusammenfassung

Für die Gruppe der 18- bis 25-Jährigen insgesamt lässt sich zusammenfassend festhalten:

- Die Zahl der Drogenerfahrenen hat in den 90er Jahren bei den jungen Erwachsenen deutlich zugenommen. Dies ist vor allem auf den Gebrauch von Cannabis zurückzuführen.
- Diese Entwicklung führte jedoch nicht zu einer kontinuierlich steigenden 12-Monats-Prävalenz. Vielmehr ging diese von 1997 bis 2001 leicht (auf das Niveau von 1993) zurück, was darauf hindeutet, dass ein Großteil der jungen Erwachsenen Drogen (in der Regel Cannabis) ausschließlich probierte, d.h. sie zumindest im letzten Jahr nicht mehr nahm.
- Gleichwohl gibt es eine in den letzten Jahren deutlich gewachsene Bereitschaft bei den 18- bis 25-Jährigen, einzelne Drogen einmal zu probieren. Das bedeutet, dass

zumindest die Akzeptanz des Konsums dieser Substanzen (bis auf Ecstasy) gestiegen ist.

Für die Gruppe der 18- bis 25-jährigen Besucher von Techno-Veranstaltungen lässt sich zusammenfassend festhalten:

- Nach wie vor haben regelmäßige Besucher von Techno-Veranstaltungen eine höhere Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz bei Ecstasy, Amphetaminen, LSD und (ausschließlich für die 12-Monats-Prävalenz) bei Kokain. Keinen Unterschied gibt es mehr bei Cannabis.
- Zwischen 1997 und 2001 hat sich der Drogenkonsum bei regelmäßigen Besuchern von Techno-Veranstaltungen nicht weiter ausgebreitet. Die Ergebnisse (vor allem die 12-Monats-Prävalenz) deuten eher auf eine umgekehrte Entwicklung hin – bis auf die Ausnahme Kokain. (Das entspricht der Tendenz nach den Ergebnissen von Peter Tossmanns Längsschnittuntersuchung von Techno-Party-Besuchern. Vgl. Tossmann/ Boldt/Tensil 2001.)
- Besonders hervorzuheben ist, dass sich auch die Probierbereitschaft der so genannten Partydrogen rückläufig entwickelt, d.h. deren Akzeptanz sinkt.

Ob sich hier eine nachhaltige Veränderung im Drogenkonsumverhalten innerhalb der Techno-Party-Szene andeutet, die weg von Ecstasy und Amphetaminen und hin zu Cannabis und – auf geringerem Niveau – zu Kokain verläuft, muss durch künftige Forschung beantwortet werden. Auffällig sind jedenfalls die bisher dokumentierten Veränderungen gerade auch in Bezug auf Ecstasy. Vielleicht haben die intensive öffentliche Berichterstattung und die vielfältigen szenebezogenen Präventionsaktivitäten, die seit 1996 stattfinden, doch Spuren hinterlassen.

Literatur

BZgA (1998): *Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997*. Repräsentativerhebung. Köln: BZgA.

BZgA (2001): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001*. Repräsentativerhebung. Köln: BZgA.

Kraus, L. / Augustin, R. (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *SUCHT*, 47 (Sonderheft 1).

Künzel, J. / Kröger C. / Bühringer, G. / Tauscher, M. / Walden, K. (1997): *Repräsentative Befragung von Mitgliedern der Techno-Party-Szene in Bayern*. Köln: BZgA.

Rakete, G. / Flüsmeier, U. (1997): *Der Konsum von Ecstasy*. Köln: BZgA.

Tossmann, H. P. / Heckmann, W. (1997): Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene. Köln: BZgA.

Tossmann, H. P. / Boldt, S. / M.-D. Tensil (2001): *Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit? Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive*. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 14).

2.2 Drogenkonsum in der Partyszene – Zur Situation in europäischen Nachbarländern

Roland Simon, IFT Institut für Therapieforschung, München

Zur Datengrundlage

Während eine ganze Reihe von Studien über die Epidemiologie und die Verbreitung des Konsums von Ecstasy und anderen Substanzen in Europa und international Auskunft gibt, ist die Datengrundlage sehr viel begrenzter, wenn diese Informationen gezielt in Bezug auf die Mitglieder der so genannten „Partyszene“ gesucht werden. Obwohl der Besuch von Techno-Veranstaltungen und Rave-Events in vielen Ländern unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen weit verbreitet ist, ist doch davon auszugehen, dass diese Personengruppe kein repräsentatives Abbild der Gesamtpopulation der entsprechenden Altersgruppe darstellt. Studienergebnisse etwa von Flüsmeier und Rakete (1999) und Künzel et al. (1997) haben dies deutlich gemacht. Aus diesem Grunde beziehen sich die folgenden Ausführungen im Wesentlichen auf drei Studien, die mit einer vergleichbaren Methodik in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden und zudem eine Bezugnahme auf Mitglieder der Partyszene erlauben.

Ein erstes Projekt (IREFREA[1] I), das mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Kommission von Calafat und Kollegen durchgeführt wurde, basiert auf einer Erhebung, die 1996 in Coimbra, Modena, Nizza, Palma und Utrecht durchgeführt wurde. Dabei ging es einerseits um die soziale Repräsentation[2], andererseits um die Verbreitung von Ecstasy. Wichtige Fragen in diesem Umfeld waren die Motivation zum Konsum, Bewertung und Selbstbild des Konsumenten ebenso wie Angaben zu Umfang und Qualität des Drogengebrauchs. Ein eingesetzter Fragebogen wurde in dieser Studie von insgesamt 1627 Probanden ausgefüllt, von denen 747 aus universitären Settings stammten, 880 wurden über Diskotheken gewonnen. Die Studie fand im Rahmen der Arbeitsgruppe IREFREA statt, die Ergebnisse wurden von Calafat et al. 1998 veröffentlicht.

In einer in Athen, Berlin, Coimbra, Manchester, Modena, Nizza, Palma, Utrecht und Wien durchgeführten Nachfolgestudie (IREFREA II) wurden 1998 verstärkt die Verbreitung und

1 IREFREA ist ein europäisches Netzwerk von Fachleuten, das 1988 gegründet wurde. Es unterstützt und forscht im Bereich Drogenprävention und in anderen Problembereichen in Kindheit und Jugend. Die Schwerpunkte der Aktivitäten sind: Forschung, angewandte Primärprävention, Interventionsprogramme, theoretische und wissenschaftliche Studien zu Risikofaktoren sowie Ausbildungs-Workshops.

2 Die Theorie der Sozialen Repräsentation basiert auf der Vorstellung, dass es zwischen Objekt und Subjekt keinen Bruch gibt, d.h. dass es keine objektive, sondern nur eine repräsentierte Realität gibt, die durch sozial entwickelte Interpretationen geformt wird. Soziale Repräsentation bezeichnet demnach ein durch soziale und kognitive Prozesse erworbenes kollektives Wissen, das jedes Individuum innerhalb eines bestimmten sozialen Kontextes besitzt und mit den übrigen Menschen dieser Gruppe teilt (vgl. Calafat et al. 1998:28, 95ff.).

die Rahmenbedingungen zum Ecstasykonsum zum Gegenstand gemacht. Ein semi-strukturiertes Interview mit bis zu elf Experten pro Stadt klärte die Situation der Drogenszene vor Ort. Pro Ort wurden vier *locations* in Diskotheken etc. gesucht, in denen jeweils 75 Probanden über ihre Vorlieben und Interessen, ihr Freizeitverhalten und ihre soziale Lage, insbesondere aber auch über ihren Drogenkonsum befragt wurden. Die Gesamtgröße der Stichprobe betrug 2700. Die Ergebnisse finden sich in Calafat et al. 1999.

Unabhängig davon wurde 1998 in Amsterdam, Berlin, Madrid, Prag, Rom, Wien und Zürich eine Erhebung zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Techno-Party-Szene in europäischen Metropolen (*Drug affinity amongst youths within the Techno party scene in European metropolises*) durchgeführt (Tossmann/Boldt/Tensil 2001). Mit Fragebogen wurden in jeder Stadt ca. 500 Besucher von Techno-Veranstaltungen über ihre Verbindung zur Techno-Party-Szene, ihren Drogenkonsum und zu ihrer sozioökonomischen Situation befragt. Insgesamt ergab sich damit über alle teilnehmenden Städte hinweg eine Stichprobengröße von 3503 Personen.

Im Vergleich – vor allem der beiden letzteren Quellen – wird im Folgenden versucht, europaweit die Situation des Drogengebrauchs in der Partyszene zu analysieren.

Lebensumstände der Besucher von Technopartys in Europa

Die IREFREA-II-Studie und die Drogenaffinitätsstudie europäischer Großstädte[3] zeigen in vieler Hinsicht ein recht ähnliches Bild, wenn es um die Beschreibung der Besucher von Technopartys geht:

- Das Alter liegt im Mittel knapp über 20 Jahren, wobei Palma mit 19,8 und Berlin mit 24,7 die Ränder der Verteilung kennzeichnen.
- Der Frauenanteil liegt bei ungefähr 40%. Entsprechend den unterschiedlichen sozialen Gegebenheiten ist die Geschlechterverteilung in Berlin fast gleich, während in Athen nur etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer weiblich ist.
- Knapp ein Drittel in beiden Studien sind entweder Schüler oder Studenten. Die Schwankung zwischen den teilnehmenden Städten ist allerdings erheblich.

Ebenfalls erheblich variiert die Erwerbstätigenquote, die in Coimbra bei knapp 40%, in Manchester bei mehr als 80% liegt. Im Mittel zeigen diesbezüglich auch die beiden Studien deutliche Unterschiede: 44% in der Drogenaffinitätsstudie europäischer Großstädte gegenüber 62% in der IREFREA-Studie geben an, sie seien erwerbstätig. Die Arbeitslosenquote liegt generell recht niedrig. Trotz einiger Unterschiede zwischen den Orten zeigt sich generell, dass die Partybesucher in Bezug auf Arbeit bzw. Ausbildung und Einkommen recht unproblematisch und gesellschaftlich integriert erscheinen.

3 Im Folgenden auch kurz EU-Drogenaffinitätsstudie oder EU Drug Affinity genannt.

Mehr als die Hälfte der Befragten in beiden Studien lebt noch bei den Eltern, wobei auch hier in den verschiedenen Städten die Spannweite der Ergebnisse recht groß ist. Passend zu diesem hohen Anteil von Partybesuchern, die noch in engem Kontakt mit ihrem Elternhaus stehen, ist auch die Angabe, dass mehr als einem Drittel von ihnen der Partybesuch primär durch familiäre Finanzmittel ermöglicht wird.

Die Ausgehdauer von im Mittel sechs Stunden und die Tatsache, dass rund jeder Siebte an jedem Tag des Wochenendes ausgeht, weisen auf das sehr intensive Freizeitverhalten in dieser Gruppe hin.

	EU-Drogenaffinitätsstudie	IREFREA II	
Alter (Median)	21,6	20,1	(19,8 Palma – 24,7 Berlin)
Anteil Frauen	38,2%	42,4%	(36,2% Athen – 49,2% Berlin)
In der Schule/Uni	31,6%	31,5%	(12,3% Manchester – 58,7% Coimbra)
Erwerbstätig	44,2%	61,7%	(37,7% Coimbra – 81,7% Manchester)
Arbeitslos	6,4%	3,0%	(1,0% Utrecht – 5,6% Athen)
Lebt bei Eltern	59,1%	54,6%	(14,5% Berlin – 80,9% Palma)
Geldquelle Familie		35,6%	(8,2% Utrecht – 70,7% Coimbra)
Ausgehdauer (Std.)		6,1	(4 Athen – 7,2 Berlin)
3 Nächte/Wochenende +		15,3%	(4% Utrecht – 21,9% Nizza)

Tab. 1: Lebensumstände der Besucher von Technopartys (Quelle: Tossmann/Boldt/Tensil 2001; Calafat et al. 1999)

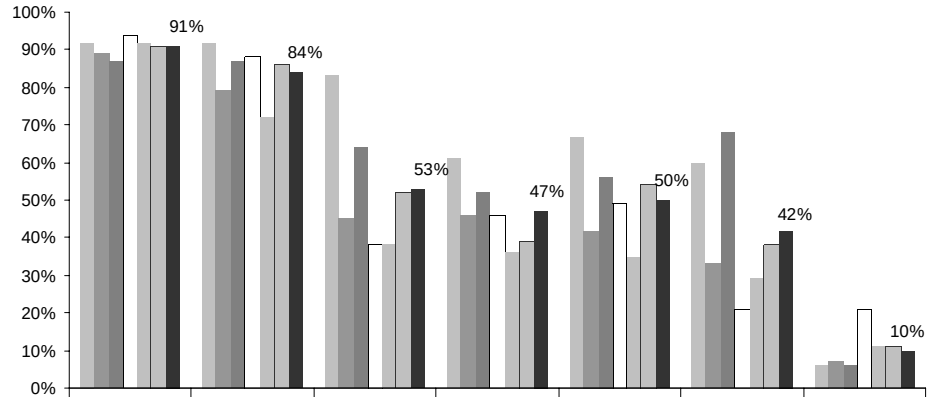
Drogenkonsum in der Partyszene

Drogenkonsum im Lebenszeitraum

Der Konsum psychotroper Substanzen ist in der Techno-Party-Szene überall ausgesprochen weit verbreitet. So zeigt sich in der EU-Drogenaffinitätsstudie, dass im Mittel mehr als 90% Erfahrung mit Tabak und 84% mit Cannabis haben. Ecstasy, Amphetamine, Halluzinogene und Kokain hat etwa jeder Zweite dieser Personengruppe schon einmal konsumiert, während Heroin nur recht selten berichtet wird (siehe *Abbildung 1*). Bei einem Vergleich der Situation in den einzelnen Städten zeigen sich folgende Unterschiede und Gemeinsamkeiten:

- Während die Rangreihe unterschiedlicher Substanzen in allen Städten gleich ist, unterscheiden sich die Prävalenzen teilweise deutlich.
- Die Abweichung bei Tabak und Cannabis ist nur geringfügig. Man kann davon ausgehen, dass Erfahrungen mit beiden Substanzen in dieser Gruppe normal sind.

– Amsterdam zeigt im Vergleich zu anderen Städten insbesondere bei Ecstasy und Kokain,
– Madrid vor allem bei Kokain Werte, die deutlich über dem Mittelwert liegen.
– Bei Heroin wiederum ist die Situation mit Ausnahme von Prag, wo die Prävalenzen rund doppelt so hoch wie im EU-Mittel liegen, sehr einheitlich.



	Tabak	Cannabis	Ecstasy	Amphetamine	Halluzinogene	Kokain	Heroin
Amsterdam	92%	92%	83%	61%	67%	60%	6%
Berlin	89%	79%	45%	46%	42%	33%	7%
Madrid	87%	87%	64%	52%	56%	68%	6%
Prag	94%	88%	38%	46%	49%	21%	21%
Wien	92%	72%	38%	36%	35%	29%	11%
Zürich	91%	86%	52%	39%	54%	38%	11%
Mittelwert	91%	84%	53%	47%	50%	42%	10%

Abb. 1: Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums in der Technoszene europäischer Metropolen (Tossmann/Boldt/Tensil 2001)

Betrachtet man die Gesamtsituation in den teilnehmenden Städten in Bezug auf die Drogenerfahrung, so zeigt sich ein recht einheitliches Bild – wenngleich die IREFREA-Studie durchgängig niedrigere Prävalenzen abbildet. Es lassen sich drei Gruppen von Substanzen bzw. Konsummuster anhand dieser Substanzen beschreiben:

– Erfahrung mit Tabak und Cannabis ist normal in dieser Personengruppe. Nur eine Minderheit (10 bis max. 30% der Befragten) hat zum Zeitpunkt der Erhebung noch keinen Kontakt mit diesen beiden Substanzen gehabt.
– Weit verbreitet sind Ecstasy, Amphetamine, Halluzinogene und Kokain. Die Prävalenzen liegen hier zwischen 25 und etwas mehr als 50%.
– Heroin spielt nur eine untergeordnete Rolle. Weniger als 10% in beiden Studien geben an, mit dieser Substanz Erfahrung zu haben.

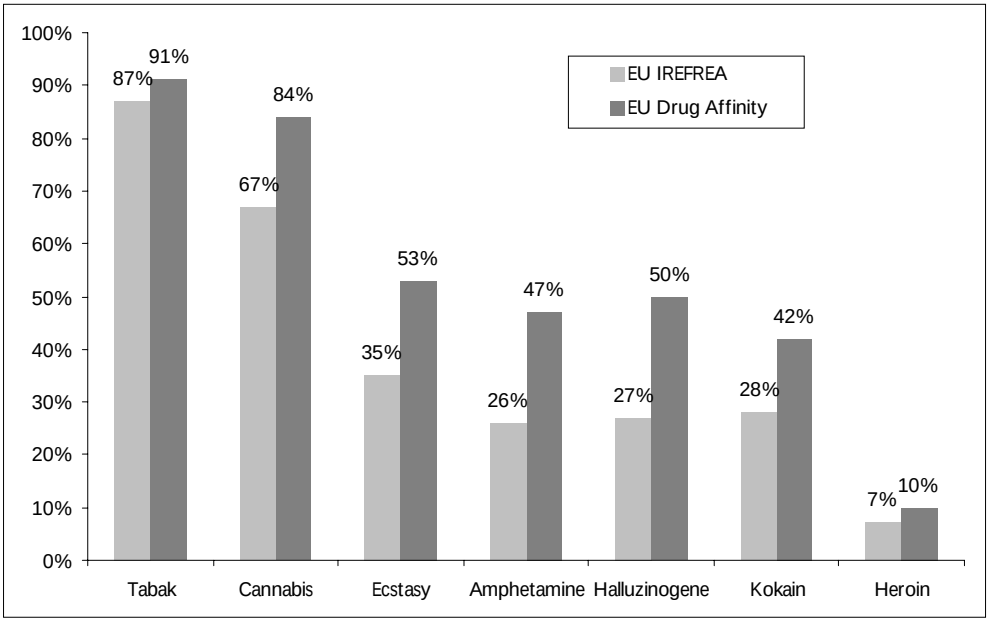
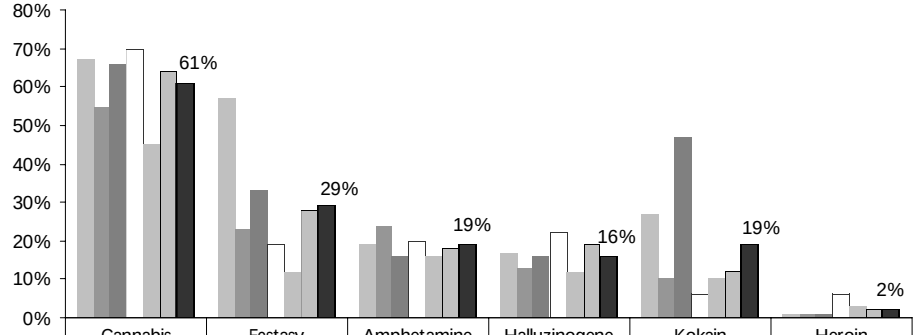


Abb. 2: Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums in der Technoszene im Vergleich zwischen EU-Drogenaffinitätsstudie und IREFREA-Studie (Quelle: Tossmann/Boldt/Tensil 2001; Calafat et al. 1999)



	Cannabis	Ecstasy	Amphetamine	Halluzinogene	Kokain	Heroin
Amsterdam	67%	57%	19%	17%	27%	1%
Berlin	55%	23%	24%	13%	10%	1%
Madrid	66%	33%	16%	16%	47%	1%
Prag	70%	19%	20%	22%	6%	6%
Wien	45%	12%	16%	12%	10%	3%
Zürich	64%	28%	18%	19%	12%	2%
Mittelwert	61%	29%	19%	16%	19%	2%

Abb. 3: Monatsprävalenz illegaler Drogen in der Partyszene in europäischen Metropolen (Tossmann/Boldt/Tensil 2001)

Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen

Während Lebenszeitprävalenzen etwas über die Erfahrung einer bestimmten Altersgruppe im Umgang mit bestimmten Drogen sagt, sind die Prävalenzen des letzten Monats eher dazu geeignet, die aktuelle Verbreitung von Drogen zu beschreiben. Die oben genannte Rangfolge unterschiedlicher Substanzen ist auch hier wieder in gleicher Weise festzustellen (*Abbildung 3*).

Cannabis wurde von rund zwei Dritteln der Befragten, Ecstasy, Amphetamine, Halluzinogene und Kokain von 20 bis 30%, und Heroin nur von lediglich 2% in den letzten 30 Tagen konsumiert. Die Schwankung zwischen den einzelnen Städten ist bei diesen Daten erheblich größer als bei den Lebenszeitprävalenzen, was unter Umständen mit der Auswahl der *locations*, aber auch mit der Verfügbarkeit der Substanzen vor Ort zu tun hat. Am auffälligsten ist der sehr hohe Wert für den Konsum von Ecstasy im letzten Monat in Amsterdam mit fast 60% bzw. von Kokain mit fast 50% in Madrid.

Mischkonsum

In der IREFREA-Studie wurden ebenfalls Fragen über die Kombination von Substanzen am gleichen Abend gestellt. Dabei zeigt sich auch hier erheblicher Mehrfach- bzw. Mischkonsum, der im Hinblick auf Risiken ausgesprochen problematisch ist. Von allen genannten Kombinationen ist dabei die Mischung aus Alkohol und Cannabis am häufigsten zu finden (rund 51%). Alkohol ist fast immer (89,7%), Cannabis mit fast 80% ebenfalls sehr häufig involviert. Eine Kombination von Ecstasy mit anderen Substanzen findet in 37,7% aller Fälle von Mehrfachkonsum statt. Kokain ist im Vergleich dazu mit 17,6 % deutlich seltener zu finden.

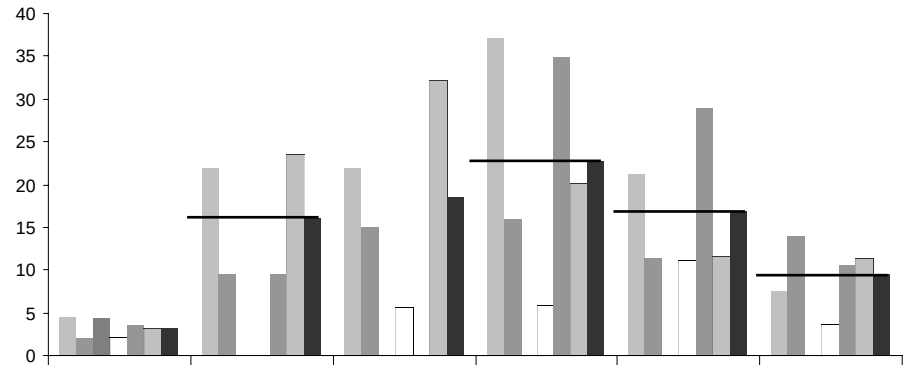
Alkohol	Cannabis	Ecstasy	Kokain	
x	x			50,6%
x		x		11,1%
x	x	x		10,4%
x	x			8,4%
x			x	7,8%
x	x	x	x	7,8%
x	x		x	2,0%
89,7%	79,2%	37,7%	17,6%	

Tab. 2: Drogenkombinationen bei Mehrfachkonsum am gleichen Abend (Calafat et al. 1999)

Drogenkonsum und Nähe zur Technoszene

Der Versuch, die Prävalenzen in der Partyszene mit der Bevölkerung der gleichen Altersstufe zu vergleichen, wird in *Abbildung 4* gemacht. Ausgehend von den Daten, die für die

in etwa entsprechende Altersgruppen aus den REITOX-Berichten[4] einzelner Länder zur Verfügung standen, wurde der Quotient aus den Lebenszeitprävalenzen in der Technoszene und den Prävalenzen in der Population errechnet. Dieser Faktor ist für jede Substanz und Stadt in *Abbildung 4* eingetragen. Die letzte Zeile der zugehörigen Tabelle enthält den Mittelwert über die beteiligten Städte.



	Cannabis	Ecstasy	Amphetamine	Halluzinogene	Kokain	Heroin
Amsterdam	4,6	21,9	21,9	37,1	21,3	7,5
Berlin	2,1	9,5	14,9	16,0	11,4	14,0
Madrid	4,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prag	2,1	0,0	5,6	5,9	11,2	3,6
Wien	3,6	9,4	0,0	34,9	29,0	10,7
Zürich	3,2	23,5	32,2	20,1	11,5	11,4
Mittelwert	3,3	16,1	18,6	22,8	16,9	9,4

Abb. 4: Lebenszeitprävalenzen für illegale Drogen in der Technoszene im Vergleich zur Population (Quelle: Tossmann/Boldt/Tensil 2001; EBDD 2001; nationale REITOX-Berichte)

Es zeigt sich auch hier wieder ein recht unterschiedliches Bild für die verschiedenen Substanzgruppen. Während die Verbreitung von Cannabis in der Partyszene etwa dreimal so hoch ist wie in der entsprechenden Gesamtpopulation, ist bei den „techno-typischen" Drogen Ecstasy, Amphetamin, Halluzinogene und Kokain mit einem Faktor von rund 18 eine massive Erhöhung der Prävalenzen festzustellen. Im Vergleich dazu liegt Heroin mit einem Faktor von unter 10 deutlich niedriger. Während die exakte Höhe dieser Faktoren aufgrund von Unterschieden in der Altersverteilung und Einschränkungen in der Vergleichbarkeit der nationalen Daten mit den Daten aus dem Bereich von Metropolen nicht verglichen werden sollte, so lässt sich dennoch das Ausmaß des Unterschieds deutlich erkennen. Die Drogenaffinität der Partybesucher ist offensichtlich viel stärker durch entaktogene und aktivierende Substanzen gekennzeichnet als durch dämpfende Drogen wie Cannabis und Heroin. Bei Cannabis ist zudem auf einen gewissen Deckeneffekt hinzuweisen: Bei einer Lebenszeitprävalenz für diese Substanz, die in jugendlichen

4 Jährlich verfasste Berichte zur Drogensituation in den jeweiligen Ländern durch die nationalen Referenzstellen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht EBDD.

Teilgruppen 40% erreicht, kann sich die Prävalenz – rein rechnerisch – in dieser Gruppe beispielsweise maximal um den Faktor 2,5 erhöhen.

Der Zusammenhang zwischen Nähe zur Technoszene und Konsumprävalenzen einzelner Substanzen wird auch aus *Abbildung 5* deutlich, die aus Tossmann et al. 2001 entnommen wurde. Insbesondere bei Ecstasy und Amphetaminen ist die Monatsprävalenz umso höher, je häufiger der Befragte auf entsprechenden Veranstaltungen ist. Für Cannabis ist lediglich ein Unterschied zwischen „weniger als einmal pro Monat" und „ein- bis dreimal pro Monat" festzustellen. Eine weitere Intensivierung des Partybesuchs ist nicht mit einer weiteren Erhöhung der Prävalenz des Cannabiskonsums verbunden. Auch hier ist mit dem o.g. „Deckeneffekt" zu rechnen. Eine gewisse Zahl von Personen ist schlichtweg nicht interessiert an bestimmten Substanzen.

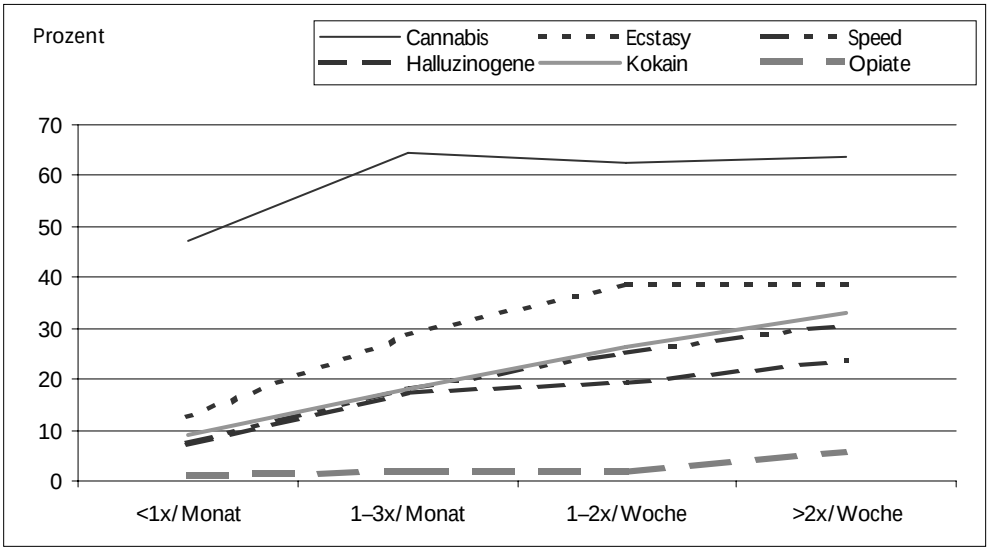


Abb. 5: Drogenkonsum im letzten Monat (Monatsprävalenz) und Nähe zur Technoszene (Ausgehhäufigkeit) (Tossmann/Boldt/Tensil 2001)

Literatur

Calafat, A. et al. (1998): *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: IREFREA (online verfügbar unter www.irefrea.org).

Calafat, A. et al. (1999): *Nightlife in Europe and recreative drug use. Sonar 98*. Palma de Mallorca: IREFREA (online verfügbar unter www.irefrea.org).

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2001): Bericht zur Drogensituation in Europa 2001. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft.

Flüsmeier, U. / Rakete, G. (1999): „Konsummuster und psychosoziale Effekte des Ecstasykonsums." In: Thomasius, R. (Hrsg.): *Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Interventionen*. Stuttgart: Enke Verlag.

Kröger, Ch. / Künzel, J. / Bühringer, G. / Tauscher, M. / Walden, K. (1997): *Evaluation des Präventionsprojektes Mind Zone*. München: IFT Institut für Therapieforschung (IFT-Berichte Bd. 95).

Künzel, J. / Kröger, C. / Bühringer, G. / Tauscher, M. / Walden, K. (1997): *Repräsentative Befragung von Mitgliedern der Techno-Szene in Bayern*. München: IFT Institut für Therapieforschung (IFT-Berichte Bd. 94).

Tossmann, P. / Boldt, S. / Tensil, M.-D. (2001): The Use of Drugs within the Techno Party Scene in European Metropolitan Cities. *European Addiction Research*, 7, 2–23.

2.3 „Ecstasy“ – Die kriminalpolizeiliche Erkenntnislage

Andreas Maack, Rainer Dahlenburg, Herbert Bayer, Berthold Back, Martin Kurzhals, Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Vorbemerkung

Die polizeiliche Rauschgiftlage beschreibt einen Deliktsbereich unter Zuhilfenahme verschiedener Indikatoren. Diese geben in ihrer gesamtheitlichen Interpretation und unter Hinzuziehung von Daten aus der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) einen Überblick über das so genannte Hellfeld im Rauschgiftbereich. Detaillierte Darstellungen, Erläuterungen und Beispiele hierzu finden sich in dem jährlich erscheinenden Rauschgiftlagebericht des BKA, der unter www.bka.de abgerufen werden kann. Darauf aufbauend werden neben prägnanten Lageaspekten und einer ausführlichen Darstellung des Gesamtphänomens nachfolgende Fragen ergänzend erörtert:

- Kann man im Bereich „Ecstasy“ von einem Massenphänomen sprechen?
- Sind Rückschlüsse auf das mit „Ecstasy“ verbundene Dunkelfeld möglich?
- Verursacht die harmlos wirkende Konsumform „Tablette“ einen nicht unerheblichen Beitrag zur teilweise unkritischen Haltung gegenüber psychoaktiven Substanzen?
- Welche Rolle spielen so genannte biogene Drogen in der Rauschgiftszene?
- Stellen die öffentlich diskutierten Ansätze des so genannten „Drugchecking“ eine sinn- und wirkungsvolle Hilfe für Konsumenten und Abhängige dar?

Rauschgiftlage

Sicherstellungen von vollsynthetischen Rauschgiften

Bei Betrachtung der einzelnen Lageindikatoren ist klar erkennbar, dass sich die „vollsynthetischen Rauschgifte“ in kürzester Zeit einen bedeutenden Markt erschlossen und im Vergleich mit „klassischen Betäubungsmitteln“ in bisher nie gekanntem Tempo weltweit ausgebreitet und etabliert haben. Im Laufe der letzten zehn Jahre explodierte die

Sicherstellungsmenge in Deutschland von 4000 Ecstasy-Tabletten im Jahr 1991 auf über 1,6 Millionen Tabletten im Jahr 2000; mit Stand Dezember 2001 wurden in Deutschland mehr als 4,4 Millionen Ecstasy-Tabletten sichergestellt. Die Sicherstellungen erreichen dabei jährlich neue Höchststände (vgl. *Abbildung 1*). Die weltweite Sicherstellungsmenge von Ecstasy wird von Interpol Lyon SG für das Jahr 2000 mit mehr als 30 Millionen Tabletten ausgewiesen.

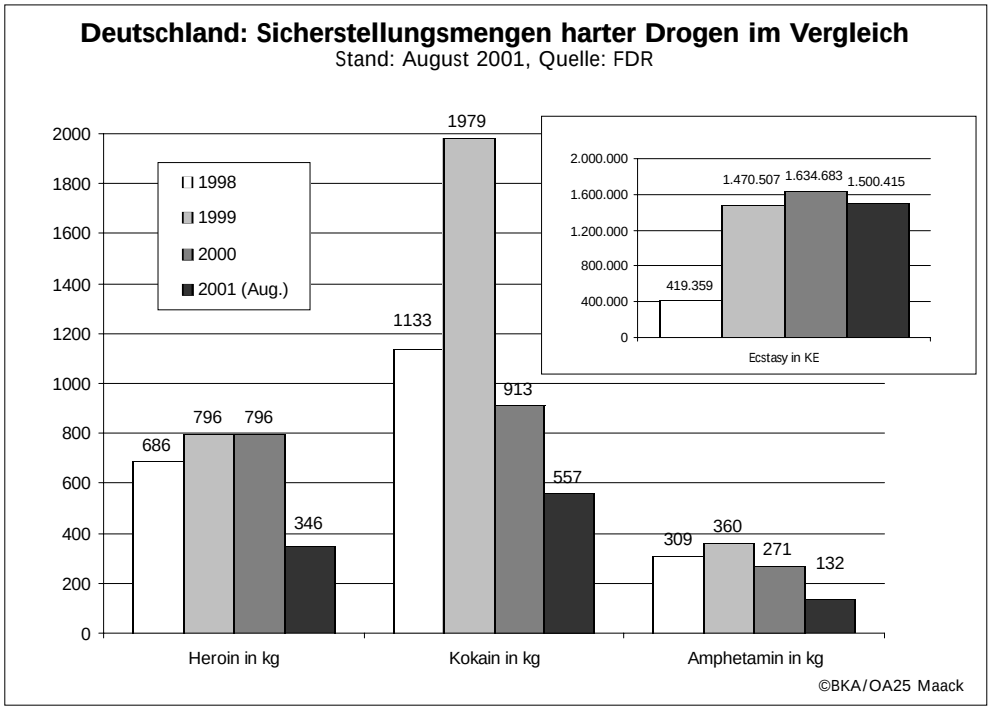


Abb.1: Sicherstellungen von Ecstasy-Tabletten in Deutschland zwischen 1998 und 2001

Diese Betrachtung bedarf u.a. der Einbeziehung anderer Stoffe, die in der Szene zum Teil unter dem Namen „Ecstasy“, zum Teil unter anderen „gefälligen“ Namen kursieren wie Amphetamin (u.a. bekannt als *Speed* oder *Pep*), Methamphetamin (*Crystal*), LSD, Tryptamine (z.B. *Magic Mushrooms*). Konsequenterweise müssen auch Gammahydroxybutyrat (GHB) und Schnüffelstoffe (z.B. bekannt als *Poppers*) einbezogen werden, die allerdings bisher nicht unter betäubungsmittelrechtlichen Gesichtspunkten zu bewerten sind.[1]

Die Interpretation des Indikators „Sicherstellungsmenge“ hat allerdings nur eine bedingte Aussagekraft und ist nicht geeignet, isoliert von anderen Faktoren einen Rückschluss auf den gesamten Phänomenbereich zuzulassen. Sie reflektiert prinzipiell die Aktivitäten der Strafverfolgungsbehörden und ist grundsätzlich auch ins Verhältnis zur Anzahl der bearbeiteten Fälle zu setzen.

1 GHB wurde mit Wirkung zum 1.3.2002 der Anlage I des Betäubungsmittelgesetzes unterstellt.

Konsumenten

Begleitet wird die Entwicklung der Sicherstellungsmengen von einer rasanten Zunahme der Anzahl registrierter „Erstauffälliger Konsumenten harter Drogen“ (EKhD) dieser Stoffe, die mit Stand September 2001 einen Anteil von über 50% erreicht haben. Noch deutlicher wird dieser Trend bei Betrachtung der Entwicklung dieses – mit relativer Aussagekraft behafteten – Indikators innerhalb der letzten Dekade (vgl. *Abbildung 2*). Während die Zahl der erstauffälligen Heroinkonsumenten gegenwärtig auf hohem Niveau stagniert, hat sich die Zahl der Konsumenten von stimulierenden und euphorisierenden Rauschgiften annähernd verdoppelt.

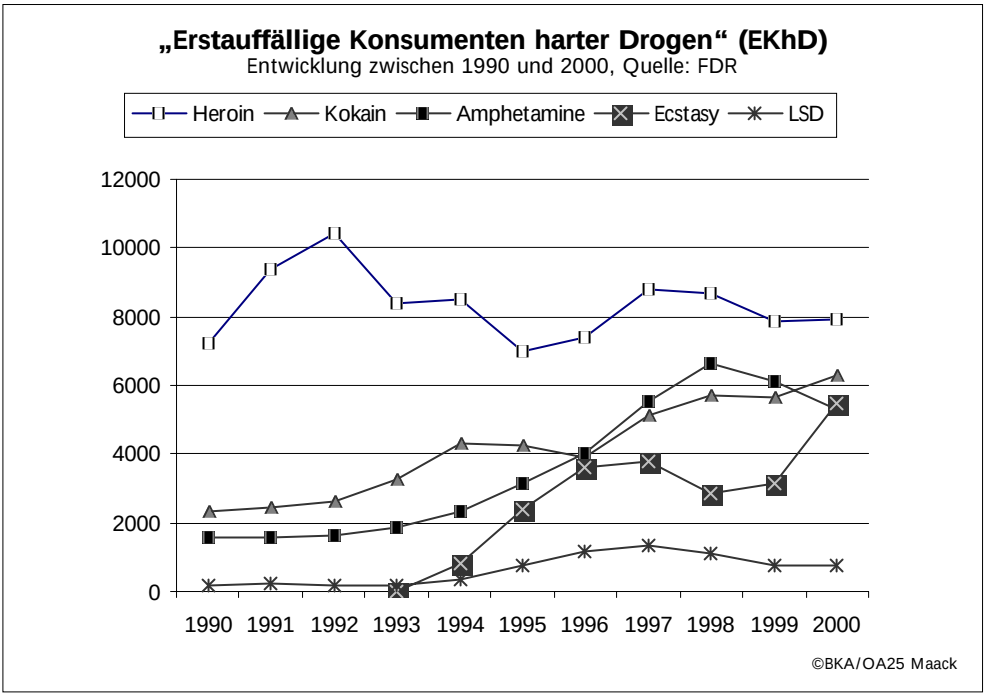


Abb. 2: EKhD-Zeitreihe über zehn Jahre

Nach Schätzungen der Vereinten Nationen ist weltweit von etwa acht Millionen Heroin-/Opiumkonsumenten, 13 Millionen Kokainkonsumenten und 30 Millionen Konsumenten synthetischer Drogen auszugehen.

Illegale Rauschgiftlabore

In der Bundesrepublik Deutschland wurden seit 1985 insgesamt 387 illegale Rauschgiftlabore sichergestellt, zehn davon im Jahr 2000 (sechs sog. Crack-Labore, vier Amphetamin-/Amphetaminderivate-Labore), sieben (sechs Amphetamin-/Amphetaminderivate-Labore, ein Kokain-Labor) im Jahr 2001.

Die meisten Labore waren für die Produktion von kleineren Mengen Rauschgift ausgelegt und können zutreffend als „Küchenlabor“ beschrieben werden, die zur eigenen Versorgung oder zu der des engeren Umfeldes dienten. Sicherstellungen von Laboren mit größeren Kapazitäten und ggf. eigener Tablettenherstellung erfolgen in Deutschland nur sehr selten, dann allerdings im Zusammenhang mit professionellem, internationalen Täterverhalten. Die deutlich größten MDMA-Labore wurden in Deutschland im April 2001 in Brandenburg und im Dezember 2001 in Nordrhein-Westfalen aufgedeckt. Die Produktionskapazität lag jeweils im Bereich von weit über 50 kg Rauschgift (Pulver) pro Tag.

Die Rolle Deutschlands im Zusammenhang mit Ecstasy

Überwiegend stammen Ecstasy-Tabletten aus dem Benelux-Raum, speziell aus den Niederlanden. Von dort aus sind seit Jahren weitgehend marktbestimmende Schmuggelaktivitäten in alle Welt zu verzeichnen.

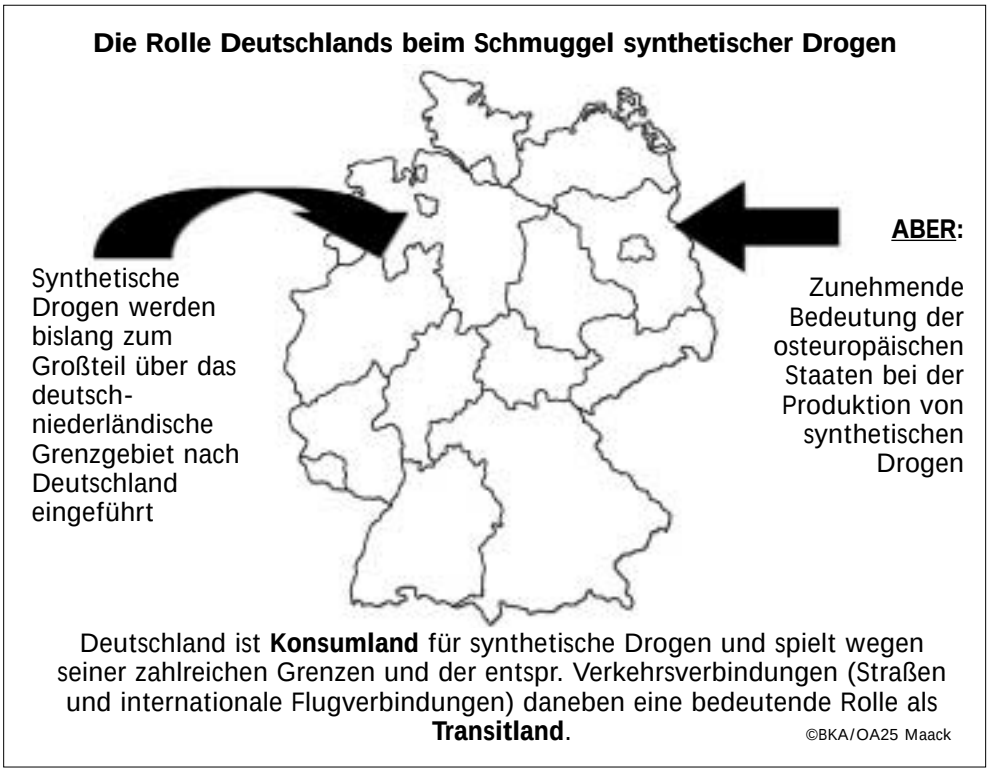


Abb. 3: Die Rolle Deutschlands beim Schmuggel synthetischer Drogen

Amphetamin wird häufig auch in den Staaten Mittel- und Osteuropas illegal hergestellt. Aufgrund der in West und Ost vorhandenen Produktionskapazitäten besteht, mit Blick auf die Marktversorgung in Deutschland, keine Notwendigkeit, diese durch eine heimische – deutsche – Produktion zu decken.

Innerhalb des Gesamtphänomens definiert sich die Rolle Deutschlands primär als die eines wohlhabenden Absatz-/Konsumlandes. Gleichzeitig hat Deutschland im Bereich des internationalen Ecstasy-Handels und Schmuggels – nicht zuletzt wegen seiner zahlreichen Außengrenzen und der entsprechenden Verkehrswege (Straßen und internationale Flugverbindungen, Cargo-Bereich usw.) – die Funktion eines Transitlandes in Europa. Dies wird durch zahlreiche Ermittlungsverfahren (BKA, Länderpolizeien, Zollfahndung) gegen auf deutschem Gebiet operierende hochkarätige ausländische Organisationen bestätigt. Dabei werden nicht selten Vertriebsvolumina von mehreren Millionen Ecstasy-Tabletten pro Woche ermittelt. Extrem hohe Aufgriffsmengen in Deutschland, den Niederlanden, Belgien, Frankreich und den Zielländern des Schmuggels, wie den USA oder Australien, belegen dies nachhaltig.

Im Zusammenhang mit Ecstasy hat sich Europa in den letzten Jahren von einer ursprünglich reinen Konsumregion zu einer Rauschgiftquellregion entwickelt und dominiert gegenwärtig in diesem Bereich den Weltmarkt. Ausgehend von Europa werden nahezu alle Staaten der Welt mit Ecstasy-Tabletten beliefert. Dabei kommt es auch zu so genannten Kompensationsgeschäften mit Heroin-, Kokain- und Cannabisprodukten.

Das Dunkelfeld

In der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS), die jährlich vom Bundeskriminalamt erstellt wird, werden die von der Polizei bearbeiteten strafrechtswidrigen Taten einschließlich der mit Strafe bedrohten Versuche in bestimmten Deliktsbereichen ausgewiesen. Die vom Zoll bearbeiteten Rauschgiftdelikte sind darin einbezogen.

Die hieraus ableitbaren Ergebnisse beschreiben das so genannte Hellfeld. Da der Polizei aber nicht alle begangenen Straftaten bekannt werden, was wegen des geringen Anzeigeverhaltens in besonderem Maße für die Rauschgiftkriminalität gilt, ergibt sich hier ein nicht unerhebliches Dunkelfeld. Zur Erschließung des Gesamtphänomens erscheinen im Bereich „synthetische Drogen“ verschiedene Modellüberlegungen betrachtenswert:

- **Modellüberlegung 1**

Ausgehend von weltweit 30 Millionen Konsumenten synthetischer Drogen kann (stark vereinfacht) dementsprechend ein Minimalproduktions- und Konsumvolumen von 30 Millionen Ecstasy-Tabletten angenommen werden. Dies ist mit jeder beliebigen Konsumfrequenz zu multiplizieren (z.B. Konsum von fünf Tabletten pro Konsument pro Jahr ergibt einen Näherungswert von 150 Millionen Ecstasy-Tabletten als weltweiten Gesamtverbrauch). Dabei berücksichtigt dieses (einfache) Modell nicht den Beikonsum anderer Drogen oder andere regionalspezifische Missbrauchsformen (z.B. „*Ice*“, Methamphetamin-Tabletten in Fernost).

- **Modellüberlegung 2**

Anlässlich der Love-Parade in Berlin versammeln sich jährlich etwa eine Million Menschen. Schätzungen (der Medien) zufolge konsumieren hierbei zwischen 10 und 80% der

Teilnehmer Ecstasy-Tabletten. Nimmt man diese Schätzungen als Grundlage, lässt sich folgende Modellrechnung anstellen: Allein bei einem Anteil von nur einem Prozent Ecstasykonsumenten würden zunächst mindestens 10.000 Ecstasy-Tabletten kursieren. Geht man von der Dauer der Veranstaltung und den bekannten Konsummustern aus, muss diese Menge zwangsläufig weiter hochgerechnet werden. Im nächsten Schritt bedarf es der Betrachtung aller noch bekannten, ähnlichen Veranstaltungen, multipliziert mit der Anzahl der Wochenenden eines Jahres und allen anderen denkbaren „Settings zum Ecstasykonsum".

- **Modellüberlegung 3**

Nach Schätzungen der Londoner Rauschgiftbehörde (NCIS) werden in Großbritannien etwa zwei Millionen Tabletten pro Woche konsumiert. Das entspräche einer Menge von über 100 Millionen Tabletten pro Jahr (nur in Großbritannien!).

- **Modellüberlegung 4**

In einem semiprofessionellen Rauschgiftlabor können nach dem BKA vorliegenden Erkenntnissen täglich problemlos 50-100 kg MDMA oder Amphetamin produziert werden. Daraus lassen sich mit wenig Mehraufwand Hunderttausende bis zu einer Million Ecstasy-Tabletten pressen. Es wurden Labore sichergestellt, die nachweislich den Rauschgiftmarkt mit weit über 100 Millionen Tabletten versorgt haben. 1993 gelang dem BKA die Sicherstellung von elf Millionen Ecstasy-Tabletten am Flughafen in Frankfurt. Diese stammten aus einem ausländischen Gesamtproduktionsvolumen von 25 Millionen Tabletten, die man innerhalb nur weniger Tage hergestellt hatte. Durch Ermittlungen ist belegt, dass auf Täterseite weit größere Produktionskapazitäten avisiert waren.

- **Modellüberlegung 5**

Auf Basis der zunehmenden Fälle des Auffindens von illegal entsorgten Chemikalien in Europa, die nachweislich aus der Produktion von Amphetaminderivaten stammen, wurden Hochrechnungen über die theoretischen und praktischen Produktionskapazitäten illegaler Labore durchgeführt. Diese führen zu der Annahme, dass allein in einem Land in den letzten Jahren weit über 400 Millionen Ecstasy-Tabletten produziert worden sein müssen.

Allen diesen Modellüberlegungen ist gemeinsam, dass sie den Versuch wagen, mit den vorliegenden Daten einen Rückschluss auf das Dunkelfeld zu ermöglichen. Es ergeben sich bemerkenswerte Größenordnungen, die zweifelsfrei den Schluss zulassen, bei Ecstasy von einem globalen Massenphänomen sprechen zu müssen.

Ecstasy – *The Problem Child?!*

Die Attraktivität von Ecstasy

Ecstasy ist unter einem Großteil der Jugendlichen die Zauberformel der Gegenwart. Die mit dem Szenebegriff verknüpften Wirkungsweisen treffen von allen zur Verfügung

stehenden illegalen Rauschgiften den gegenwärtig vorherrschenden Zeitgeist am deutlichsten.

Ecstasy macht (vermeintlich) leistungsstark, unbesiegbar, verliebt, hemmungslos, begehrenswert und es weckt Begierden. Ecstasy ist cool, klein, billig, einfach zu handhaben und (angeblich) überhaupt nicht gefährlich. Ecstasy ist bunt, schrill, schillernd, vielfältig, nicht aufdringlich und macht (angeblich) kein bisschen süchtig. Ecstasy ist alles und nichts. Es ist in den Köpfen vieler Modedroge, Partydroge, Designer-Droge. Es ist die Droge der Gegenwart und die der Zukunft – es ist aber zunächst nichts weiter als eine attraktive Szenebezeichnung für Wirksubstanzen u.a. aus der Gruppe der β-Phenylethylamine, also der Amphetamine bzw. der Amphetaminderivate.

Nach Einschätzung von Wissenschaftlern zählen Amphetamin und seine Derivate zweifelsohne zu den so genannten harten Drogen! Ecstasy, genauer MDMA, und andere Vertreter aus der Gruppe der Amphetaminderivate sind nicht in das Betäubungsmittelgesetz aufgenommen worden, um „einer Generation den Spaß am Feiern zu nehmen", sondern weil diese Stoffe gefährlich und nicht zur Anwendung am Menschen geeignet sind!

Die Attraktivität der Droge beruht im Wesentlichen auf der Konsumform „Tablette". Diese stellt sich durch die gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen als Symbiose aus einem quasi legalen Outfit und einem den aktuellen Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechenden Stimulus dar. Tablettenkonsum ist in den Industriestaaten alltäglich, erfolgt weitgehend kritiklos und wird mit Aspekten wie „helfen" und „heilen" assoziiert.

Die Kombination „Rauschgift" und „Tablette" – mit sympathischen Motiven, scheinbarer Professionalität und der überaus einfachen Handhabbarkeit – dürfte maßgeblich zur breitflächigen und schnellen Akzeptanz von Ecstasy in allen betroffenen Schichten und Altersklassen beigetragen haben.

Was ist Ecstasy?

Ecstasy ist eine Szenebezeichnung, die Mitte der siebziger Jahre in den USA für ein Rauschgift mit der chemischen Bezeichnung 3,4-Methylendioxy-N-methamphetamin geprägt wurde. Die weitläufiger bekannte Kurzform dieses Stoffes ist MDMA (Anlage I Betäubungsmittelgesetz).

MDMA zeichnet sich durch eine hohe orale Bioverfügbarkeit aus. Neben den bekannten Rauschgiftkonsumarten ermöglicht dieser Umstand eine einfache Applikation. Der Schritt von MDMA, das zunächst als Pulver in der Szene verbreitet wurde, hin zur Tablette und damit zur konfektionierten Ware, war aus Herstellersicht ein logischer, konsequenter und durchaus auch mit wirtschaftlichen Interessen verbundener Schritt.

Den Produzenten stehen allerdings nicht immer die zur Herstellung von MDMA notwendigen Ausgangsmaterialien zur Verfügung. Auch sind den Produzenten durchaus

die in der Wissenschaft publizierten „Struktur-Wirkungs-Beziehungen“ bekannt. Aus diesen Gründen werden seit jeher auch andere Amphetaminderivate als MDMA in Tabletten verpresst. Die Palette reicht von dem angeblich leicht schwächer wirkenden MDE, dem zweiten Klassiker MDA bis hin zu den stärker wirkenden halluzinogenen Amphetaminderivaten, wie 2-CB, DOB, DOM. Versuchsweise werden vollkommen neue Amphetaminderivate wie bspw. MDBD, PMMA oder 4-MTA einzeln oder kombiniert als „Ecstasy“ auf dem Rauschgiftmarkt angeboten.

Ecstasy kann deshalb heute nicht mehr monomisch als Synonym für MDMA verstanden werden. Wer heute MDMA meint, darf nicht „Ecstasy“ sagen, wer „Ecstasy“ sagt, spricht von Rauschgift in Tablettenform, das vorwiegend Wirkstoffe aus der Gruppe der β-Phenylethylamine (Amphetamine) enthält, die nicht per se dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt sind.

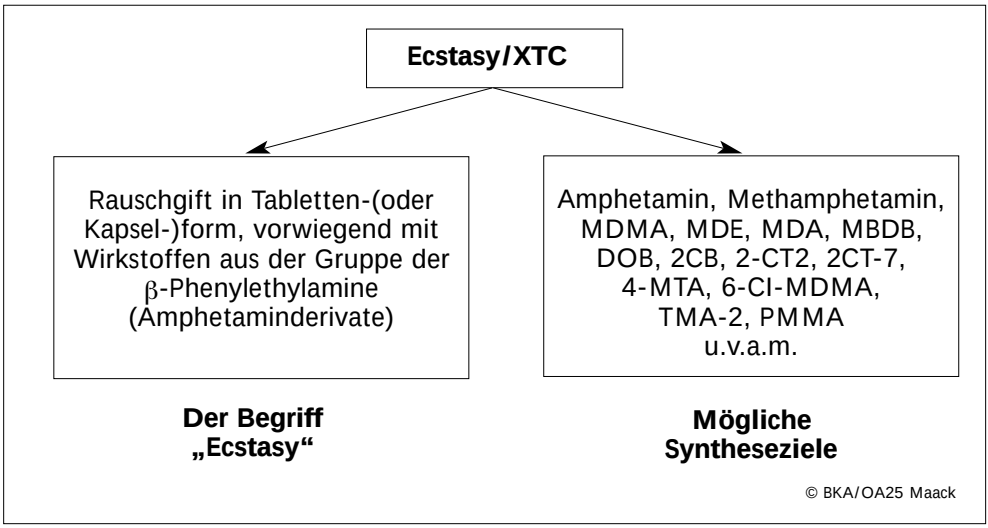


Abb. 4: Begriffsbestimmung Ecstasy

Durch die Verwendung der Konsumform „Tablette“ ist die Hemmschwelle zum Rauschgiftkonsum im Vergleich zu den traditionellen Rauschgiften wesentlich herabgesetzt. Der (potenzielle) Konsument muss nicht spritzen, nicht schnupfen, keinen „Joint bauen“. Er nimmt nur eine Tablette – ein „E“ – ein.

Ecstasy – Tablettenmotive

Vielfältig ist auch die Anzahl der verwendeten Tablettenmotive. Aktuell sind weit über 800 verschiedene Motivvarianten auf Ecstasy-Tabletten bekannt. Das BKA verfügt gegenwärtig über eine weltweit einzigartige Ecstasy-Sammlung, die Proben aus mehreren Tausend Sicherstellungen aus allen Kontinenten umfasst.

Der Zusammenhang zwischen einem Motiv und einer scheinbar deutlichen Akzeptanz in der Szene ist nicht immer auf den ersten Blick zu ergründen. Warum z.B. ausgerechnet das Motiv „Mitsubishi“ seit seinem ersten Auftreten so viel erfolgreicher war als es die Tablettenmotive „Asterix“, „Ferrari“, „Herz“ oder „Nike“ jemals zusammen waren, erschließt sich erst, wenn die in der Szene praktizierte „Mund-zu-Mund“-Propaganda, einhergehend mit (animierenden) Warnmeldungen über neue (gefährliche) Inhaltsstoffe, mit ins Kalkül gezogen wird. Heute sind weit über zehn Varianten von „Mitsubishi“ bekannt. Die Unterscheidung der einzelnen „Sorten“ kann nur selten durch bloße Inaugenscheinnahme erfolgen.

Tatsache scheint zu sein, dass die auf den Tabletten aufgebrachten Motive Werbung und Image zugleich sind. Hierdurch kann ein auf eine bestimmte Zielgruppe zugeschnittenes Positiv-Image mit deutlicher Sympathiewirkung erzielt werden. Die Verwendung von „Pokemon“-, „Teletubby“- und „Schlumpf“-Motiven spricht eine deutliche Sprache, für welche Alters-/Zielgruppe hier produziert wird. Das Motiv „Hase“ zu Ostern und „Weihnachtsbaum“ gegen Jahresende kann man in diesem Kontext als eher geschäftstüchtige Versuche der Produzenten verstehen, den allgemeinen Kommerz auch auf ihren Bereich zu übertragen.

Durch die Verwendung von Motiven und gängigen Symbolen soll der Konsument zudem zur Markentreue angehalten werden. Für Tabletten mit einem guten Szene-Image werden dementsprechend z.T. deutlich höhere Preise bezahlt als für unprofessionell aussehende Exemplare („minderwertigere Ware“). Zahlreiche Fälle des „Umtauschs von Tablettenbruch“ belegen, dass ein maßgeblicher Bewertungsfaktor für den Aspekt „wie riskant ist die Einnahme dieser Ecstasy“ bei Konsumenten zu einem nicht unerheblichen Teil von rein äußerlichen Merkmalen der Tablette abhängig zu sein scheint.

Die Gefahren des Ecstasykonsums

Mit dem zunehmenden Missbrauch von Ecstasy mehren sich die Fälle, in denen der Konsum keineswegs so harmlos war, wie es den Betroffenen in der Vergangenheit zum Teil glaubhaft gemacht wurde. Die Zahl der Vorfälle, insbesondere an und nach Wochenenden, in denen Jugendliche aufgrund individueller medizinischer Komplikationen in psychiatrische und intensivmedizinische Einrichtungen eingeliefert werden müssen, steigt stetig.

Die bisher veröffentlichten Studien belegen die grundsätzliche Gefährlichkeit von MDMA und Amphetamin, äußern sich aber aufgrund der vergleichsweise geringen Probandenkollektive aus wissenschaftlichen Erwägungen heraus nur eingeschränkt zu den (unabweisbaren) Langzeitschädigungen. Noch nicht abschließend geklärt ist z.B., ob die Konsumfrequenz von entscheidender Bedeutung für den Grad der Hirnschädigung ist.

Der Eingriff von MDMA und anderen Amphetaminderivaten in das außerordentlich fein ausbalancierte Neurotransmittersystem führt zu dauerhaften Schäden im Gehirn. Diese

Schäden reichen u.a. von einem Nachlassen der Gedächtnisleistung, „emotionaler Verarmung“ über „psychotische Verhaltensmuster“ bis hin zu einer erhöhten Suizidneigung. Eine erhöhte Gefahr besteht hier für das noch nicht vollständig ausentwickelte Gehirn Jungerwachsener. Aufgrund aktuellster Forschungsergebnisse und bekannter Kasuistiken lässt sich für die nahe Zukunft ein nicht unerheblicher Schaden für die Volksgesundheit prognostizieren.

Todesfälle im Zusammenhang mit Ecstasy

Neben akuten und chronischen Intoxikationen wurden seit Mitte der neunziger Jahre bis 2000 insgesamt 298 Todesfälle in Deutschland bekannt, die im Zusammenhang mit dem Konsum von Ecstasy stehen (siehe *Tabelle 1*). Dies dürfte aber nicht das volle Ausmaß der Realität widerspiegeln. Bekanntermaßen werden nicht alle drogenbedingten Todesfälle erkannt bzw. nicht rechtsmedizinisch abgeklärt.

In der Mehrzahl der bekannten Ecstasy-Todesfälle lagen letale Mischintoxikationen mit anderen Betäubungsmitteln und/oder Alkohol sowie Suizide vor. Alle diese Fälle stehen nach den polizeilichen Ermittlungen in kausalem Zusammenhang mit dem Konsum von Ecstasy-Tabletten.

1995	18	Todesfälle i.Z.m. Ecstasy-Tabletten und Amphetamin(en)
1996	20	Todesfälle i.Z.m. Ecstasy-Tabletten und Amphetamin(en)
1997	40	Todesfälle i.Z.m. Ecstasy-Tabletten und Amphetamin(en)
1998	52	Todesfälle i.Z.m. Ecstasy-Tabletten und Amphetamin(en)
1999	78	Todesfälle i.Z.m. Ecstasy-Tabletten und Amphetamin(en)
2000	90	Todesfälle i.Z.m. Ecstasy-Tabletten und Amphetamin(en)
Insgesamt	**298**	

Tab.1: Todesfälle im Zusammenhang mit Ecstasy-Tabletten und Amphetamin(en) seit 1995

Eine Vielzahl von Todesfällen widerlegt inzwischen aufgrund forensisch-toxikologischer Expertisen die oft vertretene These, dass wegen der großen „therapeutischen Breite“ der Amphetaminderivate keine letalen Intoxikationen zu erwarten seien.

Konsummuster

Inwieweit sich die Gefahren des Ecstasykonsums durch polytoxikomanes Verhalten abermals erhöhen, wurde bisher in wissenschaftlichen Studien nicht abschließend untersucht. Aus empirischen Studien und repräsentativen Umfragen ist allerdings bekannt, dass der „Ecstasy-Mono-Konsument“ nur selten zu finden ist. Gebräuchliche Konsummuster schließen neben einem hochfrequenten Ecstasykonsum fast immer Alkohol und/oder den Missbrauch von Cannabisprodukten mit ein. Bei einem nicht unerheblichen Teil der Ecstasykonsumenten wurde bis zu fünffacher Drogenmissbrauch (Ecstasy, Cannabis, LSD, Amphetamin und Kokain) festgestellt.

Es erhebt sich somit die Frage, ob Ecstasykonsum zutreffenderweise „nur als Jugendsünde“ oder auch als „das Ausbrechen aus gesellschaftlichen Zwängen“ zu betrachten ist. Ecstasykonsum kann nicht nur als „Tablettensucht“ verstanden werden, sondern ist vielmehr der Ausdruck einer gesellschaftsbedrohlichen Form des polytoxikomanen Drogenmissbrauchs.

Designer-Drogen-Problematik

Begriffsbestimmung

Mit zunehmender Verbreitung der synthetischen Drogen tauchen regelmäßig immer neue Derivate des β-Phenethylamins in als „Ecstasy“ bezeichneten Tabletten auf. So sind seit Anfang der neunziger Jahre Verbindungen wie 2CT-7, MBDB, 4-MTA, PMA und viele andere mehr integraler Bestandteil dessen, was in der Szene unter dem Schlagwort „Ecstasy“ kursiert. Für diese Stoffe wird in der Öffentlichkeit oftmals fälschlicherweise der Begriff „legales Ecstasy“ verwendet, da ihre spezifischen Inhaltsstoffe bei „Neuheiten“ nicht unbedingt sofort den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften unterliegen müssen. Diese Interpretation ist allerdings gefährlich, da sie Konsumenten suggeriert, dass der Gebrauch nicht gesundheitsschädlich sein kann und zudem unter BtM-Aspekten auch legal ist.

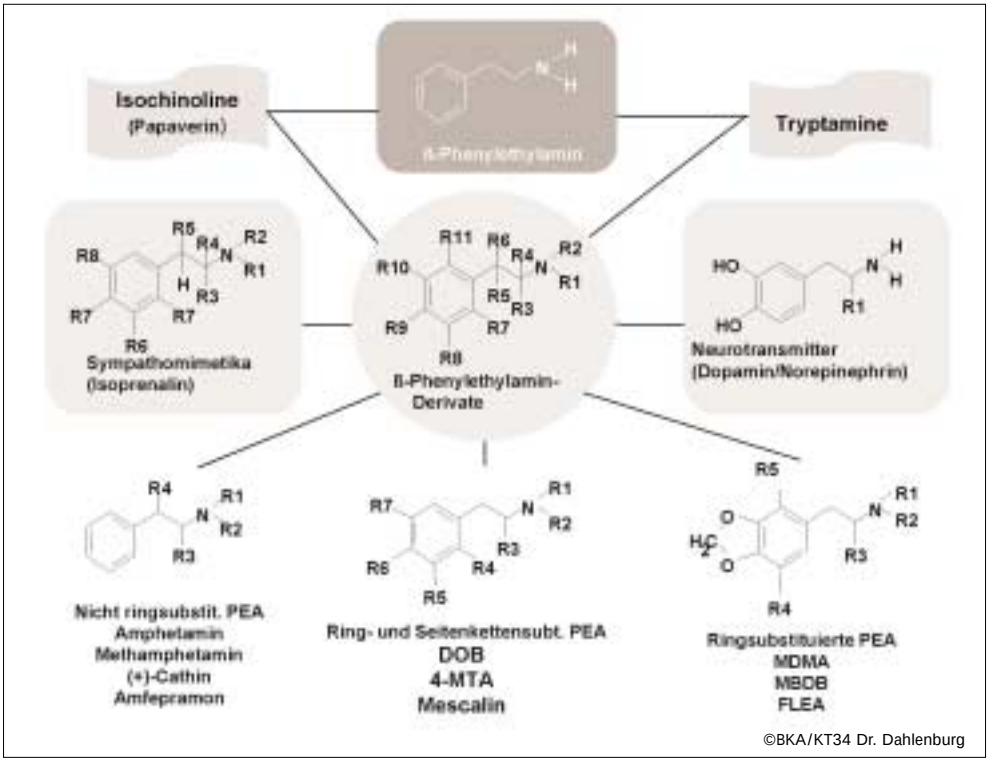


Abb. 5: β-Phenylethylamin-Derivate

Begriffsbestimmung „Designer-Drogen“

Designer-Drogen sind Substanzen, die durch eine Veränderung der Molekularstruktur einerseits optimiert wirken sollen, andererseits mit dem Ziel der Umgehung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften hergestellt werden. Begrifflich werden Designer-Drogen mit der gesetzlichen Erfassung zu Betäubungsmitteln.

Betrachtet man den Bereich der synthetischen Drogen in allen möglichen und bekannten Facetten, dann muss man auch die Tryptamine, Fentanyle, Phencyclidine und Methaqualone mit einschließen. Insbesondere im Bereich der Tryptamine liegen in Deutschland, Großbritannien und den USA erste, mit den für die Amphetaminderivate vergleichbare Erfahrungen vor.

Rechtsgrundlagen

Das deutsche Betäubungsmittelgesetz (BtMG) stellt als materielles Nebenstrafrecht verschiedene Tatbestände (illegaler Handel, illegale Herstellung usw.) dann unter Strafe (bzw. unter Auflagen), wenn gemäß § 1 Absatz 1 BtMG eine in den Anlagen I bis III aufgelistete Substanz Gegenstand des Tatgeschehens ist. Im Falle der so genannten Designer-Drogen-Problematik sind die Strafverfolgungsbehörden demzufolge gegenwärtig mit zahlreichen Problemen konfrontiert, da die Anlagen des BtMG eine abschließende Aufzählung darstellen.

Wenn also der materielle BtM-Begriff für Designer-Drogen nicht greift, kann zumindest der Arzneimittelbegriff aus § 2 Abs. 1 Nr. 5 Arzneimittelgesetz (AMG) angewendet werden. Demnach sind Arzneimittel „Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die dazu bestimmt sind, durch Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper [...] die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder seelische Zustände zu beeinflussen“. Mit seinem Urteil vom 3. 12. 1997 hat der Bundesgerichtshof (BGH) zwar Rechtsgrundlagen zur Verfolgung und Ahndung derartiger Verstöße aus dem Arzneimittelgesetz als möglichen Auffangtatbestand bestätigt, gleichwohl sind einige grundsätzliche Belange aus polizeilicher Sicht noch offen.

Die gesetzliche Erfassung von Designer-Drogen

Den Kristallisationspunkt der Designer-Drogen-Problematik stellte MBDB dar, das nach der ersten analytischen Feststellung im Juni 1994 in Deutschland in kürzester Zeit global Verbreitung fand. Seitens der Strafverfolgungsbehörden ist es in allen Fällen angestrebt, neue in der Szene kursierende β-Phenylethylamine den Vorschriften des BtMG zu unterstellen. Dem wird durch § 1 Abs. 3 des BtMG Rechnung getragen, der 1992 im Rahmen des „Gesetzes zur Bekämpfung der Organisierten Kriminalität“ (OrgKG) in das BtMG eingeführt wurde. Dieser ermächtigt den Bundesminister für Gesundheit, Stoffe, die keine [zugelassenen] Arzneimittel sind, für die Dauer eines Jahres per Rechtsverordnung in die Anlagen des BtMG aufzunehmen, wenn dies wegen des Ausmaßes der missbräuch-

lichen Verwendung und wegen der unmittelbaren oder mittelbaren Gefährdung der Gesundheit erforderlich ist.

Grundlage für die Möglichkeiten zur Anwendung dieser optimierten rechtlichen Voraussetzung stellen die beim BKA (als die zuständige nationale Zentralstelle) eingehenden Meldungen über die Feststellung neuer synthetischer Drogen dar. Die Regelung des § 1 Abs. 3 BtMG wurde 1995 erstmals im Zusammenhang mit MBDB angewandt und führte seitdem zur gesetzlichen Erfassung von knapp 30 Stoffen. Diese wurden somit in der Rechtsanwendung zu Betäubungsmitteln. Inzwischen sind alle gemäß § 1 Abs. 2 BtMG dauerhaft gesetzlich erfasste Betäubungsmittel.

Internationaler Informationsaustausch zu Designer-Drogen

Das Problem „Designer-Drogen“ ist kein isoliertes, nationales Phänomen. 1997 wurde unter Beteiligung des BKA auf europäischer Ebene ein Mechanismus eingeführt, der dazu beiträgt, dass in kürzester Zeit europaweit relevante Informationen zu Designer-Drogen bei den verantwortlichen nationalen Behörden verfügbar werden. Dieser als *early warning system* (Europäisches Frühwarnsystem) bezeichnete Informationsaustausch basiert auf der „Gemeinsamen Maßnahme des EU-Rates vom 16. Juni 1997“. Ergänzend werden neu festgestellte Stoffe einer so genannten Risikobewertung unterzogen.

Ziel der gesamten Maßnahme ist es, in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union eine Grundlage zu schaffen, die es ermöglicht, die nationalen betäubungsmittelrechtlichen

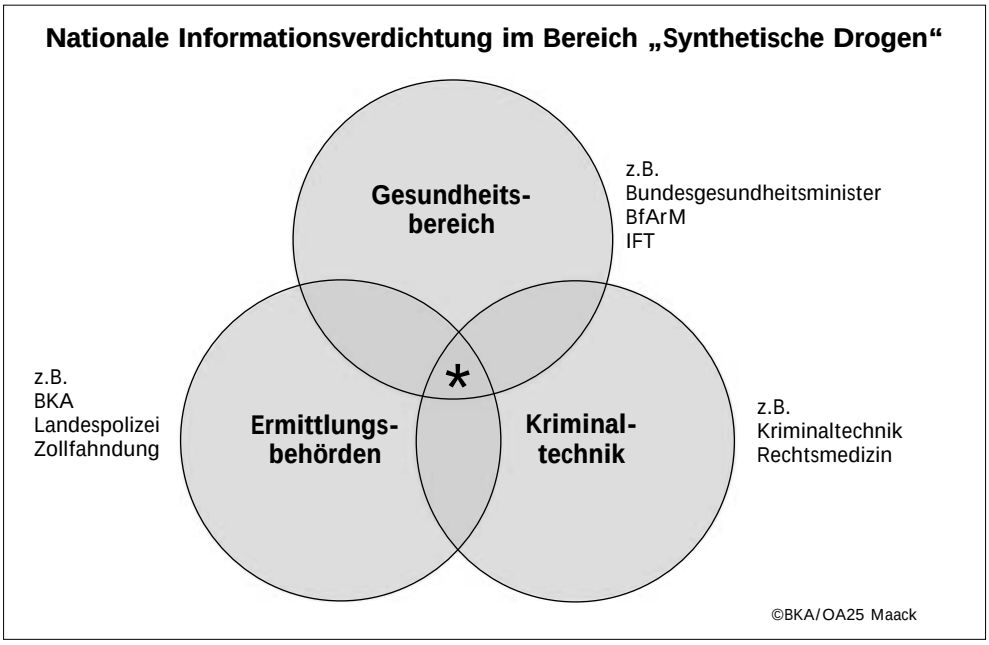


Abb. 6: Schnittstellen im Bereich „Designer-Drogen“

Bestimmungen im Hinblick auf die Verfügbarkeit synthetischer Drogen den ständigen Veränderungen anzupassen. Dabei sollen gemäß den mit der Gemeinsamen Maßnahme geschaffenen Meldeverpflichtungen nicht nur Informationen aus dem Bereich der jeweiligen nationalen Strafverfolgungsbehörden (Polizei, Zoll, Kriminaltechnik) einfließen, sondern das Datenmaterial um den Bereich des REITOX-Netzes (Gesundheits-/Präventionsbehörden) erweitert werden. Auf gesamteuropäischer Ebene wird durch parallele Einbindung von Europol und der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) der notwendige Informationsaustausch gewährleistet.

Kommunikation im Rahmen des Europäischen Frühwarnsystems

Der Datenfluss innerhalb des so genannten *early warning system* ist für Deutschland im Rahmen von zwei verschiedenen Ausgangssachverhalten von Bedeutung. Einerseits kann Deutschland als Ursprungsland der Informationen in Frage kommen, was bedeutet, eine neue Designer-Droge wird in Deutschland erstmals analytisch festgestellt; andererseits kann die Bundesrepublik Deutschland an der analytischen Feststellung aus einem anderen Mitgliedsstaat partizipieren. Der Austausch der relevanten Daten soll in beiden Fällen über das BKA in seiner Funktion als nationales/internationales Bindeglied erfolgen.

Die Erfahrung zeigt, dass der Informationsaustausch in allen Fällen der Feststellung von Designer-Drogen möglichst zeitnah erfolgen muss. Nur durch entsprechend schnelle und flexible Reaktion kann gewährleistet werden, dass nach der ersten Feststellung eintretende Sicherstellungen schon unter optimierten rechtlichen Bedingungen behandelt werden können.

Im Rahmen der internationalen Kommunikation tritt das BKA einerseits als Informationsmittler, andererseits als Initiator der gesetzlichen Maßnahmen bei den zuständigen nationalen Ministerien auf. Auf diesem Wege konnten von den bisher im Rahmen des Sofortverfahrens unterstellten Stoffen nicht nur national, sondern bereits auch mehrere im Ausland bekannt gewordene Substanzen in der Anlage I BtMG erfasst werden.

Exkurs: Biogene Drogen und Tryptamine

Als biogene Drogen bezeichnet man allgemein Stoffe und Zubereitungen, die primär aus Pflanzen oder tierischen Organismen gewonnen und direkt konsumiert werden. Teilweise erfolgt bei der Gewinnung eine einfache Veränderung bzw. Umwandlung durch Zerkleinerung, Gärung, Trocknung oder Komprimierung (Pressen). Es findet aber keine komplexe Bearbeitung oder Isolierung der Inhaltsstoffe statt.

Biogene Drogen rücken zunehmend in das Interesse der Öffentlichkeit. Begünstigt wird diese Entwicklung sicherlich auch durch die Besinnung auf naturverbundene Lebensformen (sog. „grüne Welle“) bzw. vermehrte Anwendung alternativer Therapieverfahren (Naturheilkunde).

Die Kenntnisse über giftige/berauschende Pflanzen und Tiere sind so alt wie die Menschheit selbst. Das weltweite, natürliche Potenzial an Pflanzen und Tieren mit psychoaktiven Inhaltsstoffen (sog. Sekundärstoffe) ist nicht abschließend bekannt. Man schätzt die Anzahl aller Sekundärstoffe auf etwa 500.000, von denen bisher etwa 100.000 Vertreter aufgeklärt sind. Prinzipiell ist es mit entsprechender Fachkenntnis möglich, fast jedes Betäubungsmittel – insbesondere die vollsynthetischen – durch reine Naturprodukte zu ersetzen.

Die Rückbesinnung auf ökologisch orientierte Lebensweisen in den Industrienationen findet seit Mitte der neunziger Jahre auch verstärkt ihren Niederschlag in der Drogenszene. Hier scheint sich ein nicht unerhebliches Marktpotenzial mit entsprechenden Gewinnmargen zu etablieren. Forcierend auf diesen Trend wirken sicherlich entsprechende Presseberichte und Publikationen in Buchform bzw. Szene-Zeitschriften (z.B. *Hanf-Magazin* oder *Grow*), in denen sich außerdem entsprechende Werbeanzeigen finden. Auch das Internet trägt in nicht unerheblichem Maße zur Zunahme des Wissens über einheimische/exotische, unter Suchtaspekten missbrauchsfähige Naturprodukte und deren Verfügbarkeit auf den lokalen Märkten bei. Allein von der einheimischen Flora sind etwa 60 Arten gebräuchlich genutzt oder ohne nennenswerten Aufwand verwertbar.

In diesem Zusammenhang erleben speziell die Tryptamine eine Renaissance, wenn man von LSD, Etryptamin und Dimethyltryptamin (DMT) absieht. Mit dem „Fortsetzungsroman“ „TiHKAL“ (*Tryptamines I Have Known And Loved*) geben die Autoren Shulgin/Shulgin (analog dem Buch „*PiHKAL*“ zu Phenethylaminen) einen Überblick über Herkunft, Gewinnung bzw. Synthese, Konsumanleitungen und Dosierungen von insgesamt 51 natürlichen und synthetischen Tryptaminen sowie LSD und 42 Analoga. Synthetische Tryptamine finden bisher allerdings kaum entsprechende Absatzmärkte. Dies dürfte vor allem in den nicht kalkulierbaren Nebenwirkungen begründet sein. In der Vergangenheit gab es z.B. eine Reihe von Todesfällen nach Konsum von Etryptamin, die auch in der Szene bekannt sein dürften.

Anders die Einstellung gegenüber den „Naturprodukten“. Der Konsument ist in dem Glauben, die Inhaltsstoffe zu kennen und sich somit einer geringen Gefahr auszusetzen. Für ihn erscheinen Herstellung und Verarbeitung nachvollziehbar „ökologisch“ und ohne chemische Zusätze. Der Verzehr von pflanzlichen Produkten wird überwiegend als sauber und unschädlich empfunden.

Khat („*natural amphetamine*“) ist beispielsweise in den traditionellen Herkunftsländern auf der arabischen Halbinsel und im östlichen Afrika sowohl im Alltagsleben als auch im Rahmen unterschiedlichster Feierlichkeiten eine gebräuchliche und sozial akzeptierte Droge. In den meisten europäischen Staaten unterliegen Cathinon und Cathin sowie Khat selbst den jeweiligen Betäubungsmittelgesetzen. Durch die vermehrte Zuwanderung von Menschen aus den o.g. Regionen nach Europa ist hier mittlerweile eine entsprechende Nachfrage entstanden. Khat entfaltet sein typisches Wirkspektrum aber nur als Frischdroge. Dank moderner Transportsysteme und -logistik kann der europäische Markt mit entsprechendem Material und in ausreichender Menge versorgt werden.

Blätterpilze (Psilocybe) zählen derzeit zu den am häufigsten unter Suchtaspekten konsumierten biogenen Drogen. Hauptwirkstoff ist das Psilocybin, in geringerer Konzentration auch Psilocin und andere Tryptamin-Derivate. Bei weiteren sieben Gattungen mit mehr als

130 Arten konnten diese Tryptamine nachgewiesen werden. Bezüglich der Verbreitung, des Wirkstoffgehalts und der Erkennbarkeit gilt *Psilocybe semilanceata* als die für Europa wichtigste Art. Von Bedeutung scheinen noch *Panaeolus subbalteatus* und *Psilocybe cyanescens* zu sein. Die übliche Konsumform besteht im Verzehr der getrockneten oder frischen Pilze (auch als Teeaufguss oder Suppe). Zunehmend werden die Pilze in speziellen Verkaufsläden, sog. „Head & Grow-Shops“ oder „Smart Shops“, und im Internet angeboten. Selbst komplette Aufzuchtsets sind erhältlich.

Zur Umgehung von betäubungsmittelrechtlichen Rechtsvorschriften kommen die getrockneten Pilze teilweise als so genannte Duftkissen auf dem Markt. Dabei sind ca. 2–5 g Trockenpilze (bevorzugt *Psilocybe cubensis* und *Copelandia cyanescens*) in Stoffsäckchen eingenäht und mit Folie luftdicht verschweißt. Auf den beigefügten Produktinformationen findet man die Information, dass die getrockneten Pilze „die Entfaltung der magischen Kräfte“ im okkultistischen Sinne fördern sollen, wobei allerdings kein wissenschaftlicher Beweis für die Wirksamkeit beigebracht werden kann.

Zitat aus den Produktinformationen: *„Vielleicht ist es der waldig-erdige Geruch, der dem Körper das beruhigende Gefühl gibt, natürlich gebettet zu sein? Wir wissen es nicht und konnten diese Aussagen nicht wissenschaftlich bestätigen.“*

Der professionelle (illegale) Anbau der Pilze findet bereits auf gewerblichem Niveau in Deutschland und den Niederlanden statt. Mittlerweile scheint ein gut funktionierendes Distributions- und Handelsnetz zu existieren.

Neben psilocybinhaltigen Pilzen wird in der Szene auch mit typischen Giftpilzen, wie dem Fliegenpilz (*Amanita muscaria*) oder Pantherpilz (*A. pantherina*) experimentiert. Auf die Palette weiterer konsumierter Pflanzen bzw. Pflanzenalkaloide kann hier nur exemplarisch eingegangen werden. Sie reicht von klassischen Giftpflanzen wie Scopolamin (*Datura stramonium*) oder Tollkirsche (*Atropa belladonna*) über *Ephedra sinica* (Ma-Huang, Ephedrin) bis zu Küchenkräutern wie Salbei (*Salvia officinalis*) mit dem Wirkstoff Thujon (Monoterpen). Sie werden in der Szene als Aufgüsse konsumiert oder geraucht.

In der letzten Zeit wurde über so genannte „Ayahuasca-Rituale“ berichtet, bei denen ein kaffeebraunes, bitteres Getränk (auch an Kinder!) gereicht wird. Hierbei handelt es sich um einen teeartigen Auszug aus der Rinde der südamerikanischen Waldliane *Banisteropsis caapi*. Diese enthält als Wirkstoffe u.a. die Indolalkaloide Harmin/Harmalin und z.T. 6-Methoxytryptamin. Zur Verbesserung der oralen Wirkung werden bei der Zubereitung des Getränks traditionell tryptaminhaltige Pflanzen zugesetzt.

„Drugchecking“

Grundlagen

Seit der großflächigen Verbreitung von Ecstasy-Tabletten in der Rauschgiftszene, d.h. bereits seit Mitte der neunziger Jahre, wird in der öffentlichen Diskussion fortwährend die Behauptung aufgestellt, das Gefahrenpotenzial ginge von den Verunreinigungen in den Ecstasy-Tabletten aus. Dies ist von kriminaltechnischen Analyseergebnissen nicht bestätigt. Dennoch besteht in diesem Zusammenhang ungebrochen die Forderung nach Durchführung von nichtstaatlichen Tablettentests („Drugchecking“). Dieses Ansinnen ist aus Sicht des BKA aber offensichtlich mit einigen grundlegenden „Missverständnissen“ verknüpft:

- Dem Testobjekt Ecstasy-Tablette wird dabei der Status eines zugelassenen und damit unter arzneimittelrechtlichen Gesichtspunkten getesteten Fertigarzneimittels eingeräumt.
- Es werden ethisch-moralische Grundsätze, wie sie für Arzneimittel gelten, auf illegal produzierte Waren angewandt.
- Es wird negiert, dass Ecstasy-Tabletten in keiner Weise die Kriterien für die Zulassung zur Anwendung am Menschen erfüllen.
- Es soll eine „Produkttestung“ mit einer („pseudowissenschaftlichen“) Risikobewertung für eine Ware erfolgen, die nachweislich keine belegbaren Indikationen vorweist.

Möglichkeiten, Grenzen und Risiken des „Drugchecking“

Für die Entwicklung eines Konzepts zur Durchführung von „Tablettentests“ („Drugchecking“) durch nichtstaatliche Stellen und Institutionen bedarf es einer tiefer gehenden Begründung und der Darlegung zusätzlicher Argumente, wie die bereits gut funktionierenden Überwachungs- und Früherkennungssysteme im Bereich der synthetischen Drogen wirkungsvoll ergänzt werden könnten. Dies betrifft vor allem die Aussagekraft und den „Mehrwert“, den das „Drugchecking“ für den Konsumenten vor Ort (in seinem spezifischen Set und Setting) tatsächlich erbringen könnte. Entscheidend für diese Beurteilung ist die Frage nach dem wissenschaftlichen Fundament und der Art und Weise der konkreten Durchführungsmöglichkeiten im Verhältnis zu den angestrebten Zielen. Für die Durchführung von groß angelegten Tablettentests in der Rauschgiftszene werden von den Befürwortern verschiedene Modelle angeboten und diskutiert.

Zum einen offeriert man unspezifische Farbtests („Marquis“-Reagenz), zum anderen immunchemische Screening-Verfahren und andere chromatographische Analysemethoden (z.B. HPLC, GC/MS). Nichtinstrumentelle Schnelltestverfahren, wie z.B. der „Marquis“-Test, wie er auch auf einschlägigen Seiten im Internet angeboten wird, liefern lediglich einen hinweisenden Charakter auf bestimmte Merkmalsträger von Stoffgruppen. Beispielsweise reagiert der „Marquis“-Test sowohl auf Opiate als auch auf Amphetamine. Er kann weder ein konkretes Amphetaminderivat noch angebliche „Beimengungen“ nachweisen. Er ist demnach für das „Drugchecking“ im Sinne einer „Risikominimierung“ vollkommen ungeeignet.

In Ermangelung verbindlicher medizinischer Bewertungen zur Gefährlichkeit von MDMA (alle vorliegenden Studien haben – z.T. aufgrund methodischer Mängel – bisher keine definitiven Aussagen getroffen bzw. treffen können) kann nicht nachvollzogen werden, warum dieser Wirkstoff – der zweifellos der in Ecstasy-Tabletten derzeit am häufigsten festgestellte ist – einer anderen Bewertungsgrundlage unterzogen werden soll, als andere bekannte Amphetaminderivate. Insoweit stellt die Einführung des so genannten „Drugchecking“ eine erhebliche Gefahr dar, die zum einen den mit dem Konsum von Amphetaminderivaten verknüpften Risiken nicht ausreichend Rechnung trägt und zum anderen gleichzeitig falsche Signale setzen würde. Es ist nicht plausibel, warum MDMA (ein nicht verkehrs- und verschreibungsfähiges BtM) – nur mit Blick auf den Aspekt der „Risikominimierung“ – einer anderen Bewertung unterzogen werden soll als z.B. Amphetamin (ein verkehrs- und verschreibungsfähiges BtM); dies umso mehr mit Blick auf die öffentliche Diskussion zur Gefährlichkeit bestimmter Arzneimittel, die strukturell weit von Psychopharmaka entfernt sind (z.B. Cerivastatin in Lipobay®).

Da das staatliche Ziel „Schutz der Volksgesundheit“ gleichermaßen durch AMG und BtMG gestützt wird, ist nicht nachvollziehbar, warum einerseits die „Kapitulation“ vor MDMA erfolgen soll, aber andererseits an der Apothekenpflicht (u.a.) bei weit weniger gefährlichen Wirkstoffen (zugelassenen) festzuhalten ist.

Ebenso berücksichtigt der Vorschlag zur Durchführung eines „Drugchecking“ nicht in gebührendem Maße die vorhandenen Erkenntnisse über das polytoxikomane Verhalten von Ecstasykonsumenten. Es stellt sich die Frage, wie sich die Ziele einer Primärprävention in der Ambivalenz zwischen pharmakologischer Interaktion von (getesteten) Tabletten (unterstellt MDMA sei tatsächlich ungefährlich und „zum Konsum im Partybereich“ geeignet) mit anderen Rauschgiften (z.B. Cannabis, LSD, Kokain usw.) bzw. großen Mengen Alkohol verhalten. Ferner kann das „Drugchecking“ dem (potenziellen) Konsumenten keine Aussage zu anderen wesentlichen Einflussfaktoren wie dem Set und dem Setting bieten. Hier wird ein essenzielles Problem deutlich, da diese Faktoren das individuelle Wirkungsbild von Ecstasy maßgeblich beeinflussen.

Als weiterer Aspekt steht die Frage im Raum, wovor nach durchgeführtem „Drugchecking“ konkret gewarnt werden kann und soll. Sind hohe Dosen, bestimmte Wirkstoffe oder bestimmte Wirkstoffkombinationen und/oder angebliche (im Bereich der polizeilichen Analyse aber nur vereinzelt festgestellte) Verunreinigungen warnenswert? Es stellt sich damit verknüpft die Frage, wer – nach momentanem Kenntnisstand – in der Lage wäre, verbindliche Standards festzulegen, und wie ergänzend gewährleistet ist, dass sie in den verschiedenen Institutionen (und im Benehmen mit dem Ausland) einheitlich angewendet werden. Den Argumenten der Befürworter des „Drugchecking“ folgend, wäre künftig mit einer Vielzahl von Warnmeldungen zu rechnen (ansonsten wäre das Instrument als solches überflüssig). Ob der potenzielle Konsument hier den Überblick bewahren kann, darf bezweifelt werden.

Fallkonstellation

Ein „Kunde“ lässt aus einer Gesamtmenge von zehn Tabletten, die er mit „Mengenrabatt“ erworben hatte, eine Tablette im Zuge des „Drugchecking“ testen. Als Analyseergebnis wird ihm als Hauptwirkstoff eine Mischung aus PMA/PMMA mitgeteilt. Der aufgeklärte Konsument kennt die kursierenden Warnmeldungen zu diesen Wirkstoffen und will demzufolge „seine Tabletten“ nicht einnehmen. Mit welchem Verhalten dieses „Kunden“ ist zu rechnen? Werden die Tabletten vom „Kunden“ entsorgt, entsorgt der Tester ggf. wegen der großen Gefahr bereits das ihm vorliegende Exemplar oder werden die Tabletten dennoch konsumiert (wie wäre das Verhalten, wenn nicht PMA/PMMA nachgewiesen worden wäre, sondern eine „gefährliche Beimengung“)?

Wird der „Kunde“ ggf. auch die auf Vorrat gekauften Tabletten entsorgen, um neue zu erwerben, bzw. würde er dazu neigen, die „negativ getesteten“ Tabletten an Dritte (unkritischere) Personen zu verkaufen, um seine eigenen finanziellen Verluste (Einkauf der Tabletten, Finanzierung des Test, Kauf weiterer Tabletten) möglichst gering zu halten? Andererseits stellt sich die Frage zu dem Verhalten eines Konsumenten bei „positivem Zertifikat“. Wäre er ggf. geneigt, nun möglichst viele dieser Tabletten mit „Gütesiegel“ zu kaufen, wenngleich von ihm nur eine „Stichprobe von einer Tablette“ zum Test vorgelegt wurde?

Weitere offene Aspekte betreffen die konkrete Art und Weise der Durchführung eines „Drugchecking“ und die Aufstellung damit verbundener normativer Regelungen. Dies ist in verschiedene Richtungen zu sehen und umfasst zunächst z.B. die Etablierung einer Altersgrenze, die zur Teilnahme am „Drugchecking“ berechtigt (Personen ab 14 Jahre, ab 16 Jahre, ab Volljährigkeit?). Ebenso ist offen, welche Tablettenmengen zur Untersuchungsstelle gebracht werden dürfen, um z.B. ein „Qualitätssiegel“ für Dealer zu vermeiden. Nachweislich kann die Wirkstoffkonzentration in Tabletten mit gleichen Motiven von 0 mg (Placebos) bis weit über 100 mg variieren. Wie sicher ist das Untersuchungsergebnis an einer Tablette für das Gesamtkollektiv der Tabletten, das der Konsument besitzen kann bzw. zu erwerben beabsichtigt.

Da für die Durchführung instrumenteller Tablettentests neben teurem Equipment zwingend qualifiziertes Personal eingesetzt werden muss und zudem je nach Untersuchungsmethode hohe Kosten für Verbrauchsmaterial anfallen können, stellt sich die Frage, mit welchen Kosten das „Drugchecking“ für den potenziellen Konsumenten verbunden ist. Für Analysen der Landeskriminalämter, zolltechnischen Prüfungs- und Lehranstalten und rechtsmedizinischen Institute fallen pro Materialprobe Kosten in Höhe von bis zu Hundert Euro und mehr an.

Damit verbunden stellt sich auch die Frage nach der maximalen Kapazität der „Drugchecking“-Labore und des Zeitfaktors einer Untersuchung, bis der Konsument „die Tablette endlich gefahrlos nehmen darf“. Der Abgleich des zum Konsum zur Verfügung stehenden Tablettenmotivs mit Listen (aus dem Internet) und einer Vielzahl von Warnmeldungen stellt wegen der großen Zahl der bekannten Motive und dem Fehlen einer

verbindlichen Motiv-Wirkstoffbeziehung ein unkalkulierbares Risiko im Sinne des beabsichtigten „Gesundheitsschutzes“ dar und muss demnach auch aus Sicht der Befürworter von vornherein ausscheiden.

Schließlich stellt sich im Zusammenhang mit solchen „Tests“ die Frage von kompetenten Erläuterungen erlangter Ergebnisse gegenüber dem „Auftraggeber“. Werden – notwendige – Erläuterungen zu Nebenwirkungen, Kreuzreaktionen, Konsumfrequenz und -mengen usw. überhaupt von diesen – richtig – verstanden?

Fazit aus polizeilicher Sicht

Selbst mit Blick auf Aspekte wie „Risikominimierung“ und „Gesundheitsschutz“ kann seitens der Befürworter dem Großteil der zuvor vorgebrachten Argumente und Fragestellungen, die bei weitem noch nicht das komplette Spektrum der Kritik und Bedenken abdecken, nicht adäquat begegnet werden.

In dieser Betrachtung sind zudem weder die vorhandenen und bedeutsamen rechtlichen Probleme noch Fragen nach „Garantenstellung“ und „Haftungsaspekten“, die sich aus der Durchführung der Tests unweigerlich ergeben, umfassend erörtert. Diese können hier allerdings im Detail unberücksichtigt bleiben, da auch den Befürwortern der Tests offensichtlich ist, dass die im Betäubungs- und Arzneimittelbereich geltenden Vorschriften für ein „Drugchecking“ keinerlei Handlungsspielraum bieten. Haftungsrechtliche Fragen wurden tiefer gehend bereits in einer Prüfung der Apothekerkammer zur Durchführung von Tablettentests in Apotheken erörtert. Wie bekannt, haben sich die Apotheken bzw. deren Verbände von der Einbeziehung in solche Maßnahmen distanziert.

„Drugchecking“ setzt insgesamt betrachtet weder an den Ursachen noch an den Symptomen des Konsums von Ecstasy-Tabletten an. Der mit der Einführung seitens der Befürworter gesehene Nutzen ist lediglich eine Konsequenz aus der falsch verstandenen „Konsumform Tablette“, die sich aus den damit assoziierten Prädikaten „heilen/helfen“ ableitet. „Drugchecking“ als solches leistet keinen Beitrag zur Konsumverhinderung, sondern kann bestenfalls als unterschwelliges Angebot zur Kontaktaufnahme mit Konsumenten dienen, bewahrt aber nicht vor den zuvor angesprochenen Problemen.

Nach Auffassung des BKA und einem Beschluss des zuständigen deutschen Bund-Länder Polizeigremiums ist die Einführung eines so genannten „Drugchecking“ mit einer Fülle von unlösbaren Problemen behaftet, die in der Gesamtschau zu dem Ergebnis führen, eine solche Einrichtung nicht zu befürworten.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Ausführungen behandeln das Phänomen „Ecstasy“ und damit einhergehend den Missbrauch einer Vielzahl anderer Substanzen differenziert, offen, vielseitig und kritisch.

Deutlich wird, dass insbesondere mit Blick auf das vermutlich enorme Dunkelfeld im Bereich „Ecstasy“ weiterer Handlungsbedarf auf verschiedenen Seiten besteht. Hier haben die Strafverfolgungsbehörden und die mit Prävention befassten Stellen und Institutionen ihre Schnittstellen ggf. neu zu überdenken und zu definieren. Teilbereiche wie z.B. biogene Drogen/Tryptamine laufen derzeit Gefahr, im Gesamtphänomen unterzugehen, wenngleich die Lageindikatoren hier deutliche Aussagen treffen.

Polizei, Zoll und Justiz sehen sich zwar mit einem Massenphänomen konfrontiert, es besteht aber keinerlei Notwendigkeit, hiervor in irgendeiner Art und Weise zu resignieren oder zu kapitulieren. Erfolge des Handelns der Strafverfolgungsbehörden lassen sich national wie international nicht ausschließlich an den Quoten von Sicherstellungsmengen und -fällen messen. Oft sind – ohne an dieser Stelle auf konkrete Ermittlungsverfahren eingehen zu wollen – statistisch/mathematisch wenig aussagekräftige Faktoren zur Bewertung des Erfolgs heranzuziehen. Betrachtet man beispielsweise die Sicherstellungsmengen, gilt es anzumerken, dass die durch das BKA für Deutschland geführten polizeilichen Statistiken lediglich eine „Eingangsstatistik“ darstellen; Hochrechnungen zu im Laufe eines Verfahrens ermittelten bzw. zu den einer Verurteilung zugrunde liegenden Mengen werden in Deutschland standardmäßig nicht statistisch aufbereitet.

Konzepte zur Verhinderung der Rauschgiftproduktion, wie sie in Deutschland zum Beispiel im Rahmen der Grundstoffüberwachung gemeinsam von BKA und ZKA zusammen mit den Länderpolizeien und der Zollverwaltung auch unter Einbeziehung der Bundesopiumstelle und von Wirtschaftsbeteiligten durchgeführt werden, sind unter der Überschrift „Kein Rauschgift ohne Chemikalien“ eine langjährig praktizierte und wirkungsvolle Strategie. Unter dem Aspekt der „operativen Prävention“ wird so dem Gesamtphänomen „synthetische Drogen“, aber auch der Herstellung klassischer Rauschgifte begegnet. Diesbezüglich trat in Deutschland mit Wirkung vom 1. 3. 1995 das Grundstoffüberwachungsgesetz (GÜG) in Kraft, das eines von drei Kernelementen der Überwachung von zur Rauschgiftherstellung missbrauchten Chemikalien darstellt. Damit wurden auch die in der UN-Konvention von 1988 mit Artikel 3 und 12 formulierten Anforderungen und die auf dieser Grundlage geschaffenen einschlägigen – und teilweise direkt anzuwendenden – EU-Vorschriften auf nationaler Ebene für die damit umfassten 23 Grundstoffe umgesetzt. Den Kern dieses Gesetzes bilden folgende sechs zentralen Elemente:

- Die Abzweigung von Grundstoffen ist verboten und mit Strafvorschriften sanktionsfähig.
- Die Wirtschaftsbeteiligten sind verpflichtet, bestimmte Maßnahmen gegen die Abzweigung von Grundstoffen zu ergreifen (Sorgfaltspflicht, Verantwortliche benennen, Mitteilungspflichten zu verdächtigen Bestellungen).
- Abgestufte Erlaubnis-, Anzeige- und Genehmigungsverfahren für die Herstellung, den Erwerb, die Veräußerung, die Ein-, Aus- und Durchfuhr.
- Dokumentations- und Kennzeichnungspflichten.
- Duldungs- und Mitwirkungspflichten der Wirtschaftsbeteiligten bei behördlichen Auskunftsverlangen.

– Einrichtung einer Gemeinsamen Grundstoffüberwachungsstelle ZKA/BKA beim Bundeskriminalamt Wiesbaden (GÜS) als zentrale Meldestelle/zentraler Ansprechpartner für die nach dem GÜG von den Wirtschaftsbeteiligten in dubiosen Fällen abzugebenden Verdachtsanzeigen.

Bereits zehn Jahre vor Inkrafttreten des Grundstoffüberwachungsgesetzes wurde in Deutschland das so genannte „Monitoring-System“ etabliert. Dies basiert auf der Grundlage einer freiwilligen, vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Beteiligten der Chemie- und Pharmawirtschaft und den Strafverfolgungsbehörden mit den Zielen, illegale Rauschgiftlabore zu detektieren und die Abzweigung von Chemikalien für die Rauschgiftherstellung zu verhindern. In Deutschland wurden seit Inkrafttreten des Grundstoffüberwachungsgesetzes bis inklusive 2000 die Auslieferungen von 345 verdächtigen Bestellungen von Chemikalien/Grundstoffen mit einer Gesamtmenge von 1561 Tonnen verhindert. Daraus hätten ca. 848 Tonnen unterschiedlicher Rauschgifte (z.B. Heroin, Kokain, Amphetamin, Methamphetamin, als „Ecstasy“ bezeichnete Amphetaminderivate) hergestellt werden können. Umgerechnet bedeutet dies rechnerisch knapp acht Milliarden einzelne Konsumeinheiten dieser Rauschgifte. Zudem haben deutsche Maßnahmen im Zusammenhang mit der Grundstoffüberwachung dazu beigetragen, seit Mitte der achtziger Jahre mehr als insgesamt 350 Drogenlabore im In- und Ausland zu lokalisieren, auszuheben und die damit in Verbindung stehenden Täterorganisationen zu zerschlagen, einschließlich die gerichtliche Verurteilung der Täter zu erwirken.

Ein Handlungsschwerpunkt muss im weiteren Bemühen zur Einführung einer „Generik-Klausel“ im deutschen Betäubungsmittelgesetz liegen. Dieser auf der generellen betäubungsmittelrechtlichen Erfassung von Stoffgruppen (aufgrund ihrer Molekularstrukturen im Unterschied zur namentlichen Erfassung einzelner Verbindungen) basierende Unterstellungsmechanismus dient einer klaren Abgrenzung zwischen den technisch möglichen und für Missbrauchszwecke geeigneten Amphetaminderivaten (und der vier anderen Stammsubstanzen) zu den Vorschriften des Arzneimittelrechts. Der damit verbundene Präventivaspekt einer pro-aktiven betäubungsmittelrechtlichen Erfassung von „Designer-Drogen“ ist ein weiteres bedeutendes Kriterium.

Der Stellenwert repressiver Maßnahmen im Bereich „synthetische Drogen“, der sich z.B. in den Niederlanden durch Anhebung des jährlichen Etats für die „Unit Synthetische Drugs“ (USD) um zusätzliche 40 Millionen Gulden und die Einrichtung weiterer spezieller „Sydro“-Ermittlungsteams ausdrückt, ist im Gesamtzusammenhang nicht zu unterschätzen.

Auf internationaler Ebene stellt der anlässlich der Sondergeneralversammlung der Vereinten Nationen UNGASS (6/98) verabschiedete Aktionsplan (S20/4) „Amphetamine Type Stimulants“ nach wie vor den Handlungsrahmen dar. Darin empfehlen die unterzeichnenden Staats- und Regierungschefs zur Eindämmung des Problems „synthetische Drogen“ u.a. Maßnahmen in fünf Schlüsselbereichen:

– Steigerung des Problembewusstseins in der Öffentlichkeit,
– Etablierung von Maßnahmen zur Nachfragereduzierung,
– Selbstverpflichtung der verantwortlichen Stellen zur Verbreitung genauer Informationen,
– Eindämmung des Angebots synthetischer Drogen,
– Verschärfung der Kontrollen (im Sinne der gesetzlichen Grundlagen).

Analog hat die Europäische Union im Rahmen ihres EU-Drogenaktionsplans 2000–2004 diese Gedanken integriert und stellt damit einen Leitfaden zu deren Aktivitäten im Rauschgiftbereich auf. Der Bereich der synthetischen Drogen ist hierbei in seiner Bedeutung entsprechend herausgestellt. Mit der Einführung des Frühwarnsystems wurde im Jahr 1997 bereits ein erster europäischer Meilenstein gesetzt, der insbesondere durch die Verzahnung von Daten aus dem „*law-enforcement*"-Sektor mit denen des REITOX-Netzes entsteht. Ergänzt wird die Strategie der EU durch das Bemühen um Verbesserung der internen Koordination von Aktivitäten und Kompatibilität von Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten untereinander sowie um gemeinsame Maßnahmen mit den assoziierten Beitragskandidaten aus den Staaten Mittel- und Osteuropas. Hier liegt z.B. mit dem PHARE-Projekt „Synthetische Drogen" ein deutlicher politischer Handlungsschwerpunkt, der den mit Erweiterung der EU einhergehenden, möglichen Problemen sowohl auf Seiten der Mitgliedstaaten als auch auf Seiten der Beitrittsländer durch gezielte Unterstützung rechtzeitig Vorschub leisten soll.

Stichwort „PHARE-Projekt Synthetische Drogen (PSD)"

Im Rahmen des EU-Drogenaktionsplans 2000–2004 wird das bereits 1993 begonnene PHARE-Projekt (PHARE = Poland and Hungarian Aid for the Reconstruction of the Economy) zur intensiven Unterstützung der EU-Beitrittskandidaten fortgesetzt. Das „PHARE-Multi-Beneficiary Drugs Program" zielt im Wesentlichen darauf ab, den derzeit zehn Beitrittskandidaten aus Mittel- und Zentraleuropa den EU-Aquis im Bereich der Drogenbekämpfung zu vermitteln. Zudem sind die dortigen Verwaltungsstrukturen und Rechtsvorschriften EU-kompatibel zu gestalten. Der Fokus im „Synthetische-Drogen-Projekt" liegt auf der Vermittlung der mit dieser speziellen Thematik verbundenen und für eine optimierte Strafverfolgung unerlässlichen Expertise. Das europäische PHARE-Projekt „Synthetische Drogen" (PSD) wird gemeinsam von dem niederländischen Justizministerium (Hauptvertragsnehmer gegenüber der EU-Kommission), der niederländischen Unit Synthetische Drugs (USD), dem schwedischen und britischen NCIS (National Criminal Intelligence Service) und dem Bundeskriminalamt geleitet und umgesetzt.

Der Drogenmissbrauch, und damit verbunden der illegale Drogenmarkt, haben sich zu einem vielfältigen und dynamischen Phänomen von globalem Ausmass entwickelt. Dies trifft uneingeschränkt für das Phänomen „Ecstasy" zu. Dabei ist die klare Abkehr aller Betroffenen von der Assoziation „Ecstasy = harmlose Partydrogen" entscheidend. Vielmehr ist in das Bewusstsein zu rücken, dass die Einnahme von Ecstasy mit riskanten Konsummustern verknüpft und das Handeln demgemäß auszurichten ist.

3

Drogenkonsum und Aspekte der Prävention im gesellschaftlichen Kontext

3.1 Drogenkonsum in der Kontrollgesellschaft[1]

Aldo Legnaro, Institut für Sicherheits- und Präventionsforschung e.V., Hamburg

Die soziale Bedeutung von Drogenkonsum und letztlich auch von Sucht in der Kontrollgesellschaft ist das Thema dieses Beitrags, und Sie werden sich fragen, was ich damit meine. Was heisst Kontrollgesellschaft, gab es nicht schon immer Kontrolle, und warum verändert das die Einstellungen zum Konsum von Drogen? Das sind auch meine Fragen: Wie verändert sich die gesellschaftliche Konzeption von Drogenkonsum und von Sucht, wenn sich die gesellschaftliche Umgebung so verändert, wie sie sich in den letzten fünfzehn Jahren verändert hat? Wie entwickeln sich unsere Vorstellungen unter solch veränderten Bedingungen, welche Verhaltensweisen gegenüber dem Drogenkonsum ergeben sich in einer Zeit, die Flexibilisierung und Individualisierung auf ihre Fahnen geschrieben hat?

Nur in einigen Stichworten soll die Stellung des Drogenkonsums in den letzten 200 Jahren in Erinnerung gerufen werden, damit wir uns den historischen Hintergrund besser vorstellen können. Im 19. Jahrhundert erleben wir das Entstehen der Disziplinargesellschaft als einer Gesellschaft der Industrialisierung, in der die Individuen gleichförmig zu arbeitsteiligen Rädchen erzogen und diszipliniert werden – einer Gesellschaft mit Normalarbeitszeit, Normalbiographien, einer Konzeption vom normalen Leben, und diese Gesellschaft ist heute keineswegs völlig verschwunden. In einer Gesellschaft dieses Typs wird Abweichung als eine Fehlfunktion sanktioniert, und es ist ganz folgerichtig, dass das 19. Jahrhundert ein Konzept von Sucht erfindet: sie gilt als ein medizinisches und soziales Syndrom, das behandelt werden muss. Das verleiht jedem Konsum von Drogen eine hochgradig ambivalente Stellung zwischen Selbstkontrolle einerseits und dem Rausch andererseits, der in definierten zeitlichen Phasen integriert und legitimiert ist – man denke nur an Karneval, Familienfeiern u.Ä. Dem entspricht die soziale Verachtung des Süchtigen und seiner Unfähigkeit zur verlangten Balance zwischen Kontrolle und Entäußerung, und nicht zuletzt findet eine Rationalisierung dieser Verachtung in Prozessen der Medizinalisierung und Therapeutisierung statt. All dies hat in den Zeiten der Moderne gegolten, und diese Zeiten sind keineswegs völlig vorbei. Allerdings leben wir in den Wandlungen hin zu einer späten Moderne: Nun herrschen im Sozialen De-Institutionalisierung, Enttraditionalisierung und Individualisierung, im Ökonomischen Flexibilisierung und Rationalisierung, im Politischen De-Regulierung, Privatisierung und eine abnehmende Legitimation des Sozialstaats.

Im Vergleich mit der Modernität, die uns vertraut ist, hat sich nicht grundlegend alles geändert; es ändern sich jedoch Akzentuierungen der ideologischen Fundierung, Subti-

1 Vgl. zum Thema ausführlicher meinen Aufsatz „Der flexible Mensch und seine Selbstkontrolle“ in Legnaro/Schmieder 1999.

litäten von Selbstwahrnehmung und Selbststilisierung und – nicht zuletzt – technische Potenziale. Und es ändert sich – teils unmerklich, teils sichtbar – die Handhabung des Rausches: Er büßt seine bisherige Ambivalenz ein und gewinnt die duale Qualität zweier sich selbst rechtfertigender Selbstverständlichkeiten. Er ist Erlebnis und Lust oder Erlebnis und Qual, ist aber nichts mehr, was der (moralisch oder sonstwie gefärbten) Erläuterung, Erklärung oder Einordnung bedürfte. Der Rausch hat nach wie vor Konsequenzen, individuelle und soziale, aber er steht auf neuartige (und zugleich sehr alte) Weise in seinem eigenen Recht da, ist Markierung von Differenz und eben deswegen legitim wie jede andere Markierung von Differenz auch. Die Sucht löst sich auf, weil sie als solche niemanden mehr interessiert (außer denjenigen, die auf Sucht professionell angewiesen sind): Sie verliert in dem Moment ihre Eigenartigkeit, in dem die Präsentation von Eigenartigkeit zum Selbstzweck sozialer Darstellung wird.

Mit der heute permanent geforderten Flexibilisierung als wesentliche Verhaltensanforderung und geradezu als eine Tugend verbindet sich das eigene Unternehmertum. Die Einzelnen unternehmen sich selbst, sie unternehmen sich als ein einzelnes Selbst (vgl. Voß/Pongratz 1998). Was früher in Prozessen der Disziplinierung erzwungen wurde – in einem Prozess der Außensteuerung, auf den die Individuen zu reagieren hatten –, das wird nun eine aktiv erbrachte Leistung unternehmerischer Lebensführung. Das ist der Stil von Lebensführung des „flexiblen Menschen“, dessen Probleme mit der Aufrechterhaltung von Stabilität und biographischer Kohärenz Richard Sennett (1998) eindringlich beschrieben hat. Dieser flexible Mensch ist der an die Bedingungen eines flexiblen Kapitalismus unter neoliberalem Regime angepasste Mensch: risikobereit, zur autonomen Eigensteuerung fähig, sein Leben einem Kosten-Nutzen-Kalkül unterwerfend, sich unternehmerisch inszenierend, mobil hinsichtlich seiner Arbeitsprojekte, Wohnorte und Bindungen. Das Selbst wird damit zum Standort der gesellschaftlichen Konkurrenzen, die die Individuen als Einzelne untereinander ausfechten.

Solche Verhaltensanforderungen und die Fähigkeit, sie zu gewährleisten, sind die Grundbedingungen des ökonomischen und somit auch des sozialen Überlebens. Wenn dies so ist, vielleicht besser: zunehmend so sein wird, so dient die eigene Selbstkontrolle dem Individuum als bedeutsamer und unentbehrlicher Produktionsfaktor. Das gibt der Selbstkontrolle einen neuen, gegenüber den traditionalen Anforderungen noch verstärkten Stellenwert; „Funktionieren“ heißt nicht mehr nur – gesteuert durch Gebote, Verbote und Belohnungsstrukturen –, den Anforderungen der Außenwelt nachzukommen, sondern – darüber hinaus – innengeleitet diese Außenwelt durch Darstellung des Selbst und unternehmerisches Handeln zu bearbeiten und zu beeinflussen, und dieses Selbst ist jetzt eine Ressource von Produktion und darstellerisch verspielter Konsumtion (vgl hierzu v.a. Rose 1996; Nettleton 1997).

Und wenn das Individuum davor versagt? Die Antwort ist einfach. Traditionell wird ein Versagen der Selbstkontrolle mit Formen der Pathologisierung wie Medizinalisierung und Psychiatrisierung, oft begleitet von moralischer Verachtung, bestraft. Unter den Bedingun-

gen eines allgegenwärtigen Marktes aber erübrigen sich solche psychisch und materiell aufwendigen Reaktionen. An ihre Stelle tritt der unternehmerische Konkurs, und das ist weder eine moralische noch eine pathologisierende Kategorie, sondern eine ökonomische: gefragt ist weder Verantwortung noch Verschulden, weder Therapie noch Sozialarbeit, sondern allenfalls die Haftung für Schulden und als Konsequenz der – jedenfalls momentane – Ausschluss von der Teilnahme am Markt. Dieses Programm zielt somit explizit nicht auf Normalisierung, wie es die sozialpolitische Programmatik mithilfe von Therapie versucht hatte, es kommt aber doch nicht ohne Kontrolle aus. Zwar unterstellt es den Individuen prinzipiell marktförmig-rationale Entscheidungen, rechnet aber immer auch mit deren Versagen. Das hat Gilles Deleuze dazu gebracht, von einer „Kontrollgesellschaft" zu sprechen: eine Gesellschaft, die auf die Disziplinierung ihrer Mitglieder verzichtet, sie aber dafür einer allgegenwärtigen Kontrolle unterwirft.[2]

Diese Kontrolle beruht auf der Vorstellung, dass alle Gesellschaftsmitglieder ökonomisch rational und nach Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten handeln. Führt man diese Perspektive fort, so lässt sich ohne Mühe der Konsum von Drogen und auch jede Form der Abhängigkeit und Sucht ebenfalls als eine rationale Wahl begreifen. Die Individuen, die gerade diese Option wählen, nehmen – wie mit jeder anderen Option auch – Vorteile und Nachteile in Kauf, und ob sie im oben bezeichneten Sinne bankrottieren, ist sowieso ihre Sache, aber auch nicht notwendig ausgemacht. Mehr als die Praxis des Umgangs mit Sucht hat die Theorie darauf bereits reagiert. So löst Herwig-Lempp (1994) konsequent jede Begrifflichkeit von Sucht und Abhängigkeit auf und ersetzt das bisher vorherrschende Erklärungsprinzip „Abhängigkeit" durch das Erklärungsprinzip „Autonomie": Der Konsum von Drogen wird dabei als autonom und selbstbestimmt betrachtet und gilt nur dann als therapiebedürftig, wenn die Person dies selbst für sich so sieht. Alle Formen von „akzeptierender Drogenarbeit" lassen sich als ein Schritt in diese Richtung werten. Allerdings sind Süchtige unter dem Gesichtspunkt von Risikokalkülen auch „irgendwie" gefährlich, und das färbt immer auch die Kontrollformen, die man ihnen gegenüber anwendet. Denn mit der rationalen Wahl der Individuen zu rechnen, bedeutet letztlich ja nicht, auf ihre Kontrolle zu verzichten; es bedeutet, die Konsequenzen aus jenen Verhaltensweisen zu ziehen, die sie bei solchen Kontrollen offenbaren.

Kontrolle im spätmodernen Sinne bedeutet dabei vor allem Kontrolle von Sichtbarkeit. Politik sucht deswegen Fixer und den Akt ihrer Drogeneinnahme „unsichtbar" zu machen.[3] Das ist eine Form des Risiko-Managements, wie es die spätmoderne Kontrollpolitik bestimmt, eben des Risikos der ungehinderten Wahrnehmbarkeit. Was gesundheitspolitisch „harm reduction" heißt, erfüllt nicht zuletzt – wenngleich ganz nebenbei und keineswegs als solchen benannt – den Zweck der Kontaktreduktion: Die versuchte Isolierung des Fixens in Fixerräumen stellt unter diesem Gesichtspunkt ein effektvolles

2 Siehe Deleuze 1992; vgl. zudem u.a. Castel 1991; Ewald 1991; O'Malley 1993; Malcolm/Simon 1994; Shearing 1997; Young 1999.

3 In welchem Ausmaß „Sichtbarkeit" den Wunsch nach Kontrolle über Verhaltensweisen und Populationen auslöst, zeigt prägnant Wilfried Breyvogel (1998:84–111),

Situationsmanagement dar. Es ist ein Irrtum, dies für Sozial- oder Gesundheitspolitik im eigentlichen Sinne zu halten; vielmehr handelt es sich um urbane Strukturpolitik, die sich eines gesundheitspolitisch rationalisierbaren Instruments bedient.

Wenn das Problem der Sichtbarkeit mithilfe solcher Ordnung des Raumes gelöst ist, dann ist das zugrunde liegende Problem – auf spätmoderne Weise – auch schon gelöst, was allerdings eine veränderte Behandlung von Sucht und mittelfristig wohl auch eine veränderte Einstellung ihr und dem Konsum von Drogen gegenüber mit sich bringt.[4] Denn ihre Unsichtbarmachung erfordert auch eine Form der Akzeptanz und damit – trotz der angestrebten optischen und sozialen Exklusion – inbegriffene Verfahrensweisen, zumindest die Bereitstellung von Örtlichkeiten, Personal, Gerätschaften und demnächst wohl auch von Drogen. Wir erleben eine gewisse „Normalisierung" des Konsums auch von illegalen Drogen im Sinne einer Veralltäglichung: Der Charakter von Abweichung relativiert sich immer mehr. So lassen sich Fixerräume etwa betrachten wie die Bordelle: versteckt und beargwöhnt, aber rege genutzt und letztlich Bedürfnissen dienend, die allen vertraut sind – öffentliche Orte außerhalb der Öffentlichkeit, Orte der Andersheit, an denen das Andere ungestört anders sein darf – dort, aber auch nur dort, denn dort und auch nur dort unterliegt es der Kontrolle.

Auf paradoxe Weise wirkt die Einrichtung solcher Räumlichkeiten unter der Prämisse von präsenter Kontrolle aber auch befreiend. Die Organisation von Drogenkonsum, die solche Fixerräume erfindet, will nichts ungeschehen machen oder abschaffen; sie will lediglich Ordnung ins Unvermeidliche bringen und verzichtet auf ideologische Grabenkämpfe. „Sucht" ist kein moralisches Gebrechen mehr, sondern eine merkwürdige Verhaltensweise unter vielen anderen; eine Verhaltensweise, die auf Wunsch auch therapeutisch behandelt wird, letztlich aber persönliche Eigenheit und eine Option unter vielen darstellt – auch wenn ein Dunst von Verachtung erhalten bleibt: Fixerräume sind sterile Orte für hygienisch arrangierten Drogenkonsum, Verweilen ist weder gewünscht noch möglich, und sie sind bar jeder Ästhetisierung. Vergleicht man damit die Gesundheitsräume der Alkoholkonsumenten (gemeinhin Wirtschaften genannt), so fällt der Unterschied auf: Hier findet sich eine Fülle distinktiver Merkmale, angefangen von Lage, Namen, Setting bis hin zu Preisgestaltung und Angebot. All dies fehlt Fixerräumen, sie sind „monosymbolisch", und ihr einziges distinktives Merkmal besteht darin, dort – und nur dort – tun zu dürfen, was man anderenorts nicht öffentlich tun darf. Das zeichnet sie positiv und negativ gleichermaßen aus; sie stellen ebenso Normalisierung her wie sie Abweichung bekräftigen.

Doch eine solche Normalisierung der Sucht geht auch mit ständigem Misstrauen einher. Sie tut sich kund als eine permanente Kontrolle: Methadon nur gegen Urin, neue Spritzen nur gegen alte Spritzen, Heroin nur gegen Ausweis. Immerhin haben wir es hier mit einer

4 Scheerer konstatiert aufgrund ähnlicher Überlegungen im Hinblick auf die neuartigen Formen der Kontrolle die beginnende Auflösung der sozialen Kategorien des „Kriminellen" und des „Geisteskranken" (vgl. Scheerer 1998).

vordefinierten Gruppe zu tun, den amtlich anerkannten, den sozial bestallten Süchtigen. Von mindestens gleicher Bedeutung aber ist die Kontrolle über den Alltag der Unauffälligen, derjenigen, die gar keine Drogen nehmen, nur legale oder die illegalen auf eine Weise, die niemand bemerkt. Was man tut, ist dem Suchtregime letztlich völlig gleichgültig, und auch das Wie ist privatisiert: Unter der Prämisse der weitgehenden Unsichtbarkeit ist erlaubt, was gefällt. Nur über den momentanen Zustand der Individuen wird Buch geführt – vielmehr selbstredend eine Datei –, und aus diesem Zustand werden Folgerungen gezogen.

Diese Dateiverwaltung ist eine sowohl private wie öffentliche Angelegenheit, sie geht das Selbst wie die Anderen gleichermaßen an. Zum einen – aus der individuellen Sicht – ist „Gesundheit" ein Mechanismus der Selbstregulation geworden, die den Individuen nicht nur als eine selbstverständliche Verpflichtung auferlegt ist; aktives Unternehmertum hat sie zur notwendigen Voraussetzung (Greco 1993). Das impliziert keineswegs die Abstinenz von Drogen und Rausch. Es impliziert aber die Fähigkeit zur Unterscheidung, aktiven Aneignung und stilisierten Darstellung der distinktiven Symbolik, die sich mit unterschiedlichen Drogen verbindet. Mit dem Konsum von „Lifestyle-Drogen" reklamiert man Zugehörigkeit und stellt sich als eine Verkörperung des Typus cooler Modernität dar. Das gilt für Kokain und Ecstasy, das gilt auch für Zigarren, möglichst lang und möglichst teurer Provenienz. Gerade letztere bilden einen aufschlussreichen Beleg für die Kraft der distinktiven Mechanismen: Das Rauchen von Zigaretten erscheint zunehmend als ein unangenehm berührendes Verhalten, das einen durchaus negativen Rückschluss auf die Persönlichkeit des Rauchers zulässt. Dieses Rauchen gerät immer mehr in das Licht milder Verächtlichkeit und wird sozial verbannt – vor die Tür, auf den Balkon, in isolierte Ecken. Damit kehrt die historische Entwicklung übrigens wieder zu ihren Anfängen bei der Einführung des Tabaks in Europa zurück, während zwischenzeitlich Rauchen ein ubiquitäres Alltagsverhalten darstellte. Zigarren hingegen distinguieren ihren Raucher als eine Person von Geschmack und elitärer Genussfähigkeit.

Im Gegensatz zu den Lifestyle-Drogen stehen die Drogen des „Trash", Heroin vor allem. Strahlen die einen positive Distinktion aus, so die anderen negative Distinktion, und zwar weitgehend unabhängig von ihren Wirkungen. Die Unterscheidungen nach symbolisch-distinktiven Wertigkeiten richten sich nicht notwendig nach den Erfahrungen, die unter Drogen zu machen sind. Sie richten sich auch nicht nach „Gefährlichkeit", „Suchtpotenzial" oder vergleichbaren medizinisch gefärbten Argumentationen, sie richten sich nach der Aura einer Droge, ihren Applikationsweisen, dem Zyklus von Moden und dem Kultstatus von Pionierkonsumenten. Insoweit sind langfristig die zugeschriebenen Distinktionen veränderbar, und Heroin muss nicht notwendig auf immer das Image der Schmuddeldroge behalten. Schon das Rauchen dieser Droge wirkt wesentlich eleganter und ist durchaus partyfähig.

So sind Drogen dazu da, „Wellness" zu befördern, zu unterstreichen und symbolisch vorzuzeigen; sie sind nicht dazu da, in eine Bedrohung der Darstellungsfähigkeit und in

den zwanghaften Ernst der Abhängigkeit geraten zu lassen. Gerade dann, wenn einem bei der Herstellung eigener Befindlichkeiten Eigenverantwortung zugeschrieben wird, liegt es nahe, „Sucht“ mit „Willensschwäche“ in Verbindung zu bringen, und man wäre wieder bei altetablierten Interpretationsfolien.[5] Solche Folien sind keineswegs völlig verschwunden, ist jede und jeder doch schließlich der Shareholder des eigenen Körpers und bestimmt über die erwünschte Lustdividende. Rauschhaftes Erleben und Drogenkonsum können dann auch Ausweis von Differenz und autonomer Andersheit sein; es ist der eigene Kapitalstock, mit dem man umgeht, und die eigene Entscheidung, auf welche Weise man ihn bewirtschaftet. Für solche Ver-Körperung des Selbst bildet der Rausch ein Medium der Inszenierung und Darstellung; er konstituiert ein Erlebnis-Bewusstsein[6], mit dessen Verfügbarkeit im persönlichen Repertoire man Teilnahme an den Spielen der Distinktion – sogar an den Spielen der negativen Distinktion – signalisiert und sich seiner eigenen reflexiven Coolness im Umgang mit dem zur Schau gestellten Überschreiten der Selbstkontrolle vergewissert.

Allerdings vertraut die Kontrollgesellschaft nicht ausschließlich auf die Eigenkontrolle der Individuen. Nach wie vor müssen Bedingungen von Funktionalität eingehalten werden, um Marktförmigkeit des Lebens herzustellen und zu garantieren. Deswegen wird die „duty to be well“ abgestützt durch die freundlich-bestimmte Unauffälligkeit eines Kontrollregimes, das dual selektiv wirkt – „in“ oder „out“'. Das lässt sich besonders deutlich im Hinblick auf permanente Drogenkontrollen am Arbeitsplatz zeigen. Was solche Kontrollen angeht, ist die Bundesrepublik allerdings noch ein Entwicklungsland. Seit Mitte der achtziger Jahre sind in den USA jedoch Drogenkontrollen am Arbeitsplatz (*random drug testing*), sowohl im öffentlichen Dienst wie in der Privatwirtschaft, Teil des Alltags (vgl. Gilliom 1992; O'Malley/Mugford 1991). Mit der zunehmenden Eigenverantwortung der Individuen für ihr unternehmerisches Selbst korrespondieren somit althergebrachte, allerdings erheblich verfeinerte Techniken der Disziplinierung.

Die Gesamtheit der Entwicklungen, die durch solche Kontrollszenarien angezeigt werden, ist mit dem Begriff der Zugangsgesellschaft (*access society*) gekennzeichnet worden.[7] In diesem Gesellschaftstyp geht es bar jeder moralischen Bewertung um die Kontrolle von Zugängen; zugangsgeregelt sind etwa Örtlichkeiten, die Kredithöhe der Kreditkarte, der Abschluss einer Lebensversicherungspolice. Die Regeln klassifizieren, und Berechtigung wird verteilt oder versagt, aber es wird keine Aussage über den moralischen Wert oder Unwert getroffen. Das gilt auch für Drogenkonsum; positive Testergebnisse können zum Ausschluss führen, doch das exkludiert nur partiell, von einem bestimmten Marktsegment. Ansonsten sind alle frei, ihr Angebot auf anderen Märkten zu machen, und über die Darstellung des Selbst wird mithilfe dieses Kontrollmechanismus bar jeder Genera-

5 Vgl. für eine ausführliche Darstellung der Entwicklungen in den letzten 150 Jahren Valverde (1998).

6 Vgl. auch meinen Aufsatz: „Auf dem Weg zum Erlebnis-Bewusstsein: Drogen und Rausch im Europa des ausgehenden 20. Jahrhunderts“ (Legnaro 1999).

7 Der Begriff stammt von Jonathan Simon (1987).

lisierung einzig das Urteil gefällt, dass eine solche Darstellung in *dieser* Situation unerwünscht ist.

Solche Kontrollen bilden eine Kombination höchst moralischer wie höchst a-moralischer Elemente. Die Individuen haben in neoliberalen Gesellschaften eine Verantwortung für ihre Verhaltensweisen und eben deswegen auch für ihre Krankheiten, die aus psychosomatischem Blickwinkel ja „selbst gemacht", „gewählt" sind. Das gilt für Sucht weiterhin; Sünde ist sie schon lange nicht mehr, Krankheit ist sie immer noch, aber darüber hinaus ist sie potenziell auch eine Art des moralischen Bankrotts, eine Verweigerung des Selbst zum eigenverantwortlichen Unternehmertum. Freilich nur potenziell, denn sie kann ebenfalls – don't worry be happy – als eine Caprice der Selbst-Gestaltung wahrgenommen werden, deren Entrücktheit als eine Bizarrerie unter anderen gelten mag. Schon die Distinktion der Differenz trägt zur Normalisierung der Sucht bei, deren Betrachtung insoweit entmoralisiert wird, und wenn noch etwas sanktioniert wird, dann nicht Sucht, sondern die mangelnde Fähigkeit, sie zu ästhetisieren und entsprechend darzustellen. Dies ist der Sündenfall der späten Moderne.

Entmoralisierung gilt ebenfalls für die Mechanismen der Kontrolle selbst, handele es sich um Drogentests, Videoüberwachung oder Zugangsprüfungen. Sie alle sind und funktionieren völlig wertneutral, technologisieren die Kontrolle der Kontrollgesellschaft und registrieren lediglich situativ, was der Fall ist. Dennoch führen paradoxerweise solche Prozesse der Entmoralisierung zu einer neuen, durchaus moralisch befrachteten Ordnung. So sind Drogentests zwar einerseits – und das macht die spezifischen Verschränkungen aus – eine entmoralisierte Technologie, die darin geknüpften Konsequenzen jedoch sind von zutiefst moralischem Charakter. Auf solche Weise verhüllen a-moralische Kontrollpraktiken das, was tatsächlich geschieht. Es geschehen nämlich Prozesse der sozialen Selektion, die auf eine technologisierte und ganz a-moralisch daherkommende Weise die Bevölkerung sortieren, lokal, sozial, ökonomisch. Nicht nur deswegen, weil die Kontrollformen sich a-moralisch geben, lösen sich dabei allerdings traditionelle Stigmazuschreibungen, wie die Sucht eine darstellt, tendenziell auf; ihre Normalisierung geschieht auch vor dem Hintergrund, dass die Konsequenzen dieses Selektionsprozesses nicht mehr mit moralischen Bewertungen verbunden, sondern in zynischer Sachlichkeit lediglich verbucht werden. Gerade der Verzicht auf Normalisierung im Sinne von Korrektur ermöglicht auch eine gewisse Veralltäglichung. Denn nicht Drogenkonsum ist das, was der Kontrolle unterliegt, sondern der Aufenthalt der Konsumenten im Raum – in Fixerräumen sind sie zugelassen, in Innenstadtbereichen nicht; nicht der Rausch muss kontrolliert werden, sondern seine angemessene Stilisierung an den rechten Orten und seine Darstellung als Medium der Distinktion. Der flexible Mensch hat neue Regeln für den Umgang mit sich und der Welt, und nicht zuletzt auch im Umgang mit seiner Selbstkontrolle, zu lernen: Er hat sich situationsgerecht zu verkörpern, dabei das Erlebnis-Bewusstsein des Rausches zu generieren und dennoch reflexive Distanz beizubehalten. Misslingt ihm das, hat er sich in die Marginalität der Räume zurückzuziehen, die als Reservate des Misslingens bereitgestellt sind – ohne Stigma, aber auch ohne Chancen sozialer Partizipation.

Zum Schluss möchte ich einen historischen Bogen schlagen. Wir wissen, wie wenig restriktiv, wie normativ ungehemmt und den Notwendigkeiten einer internalisierten Selbstkontrolle enthoben das Trinken von Alkohol im Mittelalter stattgefunden hat (Legnaro 1982; Spode 1993). Es kann nicht davon die Rede sein, nun brächen wieder mittelalterliche Verhältnisse an; ein Element der Wiederholung aber liegt darin, dass tatsächlich einige Restriktionen des Rausches, die die Moderne aus funktionalen Gründen etabliert hat, nun aufgehoben sind, und der Rausch, mehr als es in den letzten zweihundert Jahren der Fall war, wieder ein Medium von Selbstdarstellung wird. Die Techniken der Disziplinierung, die die Moderne zur Bändigung unvermittelter Triebkräfte einsetzte, sind nicht völlig verschwunden, aber sie werden zunehmend ersetzt durch eine a-moralisch daherkommende Kontrollstrategie, die nicht mehr auf Einbindung und *korrigierende* Kontrolle der Individuen setzt, sondern lediglich auf *konstatierende* Kontrolle, aus der exkludierende Konsequenzen gezogen werden. Genau dies lässt sich als eine Farce der Wiederholung auffassen: Bildet das Mittelalter die Zeit vor der Individualisierung der Individuen und ihrer disziplinär gesteuerten Einbindung, eine Zeit der rauschhaften Ungebundenheit vor dem Hintergrund einer ständischen Ordnung, so bildet die späte Moderne die Zeit, in der sich solche rauschhafte Ungebundenheit wieder etablieren kann – als ein Mittel der Individuierung, Selbststilisierung und Herstellung von Differenz. Disziplinierung als dominantes Ziel der Kontrolle dagegen schwindet, und ständische Ordnung wird durch räumliche Absonderung simuliert. Die Geschichte wiederholt sich nicht, es sei denn als Farce – und an dieser Farce nehmen wir teil, ob wir wollen oder nicht.

Literatur

Breyvogel, W. (1998): „Der ‚gefährliche Jugendliche' auf der ‚Bühne der Sichtbarkeit'. Sichtbarkeit und Transparenz in der Mediengesellschaft." In: Breyvogel, W. (Hrsg.): *Stadt, Jugendkulturen und Kriminalität*. Bonn: Dietz, 84–111.

Castel, R. (1991): „From dangerousness to risk." In : Burchell, G. / Gordon, C. / Miller, P. (Hrsg.): *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. London, Toronto: Harvester/Wheatsheaf.

Deleuze, G. (1992): „Das elektronische Halsband. Innenansicht der kontrollierten Gesellschaft." *Kriminologisches Journal*, 3, 181–186.

Ewald, F. (1991): „Insurance and Risk." In : Burchell, G. / Gordon, C. / Miller, P. (Hrsg.): *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. London, Toronto: Harvester/Wheatsheaf, 197–210.

Gilliom, J. (1992): „Rights & Discipline: Competing Modes of Social Control in the Fight Over Drug Testing." *Polity* 24 (4), 591–613.

Greco, M. (1993): „Psychosomatic subjects and the 'duty to be well': personal agency within medical rationality." *Economy and Society* 3, 357–372.

Herwig-Lempp, J. (1994): *Von der Sucht zur Selbstbestimmung. Drogenkonsumenten als Subjekte*. Dortmund: Borgmann.

Legnaro, A. (1982): „Alkoholkonsum und Verhaltenskontrolle – Bedeutungswandlungen zwischen Mittelalter und Neuzeit in Europa." In: Völger, G. / Welck, Karin von (Hrsg.): *Rausch und Realität – Drogen im Kulturvergleich*. Reinbek: Rowohlt, 153–175.

Legnaro, A. (1999): „Auf dem Weg zum Erlebnis-Bewusstsein: Drogen und Rausch im Europa des ausgehenden 20. Jahrhunderts.“ In: Hamburgisches Museum für Völkerkunde (Hrsg.): *Das gemeinsame Haus Europa. Handbuch zur europäischen Kulturgeschichte*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 877–884.

Legnaro, A. / Schmieder, A. (Hrsg.) (1999): *Suchtwirtschaft*. Münster, Hamburg, London: LIT Verlag (Jahrbuch Suchtforschung I).

Malcolm, F. / Simon, J. (1997): „Actuarial Justice : the Emerging New Criminal Law.“ In: Nelken, D. (Hrsg.): *The Futures of Criminology*. London: Sage 173–201.

Nettleton, S. (1997): „Governing the risky self. How to become healthy, wealthy and wise.“ In: Petersen, A. / Bunton, R. (Hrsg.): *Foucault, Health and Medicine*. London, New York: Routledge, 207–222.

O'Malley, P. (1993): „Containing our Excitement: Commodity Culture and the Crisis of Discipline.“ *Studies in Law, Politics, and Society* 13, 159–186.

O'Malley, P. / Mugford, St. (1991): „Moral Technology: The Political Agenda of Random Drug Testing.“ *Social Justice* 4, 122–146.

Rose, N. (1996): *Inventing our selves. Psychology, power, and personhood*. Cambridge, New York, Melbourne: Cambridge University Press.

Scheerer, S. (1998): „The Delinquent as a Fading Category of Knowledge.“ In: Ruggiero, V. / South N. / Taylor I. (Hrsg.): *The New European Criminology. Crime and Social Order in Europe*. London, New York: Routledge, 425–442.

Sennett, R. (1998): *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Berlin-Verlag.

Shearing, C. (1997): „Gewalt und die neue Kunst des Regierens und Herrschens. Privatisierung und ihre Implikationen.“ In: Trotha, T. von (Hrsg.): Soziologie der Gewalt. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 37, 263–278.

Simon, J. (1987): „The Emergence of a Risk Society : Insurance, Law, and the State.“ *Socialist Review* 95, 61–89.

Spode, H. (1993): *Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland*. Opladen: Leske + Budrich.

Valverde, M. (1998): *Diseases of the Will. Alcohol and the Dilemmas of Freedom*. Cambridge, New York, Melbourne: Cambridge University Press.

Voß, G. / Pongratz, H. J. (1998): „Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der Ware Arbeitskraft?“ *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 1, 131–158.

Young, J. (1999): *The Exclusive Society. Social Exclusion, Crime and Difference in Late Modernity*. London: Sage.

3.2 Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung – Präventionsstrategien im Wandel[1]

Peter Franzkowiak, Fachhochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwesen, Koblenz

Einleitung

Die primäre Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland ist in beständiger Fortentwicklung. Leitbilder, Konzepte und Praxisstrategien haben sich seit Anfang der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts mehrfach gewandelt, mit einer ersten paradigmatischen Umorientierung in den 80er Jahren – von der Drogen- zur Suchtprävention.

In den 70er Jahren lag der Schwerpunkt professioneller Tätigkeit auf illegalen Drogen, denen gegenüber auf Abschreckung, Sanktionierung und Abstinenz gesetzt wurde. Drogenerziehung und Drogenprävention wurden in den 80ern von einer ursachenorientierten Prävention süchtigen Verhaltens abgelöst, die auch die Suchtgefahren legaler Drogen wie Alkohol und Nikotin problematisierte. Die primäre Suchtprävention orientierte sich ab Ende der 80er Jahre an der Philosophie der Gesundheitsförderung und verband diese in den 90ern mit Ansätzen zur Förderung von Lebens- und Widerstandskompetenzen. Seit der zweiten Hälfte der 90er Jahre werden Impulse aus der sekundär- und tertiärpräventiven Drogenhilfe stärker gewichtet, insbesondere schadensminimierende Ansätze für konsumierende Jugendliche.

Entscheidend für die beachtlichen Weiterentwicklungen in der Suchtprävention ist die Offenheit von Fachkräften und Theoretiker/-innen für Impulse aus benachbarten Feldern (z.B. Drogenhilfe, Aidsprävention, Verkehrssicherheitserziehung, Entwicklungs- und Gesundheitswissenschaften). In besonderem Maß zeigte sich diese Tendenz beim paradigmatischen Übergang von Drogen- zur Suchtprävention sowie bei der Öffnung für die Gesundheitsförderung und im neu beginnenden Dialog zwischen den getrennten Systemen der Suchtprävention und Drogenhilfe. Dennoch existieren bis heute Themen und Strategien fast aller Phasen, je nach Region oder Institution, z.T. nebeneinander – zuweilen auch gegeneinander.

Die Befähigung von Kindern und Jugendlichen – und ihres Umfeldes – zu einem konstruktiven Umgang mit Risikoverhalten in Adoleszenz und Jugend ist das zentrale Ziel der modernen Suchtprävention. Dabei steht das BZgA-Motto „Kinder und Jugendliche

1 Dieser Beitrag beruht in weiten Teilen auf zwei früheren Veröffentlichungen zur Thematik: Franzkowiak 1999, Franzkowiak/Sabo 1999. Die Argumentationen zu Entwicklungsphasen und aktuellen Herausforderderungen der Suchtprävention sind – mit leichten textlichen Veränderungen, Umstellungen und Neuakzentuierungen – aus diesen beiden Aufsätzen übernommen. Neu und erstmalig veröffentlicht sind die Überlegungen im abschließenden Ausblick.

stark machen“ (gegen Drogenkontakt und Suchtgefahren) seit Anfang der 90er Jahre exemplarisch für die primärpräventive Ausrichtung in der Suchtprävention. Eine gleichrangige Erweiterung um das Ziel „Jugendliche sicher(er) machen“ (bei einem bestehenden Ge- oder Missbrauch) wird derzeit diskutiert.

Der Gesamtprozess und seine Stationen lässt sich (grob) in vier aufeinander aufbauenden Phasen unterteilen. Die Phasen stehen in wechselseitiger Rückkopplung und können am besten im Sinne einer „Spirale“ der Leitideen und Praxiskonzepte verstanden werden:

– *Drogenerziehung/Drogenprävention*: Abschreckung vor Konsum und Repression bei Konsumenten, später umgewandelt in Sachaufklärung und Sanktionierung des Konsums;
– *Suchtprävention*: Sanktionierung und Hilfe bei Missbrauch, durch Risikoalternativen und Ressourcenstärkung;
– *Suchtprävention und Gesundheitsförderung*: Ressourcenstärkung, Immunisierung und Förderung von Widerstands- und Lebenskompetenzen;
– *Suchtprävention, Gesundheitsförderung und Risikomanagement*: Ressourcenstärkung, Immunisierung, Förderung von Widerstands- und Lebenskompetenzen, Risikokompetenzförderung und Risikobegleitung.

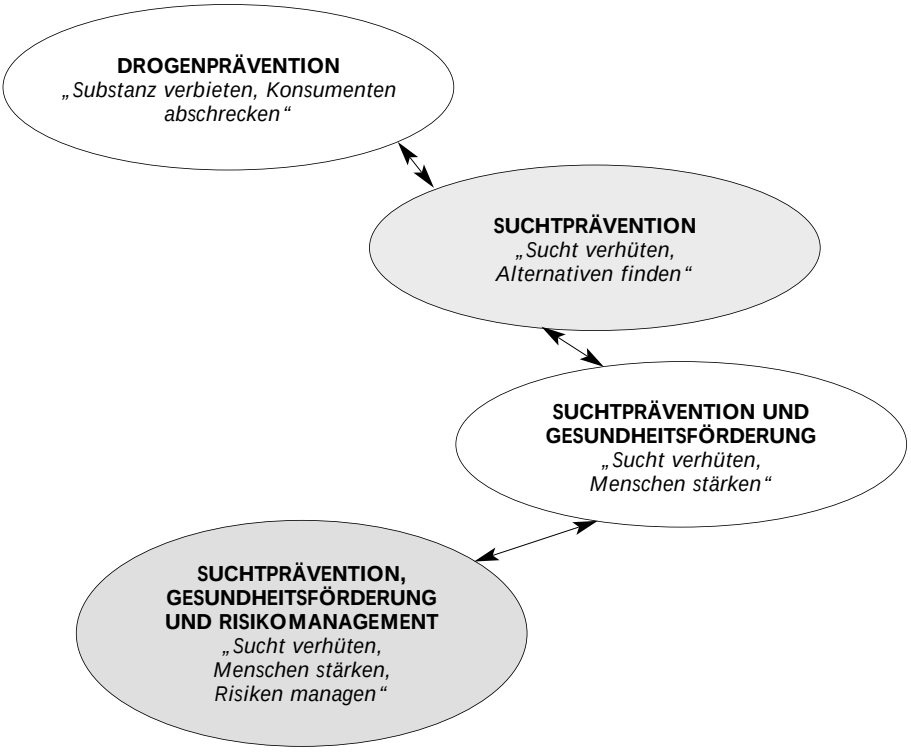


Abb. 1: Vier Phasen der Drogen- und Suchtprävention 1970–2000

Phasen der Drogen- und Suchtprävention

Phase 1:
Drogenerziehung und Drogenprävention

Der Kampf gegen die Drogen ab Ende der 60er Jahre, mit Schwerpunkt in den 70ern, konzentrierte sich zunächst ganz auf Abschreckung. Im Zentrum der Aufklärungsarbeit standen Strategien der Angsterzeugung mittels gefahrenbetonender, oftmals verzerrender Risikobotschaften. Sie richteten sich vorwiegend gegen jedweden Kontakt mit illegalen Drogen, ihren Konsum und ihre Konsumenten. Zugleich sollten die damit verbundenen bzw. fantasierten abweichenden „Aussteiger"-Lebenshaltungen und -Lebensweisen getroffen werden. Anfangs herrschte eine negativ überzeichnende, pauschale Abschreckung vor illegalen Drogen vor, bei der die Darstellung der Sucht und ihrer Konsequenzen, wie der sozialen Verelendung, einen breiten Raum einnahm. Alkohol und Nikotin waren zu dieser Zeit in der Suchtprävention eher nachgeordnet.

In der repressiven Prävention wurde die Stigmatisierung, u.U. auch Verteufelung der Konsumenten, billigend in Kauf genommen. Durch Aufklärung wurden indes vorwiegend solche Heranwachsende erreicht und bestärkt, die bereits negative Voreinstellungen gegenüber Suchtmitteln hatten, also nicht zum engeren Gefährdungskreis zählten. Auf der anderen Seite widerlegten die Erfahrungen derjenigen, die Drogen probierten, in den Konsum einstiegen oder regelmäßig konsumierten, alle einseitigen, verzerrenden Risikodarstellungen und machten die Aufklärer eher unglaubwürdig. Diese Erkenntnis führte gegen Mitte der 70er Jahre zu einer Abschwächung der repressiven Anteile und einer verstärkten Hinwendung zur faktischen Information. Tendenziell wertneutrale Aufklärung, die auch angenehme Erlebnisse mit Rauschmitteln nicht verschwieg, sollte jungen Menschen die Möglichkeit geben, sich selbständig für Abstinenz bzw. für Probieren oder gelegentlichen Gebrauch zu entscheiden – wobei das Kernziel unbedingter Abstinenz verdeckt bestehen blieb.

Gleichzeitig wandten sich die in der Drogenprävention und -therapie Tätigen gegen die Schuldzuweisung auf die Einzelnen („*blaming the victim*"). Die gesellschaftlichen Zusammenhänge des Drogenkonsums, die Lebensumstände von jungen Menschen und der Konsum legaler Drogen wie Alkohol, Arzneimittel und Nikotin wurden als (Mit-) Ursachen für Konsum- bzw. Suchtkarrieren thematisiert und in die präventiven Maßnahmen mit einbezogen. Kennzeichnend für diese Hinwendung auf vermutete familiäre Hintergründe von Drogenmissbrauch war die weithin akzeptierte Formel: „Aus ganz normalen Familien kommen ganz normale Süchtige". In den Fortbildungen von Schlüsselpersonen wie Lehrer/-innen und Sozialarbeiter/-innen wurde daher besonders auf die eigene Haltung gegenüber Suchtmitteln und Suchtgefährdungen reflektiert.

Diese zweite Phase der Drogenprävention trug den Keim für den paradigmatischen Übergang zur Suchtprävention in sich. Aus der kritischen Auseinandersetzung mit den

bisherigen Mängeln, unter Fortführung der positiven ursachenorientierten Ansätze, entwickelte sich die substanzunspezifische Suchtprävention. Zu ihrem konzeptionellen und methodischen Selbstverständnis gehörten die Förderung von Risikoalternativen und die Befähigung von Heranwachsenden zu Lebens- und Widerstandskompetenzen. Ihre wissenschaftliche Grundlage bildete das funktionale Verständnis von Risikoverhalten als Entwicklungsaufgabe in der Jugendphase in modernen Gesellschaften.

Phase 2:
Ursachen- und hilfeorientierte Suchtprävention, Risikoalternativen und Ressourcenstärkung

Im Übergang zu den 80er Jahren kam es zu einer konzeptionellen und praktischen Neubestimmung. Die substanzfixierten Strategien der Abschreckung oder Sachinformation wurden als zu eingeschränkt kritisiert. Zudem wurde man sensibel für den fatalen Nebeneffekt der repressiven Prävention, die betroffenen Konsumenten als Schuldige an ihrer Misere zu brandmarken oder einer unbarmherzigen Strafverfolgung zu überlassen. Es erwies sich als unverzichtbar, problematische Lebenszusammenhänge von Betroffenen, aber auch die allgemein gewachsenen Alltagsbelastungen und Entwicklungsherausforderungen von Jugendlichen zur Kenntnis zu nehmen.

Aus der nur wenig erfolgreichen Drogenprävention heraus entwickelte sich so die nichtrepressive, ursachen- und hilfeorientierte Suchtvorbeugung (Bäuerle 1981; Feser 1981, 1990; Janssen 1988). In ihrem Zentrum standen nicht mehr nur die illegalen Substanzen und alle mit ihnen assoziierten Gefahren, Verelendungen oder Lebensstile. Legale Drogen, v.a. der Missbrauch und die Abhängigkeitspotenziale von Alkohol und Medikamenten, rückten in das Zentrum der Suchtprävention. In Theorie und Praxis wollte man primär die Ursachen von Suchtgefährdungen und Abhängigkeitsentwicklungen angehen, sowohl im stofflichen als auch im nichtstofflichen Bereich.

Suchtvorbeugung wollte (und will) die hinter Rauschmittelkonsum, -missbrauch und Drogenabhängigkeit liegenden Haltungen, Einstellungen, Entwicklungserfahrungen und -belastungen von Kindern und Jugendlichen erkennen. Exemplarische Kampagnentitel waren: „Wir haben Stärken, wir haben Schwächen – was machen wir daraus?“ oder „Sucht hat immer eine Geschichte“. Wo Brüche und Überforderungen drohen oder ein Scheitern vorgezeichnet scheint, sollte präventiv eingegriffen werden, auch mit dem Anspruch einer allgemeinen Persönlichkeitsbildung und Stärkung von übergreifenden Ressourcen zur erfolgreichen Bewältigung von Belastungen und Krisen.

Die konzeptionelle Umorientierung profitierte von einer zunächst unabhängigen, aber zeitlich gleich laufenden Forschungswelle zum jugendspezifischen Risikoverhalten und zum Zusammenhang von Risiko- und Gesundheitsbewusstsein (Jessor/Jessor 1978; Silbereisen/Kastner 1985; Franzkowiak 1986; Engel/Hurrelmann 1993). Die neue, sich von der Verengung auf Sucht und Suchtkarrieren abgrenzende Forschung zielte darauf, ein angemessenes Verständnis der bislang ausgegrenzten Entwicklungslogik, der mög-

lichen „Sinnhaftigkeit“ von Drogenmissbrauch und anderen Gesundheitsrisiken in Entwicklungskrisen zu gewinnen – immer im Wissen um die Rahmen setzende Bedeutung der Lebensweisen und Lebenslagen jugendlicher Untergruppen und Subkulturen.

Die Suchtprävention übernahm das Entwicklungsaufgabenkonzept der modernen Entwicklungspsychologie und die darauf aufbauenden Konzepte zur Funktionalität von Risikoverhalten (Dreher/Dreher 1985; Franzkowiak 1987; Silbereisen 1995). Etwas zeitversetzt lieferten Ergebnisse der neueren Jugendrisikoforschung vertiefende epidemiologische Grundlagen (Engel/Hurrelmann 1993; Nordlohne 1992). Auch die in den 90er Jahren erfolgte Hinwendung der Risikoforschung zu Geschlechtsunterschieden und sozialen Ungleichheiten hatte entscheidende Konsequenzen für die präventive Praxis.

Methodisch herrschte in der Suchtprävention der 80er Jahre eine experimentierende Haltung (Hallmann 1988). Die substanzspezifische Aufklärung wurde nicht völlig verworfen. Sie musste sich aber vor dem funktionalen Verständnis von Risikoverhalten als eigenständiger Entwicklungsaufgabe in der Jugendphase und dem jungen Erwachsenenalter bewähren. Breit angelegte Versuche, funktionale Alternativen zu den Kicks und Thrills des Drogenexperimentierens und -konsums zu entwickeln, bildeten Mitte bis Ende der 80er Jahre einen Aktionsschwerpunkt der Präventionsszene – oft in der Verbindung von jugendtypischen Modesportarten mit körperlichen Extremerlebnissen.

Als Umsetzung der Forderung nach „Prävention, die aus sich heraus fasziniert“, gewann die Erlebnispädagogik eine größere Popularität (BZgA 1993). Diese schwächte sich seit Mitte der 90er Jahre wieder ab, nicht zuletzt mangels hinreichender empirischer Nachweise für ihre generelle wie auch für ihre spezifische präventive Wirksamkeit.

Phase 3:
Suchtprävention und Gesundheitsförderung durch Ressourcenstärkung, Immunisierung und Kompetenzförderung

Im Übergang zu den 90ern und bis heute konzentrierten immer mehr Praktiker/-innen der schulischen und der Freizeitpädagogik ihre Anstrengungen auf die eher unspezifische, generalpräventive Persönlichkeits- und Entwicklungsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Durch allgemeine Kompetenzförderung sollte dem komplexen Ursachenbündel für Suchtgefährdung und andere Gesundheitsbeeinträchtigungen entgegengewirkt werden. Zugleich wuchs die Einsicht, dass eine möglichst früh einsetzende Immunisierung gegen Drogenmissbrauch bzw. gegen Situationen der Verführung und des Gruppenzwangs die Chance für eine spätere drogenfreie bzw. suchtresistente Lebensführung deutlich erhöht. Die Immunisierung kann bereits im Kindergarten einsetzen und im Grundschulalter besonders wirksam werden.

Wegweisend zu Beginn dieser Phase waren zwei von der BZgA in Auftrag gegebene „Expertisen zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs“ (Künzel-Böhmer et al. 1993; Denis et al. 1994). Die Expertisen bündelten die Erfahrungen hunderter empiri-

scher, vorwiegend US-amerikanischer, suchtpräventiver Studien und Projekte der 70er und 80er Jahre. Als nachweisbar präventiv wirksam wurden so genannte Immunisierungsansätze mit stark verhaltenstherapeutischer Prägung vorgestellt. Damit waren Einzel- und Gruppentrainings gemeint, die bereits im Kindesalter ansetzen und sich bis in die Pubertät fortsetzen. In ihnen soll eine Stärkung der persönlichen und situativen Standfestigkeit gegenüber Drogen (sog. *resistance skills*) vorgenommen werden, jedoch in Verbindung mit der Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (sog. *life skills*).

Soziale Immunisierung und affektive Erziehung verbindet:

- Kompetenzentwicklung im sozialen Bereich, d.h. Widerstand gegen Gruppendruck, konstruktive Konfliktregelung mit
- Selbstregulierung (Stressbewältigungskompetenzen) und Selbstwertförderung sowie
- Reflexion von Normen und Entscheidungsfindung (AKP Mainz 1995; Leppin/Hurrelmann/Freitag 1994).

Auf Konzept- und Programmebene bündelten Slogans wie „Kinder stark machen", „Stark statt süchtig" die neue Ausrichtung. Damit wurde die eher enge Verhaltensorientierung der Kompetenzprogramme um den Anspruch erweitert, die Erweiterung von Handlungsoptionen und die Stärkung von Schutzfaktoren zu fördern – nicht nur im spezifischen Risikoverhalten, sondern auch bei den allgemeinen Lebensverhältnissen. Die Suchtprävention übernahm hier die Philosophie und ganzheitliche Praxis von Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta von 1986. Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern und andere pädagogische Bezugspersonen sollten unterstützt und befähigt werden, konstruktiv mit entwicklungsbedingten Belastungen, Benachteiligungen und Überforderungen fertig zu werden.

Die 1994er BZgA-Expertise zur Sucht-Primärprävention hob hervor, dass „gute strukturelle Bedingungen" unabdingbar seien (Denis et al. 1994). Nur wenn ausreichende und attraktive Arbeitsangebote und Lebensperspektiven sowie ausreichende Jugendfreizeit- und Organisationsangebote gegeben sind, werden primärpräventive Interventionen Erfolg haben. Fehlen günstige strukturelle Rahmenbedingungen, haben rein substanzbezogene Maßnahmen bestenfalls geringe und nur kurzatmige positive Effekte auf das in Frage stehende Risikoverhalten.

Ergänzend zu den Kompetenzförderungsansätzen wurde eine verstärkte Koordination und Vernetzung professioneller Angebote im Gemeinderahmen oder im überregionalen Rahmen propagiert. Erfolgreiche Suchtprävention sollte frühzeitig beginnen, langfristig angelegt sein und umfassend im Lebensraum der Adressaten durchgeführt werden. Mit der Konzentration auf umschriebene Lebens- und Verhaltensräume (*Settings*) wie die Arbeitswelt, aber auch Kindergarten und Schule, übernahm die Suchtprävention einen weiteren wichtigen Impuls von der Gesundheitsförderung.

Phase 4:
Suchtprävention und Gesundheitsförderung durch Ressourcenstärkung, Immunisierung, Lebens- und Risikokompetenzförderung, erweitert um Risikobegleitung

Angesichts des Mitte der 90er Jahre dramatisch ansteigenden Konsums und Missbrauchs von so genannten Partydrogen (Ecstasy, auch Kokain) wurden in der Suchtprävention der jüngsten Zeit verstärkt Impulse aus der Sekundär- und Tertiärprävention, d.h. dem System der Drogenhilfe, aufgenommen. Nicht nur in den Party- und Technoszenen, sondern bei allen schwierig zu erreichenden risikoerfahrenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen steht die Suchtprävention vor einer neuen Herausforderung. Ihre Interventionen sollen dazu beitragen, die kurzzeitigen Risiko-Experimente oder einen begrenzten Missbrauch, wenn schon nicht in Abstinenz, so doch in eine stabile und lang anhaltende „Risikokompetenz“ (Franzkowiak 1996, 1999) zu überführen.

Risikokompetenz setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen. Diese sind:

- ein informiertes Problembewusstsein gegenüber Drogenwirkungen und Suchtgefahren;
- die Entwicklung von Gebrauchsnormen, die das persönliche Risiko und schädliche Folgen für die Lebensumwelt und die Gesellschaft weitgehend mindern;
- konsequente Punktnüchternheit für ausgewählte Lebensräume und Entwicklungsstadien (Kindheit, frühe Jugend, Schwangerschaft, Schule, Arbeitswelt u.a.);
- ritualisierte Formen des nicht schädlichen Umgangs mit Rausch- und Suchtmitteln („Regeln für Räusche“);
- Entscheidungsfreiheit und -stärke für langfristige Konsumoptionen zwischen Abstinenz und kontrolliertem Konsum.

In diesem Zusammenhang wurden von der sekundär- und tertiärpräventiven Drogenhilfe Begriff und Praxis der präventiven Risikobegleitung übernommen. Gemeint sind damit (sozial-)pädagogische Unterstützungsangebote in Kombination mit klaren Sicherheitsregeln und einer pragmatischen Konsumberatung (Nöcker 1991; Laging-Glaser 2001). Ziel von Risikobegleitung ist die „Einübung in die ‚Drogenkultur' mit auf ein Minimum reduzierten Drogenrisiken“ (Fahrenkrug 1998). Aufklärung und Gefahrenminimierung sind dabei eingebettet in einen grundsätzlich (konsum-)„akzeptierenden“ Ansatz (Schuller/Stöver 1992; INDRO 1994; Rabes/Harm 1997; Heudtlass/Stöver 2000).

Trotz dieser Ausweitung in Richtung drogenspezifischer Risikokompetenzen (die in gewisser Weise eine Reanimation, geradezu Neuaufwertung der lange verpönten Drogen-Sachkunde darstellt) blieben und bleiben für die primäre Suchtprävention weiterhin allgemeine Kompetenzförderung und Ressourcenstärkung auf gesundheitsfördernder Grundlage zentral.

Die Praxis differenzierte sich in den 90er Jahren in Richtung zielgruppenspezifischer Ansätze und ihrer Erprobung in (oft noch modellhafter) Praxis. Zu nennen sind hier

vorrangig die geschlechtsbewusste Suchtprävention, Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen in sozialen Problemlagen sowie kultursensible Aufklärung und Entwicklungsförderung mit Migranten, Aussiedlern u.a. Die zunehmende Professionalisierung der Suchtprävention zeigte sich in der bundesweit verstärkten Koordination und Vernetzung von Angeboten im Gemeinde- und überregionalen Rahmen. Nicht zuletzt verpflichteten sich ihre Protagonisten dazu, verstärkt auf Qualitätssicherung, Evaluation und die Weiterentwicklung überprüfbarer Qualitäts- und Erfolgskriterien zu achten.

Verantwortlicher Umgang als pragmatisches Ziel, Risikomanagement als Dachstrategie

In der Primärprävention steht das heimliche Curriculum des Abstinenzdogmas mehr und mehr in der Kritik. Auch die Jugendrisikoforschung hat ihre Leitfragen zugespitzt (Engel/Hurrelmann 1993):

- Wie kann das Risikoverhalten im Jugendalter, das offensichtlich zu einer normalen Erscheinungsform im Entwicklungsprozess dieser Lebensphase gehört, auf ein Mindestmaß zurückgedrängt werden?
- Wie kann das Risikoverhalten zumindest in die Rolle eines vorübergehenden Verhaltens gebracht werden, so dass keine Langzeitwirkungen für die persönliche Integrität und Stabilität und für die soziale und gesundheitliche Anpassung von Jugendlichen entstehen?

Risikoverhalten ist eine Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz. Der überwiegend probierbezogene Konsum von psychoaktiven Substanzen ist quasi normativ im Jugendalter und ist als transitorisches Verhalten ubiquitär. An vorderster Stelle steht hier die kulturell immer noch bis in gravierenden Missbrauch hinein tolerierte Droge Alkohol. Vor diesem Hintergrund lassen sich präventive Zielsetzungen nicht auf die Erzwingung von Abstinenz oder eine heuchlerisch anmutende Ermutigung zum „Einfach-Nein-Sagen“ verkürzen. Zweifellos wird Abstinenz eine zentrale Option in jeder präventiven Botschaft sein und bleiben. Sie kann und sollte aber nicht die *conditio sine qua non* der primären Suchtprävention sein.

Ziel muss vielmehr ein verantwortlicher Umgang sein, d.h. die Überführung von jugendlichem Risikoverhalten in lebenslange Risikokompetenz ohne Abstinenzgebot. Silbereisen und Reese (2000) formulieren als Kernpunkte dieses „verantwortlichen Umgangs“ mit psychoaktiven Substanzen eine Kombination von Zielvorgaben für Heranwachsende mit Praxisempfehlungen für Professionelle in der Suchtprävention:

- Begrenzung der negativen Konsequenzen des quasi normativen Substanzkonsums Jugendlicher;
- Vorbeugung des Missbrauchs unter bisher unauffälligen Jugendlichen;

– verantwortungsvoller Umgang mit Drogen statt unrealistischer Totalabstinenz;
– Wissen um Wirkungsweisen und Folgen der Substanzen;
– kritische Einstellung gegenüber legalen und illegalen Drogen;
– Verzicht auf bestimmte Substanzen (harte Drogen, Selbstmedikation);
– Verzicht in bestimmten Situationen (Punktnüchternheit);
– mäßiger Konsum in tolerierten Situationen ohne negative Konsequenzen.

Statt der unrealistischen Totalabstinenz wird in der primären wie sekundären Suchtprävention somit das Realziel Verhinderung eines längerfristigen Missbrauchsverhaltens handlungsleitend (Denis et al. 1994; Frietsch 1994; Rabes/Harm 1997; Silbereisen/Reese 2000 – vgl. *Abbildung 2*).

Immunisierung:	Aufschub von Konsum- und Probierbeginn bei legalen Drogen, möglichst lebenslange Abstinenz gegenüber illegalen Drogen.
Transitionierung:	Beschränkung des substanzbezogenen Konsums, aber auch eines Missbrauchs legaler wie illegaler Substanzen auf einen experimentellen, zeitlich kurzfristigen Probierkonsum.
Lebensweltorientierung:	Explizite und umfassende, „wahrheitsgemäße“ und glaubwürdige Aufklärung über Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen des punktuellen und/oder regelmäßigen Konsums psychoaktiver Substanzen.
Schadensminimierung:	Verhinderung von Abhängigkeitsentwicklungen bei dauerhaftem Missbrauch durch Sicherheitsregeln und Ermöglichung eines kontrollierten Konsums mit Gefahrenbegrenzung und Notfallhilfe.
Strukturelle Gesundheitsförderung:	Aufbau und Erhaltung sozialer Unterstützungs- und Bewältigungsnetzwerke, Einwirkung auf negative Sozialisations- bzw. Milieubedingungen von gefährdeten und suchtaffinen Jugendlichen.

Abb. 2: Prinzipien und Realziele im Risikomanagement

Risikomanagement als Dachstrategie der primären Suchtprävention wäre beim gegenwärtigen Stand der Diskussion in verschränkter Form umzusetzen. Sowohl für legale wie illegale Drogen, für größere Bevölkerungsgruppen wie auch für umgrenzte Subkulturen sollten integrierte Programme und Kampagnen mit vier übergreifenden Schwerpunkten entwickelt und evaluiert werden (*Abbildung 3*).

Förderung von Risikokompetenz bei Jugendlichen und jungen Heranwachsenden:

- Befähigung zur Unterstützung von Selbstkontrolle auf folgendem Zielkontinuum: dauerhafte und/oder zeitweilige Abstinenz – Experimentierkompetenz – selbsttätige Wirkungskontrolle und Schadensbegrenzung bei einem zeitlich begrenzten Gewohnheitsgebrauch;
- Befähigung zur kompetenten, erfahrungsgeleiteten und gefahrenabschätzenden persönlichen und kollektiven Entscheidung für temporäre oder dauerhafte Abstinenz bzw. temporären oder dauerhaften selbstkontrollierten und kulturell akzeptierten Gebrauch.

Formulierung und Erprobung von Sicherheitsregeln:

- Formulierung, Erprobung und Durchsetzung von differentiellen Sicherheitsregeln für unterschiedliche Konsummuster (inkl. problematische Formen) in Abhängigkeit von Entwicklungsphasen, Zielgruppen/Subkulturen, Substanzen und ihren Wechselwirkungen.

Pädagogisch-präventive Risikobegleitung:

- Entwicklung einer verantwortungsbewussten präventiven Strategie der individuellen und kollektiven Kompetenzförderung und Gefahrenminimierung bei unterschiedlichen Rausch- und Suchtmitteln;
- Verbindung mit Ansätzen der Peer-Education (Selbstaufklärung zum Selbst- und Fremdschutz) und des Peer-Support (soziale Unterstützung bei der Entwicklung von Risikokompetenz).

Strukturelle, (sub-)kulturelle und substanzbezogene Gefahrenminimierung:

- Unterstützung des (selbst-)organisierten und professionellen präventiven Handelns mit dem Ziel der Erhöhung von Risikokompetenz durch gesellschaftliche Aktionspläne;
- Förderung einer akzeptanz- und kompetenzbezogenen Umorientierung von Drogenhilfe und Drogenpolitik;
- Einrichtung von substanzbezogenen Qualitätskontrollen im Sinne eines Verbraucherschutzes bei illegalen Drogen.

Abb. 3: Schwerpunkte suchtpräventiver Programme und Kampagnen des Risikomanagements

Neue Programmatik: *Sensible risk-taking*

Das Risikomanagement und seine Teilelemente müssen für jede psychoaktive Substanz (sei sie legal-integriert, illegal-geduldet oder illegal-kriminalisiert) hinsichtlich unterschiedlicher Zielgruppen, unterschiedlicher Entwicklungsphasen und differentieller Subkulturen/Szenen erprobt und überprüft werden. Dabei ist auf mögliche Quer- und Wechselwirkungen genauestens zu achten, insbesondere wegen der potenziellen Begrenztheit von Sicherheitsregeln bei Mischkonsum und Polypragmasie/Polytoxikomanie. Die Praxisversuche und Medienentwicklungen im deutschsprachigen Raum zum zielgruppengenauen Ansprechen von Ecstasygebrauchern und Konsumenten anderer illegaler Substanzen in Party- und anderen Subkulturen (Partydrogen-Flyer, Zauberpilze-Broschüren, Harm-reduction-Manuale u.v.a.) sollten fortgesetzt und unterstützt werden (Rabes/Harm 1997; Heudtlass/Stöver 2000).

Dieser Ansatz muss auf die Kulturdroge Alkohol, auf das sozial integrierte Rausch- und Suchtmittel Nr. 1, übertragen werden. Langjährige Praxiserfahrungen liegen mit der

Kampagne zum *sensible drinking* des Britischen Gesundheitsministeriums vor (Department of Health 1995; BMA 1996; Bühringer 1997). In Anlehnung an das britische Vorgehen schlage ich für Konzepte und Praxis der primären Suchtprävention eine neue programmatische Formel vor: *sensible risk-taking*.

Auf einem gedachten Kontinuum der Risikokompetenz markiert dies den Pol der Suchtprävention. Dem steht für die Drogenhilfe das gleichfalls noch englisch formulierte Konzept von *safer use* gegenüber – die „erlernte Fähigkeit zu risikobewusstem Gebrauch" (Harm 1997). In Ermangelung vergleichbar aussagekräftiger deutscher Begriffe müssen derzeit noch die fremdsprachigen Kürzel eingemeindet werden. Als erste noch unvollständige Unterbegriffe der Primärprävention, die zugleich Programmziele markieren, erscheinen mir sinnvoll: „Riten des Genießens" in Verbindung mit „Regeln für (sichere) Räusche" (vgl. *Abbildung 4*).

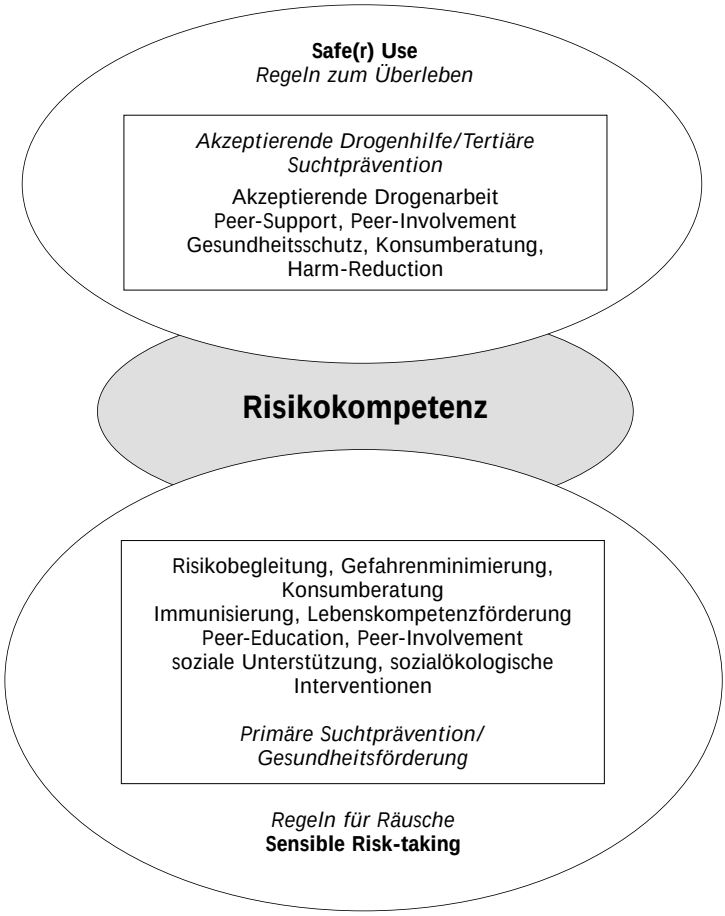


Abb. 4: Risikokompetenz als gemeinsamer Kern von drogen- und suchtbezogener Primär- sowie Sekundär-/Tertiärprävention

Risikobegleitung soll zugänglich sein zumindest für alle „riskanten Räusche“, also dort, wo Selbst- und Fremdgefährdungen nicht auszuschließen sind, Selbstkontrollen und Konsummaße nicht oder noch nicht ausgeprägt sind, gefahrenvolle Settings das Experimentier- und Konsumverhalten prägen. Dass dies keine nur theoretische Ableitung ist, belegt die Forderung einer Praktikerin der Jugendarbeit mit Alkohol konsumierenden Mädchen. Schwarting (2000) fordert als sekundärpräventive Leitorientierung explizit „nicht ein Behandlungskonzept für Gefährdete, sondern ein pädagogisches Begleitungskonzept für Konsumierende“.

Risikobegleitung muss eingebettet sein in politisch-strukturelle Gesundheitssicherung und spezifische Gefahrenminimierung, muss in ihren Frei- und Grenzräumen auch politisch unterstützt werden und darf rechtlich nicht unter Verfolgungsdruck stehen. Abstinenz bzw. Prohibition bleiben als mögliche – und für definierte Settings, Lebensphasen und Zielgruppen auch zentrale – Optionen erhalten. Sie verlieren einstweilen ihren dogmatischen Charakter.

Zielgruppenproblematik

Interventionen und Projekte müssen einerseits die große Mehrheit der auf die Adoleszenz begrenzten (*adolescence-limited*) Drogenexperimentierer ansprechen können. Zugleich müssen neue Wege zu den sozialökologisch umgrenzten Subkulturen und Risikogruppen der die Jugendzeit überschreitenden, u.U. lebenslangen (*life-course-persistent*) Problemkonsumenten erschlossen werden (Silbereisen 1995). Problemkonsumenten und ihre Settings benötigen eigenständige Aufklärungs- und Begleitungsstrategien, die nicht mit denen der Mehrheitsjugend im Risiko-Durchgangsstadium vermischt werden dürfen – und umgekehrt. So haben drogennahe und drogenferne Jugendliche eine eindeutig unterschiedliche präventive Ansprechbarkeit, wie Fahrenkrug (1995) in einer qualitativen Studie nachweisen konnte. Diese Zugangsproblematik verweist auf Forschungsdefizite in diesem Bereich, die dringend behoben werden sollten.

Fatal wäre ein sozial naives Vorgehen bei der Risikobegleitung und der Umsetzung von *sensible risk-taking*. Der vermittelnde Einfluss unterschiedlicher Lebenslagen, Entwicklungsvoraussetzungen und Lebensstile – d.h. alle im Gesamt von Lebensführung und Lebenschancen überhaupt erst erwachsenden Potenziale zur Ausprägung von Risikokompetenz bei Kindern, Jugendlichen und Eltern/Erwachsenen – darf niemals aus dem Blickfeld geraten. Bereits im Übergang vom Kindes- zum Jugendalter schlägt sich ein direkter und linearer Zusammenhang zwischen dem Grad der sozialen Privilegierung und dem Ausmaß von Gesundheit nieder (Klocke/Hurrelmann 1998; Mielck 2000).

Diese sozialepidemiologischen Grunderkenntnisse sind uneingeschränkt auf das Feld der Risiko- und Drogenvulnerabilitäten zu übertragen. Nur in Kenntnis der sozialökologischen Rahmensetzungen und je nach unterschiedlichen Lebensstilen von Kindern und

Jugendlichen sollten Sicherheitsregeln und Gefahrenminimierungsstrategien gegenüber unterschiedlichen Rausch- und Suchtmitteln für unterschiedliche Teilkollektive aufgestellt werden. Sie bedürfen ständiger empirischer Überprüfung sowie praktischer und ethischer Reflexion.

Neuausrichtung der Sucht- und Präventionsforschung

Das Wissen über die Möglichkeiten eines kontrollierten bzw. genussvollen Alkoholgebrauchs ist unzureichend, weil sich der Mainstream von Forschung, Praxisreflexion und Drogenpolitik seit Jahrzehnten auf eine Krisen- und Abweichungsperspektive verengt hat. Man beschäftigte sich fast ausschließlich mit den negativen Konsumfolgen, konzentrierte sich auf Sucht und zog aus den Determinanten und Verläufen von misslingenden Verläufen (Drogen- bzw. Suchtkarrieren) oftmals unzulässige präventive Rückschlüsse. Hingegen steht die Erforschung gelingender Risikoverläufe/-karrieren für die Prävention noch aus. Eine vorurteilslose Analyse der erfolgreichen und kompetenten Bewältigung von risikobezogenen Belastungen und Herausforderungen im Jugendalter, also Forschung zum konstruktiven Umgang mit (u.a. drogen- und gesundheitsbezogenem) Risikoverhalten gehört auf die Tagesordnung.

Täglich finden millionenfach drogenbezogene Experimentierhandlungen Heranwachsender statt, bei denen diese quasi naturwüchsig, dabei überwiegend in kultureller und subkultureller Abfederung, eigene Maße des Umgangs mit Drogen und anderen Risiken suchen. Sie scheitern zuweilen daran, mit der Zeit finden sie aber in aller Regel und überwältigender Mehrheit ihre jeweiligen Maße, Rituale, Sicherheitsregeln. Teilgruppen mit belasteten Biographien und/oder belastenden Lebenslagen haben unbestritten ein erhöhtes Risiko, weshalb sie verstärkte personale und strukturelle Unterstützung zur Erhöhung gerade der drogenbezogenen Standfestigkeit benötigen. Jedoch nützt die Unterstützung von *resistance skills* allein, ohne flankierende Förderung und Erhaltung salutogener struktureller Bedingungen, nur wenig und wirkt nur kurzfristig (Silbereisen 1999).

All die anderen massenhaften, dabei keinesfalls automatisch in Suchtgefährdungen bzw. -karrieren führenden, drogenbezogenen Selbstversuche und Selbstaufklärungen mit legalen wie illegalen Substanzen wurden von der Suchtforschung – aber auch in weiten Bereichen von der professionellen Suchtprävention – weitgehend ignoriert oder geächtet. Unter der Leitorientierung Risikokompetenz rücken sie in das Zentrum der primärpräventiven Konzepte und Interventionen.

Viele überlieferte Überzeugungen in der Suchtprävention – als integrativer Bestandteil der Jugendhilfe – sind radikal in Frage gestellt. Neue Leitfragen für Forschung und Praxis könnten lauten:

– Welche persönlichen und (sub-)kulturellen Risikomaße und Selbstkontrollen entwickeln Jugendliche und junge Erwachsene selbsttätig?

– Bis wohin sind diese funktional? Ab wann, bei wem, in welchen Settings wirken sie hingegen destruktiv?
– Welche Maße, welche Regeln, welche Rituale machen den Gebrauch (sowie: punktuellen Missbrauch) von Alkohol oder anderen Rauschmitteln sicherer? Aus welcher Perspektive werden sie gewichtet, nach welchen Kriterien werden sie überprüft?
– Welche Konsum- und Sicherheitsregeln können daraus für wen, in welchem Alter formuliert werden?
– Was heißt substanzbezogene Risikokompetenz für weibliche Heranwachsende im Unterschied zu männlichen Jugendlichen? Was ist für unterschiedliche Altersstufen, Kulturen und Settings zu beachten?
– Sollen im pädagogischen Raum „Regeln für (sichere) Räusche" bzw. Empfehlungen für „Riten des Genießens" aufgestellt und erprobt werden? Wie kann es und darf es überhaupt pädagogische bzw. pädagogisierte Rauscherlebnisse für Jugendliche, z.B. unter Anleitung erfahrener Drogenbenutzer, geben? Mit wem, durch wen begleitet? Wie ausgewertet, mit welchen Abbruchkriterien, welchen Sanktionierungen?

Ausblick: Optionen und Probleme

Abbildung 4 stellt einen ersten Versuch dar, den derzeit überschaubaren Gesamtrahmen zur Förderung von Risikokompetenz im strategischen Kontext des Risikomanagements zu veranschaulichen. Die Förderung von Risikokompetenz sehe ich als gemeinsamen Kern im Kontinuum zwischen *sensible risk-taking* (primäre Suchtprävention) und *safe/r use* (sekundär- und tertiärpräventive Suchtarbeit). Nach Jahrzehnten der zunehmenden Segregation und wechselseitigen Abschottung könnte sich mit dieser gemeinsamen Leitorientierung eine große Chance bieten. Mit neuen Praxiskonzepten wie Risikomanagement und Risikobegleitung wird noch keine paradigmatische Wende eingeläutet, doch die Annäherung der beiden Systeme vorangetrieben.

Keineswegs sind damit alle strukturellen und ideologischen Differenzen zwischen den Hilfesystemen und ihren Protagonisten ausgeräumt. Unter dem Primat der Primärprävention in der Risikobegleitung (bspw. beim subkulturellen Ecstasykonsum) verstehen Akteure beider Systeme durchaus Unterschiedliches. In der Sekundär- und Tertiärprävention zirkulierende Konzepte der Drogensouveränität oder Drogenakzeptanz sind nicht deckungsgleich mit der Risikokompetenz. Sie widersprechen in Teilen dem Oberziel eines verantwortlichen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen. Gemeinsam ist beiden Systemen allerdings eine Abkehr von Abstinenzerzwingung sowie die pragmatische Hinwendung zu abgestuften Zielen in der Arbeit mit konsumierenden bzw. gewohnheitsmäßigen Drogengebrauchern. Die neue Sachlichkeit in der Betrachtung von jugendlichem Risikoverhalten, Drogen und Drogenwirkungen findet ihren Ausdruck in einer gemeinsam geteilten Sicherheitsphilosophie.

Auch im Risikomanagement und bei der Leitorientierung Risikokompetenz bestehen noch Unklarheiten und Inkonsistenzen, die der wissenschaftlichen und praktischen Klärung harren. An vorderster Stelle ist die Erprobung des Konzepts am Alkohol zu nennen. Neue Kampagnen wie „Alkohol. Irgendwann ist genug“ (Hamburg 2000ff.) und „Alkohol. Verantwortung setzt die Grenze“ (BZgA 2001ff.) markieren zwar erste Versuche in dieser Richtung, doch scheint mir der präventive Impuls der Risikobegleitung immer noch vorwiegend auf die Partydrogen und ihr Umfeld beschränkt. Auch dort ist die Problematik des Mischkonsums, der gleichzeitigen Verwendung unterschiedlicher Substanzen, noch nicht ausreichend geklärt. Welche Regeln für welche Räusche gelten in einem solchen (Normal-)Fall? Den Sachverhalt spitzt Laging-Glaser (2001) gleichermaßen polemisch wie selbstkritisch zu: „Aufklärung suggeriert oft eine Realität, die es so nicht gibt.“ Bleiben Risikobegleitung und Risikomanagement in der Primärprävention doch nur Nischenkonzepte?

Altbekannte und neue Herausforderungen tun sich auf, will man das Konzept konsequent auf minderjährige Zielgruppen anwenden. Vor der Festlegung und praktischen Begleitung von „Regeln für Räusche“ für 16-, 14- oder gar 12-Jährige schon beim Alkohol – geschweige für illegale Substanzen – schrecken die meisten Praktiker/-innen aus einer Vielzahl von (guten) Gründen zurück, nicht zuletzt wegen der ungewissen juristischen Lage, in die sie sich damit begeben würden.

Ein komplementäres Problem bildet die Veränderung der Jugendphase in den (post)-modernen Gesellschaftsformationen. Die Vorverlagerung der Frühadoleszenz, sowohl in soziobiologischer Hinsicht als auch im Bereich kultureller Ausdrucksformen und Stilisierungen, birgt für die Sekundär- und Primärprävention erhebliche Sprengkraft. Konnte man bis vor wenigen Jahrzehnten (damit immer auch in der persönlich-biographischen Re-Konstruktion von mehr oder minder erfolgreich ausgeprägter Risikokompetenz) von einer Kernadoleszenz um das 15. Lebensjahr herum ausgehen, mit einer Bandbreite von 12 bis 17 Jahren, beginnt „Jugend“ nunmehr immer öfter um das 13. Lebensjahr, mit Bandbreiten von 10 bis 17 Jahren.

Es ist ernsthaft zu fragen, ob den ganz jungen Heranwachsenden aus primärpräventiver Sicht hierdurch Kernjahre der Sozialisierung, der Ressourcenbildung, der Selbstwirksamkeitsentwicklung fehlen. Unter einer solchen Annahme wäre nicht nur ein vorverlagerter Konsumbeginn fatal, sondern auch die explizite risikobezogene Information käme zu früh, überhaupt nicht an oder hätte sogar iatrogene, schädliche Wirkungen. Andererseits entwickeln die jungen Adoleszenten eigene Copingstrategien, Risikomaße, Umgangsformen mit Entwicklungsstress, über die wir – durchaus auch wegen des professionellen Defizitblicks – noch zu wenig wissen. Es liegen zumindest für Alkohol deutliche Anzeichen dafür vor, dass ein zu früher Experimentier- und Konsumbeginn die Möglichkeit der Kompetenzentwicklung, der Transitionierung und der Selbstkontrolle in späteren Jahren massiv behindert, wenn nicht unmöglich macht.

Fazit: Präventiv umsetzbare Handreichungen auf der Grundlage allgemeiner wie risikobezogener entwicklungswissenschaftlicher Forschung fehlen besonders dringlich für diese Altersphase von 10 bis 13/14 Jahren. Gestufte Interventionen, d.h. abgestufte Intensitäten von Explizitheit der personalen bzw. Massenkommunikation bzw. abgestufte Grade einer begleiteten Risikoerfahrung, scheinen unabdingbar zu sein – über ihre Realisierungsmöglichkeit liegen sicher manche subjektiven („privaten") Theorien vor, aber noch zu wenig wissenschaftlich begründete Projektauswertungen.

Das einer verengten Forschungstradition anzulastende Mangelwissen über gelungene Risikokarrieren und über drogenbezogene Transitionsprozesse in der Jugend- und in späteren Lebensphasen wurde bereits beklagt. Unabhängig von dieser Klärung (auf die wir indes keine weiteren 10 oder 20 Jahre warten können) erscheint Risikokompetenz nicht für jede/n Heranwachsenden oder Erwachsenen gleichermaßen erreichbar. Vor dem Hintergrund massiver sozialer Ungleichheiten sowie neuer sozialökologischer Ungleichbehandlungen wäre es naiv, eine pädagogisch zu erzeugende Chancengleichheit im Kompetenzerwerb anzunehmen. Wie in der traditionellen Suchtprävention liegen für Risikomanagement und Risikobegleitung gut und eher mittelmäßig zugängliche, aber auch weitgehend unzugängliche Gruppen und Lebenslagen vor. Ihnen wurden Bezeichnungen wie *hard to reach* verliehen, ohne damit aber (mit Ausnahme weniger verdienstvoller Modellprojekte) Lösungsstrategien für die gesamte Prävention zu finden.

Unklar ist trotz erheblicher Anstrengungen in der Sozialisations- und Jugendrisikoforschung, welchen Umfang diese Gruppen haben, welcher Veränderungsdynamik sie unterliegen und welche drogen- und kompetenzrelevanten Wechselwirkungen in und zwischen ihnen herrschen. Silbereisen (1995, 1999) hat sich dieses Problems mit Blick auf die Möglichkeiten und Grenzen von Prävention angenommen. Nach seinen Erkenntnissen heißt Suchtprävention für die Minderheit der bereits vor dem Jugendalter auffälligen Kinder vorrangig Früherkennung und erzieherische, sozialpädagogische oder therapeutische Einflussnahme auf die Verhaltensstörungen. Lebenskompetenzförderung mag auch für Risiko-Jugendliche nützliche Wirkungen beim Übergang ins Jugendalter entfalten. Sie wirkt aber nicht auf die grundlegenden, die nach Silbereisen „eigentlichen Risikofaktoren dieser Gruppe".

In Überschreitung des engen Drogenbezugs ist Risikokompetenz als eine Schlüsselqualifikation für das (Über-)Leben in der Postmoderne zu gewichten (Giddens 1997; Legnaro in diesem Band, s. *Kap. 3.1*). Alltagsexperimente sind zu einem wesentlichen Teil des täglichen Handelns geworden, geradezu zum konstitutiven Merkmal. Risiken einzugehen ist das Merkmal eines sozialen Lebens, in dem in den meisten Situationen Möglichkeiten wie Zwänge bestehen, eigenständig zu entscheiden. Ein kompetenter Umgang mit Unsicherheit kann so zur Bewältigung der wachsenden Unübersichtlichkeit und Komplexität selbst alltäglicher Handlungsketten befähigen. Risikokompetenz als Querschnittsfähigkeit fördert Orientierung und Identitätsbildung, ist immer auch eine lebenslange Anforderung. Die Chancen und An- wie Aufforderungen der Risikokompetenz

bleiben jedoch prekär, zuweilen paradox überfordernd. Was Amendt 1998 in einem SPIEGEL-Gespräch für die Jugendsexualität festhielt, scheint mir übertragbar auf den angestrebten verantwortungsvollen Umgang mit psychoaktiven Substanzen: „Wo früher das eiserne Verbot war, ist heute das eiserne Gebot: Du darfst, aber du darfst nur erfolgreich."

Literatur

AKP Arbeitskreis Prävention Mainz (Hrsg.) (1995): *Life-Skill – was ist das?* Mainz: Verlag Peter Sabo (Mainzer Materialien zur Gesundheitsförderung 1).

Bäuerle, D. (1981): *Drogenberatung in der Schule*. Stuttgart, Berlin: Kohlhammer.

BMA British Medical Association (1996): „Richtlinien für einen vernünftigen Alkoholkonsum." *Sucht*, 43 (2), 81 (Übersetzung des Abschlussteils der englischen Originalpublikation aus: *Addiction*, 1, 1996 (91), 25–33).

Bühringer, G. (1997): „20 bzw. 30 Gramm Alkohol am Tag: Unsinnige Mengenbeschränkung oder ein Beitrag zur Eindämmung des schädlichen Gebrauchs von Alkohol?" *Sucht* 43 (2), 80.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1993): *Handbuch Gesundheitsförderung und Erlebnispädagogik in der Jugendarbeit*. Köln: BZgA.

Denis, A. et al. (1994): *Fortschreibung der Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs*. Köln/München: BZgA/IFT Institut für Therapieforschung.

Department of Health (1995): *Sensible Drinking. The Report of an Inter-Departmental Working Group*. London: United Kingdom Department of Health.

Dreher, E. / Dreher, M. (1985): „Wahrnehmung und Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter." In: Oerter, R. (Hrsg.): *Lebensbewältigung im Jugendalter*. Weinheim: PVU, 30–61.

Engel, U. / Hurrelmann, K. (1993): *Was Jugendliche wagen*. Weinheim, München: Juventa.

Fahrenkrug, H. (1995): *Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil*. Lausanne: Institut universitaire des médecine sociale et préventive (Cah Rech Doc IUMSP, Nr. 111.3).

Fahrenkrug, H. (1998): „Risikokompetenz – eine neue Leitlinie für den Umgang mit ‚riskanten Räuschen'?" *Suchtmagazin* 24 (3), 23–27.

Feser, H. (Hrsg.) (1981): *Drogenerziehung*. (2. Aufl.) Ulm.

Feser, H. (1990): *Gesundheitliche Prävention durch Sozialarbeiter und Sozialpädagogen*. Dortmund: verlag modernes lernen.

Franzkowiak, P. (1986): „Kleine Freuden, kleine Fluchten." In: Wenzel, E. (Hrsg.): *Die Ökologie des Körpers*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 121–174.

Franzkowiak, P. (1987): „Risikoverhalten als Entwicklungsaufgabe – Zur 'subjektiven Vernunft' von Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum in der Adoleszenz." In: Laaser, U. et al. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitserziehung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 63–84.

Franzkowiak, P. (1996): „Risikokompetenz – Eine neue Leitorientierung für die primäre Suchtprävention?" *neue praxis* 26 (5), 409–425.

Franzkowiak, P. (1999): „Risikokompetenz und ‚Regeln für Räusche' – Was hat die Suchtprävention von der akzeptierenden Drogenarbeit gelernt?" In: Stöver, H. (Hrsg.): *Akzeptierende Drogenarbeit – Eine Zwischenbilanz*. Freiburg: Lambertus, 57–73.

Franzkowiak, P. / Sabo, P. (1999): „Von der Drogenprävention zur Entwicklungsförderung und Risikobegleitung." *Prävention* 22 (3), 90–94.

Frietsch, R. (1994): „Grundsätzliches zur (Sucht-)Prävention." *Sozialmagazin* 19 (5), 14–19.

Giddens, A. (1997): *Jenseits von Links und Rechts*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Hallmann, H. J. (1988): „Alternative präventive Handlungsmöglichkeiten.“ In: Janssen, H.-J. (Hrsg.): *Suchtprävention im Wandel*. Hamm: Hoheneck, 91–100.

Harm, W. (1997): „Zwischen Drogenakzeptanz und Suchtprävention. Überlegungen zum Umgang mit Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten in der Jugendarbeit.“ In: Rabes, M. / Harm, W. (Hrsg.): *XTC und XXL Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Vorbeugungsmöglichkeiten und Jugendkultur*. Reinbek: Rowohlt (rororo), 222–237.

Heudtlass, J.-H. / Stöver, H. (2000): *Risiko mindern beim Drogengebrauch*. (2., neu bearb. Aufl.; 11995) Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag.

INDRO e.V. (Hrsg.) (1994): *Niedrigschwellige Drogenarbeit*, Band 2. Berlin.

Janssen, H.-J. (Hrsg.) (1988): *Suchtprävention im Wandel*. Hamm: Hoheneck.

Jessor, R. L. / Jessor, S. (1978): „Die Entwicklung Jugendlicher und der Beginn des Alkoholkonsums.“ In: Vogler, R. E. / Revenstorf, D. (Hrsg.): *Alkoholmissbrauch*. München: Urban & Schwarzenberg, 21–44.

Klocke, A. / Hurrelmann, K.(Hrsg.) (1998): *Kinder und Jugendliche in Armut*. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Künzel-Böhmer, J. / Bühringer, G. / Janik-Konecny, T. (1993): *Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs*. Baden-Baden: Nomos.

Laging-Glaser, M. (2001): „Drogen in der Jugendhilfe – Jugendliche in der Drogenhilfe.“ *Konturen* 22 (3–4), 18–21.

Leppin, A. / Hurrelmann, K. / Freitag, M. (1994): „Schulische Gesundheitsförderung im Kontext von Klassenklima und sozialem Rückhalt durch die Lehrer“. *Zeitschrift für Pädagogik* 6, 871–890.

Mielck, A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern, Göttingen: Huber.

Nöcker, G. (1991): „Richtungswechsel – Über die Notwendigkeit einer inhaltlichen Neuorientierung der Suchtprävention.“ In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): *Prävention zwischen Genuss und Sucht*. Düsseldorf: MAGS NW, 163–174.

Nordlohne, E. (1992): *Die Kosten jugendlicher Problembewältigung*. Weinheim, München: Juventa.

Oerter, R. / Montada, L. (Hrsg.) (1995): *Entwicklungspsychologie*. (3. Aufl.) München: PVU.

Rabes, M. / Harm, W. (Hrsg.) (1997): *XTC und XXL Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Vorbeugungsmöglichkeiten und Jugendkultur*. Reinbek: Rowohlt (rororo).

Schuller, K. / Stöver, H. (1992): *Akzeptierende Drogenarbeit*. Freiburg: Lambertus.

Schwarting, F. (2000): „Zwischen Wunsch und Wirklichkeit – Zum alltäglichen Umgang mit Alkohol konsumierenden Mädchen und Jungen in Einrichtungen der Jugendhilfe.“ In: Amt für Jugend / Büro für Suchtprävention (Hrsg.): *Alkohol – Irgendwann ist genug*. Hamburg: Amt für Jugend / Büro für Suchtprävention), 13–21.

Silbereisen, R. K. (1995): „Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch.“ In: Oerter, R. / Montada, L. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. (3. Aufl.) München: PVU, 1056–1068.

Silbereisen, R. K. (1999): „Differenzierungen und Perspektiven für Prävention aus entwicklungspsychologischer Sicht.“ In: Kolip, P. (Hrsg.): *Programme gegen Sucht*. Weinheim, München: Juventa, 70–85.

Silbereisen, R. K. / Kastner, P. (1985): „Jugend und Drogen: Entwicklung von Drogengebrauch – Drogengebrauch als Entwicklung?“ In: Oerter, R. (Hrsg.): *Lebensbewältigung im Jugendalter*. Weinheim: VCH, 192–219.

Silbereisen, R. K. / Reese, A. (2000): *Substanzgebrauch: Illegale Drogen und Alkohol*. Manuskript.

4

Arbeitsschwerpunkt I: Aktuelle Trends in Peer-Support und Peer-Education

4 Arbeitsschwerpunkt I: Aktuelle Trends in Peer-Support und Peer-Education

Peer-Ansätze stoßen zur Zeit auf große Akzeptanz, weil ihre Wirksamkeit plausibel ist, aber auch weil sie preiswert zu sein scheinen. Zwar wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass peergestützte Verfahren sowohl für die Peers selbst als auch für die primäre Zielgruppe (die durch die Peers zu erreichende Personengruppe) sinnvoll und nützlich sind, aber es gibt derzeit noch wenig empirisch abgesichertes Wissen über die grundlegenden Theorien, zweckmäßigen Methoden und messbaren Wirkungen von Peer-Interventionen.

Vor diesem Hintergrund bildeten die Möglichkeiten und Grenzen peergestützter Ansätze in der Partyszene den Themenschwerpunkt der Arbeitsgruppe I. Übergeordnetes Ziel dieses Workshops sollte die Überprüfung und ggf. Modifizierung der von der BZgA 1997 formulierten Leitlinie zum Thema sein, in der konstatiert wird, dass sich Peer-Interventionen für personalkommunikative Maßnahmen in der Partyszene eignen, da sie sowohl machbar sind als auch auf große Akzeptanz bei der Zielgruppe stoßen (Leitlinie 10). Neben diesen eher prozessorientierten Qualitätsmerkmalen sollten in dieser Arbeitsgruppe auch ergebnisbezogene Aspekte peergestützter Verfahren untersucht werden. Auf der Grundlage von Erkenntnissen aus Praxis und Wissenschaft sollten Aussagen und Empfehlungen über sinnvolle Einsatzfelder von Peer-Ansätzen formuliert werden.

In dem einführenden Beitrag werden zunächst Begrifflichkeiten geklärt und die derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisse über Peer-Interventionen zusammengetragen (*Kapitel 4.1*). Zwei vorgestellte Beispiele für Peer-Interventionen (*Kapitel 4.2* und *4.3*) geben einen Einblick in die praktische Arbeit von Peergroups und vermitteln einen Eindruck sowohl von der Bandbreite der Aktivitäten wie auch von der Unterschiedlichkeit der Herangehensweisen.

Auf der Grundlage dieser beiden Eckpfeiler – Wissenschaft und Praxis – wurden in der Arbeitsgruppe die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Peer-Ansätze herausgearbeitet und Empfehlungen für eine Modifizierung und Ergänzung der derzeit bestehenden BZgA-Leitlinie formuliert (*Kapitel 4.4*).

4.1 Peer-Intervention – Peer-Involvement – Peer-Support: Möglichkeiten und Grenzen peergestützter Ansätze für die Prävention riskanter Drogenkonsumformen in der Partyszene

Bettina Schmidt, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

Historische Entwicklung von peergestützten Ansätzen – eine Einführung

Glaubt man der Geschichtswissenschaft, dann gab es Peer-Ansätze schon bei Aristoteles. Seit dieser Zeit war die Entwicklung von Peer-Ansätzen meist entweder ökonomischen Engpässen geschuldet, die damit einhergingen, dass der Einsatz professioneller und teurer Fachkräfte erschwert war, oder aber Peer-Interventionen entstanden im Rahmen gesellschaftlicher Umbruchsituationen, in deren Folge – durch die häufig einhergehende Ablehnung von etablierten Systemen – wiederum selbst organisierte Unterstützungssysteme etabliert wurden (Kleiber/Appel/Pforr 1998).

Als zentraler Durchbruch der Idee von Peer-Ansätzen gilt das schulische Peer-Lernen im frühen 19. Jahrhundert. Es wurde als kostengünstige Methode der schulischen Bildung eingesetzt, um Bildung in weite Bevölkerungsschichten hineinzutragen. Erst in den letzten Jahren wurden peergestützte Verfahren auch für gesundheitsrelevante Themenfelder nutzbar gemacht, z.B. wurden solche Ansätze in den Bereichen Sexualität, HIV/Aids, Gewalt, illegaler Drogenkonsum oder Teenagerschwangerschaft angewandt (Parkin/McKeganey 2000).

Als bedeutsam für die aktuelle Entwicklung der Suchtprävention gelten vor allem die *Drug Crisis Center*, die in den USA im Zuge des gesellschaftlichen Wandels in den 60er Jahren entstanden waren. Inzwischen existieren in den USA nicht mehr nur im Bereich der tertiären, sondern auch in der primären und sekundären Prävention peerorientierte Konzepte (Kleiber/Appel/Pforr 1998). In der Bundesrepublik Deutschland werden Peer-Ansätze seit rund zehn Jahren verstärkt entwickelt, und mittlerweile gibt es auch hierzulande Peer-Projekte zu Aidsprävention, Sexualaufklärung, Prävention des Missbrauchs legaler und illegaler Drogen sowie zu den Themen Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung (Kleiber/Appel/Pforr 1998).

Gerade in der Suchtprävention wird die Arbeit mit Gleichaltrigen als sinnvoll erachtet, denn erwachsene Profis haben häufig Zugangsschwierigkeiten zur jugendlichen Drogen- und Partyszene. Freunde, Bekannte und auch fremde Statusgleiche haben im Rahmen

des sowieso bestehenden sozialen Netzes deutlich geringere Zugangsschwellen. Diese Jugendlichen – ohnehin die Hauptinformationsvermittler von Botschaften und Fähigkeiten bezüglich des Drogenkonsums (u.a. hinsichtlich Wirkungsweisen, Gebrauchsspezifika oder Gefahren) – sollten als Peers auch Drogenpräventionsbotschaften vermitteln können.

„Peer“ und „Peer-Intervention“ – eine Begriffsklärung

In der Prävention (etwa in den Bereichen Sucht, Gewalt, Sexualität) sind mit Peer-Ansätzen gesundheitsrelevante Interaktionen zwischen Menschen mit gleichem Status (im Sinne gleicher Erfahrungen) gemeint. Die Kompetenzen und Selbsthilfepotenziale der Gleichaltrigen, Gleichbetroffenen, Gleichgestellten werden hierbei genutzt, um in unterstützungsbedürftigen Lebenslagen Unterstützung bereitzustellen bzw. zu erhalten. Im Unterschied zum Bereich der Prävention wird in der allgemeinen Jugendhilfe sowie in der Politik und Verwaltung häufiger der Begriff Beteiligung oder Partizipation verwendet. Der Fokus von Peer-Interventionen richtet sich jedoch – anders als in den partizipativen Ansätzen in der Jugendarbeit – weniger auf die Mitgestaltung der „Welt“, sondern viel konkreter auf die Unterstützung im eigenen sozialen Netz.

Eine eindeutige Definition von Peer und Peer-Involvement besteht derzeit nicht, obwohl zahlreiche Experten eine Reihe von Definitionen vorgelegt haben (Parkin/McKeganey 2000). Allgemeine Übereinstimmung besteht darin, dass Peer-Ansätze sich auf die unterstützende Interaktion von Gleichaltrigen, Gleichbetroffenen, Gleichgestellten, Gleicherfahrenen beziehen (Kleiber/Appel 1999).

Schon allein der Begriff Peer unterliegt vielfältigen Definitionsversuchen. Das Wort *Peer* bezeichnete in England ursprünglich die Zugehörigkeit zu einem der fünf Adelsstände. Heute wird es zudem genutzt im Sinne von „eine Person, die einer anderen gleichgestellt ist, die derselben sozialen Gruppe angehört, besonders in Bezug auf Alter, Stellung oder Status“ (nach Svenson et al. 1998). Demnach werden mit Peers Menschen mit gleichem Status im Sinne eines gemeinsamen psychosoziokulturellen Erfahrungshintergrunds gemeint (Orne/Starkey 1999; Parkin/McKeganey 2000). Peer-Ansätze sind folglich dadurch gekennzeichnet, dass hierbei Gleichgestellte in Interaktion mit Gleichgestellten Unterstützung bereitstellen bzw. erhalten. Für speziell gesundheitsbezogene Fragestellungen wurde Peer-Intervention definiert als „das Teilen von gesundheitsbezogenen Informationen, Einstellungen und Verhaltensweisen zwischen Personen mit ähnlichem Status“ oder „der Prozess des Informationsaustauschs zwischen ähnlichen Menschen innerhalb einer sozialen Gruppe hinsichtlich gesundheitsrelevanter Themen, wie Sex oder Drogen“ (nach Parkin/McKeganey 2000).

Peergestützte Konzepte

Die verschiedenen peergestützten Konzepte lassen sich nach bestimmten Merkmalen ordnen: Zentrale Bedeutung hat die Unterscheidung zwischen *egalitären* und *hierarchischen* bzw. *top-down*- und *bottom-up*-Ansätzen sowie zwischen *formell* und *informell* gestalteten Strukturen (Parkin/McKeganey 2000; Orme/Starkey 1999). In der Literatur findet sich außerdem die Unterscheidung zwischen *Peer-Involvement* und *Peer-Support*, die auch hier übernommen wird; als übergeordneter Begriff wird der Begriff der *Peer-Intervention* verwendet (Hunter/Ward/Power 1997; Parkin/McKeganey 2000). Die Trennung zwischen Peer-Involvement und Peer-Support ist allerdings idealtypisch und dient vor allem der begrifflichen Klärung; in der Realität besitzen die meisten Peer-Interventionen sowohl professionelle als auch selbstorganisierte Anteile und sind als stabiler Mix aus Support- und Involvement-Ansätzen etabliert (Trautmann 1995).

Peer-Involvement

Unter Ansätzen des Peer-Involvements werden solche subsumiert, die von außen initiiert wurden, wobei es das Ziel dieser professionell angeleiteten Intervention ist, den Zugang zur anvisierten Zielgruppe zu erleichtern, indem kommunikative Schranken durch die Vermittlerfunktion von Gleichaltrigen gesenkt werden (techno-netzwerk berlin 1999). Peer-Involvement-Projekte sind berufsprofessionell und damit meist auch hierarchisch organisiert; strukturell wird eher die Beteiligung und weniger die Selbstorganisation der Jugendlichen angestrebt. Kritisch lässt sich formulieren, dass die Laienkompetenz und das Selbsthilfepotenzial der Peers lediglich benutzt wird für die Transmission der durch Experten formulierten Inhalte der Prävention (Barsch 1996).

Der Begriff des Peer-Involvement schließt folgende Verfahren ein (techno-netzwerk berlin 1999; Kleiber/Appel/Pforr 1998):

- *Peer Consulting* oder *Counselling* als die Beratung durch Gleiche: Jugendliche mit einem speziellen Interesse oder einer persönlichen Vorerfahrung beraten beratungsinteressierte Gleiche in Face-to-Face-Kontakten und leisten Unterstützung bei der Problembewältigung.
- *Peer Education* als Erziehung durch Gleiche: Im Anschluss an eine Weiterqualifikation durch ein spezielles Training sind Peers (meist in Schulen) mit der Vermittlung von Informationen sowie der Unterstützung gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen beschäftigt.
- *Peer Project Management* als Projektorganisation durch Gleiche: Peer-Projekte sind in der Regel zeitlich begrenzte, aktions- und handlungsorientierte Verfahren, in denen beispielsweise mit Hilfe von Theaterstücken, Projektmessen oder Videoclips bestimmte Themen bearbeitet und Wissen, Einstellungen und Verhalten reflektiert werden sollen.

Peer-Support

Im Unterschied zu Ansätzen des Peer-Involvement beschreibt Trautmann (1994, 1995) Peer-Support-Ansätze als Verfahren, die nicht von außen initiiert sind, sondern aus bzw.

innerhalb der Szene entstanden sind und das Ziel verfolgen, Selbsthilfepotenziale und Betroffenenkompetenz zu nutzen und zu fördern und dabei gegenseitige Unterstützung bei der Lebensbewältigung zu leisten. Szene soll hierbei nach Ronald Hitzler (dankenswerter Hinweis von Artur Schroers) verstanden werden als „thematisch fokussierte kulturelle Netzwerke von Personen, die bestimmte materiale und/oder mentale Formen der kollektiven Selbststilisierung teilen und die Gemeinsamkeiten an typischen Orten und typischen Zeiten interaktiv stabilisieren und weiterentwickeln".[1] Außerdem verfolgen die meisten Peer-Support-Ansätze, wie auch andere Interessengruppen oder beispielsweise Gewerkschaften, politische Zielsetzungen und kämpfen für eine akzeptable Drogenpolitik (Trautmann 1994). Es geht hierbei ausdrücklich nicht um Selbsthilfe im engeren Sinne – dies würde ein zu behandelndes Problem implizieren –, sondern vielmehr um die Selbstorganisation einer Gruppierung und ihrer Interessenvertretung (Trautmann 1995).

Peer-Support im Rahmen einer Szeneinitiative ist als autonomes, unpädagogisches und politisches Handeln im sozialen Nahraum zu verstehen und demnach eher alltägliche Realität im interaktiven Kontakt und Umgang innerhalb autonomer und selbstorganisierter Peergroups, und nicht organisierte Unterstützungsleistung (techno-netzwerk berlin 1999). Ziel von Peer-Support ist es, Menschen zu befähigen, die eigenen Ressourcen und die Ressourcen des sozialen Netzwerks zu aktivieren und zu nutzen, um in eigener Regie zur Verminderung von Risiken und Belastungen beizutragen (Barsch 1996). Peer-Support-Projekte können sehr unterschiedlich ausgestaltet sein, und es können Vor- und Nachteile für konträre Ausgestaltungen gefunden werden, beispielsweise im Hinblick darauf, ob die Projekte autonom oder integriert in das professionelle Hilfesystem arbeiten, ob Peers bezahlt oder unbezahlt tätig sind, ob nur drogenspezifische oder auch andere gesundheitsrelevante Aspekte thematisiert werden und ob neben personaler auch politische Arbeit gemacht wird (Trautmann, 1994).

Diese Vielzahl von Definitionsversuchen und Labeln, die nicht eindeutig festgelegt sind und nicht einhellig verwendet werden, ist symptomatisch dafür, dass derzeit auch wenig systematisches Wissen über die verschiedenen peergestützten Ansätze besteht.

Theoriebasierte Begründungen für die Wirksamkeit von Peer-Interventionen

Insgesamt ist die wissenschaftliche Literatur zum Thema Peers relativ begrenzt. Zwar gibt es zahlreiche Praxisbeispiele, die mit Methoden des Peer-Ansatzes arbeiten, jedoch existieren nur wenig fundierte wissenschaftliche Auseinandersetzungen über zugrunde liegende Theorien, Methoden, Ziele, Inhalte und Evaluationsmöglichkeiten von Peer-Konzepten (Turner/Shepherd 1999).

1 Robert Hilzer, Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Dortmund, Fachbereich Allgemeine Soziologie (o.J.).

Zurzeit stoßen Peer-Ansätze sowohl auf ökonomischer als auch auf intellektueller und emotionaler Ebene auf große Akzeptanz, weil sie erstens preiswert zu sein scheinen, zweites ihre Wirksamkeit plausibel ist, und drittens die hinter den Aktivitäten vermuteten altruistischen Motive positiv bewertet werden (Parkin/McKeganey 2000). Allerdings gibt es derzeit noch wenig wirklich empirisch abgesichertes Wissen über die Wirksamkeit von Peer-Interventionen für die Peers selbst und für die Primärzielgruppe wie auch über den gesellschaftlichen Nutzen.

Angesichts der noch unzureichenden Kenntnisse über die Erfolge von Peer-Maßnahmen und des Fehlens wissenschaftlicher Beweise für ihre Wirksamkeit sprechen kritische Stimmen von einer Idealisierung der Peer-Ansätze, die in den letzten Jahren zu einer unkritischen und allzu begeisterten Übernahme solcher Verfahren geführt habe (Svenson et al. 1998). „Während die empirische Evidenz in der Wissenschaft noch unklar ist, tut die Praxis bereits so, als wäre alles längst bewiesen“ (nach Orme/Starkey 1999). Dementsprechend ist bis heute ein stabiles Wachstum von Peer-Projekten feststellbar, sicher nicht zuletzt auch deshalb, weil sich traditionelle Präventionsmaßnahmen oft als wirkungsarm erwiesen haben und darum große Hoffnung in innovative Modelle gesetzt wird.

Positive Aspekte der Peer-Konzeption

Zahlreiche Aspekte der Peer-Konzeption gelten als besonders geeignet für die gesundheitsförderliche Arbeit. Zunächst wird der Glaubwürdigkeit der Peers und ihrer Botschaften große Bedeutung eingeräumt, da glaubwürdige Peers dazu beitragen können, Reflexionen über das eigene Verhalten und ggf. Verhaltensmodifikationen in Gang zu setzen. Außerdem wird angenommen, dass der zugrunde liegende Empowerment-Ansatz der meisten Peer-Interventionen eine wirksame Methode zur Unterstützung bei der Lebensbewältigung darstellt: Durch die Nutzung und Förderung der im Netzwerk bereits vorhandenen Kompetenzen können nicht nur die Peers, sondern auch die Primärzielgruppen dazu befähigt werden, ihr Leben zu meistern. Weiterhin wird den Peer-Ansätzen zugute gehalten, dass sie sich auch dann einsetzen lassen, wenn andere Methoden versagen, z.B. bei schwer erreichbaren Zielgruppen. Und nicht zuletzt scheinen peergestützte Verfahren durch ihre fortlaufenden Aktivitäten in bereits existierenden Strukturen kontinuierliche Kontakte sicherzustellen; dies soll stärker als bei anderen Verfahren verstärkend und konsolidierend und darum auch langfristig wirken.

Theoretische Ansätze zur Begründung

Obwohl ohne umfassendes theoretisches Fundament, lassen sich zahlreiche Elemente der Peer-Konzeption – zumindest partiell – mit verschiedenen theoretischen Ansätzen begründen (Kleiber/Appel/Pforr 1998; Svenson et al. 1998; Turner/Shepherd 1999).

Zahlreiche peergestützte Verfahren basieren auf der Grundlage der *sozialen Lerntheorie*, der zufolge menschliches Handeln häufig über das Lernen am Modell geschieht: Handeln in sozialen Situationen wird über Beobachtung und Nachahmung in das eigene

Verhaltensrepertoire aufgenommen und ggf. habituiert. Das soziale Lernen funktioniert entlang der Beobachtungen sowohl von Verhaltensweisen als auch von Verhaltenskonsequenzen. Für Peer-Interventionen ist die Theorie des sozialen Lernens insofern relevant, als sie begründet, warum glaubwürdige Peers dazu beitragen können, gesundheitsförderliches Verhalten über Nachahmung und Verstärkung in die Peergroup zu tragen.

Auch die *Theorie der sozialen Impfung* ist relevant für peergestützte Konzepte. Diese Theorie basiert auf der Idee, dass Menschen widerstandsfähig gegen schädliche soziale Einwirkungen gemacht, d.h. immunisiert werden können, z.B. gegen gesundheitsriskante Verhaltenseinflüsse. Innerhalb der Peergroup werden die Jugendlichen häufig mit „schädlichen" Einflüssen konfrontiert und können durch Übungsprozesse lernen, z.B. sozialem Druck zum Drogenkonsum zu widerstehen. Für Peer-Ansätze spielt die Theorie der sozialen Impfung insofern eine Rolle, da sie vor allem die Bedeutung der Glaubwürdigkeit und Akzeptanz sowie der positiven Rollenvorbilder begründet.

Auch Fragen der *sozialen Unterstützung* spielen eine bedeutsame Rolle bei Peer-Interventionen. Hinreichend belegt ist, dass soziale Unterstützung einen bedeutsamen Faktor für die biopsychosoziale Gesundheit darstellt, da die Zufriedenheit mit dem sozialen Netz wie auch mit der dort verfügbaren sozialen Unterstützung die Befähigung zu gesundheitsförderlichem Verhalten verstärkt. Peer-Interventionen bieten eine große Chance für die Stabilisierung oder Verbesserung des eigenen sozialen Unterstützungsnetzes und sind demnach theoretisch gut geeignet, gesundes Verhalten zu ermöglichen.

Die neueren Ansätze des *Empowerment* als wirksame Methode zur Lebensgestaltung und Lebensbewältigung – und hierbei insbesondere die zentrale Bedeutung der Partizipation – spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle für die theoretische Begründbarkeit von Peer-Konzepten. Peer-Interventionen – Peer-Support noch stärker als Peer-Involvement – sind darauf angelegt, bestimmte Zielgruppen dazu zu befähigen, die eigene Lebenswelt selbstbestimmt zu formen. Sowohl die Peers als auch die Primärzielgruppe erwerben Kompetenzen zur aktiven Gestaltung ihres Lebens einschließlich der Steigerung des Informationsstandes, des Selbstbewusstseins, der kommunikativen Fähigkeiten sowie der Verbesserung der personalen Ressourcen.

Auch die *Theorie der differenziellen Assoziation* sowie die *Subkultur-Theorie* sind für die theoretische Fundierung von Peer-Interventionen von Bedeutung. Diesen Theorien zufolge wird Verhalten im Rahmen von Interaktionen in der Bezugsgruppe erworben. Dies gilt nicht nur für alltägliches Verhalten, also z.B. für die Gestaltung von Freundschaften, sondern auch für in der Gesellschaft als abweichend definiertes Verhalten, wie z.B. illegaler Drogenkonsum. In den Subgruppen gelten eigene Maßstäbe über erwünschtes und unerwünschtes Verhalten, und entlang dieser Normen wird Verhalten gelernt. Die Theorien begründen theoretisch die Wirksamkeit von peergestützten Ansätzen, da sie darauf verweisen, dass glaubwürdige Peers innerhalb bestehender Netze auf Akzeptanz auch gerade bei schlecht erreichbaren Zielgruppen stoßen.

Nicht zuletzt lassen sich Peer-Interventionen auch entlang der *Theory of Diffusions of Innovations* begründen. Diese Theorie basiert auf der Annahme, dass sich innovatives Verhalten in der Gesellschaft etabliert, sobald Trendsetter oder Innovatoren diese Innovationen aufnehmen und präsentieren. Die Beobachtung und Imitation dieses zunächst nur von wenigen und bald von immer mehr Menschen demonstrierten Verhaltens wird über einen Diffusionsprozess in viele gesellschaftliche Gruppen transportiert. Diese Theorie ist besonders bedeutsam für Peer-Ansätze, weil sie theoretisch begründet, dass sich Verhalten in der Peergroup über solche Schlüsselpersonen beeinflussen lässt. Demzufolge müssten Peer-Interventionen wirksam und kosteneffektiv sein und eine breite Reichweite haben, wenn die Peers glaubwürdig sind und die natürlichen Netze nutzen.

Insgesamt lassen sich Peer-Ansätze also sowohl auf individual- als auch auf sozial- und gesellschaftstheoretischer Ebene begründen und zeigen demnach ein stabiles und multidimensionales theoretisches Fundament (Kleiber/Appel/Pforr 1998).

Empiriebasierte Begründungen für die Wirksamkeit von Peer-Interventionen

Allerdings lässt die theoretische Plausibilität noch keine Schlüsse über die empirisch messbare Wirksamkeit von Peer-Verfahren zu. In der Literatur zum Thema Evaluation von Peer-Interventionen wird zwischen theoretischen Zielsetzungen und den empirisch belegten Wirkungen häufig nicht klar unterschieden. Zielsetzungen von Peer-Interventionen im Bereich der drogenspezifischen Arbeit werden je nach zugrunde liegendem konzeptionellem Ansatz auf drei verschiedenen Ebenen formuliert (u.a. Kleiber/Appel/Pforr 1998; Ward/Hunter/Power 1997).

Prioritäres Ziel ist die Befähigung zu Gesundheit. Es wird angestrebt, bestimmte, evtl. durch etablierte professionelle Einrichtungen nur schwer erreichbare Zielgruppen dazu zu befähigen, ihr größtmögliches Potenzial für eine gesundheitsgerechte Lebensweise zu entfalten, und zwar

(1) auf suchtspezifischer Ebene, im Sinne einer gesundheitsbezogenen Förderung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen (insbesondere im Sinne von Harm-Reduction und einschließlich Information über Unterstützungsleistungen),
(2) auf drogenunspezifischer Ebene, im Sinne von Empowerment, der Förderung der psychosozialen Kompetenzen und einer günstigen Gestaltung der Lebenswelt (hierzu gehört nicht zuletzt auch der Kampf um politische Ziele, z.B. Entkriminalisierung und Normalisierung).

Zusätzliches Ziel zahlreicher Peer-Interventionen ist außerdem

(3) die gleichzeitige und kontinuierliche Werbung und Gewinnung von immer neuen Peers zur dauerhaften Sicherstellung der Arbeitskontinuität.

Allerdings lassen sich in der Praxis zahlreiche Projekte finden, in denen keine klaren Zielformulierungen oder Zielvereinbarungen formuliert sind; dementsprechend ist auch eine systematische Wirksamkeitsprüfung nur schwierig zu konzeptionieren und durchzuführen (Parkin/McKeganey 2000). Das bedeutet, aussagekräftige Evaluationen sind zurzeit kaum verfügbar, so dass grundsätzliche Antworten bezüglich der Wirksamkeit von Peer-Interventionen – trotz beträchtlicher Augenschein-Plausibilität – noch nicht abschließend gegeben werden können.

Zur detaillierteren Betrachtung der verschiedenen Ziele bzw. ihrer Erreichungsgrade ist es zweckmäßig, die angestrebten Wirkungen von Peer-Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen zu betrachten, denn Peer-Interventionen können in unterschiedlichen Bereichen Effekte aufweisen (Kleiber/Appel/Pforr 1998; Parkin/McKeganey 2000).

Nutzen für die Peers

Peer-Ansätze erweisen sich zunächst einmal als zweckmäßig und wirksam für die Peers selbst, und in der Regel zeigen sich für die Peers sowohl auf drogenspezifischer als auch auf drogenunspezifischer Ebene gesundheitsförderliche Veränderungen. Meist sind Peer-Ansätze mehr oder weniger stark im Sinne des Empowerments angelegt, d.h. sie sind ressourcenorientiert, akzeptanzorientiert und anwaltschaftlich ausgerichtet. Vor diesem Hintergrund befähigen sie die Peers zur selbstbestimmteren Gestaltung von Lebensweise und Lebensstil. Empirische Evaluationen belegen, dass Peer-Interventionen zu einer Steigerung des Wissens, der Selbstwirksamkeit und des Selbstbewusstseins sowie der kommunikativen Fertigkeiten führen und insgesamt eine Verbesserung der personalen Ressourcen und, in begrenztem Umfang, auch des Verhaltens zur Folge haben. Nicht überraschend wird die Tätigkeit als Peer entsprechend zufrieden stellend erlebt, und in der Regel betrachten die Peers ihre Arbeit als sinnvoll und wirksam. Außerdem sind sie der Ansicht, dass sie verantwortungsvoll, einfühlsam und kompetent in ihrer Rolle agieren (Landesamt für Gesundheit und Soziales 1998). Die Grundvoraussetzung dafür, dass Peer-Interventionen jedoch tatsächlich einen positiven Nutzen für die Peers aufweisen, ist allerdings, dass die Interventionen erfolgreich sind, denn erfolglose Aktivitäten können zu genau gegenteiligen Effekten (u.a. Angst oder Versagensgefühlen) führen (Parkin/ McKeganey 2000; Kleiber/Appel/Pforr 1998).

Allerdings sollte die Wirksamkeit von Peer-Interventionen nicht darauf beschränkt sein, die gesundheitsförderlichen Lebensweisen und Lebensstile der Peers zu verbessern, ist es doch primäres Ziel von peergestützten Verfahren, die Risiken der Primärzielgruppe zu reduzieren.

Nutzen für die Primärzielgruppen

Nutzen von Peer-Interventionen für die Primärzielgruppe werden ebenfalls sowohl auf drogenspezifischer als auch auf drogenunspezifischer Ebene formuliert. Als positive Effekte werden vor allem genannt:

– *Persönlichkeitsstärkung und Begleitung bei den Entwicklungsaufgaben*: Peer-Konzepte können zur Identitätsfindung beitragen, sie unterstützen die lebensweltliche Orien-

tierung, liefern emotionale Unterstützung, helfen bei der Ablösung vom Elternhaus, vermitteln neue Werte und Normen und bieten einen sozialen Freiraum für die Erprobung neuer Möglichkeiten im Sozialverhalten. Aus diesem Grunde leisten Peer-Konzepte einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (Kleiber/Appel/Pforr 1998).

– Außerdem können Peer-Interventionen *Einfluss auf Wissen, Einstellungen und Verhalten* der Primärzielgruppen nehmen. Es ist davon auszugehen, dass Peer-Interventionen in der Lage sind, Wissen über Drogen zu erhöhen, Fähigkeiten über harmlose Konsumtechniken zu vermitteln und Einstellungen zum Konsum zu modifizieren. Allerdings lassen sich bisher keine endgültigen Rückschlüsse auf verändertes Verhalten ziehen (Kleiber/Appel 1999; Parkin/McKeganey 2000).

Nutzen für „die Gesellschaft“

Auf gesellschaftlicher Ebene findet sich das Argument der Kosteneffizienz: Es wird immer wieder formuliert, dass Peer-Interventionen kostengünstig seien und im Vergleich zu anderen Verfahren auch kostenwirksam. Allerdings ist mir bislang keine seriöse Kostenwirksamkeitsstudie zu peergestützten Interventionen bekannt. Aus theoretischer Sicht ist davon auszugehen, dass Peer-Interventionen tatsächlich zum Teil kostengünstig sind, nämlich vor allem dann, wenn die Peers unentgeltlich tätig werden. Allerdings ist die Ehrenamtlichkeit von Peer-Aktivitäten grundsätzlich zu diskutieren. Außerdem ist die Tätigkeit der Peers nicht der einzige Bereich, in dem Kosten entstehen. Gerade beim professionell organisierten Peer-Involvement entstehen umfangreiche Kosten dadurch, dass dort intensive Anleitung, Begleitung und Supervision für die Peers bereitgestellt werden. Nicht zuletzt ist aufgrund der hohen Fluktuation der Peers die kontinuierliche Qualifizierung ständig neuer Peers sicherzustellen, für die ebenfalls finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden müssen (Orme/Starkey 1999).

Wirksamkeitsprüfungen

Derzeit ist noch unklar, ob die oben genannten Nutzenkriterien auch tatsächlich empirisch zu belegen sind, oder eher Wunsch statt Wirklichkeit abbilden. Denn bislang fehlen langfristige und umfassende Evaluationsstudien (Ward/Hunter/Power 1997), in denen auch die Ergebnisse, und nicht, wie häufig, nur die Prozesse im Blick sind (Orme/Starkey 1999). Einige zuverlässige Studien existieren allerdings, jedoch sind deren Ergebnisse nicht einheitlich.

Die Widersprüche in den vorliegenden Ergebnissen resultieren vermutlich nicht zuletzt aus den unterschiedlichen Methodiken von Peer-Einsätzen, die in vielen Studien allerdings auch nicht genau beschrieben werden, so dass valide Rückschlüsse kaum möglich sind (Künzel-Böhmer/Bühringer/Janik-Konecny 1993). Außerdem ist es auch aus systemimmanenten Gründen schwierig, Peer-Interventionen entlang der derzeitig gängigen Standards zu evaluieren, denn eine zentrale Grundvoraussetzung von Peer-Konzepten sind ihr informeller Charakter und ihre Flexibilität. Eine umfassende Standardisierung zwecks systematischer Überprüfung widerspräche diesem Ansatz somit

völlig; darüber hinaus birgt eine entsprechende Evaluation immer die Gefahr der Kontraproduktivität.

Die derzeit bestehenden Wirksamkeitsprüfungen sollten zudem recht kritisch betrachtet werden, weil

- nicht wirksame Maßnahmen häufig nicht publiziert werden und es darum zu einer Überschätzung der Wirksamkeit kommen kann;
- das Antwortverhalten im Sinne sozialer Erwünschtheit erfolgen kann und oftmals nicht kontrolliert wird;
- fehlende Vergleichbarkeit (z.B. mit schwächer konzipierten Erwachsenenprojekten; tatsächlich sind die Erwachsenenprogramme häufig schlechter konzipiert) ein häufiges Problem darstellt;
- die Wirksamkeit bisher nur unter Idealbedingungen und nicht unter Realbedingungen geprüft wurde;
- Langzeitkenntnisse derzeit noch fehlen;
- die Überprüfung von Verhaltensänderungen ebenfalls häufig fehlt, und es nicht zuletzt
- kaum Erkenntnisse über Effektstärken (also über das Ausmaß/die Bedeutung des Erfolgs), sondern nur über statistische Signifikanz gibt (Mellanby/Rees/Tripp 2000; Parkin/McKeganey 2000).

Nichtsdestotrotz kommt z.B. Bangert-Drowns (1988) zu dem Ergebnis, dass peerbezogene schulische Drogenpräventionsprogramme wirksamer sind als solche, die von Erwachsenen durchgeführt wurden. Der Review von Mellanby, Rees und Tripp (2000) zeigt, dass Peer-Programme mindestens so wirksam sind wie erwachsenenorientierte Programme. Hingegen kommt die Studie von Ward, Hunter und Power (1997) zu dem Schluss, dass Peer-Programme anderen gut gemachten Verfahren der Drogenprävention nicht zwingend überlegen sind. Und nicht zuletzt kommt der Meta-Analyse von Posavac, Kattapong und Dew (1999) aufgrund ihrer großen Aussagekraft wesentliche Bedeutung zu. Dort zeigt das Ergebnis, dass Präventionsprogramme insgesamt nur eine geringe Wirksamkeit (gemessen in Effektstärke) aufweisen, sowie dass sich rein peergestützte Programme in ihrer Wirksamkeit von nicht peergestützten Verfahren nicht unterscheiden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass peergestützte Verfahren wirksam sind. Ob sich allerdings der Aufwand und die Kosten lohnen, Peers zur Mitarbeit anzuregen, fortzubilden, zur Weiterarbeit zu motivieren und zu supervidieren, und dies kontinuierlich zu tun, betrachten sie als fraglich und im Sinne der Kosten-Wirksamkeits-Analyse derzeit sicher nicht hinreichend belegbar (Posavac/Kattapong/Dew 1999). Parkin und McKeganey (2000) fassen den derzeitigen Stand der Forschung mit der Aussage zusammen, dass Peer-Ansätze am wirksamsten sind für die Peers selbst, die primäre Zielgruppe jedoch deutlich weniger profitiert, insbesondere was die Verhaltensbeeinflussung betrifft.

Abgesehen davon, dass Peer-Ansätze ihre Wirksamkeit derzeit nicht zufrieden stellend belegen konnten, ist noch sehr unklar, welche der Elemente von Peer-Verfahren relevant

sind, d.h. welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit Peer-Maßnahmen im Sinne der Gesundheitsförderung wirksam sein können (Kleiber/Appel/Pforr 1998). Bekannt ist, dass interaktive Peer-Programme wirksamer sind als unterrichtsorganisierte Erwachsenenprogramme (Black/Tobler/Sciacca 1998). Auch ist davon auszugehen, dass ein umfassendes Training der Peers die Wirksamkeit erhöht (Black/Tobler/Sciacca 1998). Sichergestellt werden sollte außerdem, dass die Peers über ausreichend Glaubwürdigkeit verfügen, wobei unterschieden werden muss zwischen Glaubwürdigkeit der Personen, der Erfahrung und der Botschaft (Parkin/McKeganey 2000).

Ansätze zur Leitlinienformulierung

Es gibt erste Versuche, Leitlinien zu formulieren, in denen die Kriterien der „besten Praxis" für die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Peer-Interventionen aufgelistet werden. Vor Beginn müssen wegweisende Entscheidungen getroffen werden, u.a. darüber, ob die Ansätze selbst oder professionell organisiert sein sollen, ob Peers Drogenerfahrung haben müssen, ob Geld im Sinne eines Gehalts oder zumindest einer Aufwandsentschädigung gezahlt werden soll oder ob die Unterstützung allgemein gesundheitsrelevant oder drogenspezifisch sein sollte (Trautmann 1995).

Bei der Implementation und Durchführung von Peer-Interventionen sollten dann folgende Bedingungen gewährleistet sein: (1) Zu Beginn muss die Lebenswelt der potenziellen Zielgruppe beobachtet und verstanden werden; danach sind (2) klare Ziele, (3) Zielgruppen und (4) zu bearbeitende Themen festzulegen. (5) Die Auswahlkriterien für die Peers (etwa hinsichtlich Alter, Drogenerfahrung, Glaubwürdigkeit) sind zu bestimmen und (6) ihre Rolle und Aufgaben sind festzulegen. (7) Das Training der Peers, (8) das Vorgehen der Intervention und (9) das Verfahren zur Sicherstellung von Manpower und Arbeitskontinuität müssen eindeutig und angemessen beschrieben sein (etwa hinsichtlich Empowerment, Materialbereitstellung). Weiterhin müssen (10) Entscheidungsbefugnisse klar geregelt und (11) ein ausreichendes Management der administrativen Aufgaben und der Öffentlichkeitsarbeit sowie (12) eine unterstützende Supervision sichergestellt sein. Nicht zuletzt ist dafür Sorge zu tragen, dass (13) eine aussagekräftige Evaluation einschließlich Projektanpassung auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse sowie (14) Kooperationen mit beteiligten Personen und Institutionen stattfinden, damit (15) eine stabile Feldimplementation und damit eine langfristig wirksame Gesundheitsförderung gewährleistet sein kann (Hunter/Ward/Power 1997; Trautmann 1995).

Kritische Anmerkungen zum Peer-Konzept

Abgesehen von dem noch ausstehenden Nachweis der Wirksamkeit, bezieht sich die Kritik an den Peer-Ansätzen einerseits auf die zum Teil unangemessene Ausgestaltung einiger Peer-Konzepte (z.B. fehlende theoretische und methodische Fundierung; sehr auf

Aufklärung beschränkt; nicht auf Verhalten, sondern auf Wissens- und Einstellungsänderung konzentriert; fehlende Verhältnisprävention) sowie andererseits auf die Gefahren der (kostenlosen) Funktionalisierung von Peers und Peer-Settings durch scheinbar erfolglose Pädagogik, Sozialarbeit und Politik (vgl. u.a. Bauch 1997; Kleiber/Appel 1999; Kleiber/Appel/Pforr 1998; Lindsey 1997).

In zahlreichen Peer-Ansätzen wird von *Grundannahmen* ausgegangen, deren Zutreffen nicht belegt ist. Dies betrifft u.a. folgende Aspekte:

- Es ist fraglich, ob Peer-Interventionen für jugendliche Drogenkonsumenten wirksam sind, nur weil positive Erfahrungen mit Peer-Interventionen bei erwachsenen Drogenkonsumenten vorliegen. Die Übertragbarkeit ist zweifelhaft, weil es immer leichter ist, Menschen dazu anzuregen, sich für die Reduktion eines aktuell bestehenden Problems als für die Reduktion eines aktuell nicht bestehenden, aber möglicherweise zukünftig auftretenden Problems zu engagieren.
- Es ist nicht davon auszugehen, dass Peer-Kontakte in der Regel konfliktfrei, harmonisch auf Gleichheit und Gegenseitigkeit sowie auf Vertrauen in die gegenseitige Kompetenz aufgebaut sind. Dementsprechend sind Peers gar nicht immer die erste Wahl bei der Suche nach Unterstützung. Außerdem sind nicht alle Jugendlichen gleichermaßen bereit, sich an Peer-Interventionen zu beteiligen.
- Peer zu sein ist auch nicht immer eine zufrieden stellende Aufgabe, da es an Zeit und Geld sowie Engagement anderer fehlt; es können Autoritätsprobleme, Rivalität und Konkurrenz zwischen Peers auftreten sowie Ängste vor Aktionen, Stigmatisierung und Versagen bestehen. Auch die Gefahr der Überforderung und der Ausbeutung sollte nicht unterschätzt werden, und nicht zuletzt bedarf es eines ständigen und disziplinierten Engagements, der Verlässlichkeit, des Durchhaltevermögens und einer eigenständigen Arbeitsweise.
- Sehr häufig beschränken sich Peer-Ansätze auf die Vermittlung von Informationen, obwohl bekannt ist, dass sich damit nur begrenzt Verhalten ändern lässt.
- Peer-Ansätze sind nicht billig, denn bezogen auf die Durchführer sind sie (anders als bei Professionellen) immer nur Interventionen auf Zeit. Der Aufwand an entsprechender Logistik kann enorm sein und wird häufig – vor allem bei Effizienzaussagen – nicht berücksichtigt; außerdem gibt es zahlreiche Drop-outs, also Jugendliche, die sehr schnell wieder aussteigen.
- Peer-Einflüsse können auch unerwünschte Wirkungen zeigen, die häufig ausgeblendet werden (z.B.: Wer übernimmt Verantwortung für Schwierigkeiten, oder wie werden Misserfolge aufgefangen?).

Insbesondere über die Beteiligung „angemessener“ Peers herrscht deutliche Unklarheit, denn bislang ist weitgehend unerforscht, welche Merkmale die Peers besitzen sollten (etwa hinsichtlich Vertrauenswürdigkeit, Glaubwürdigkeit, Attraktivität, Schlüsselfunktion, Innovatorfunktion, Mitgliedschaft in Netzwerken, spezifischer Persönlichkeitsmerkmale, Alter, Geschlecht, Drogenerfahrung oder hinsichtlich des aktuellen Drogenkonsums), damit sie auch tatsächlich dazu beitragen können, die Gleichaltrigen zu einem gesund-

heitsgerechten Lebensstil zu befähigen.[2] Häufig findet die Auswahl noch nicht einmal nach den bekannten „Minimalregeln der Kunst“ statt, wenn z.B. Peers nicht danach ausgewählt werden, ob sie glaubwürdig sind, sondern danach, ob die Eltern einverstanden sind. Es wird auch nicht berücksichtigt, dass Peers mit bestimmten Merkmalen – z.B. umfangreichen kommunikativen Fähigkeiten – u.U. gar nicht (mehr) gleichgestellt sind, oder überspitzt formuliert: keine Peer-Strategie ist wirklich eine Peer-Strategie, denn sobald der Peer zum Peer wird, ist er nicht mehr gleich. Nicht zuletzt deuten einige Studien darauf hin, dass Jungen und Jugendliche aus niedrigen sozialen Schichten unterproportional häufig als Peers aktiv sind. Damit ist der sozial-kompensatorische Anspruch des Empowerment-Ansatzes eindeutig nicht erfüllt, denn die Personen mit dem größten Bedarf an Gesundheitsförderung – aus niedrigen sozialen Schichten, aus Randgruppen oder auch aus Migrantenfamilien – werden mit Peer-Projekten dann gerade nicht erreicht.

Ein ganz zentraler Kritikpunkt berührt die Gefahr der Funktionalisierung oder – noch krasser formuliert – der Ausbeutung von Peers und Peer-Settings für die pädagogische oder präventive Arbeit: Die häufige Beschäftigung von Peers in unzureichend unterstützten Arbeitsfeldern als un(ter)bezahlte Arbeitskräfte legt die Idee der Funktionalisierung unter dem Deckmantel der Partizipation nahe. Zumindest von außen initiierte Peer-Verfahren können, wenn man sie kritisch betrachtet, als systemfremde Eingriffe in die Kultur der Gleichaltrigen verstanden werden. Gerade von außen initiierte Peer-Aktionen sind häufig entstanden durch die Erkenntnis, dass trotz jahrzehntelanger suchtpräventiver Arbeit die Wirksamkeit verschiedenster professioneller Ansätze begrenzt blieb. Als Resultat dieser Feststellung, so die Kritiker, wurden die Jugendlichen nun selbst mit (Peer-)Interventionen betraut und ihnen damit die Verantwortung für die Suchtprävention zusätzlich auferlegt (nachdem ihnen mit der Fokussierung auf die Verhaltensprävention bereits die Verantwortung für Drogensucht übertragen wurde). Jugendliche selbst sollen nun ihre Freunde und Bekannten zu gesundheitsförderlichem Verhalten befähigen – das ist eine große Herausforderung, an der die professionell in der Suchtprävention tätigen Erwachsenen allerdings häufig scheitern. Die jugendspezifischen Settings als letzte Freiräume, in denen Jugendliche noch autonom und unter sich sind, wurden mit Peer-Interventionen durchsetzt, und zwar durch Peers mit Auftrag. Nicht intendierte Sozialisation wurde dabei funktionalisiert und für pädagogische Zwecke missbraucht, und auch die Peers wurden funktionalisiert als Vollstrecker der von Nicht-Peers initiierten Aktivitäten.

Zu resümieren ist, dass sich die Ansprache verschiedener Zielgruppen innerhalb des Settings Techno/Raves durch personalkommunikative Maßnahmen als machbar und in der Akzeptanz als hoch erwiesen hat, womit die prozessorientierte Qualität offenbar sichergestellt ist. Stärkere Aufmerksamkeit erfordert zukünftig die Ergebnisqualität, d.h.

2 Das Alter ist beispielsweise ein strittiger Punkt, denn engagieren sich Peers zu früh, brechen sie häufig schnell wieder ab; engagieren sie sich zu spät, brechen sie ggf. auch schnell wieder ab, da andere Aufgaben zentraler werden.

die Überprüfung der Wirksamkeit von peergestützten Ansätzen bei der Anwendung in der jugendspezifischen Technoszene, aber auch in anderen jugendtypischen Settings. Sachgemäße Evaluationen von modellhaft zu erprobenden Peer-Interventions-Ansätzen werden nicht nur Aufschluss über die generelle Wirksamkeit solcher Verfahren geben, sondern außerdem detailliertere Erkenntnisse darüber bereitstellen, für welche Zielgruppen in welchen Settings mit welchen Peers und mit welchen peerbezogenen Methoden welche Ziele erreicht werden können.

Literatur

Bangert-Drowns, R. L. (1988): „The effects of school-based substance abuse education – a meta-analysis." *Journal of Drug Education* 18 (3), 243–265.

Barsch, G. (1996): „Drogenkonsum und Drogenpolitik in modernen Gesellschaften". Unveröffentlichte Dissertation. Berlin: Technische Universität, Fachbereich Erziehungs- und Unterrichtswissenschaften.

Bauch, J. (1997): „Peer-Education und Peer-Involvement – Ein neuer Königsweg in der Gesundheitsförderung?" *Prävention* 20 (2), 35–37.

Black, D. R. / Tobler, N. / Sciacca, J. P. (1998): „Peer helping/involvement: An efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco, and other drug use among youth?" *Journal of School Health* 68 (3), 87–93.

Hunter, G. / Ward, J. / Power, R. (1997): „Research and development focusing on peer intervention for drug users". *Drugs: education, prevention and policy* 4 (3), 259–270.

Kleiber, D. / Appel, E. (1999): „Peer Education." In: BZgA (Hrsg.): *Wissenschaftliche Grundlagen, Teil 2: Jugendliche*. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung Bd. 13.2).

Kleiber, D. / Appel, E. / Pforr, P. (1998): „Peer Education in der Präventionsarbeit. Begründungen, Erfahrungen und Entwicklungsanforderungen." In: Gerdes, R. et al. (Hrsg.): *Peer Education: Viele Wege führen nach Rom. Dokumentation der Fachtagung Peer Education*, Berlin, 22. 10.–24. 10. 1997. Berlin: Landesamt für Gesundheit und Soziales, 8–20.

Künzel-Böhmer, J. / Bühringer, G. / Janik-Konecny, T. (1993): *Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs*. Baden-Baden: Nomos.

Landesamt für Gesundheit und Soziales (1998): *Peer Education*. Berlin: Landesamt für Gesundheit und Soziales.

Lindsey, B. J. (1997): „Peer education: A viewpoint and critique." *Journal of American College Health* 45 (4), 187–189.

Mellanby, A. R. / Rees, J. B. / Tripp, J. H. (2000): „Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research." *Health Education Research* 15 (5), 533–545.

Orme, J. / Starkey, F. (1999): „Peer drug education: the way forward." *Health Education* 1, 8–16.

Parkin, S. / McKeganey, N. (2000): „The rise and rise of peer education approaches." *Drugs: education, prevention and policy* 7 (3), 293–310.

Posavac, E. J. / Kattapong, K. R. / Dew, D. E. (1999): „Peer-based interventions to influence health-related behaviors and attitudes: a meta-analysis." *Psychological reports* 85, 1179–1194.

Svenson, G. R. et al. (1998): *Europäischer Leitfaden zu Aids-Peer Education für Jugendliche*. Brüssel: Europäische Kommission (Download unter www.europeer.lu.se).

techno-netzwerk Berlin (1999): *Peers als Szenemultiplikatoren*. Berlin, 56–58.

Trautmann, F. (1994): Peer Support. *International Journal of Drug Policy* 5 (3), 177–184.

Trautmann, F. (1995): „Peer support as a method of risk reduction in injecting drug-user communities." *Journal of Drug Issues* 25 (3), 617–628.

Turner, G. / Shepherd, J. (1999): „A method in search of a theory: peer education and health promotion." *Health Education Research* 14 (2), 235–247.

Ward, J. / Hunter, G. / Power, R. (1997): „Peer education as a means of drug prevention and education among young people." *Health Education Journal* 56, 251–263.

4.2 Vorgestellt: Eve & Rave Münster

Fariba Padidar, Eve & Rave Münster

Peergroups in der Technoszene seit 1990

Peergroups finden sich besonders zahlreich in der Technoszene, was zunächst auf den starken Community-Charakter dieser Szene begründet ist. Die Besucher von Raves wachsen in die Szene hinein, z.B. als DJ, Veranstalter oder auch als Drogenberater. Der Boom der Partydrogen bietet dabei ein umfassendes Betätigungsfeld, das der klassischen Drogenhilfe nur schwer zugänglich ist. Vor diesem Hintergrund haben sich – zunächst in den Großstädten der Bundesrepublik – Szeneinitiativen aus Interessierten, (ehemaligen) Konsumenten und einigen Professionellen nach dem Vorbild der akzeptanzorientierten Präventionsmodelle aus den Niederlanden entwickelt.

Dank des Peergroup-Ansatzes werden die Serviceleistungen solcher Szeneinitiativen in der Partyszene gut angenommen. Allerdings ist eine kontinuierliche Versorgung der Partyszene mit Informationen schwierig, da die Angebote meist von ehrenamtlich Tätigen angeboten und durch Eigenkapital finanziert werden. Gründe hierfür sind u.a. darin zu sehen, dass Szeneinitiativen bei Institutionen und Veranstaltern oft als Konsumenten gelten, mit der Folge, dass sie nicht unterstützt werden oder eine Zusammenarbeit nur erschwert stattfindet.

Zur Begrifflichkeit[1]

Peergroup
Der aus dem Englischen entnommene Begriff *Peergroup* bezeichnet eine Gruppe gleichaltriger Kinder oder Jugendlicher. In dieser Gruppe setzt sich für den Jugendlichen der bereits in der Familie eingeleitete Sozialisationsprozess fort. Weitere Möglichkeiten der sozialen Orientierung werden vermittelt, kindliche Abhängigkeitsverhältnisse von den Eltern werden aufgelöst. Innerhalb dieser Gruppen besteht meist eine streng kontrollierte innere Gruppenkonformität, die sich durch eine überzeichnete Gegnerschaft den Erwachsenen gegenüber ausdrücken kann.

Peer-Education
Peer-Education berücksichtigt die Tatsache, dass neben den Eltern für immer mehr Jugendliche gleichaltrige Freundeskreise und Gruppen an Bedeutung gewinnen. In jeder Peergroup gibt es Personen (*Peer-Leader*), die besondere Aufmerksamkeit und Glaubwürdigkeit der anderen Jugendlichen genießen. Hier setzt die Peer-Education an: Die Arbeit und Kooperation mit diesen „Peers“ soll es ermöglichen, Jugendliche durch Gleichaltrige zu informieren.

Die Themen der Peer-Education sind breit gestreut: Sie reichen von Aids über Sucht bis hin zum Thema Gewalt. Wichtiger als Information erscheint es aber, dass hier Jugendliche mit Jugendlichen über Anliegen, Probleme und Hintergründe von z.B. Konsum- und Suchtverhalten reden und damit zum Nachdenken und zur Entwicklung von Alternativen anregen. Peer-Education ist dabei nicht als Ersatz für andere Projekte zu verstehen, sondern als sinnvolle Ergänzung.

Eve & Rave Münster

Nach zehn Jahren Techno hat sich einiges in der Partyszene verändert. Das Aufklärungsbedürfnis bei Konsumenten, Multiplikatoren und Institutionen ist weiterhin hoch. Neue Peergroup-Ansätze sind notwendig, damit eine Betreuung der Szene lückenlos möglich ist und die Akzeptanz der Szeneinitiativen auch bei Institutionen und in der Politik stärker gegeben ist; ambitionierte Projekte sollten gefördert werden, ohne dass dabei der ursprüngliche Charakter einer Initiative für die Partyszene verloren geht.

Als eine solche Szeneinitiative, die Drogenaufklärung und Drogenprävention in der Technoszene betreibt, versteht sich Eve & Rave Münster. Das Projekt wurde 1996 nach Berliner Vorbild gegründet und arbeitet mit zehn Mitarbeitern im Alter zwischen 19 und 35 Jahren. Die Mitarbeiter definieren sich nicht über den Drogenkonsum oder ihre professionelle Ausbildung, sondern rekrutieren sich aus szenenahen Bereichen, z.B. als langjährige Besucher von Technopartys besonders in Münster. Der berufliche Hintergrund ist weit gefasst – von Schülern, Studenten bis hin zu Sozialpädagogen. Die Mischung

1 Vgl. hierzu auch die Ausführungen in *Kapitel 4.1*.

verschiedener Charaktere und Fähigkeiten gepaart mit dem Verständnis der Techno-Erlebniswelten macht sie bei Infoständen vor Ort auf Technopartys besonders bei der jungen Klientel beliebt als kompetente Gesprächspartner (auch ohne Bekenntnis zum Drogenkonsum). Auch der Umgang mit Veranstaltern und Institutionen wie auch die Schaffung einer Vertrauensbasis werden ohne den defizitären Konsumentenstatus erleichtert.

Arbeitsschwerpunkte

Seit Projektbeginn 1996 begleiten die Mitarbeiter von Eve & Rave Münster die Techno-Party-Szene in Münster und haben hieraus eine große Kenntnis der Lebensrealität und zum Umfeld von Partygängern gewonnen. In die Aufklärungs- und Beratungsarbeit mit Konsumenten werden sowohl pharmakologische und rechtliche als auch übergreifende Inhalte – z.B. Probleme, die durch einen exzessiven Lebensstil im Zusammenhang mit Partydrogenkonsum entstehen – mit einbezogen.

Das Projekt umfasst sechs Arbeitsschwerpunkte:
- Drogenaufklärung „vor Ort“ auf Partyveranstaltungen (Technopartys),
- Präsenzzeit im Eve & Rave-Büro,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Vernetzung,
- Fortbildungen und Schülerveranstaltungen,
- Internetpräsentation.

Bedarf an Vor-Ort-Angeboten

Die Konsumentenzahlen synthetischer Drogen (Ecstasy, Speed etc.) sind in den letzten Jahren weiter angestiegen. Konsumenten halten sich häufig im Party-Umfeld auf. Schätzungsweise 50–70% der 1500 bis 3500 Technomusik-Anhänger, die am Wochenende entsprechende Veranstaltungen in Münster besuchen, konsumieren illegal(isiert)e Drogen. Daraus ergibt sich ein Bedarf, auf Veranstaltungen angemessene Vor-Ort-Angebote der Drogenhilfe durchzuführen, um Drogenkonsumenten und potenzielle Konsumenten mit Aufklärungsangeboten zu erreichen.

Im Jahr 2001 nahmen wir ca. 1300 persönliche, telefonische und schriftliche Anfragen (Post/E-Mail) an und konnten auf die Nachfragen reagieren. Dies bedeutet eine Steigerung um 30% gegenüber dem Vorjahr und weist auf einen ständig erhöhten Informationsbedarf zum Thema Partydrogen unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen hin. Besonders die Verunsicherung der Betroffenen aufgrund der sich ständig verändernden Zusammensetzung der Drogen, der Veränderung von Konsummustern und der unklaren Rechtslage ist groß und erfordert einen regelmäßigen Informationsaustausch.

Zielgruppe der Aufklärungsarbeit

Zielgruppe von Eve & Rave Münster sind Drogenkonsumenten in der regionalen Techno- und House-Szene im Alter zwischen 14 und 34 Jahren aus allen Bevölkerungsgruppen.

Vor-Ort-Arbeit von Eve & Rave Münster

Von Januar bis September 2001 führte Eve & Rave Münster 13 Infostände in lokalen Techno-Diskotheken durch (siehe Kasten) und konnte dabei ca. 17.600 Eve & Rave-Infobroschüren zu Partydrogen an Interessierte weitergeben. Dies ist gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung von 10%. Die Stände dienen dem Vor-Ort-Kontakt mit der Klientel. Durch den regelmäßigen Aufenthalt in der Technoszene erfahren wir stets die neuesten Drogentrends und die damit verbundenen Probleme der Klientel. Dies bezieht sich auf verschiedene Bereiche, vor allem auf Drogen und die damit verbundenen gesundheitlichen, psychologischen und strafrechtlichen Auswirkungen. Gerade auf Partys in einer lockeren Atmosphäre sind die Kontaktmöglichkeiten sehr gut und Gespräche am Infostand üblich. Dies spricht für eine Weiterführung dieser Vor-Ort-Arbeit.

Übersicht Infostände 2001

Am Stand sind jeweils vier geschulte Berater, die für Fragen oder Hinweise zu Partydrogen, Gesundheit bzw. Safer Sex immer ansprechbar sind und so schnell Trends aufspüren und monitoren können.
Modus: 1–2 x pro Monat

In Münster

26. 1. Cosmic-Club – Supergirls
9. 2. Fusion – Acid Wars
10. 2. Depot – Elfenreigen
3. 3. Depot – 6½ Jahre After Hour
30. 3. Cosmic-Club
14. 4. Depot
11. 5. Fusion-Club
26. 5. Cosmic-Club/Mysticland
2. 6. Depot
8. 6. Fusion-Club
7. 7. Depot
17. 8. Fusion-Club
25. 9. Cosmic-Club/Mysticland

Auf Kongressen und Events

17. 2. Kooperationstage NRW
30. 4. MAYDAY (Dortmund)
23. 6. Siverdes „Tag der Selbstorganisation“
24.–26. 9. Vorstellung des Eve & Rave-Projekts auf der BZgA-Tagung in Köln zum Thema Prävention in der Partyszene

Kooperation mit Diskothekenbetreibern

Durch einen festen Ansprechpartner, den wir für den Fusion-Club, die Diskothek Depot und den Cosmic-Club haben, können wir einen engen Kontakt mit den Veranstaltern halten. Dabei fällt die Zusammenarbeit recht unterschiedlich aus. Je weniger Personalfluktuation ein Club aufweist, desto besser gestaltet sich in der Regel die Zusammenarbeit. Die Arbeitsbedingungen reichen von einer optimal vorbereiteten Ecke im Club für einen Infostand (mit Ankündigung unseres Infostandes in Werbebroschüren) bis zum Einlass-

verbot. Als sehr förderlich hat sich ein gemeinsames Treffen mit Club-Betreibern und der städtischen Drogenhilfe gezeigt. Dieser „Round Table“ sollte unbedingt auch in Zukunft weiterhin durchgeführt werden, um die Arbeit abzusprechen und den Kontakt zu den Betreibern zu vertiefen.

Gespräche und Aktionen an Infoständen

Der Informationsfluss an unseren Infoständen verläuft nie einseitig. Vielmehr ist es ein wechselseitiger Austausch von Informationen zwischen Ravern/Drogenkonsumenten/Partygästen auf der einen Seite und den Mitarbeitern von Eve & Rave Münster auf der anderen Seite. Auf diese Weise erfahren wir von Drogenzwischenfällen, Verhaftungen, Dealergewalt, Szenegerüchten und Projekten und können mit Information und Beratung zu Partydrogen aufwarten.

Im Jahr 2001 waren Warnungen zu Substanzen wie PMA von besonderem Interesse, da vermehrt verunreinigte Drogen in der Szene auftauchten. Nur durch Infostände auf Partys und den dortigen Kontakt ist es möglich, spezifisch an die Techno-Party-Szene angepasste Aufklärungsmodelle zu entwickeln und zu aktualisieren. Wir haben die Stände durch verschiedene Info-Flyer und entsprechende Dekoration den jeweiligen Events angepasst und bei Bedarf – insbesondere auf großen Partys im Sommer – Wasser, Obst und Mineralientabletten ausgeteilt.

Die an den Infoständen gestellten Fragen sind sehr unterschiedlich und lassen sich nach folgenden Schwerpunkten zusammenfassen (Reihenfolge nach Häufigkeit):

- Substanzeigenschaften von verschiedenen Drogen (Zusammensetzung, Wirkung, Gefahren),
- Gesundheit im Zusammenhang mit Partydrogen,
- Eve & Rave-Organisation in Münster (Infostandangebot, Sprechstunden, Service),
- Beratungsmöglichkeit zu Problemen mit Arbeitgeber/Familie,
- Umgang mit der Justiz,
- Drogentestmöglichkeiten,
- Screeningmöglichkeiten für Blut/Urin/Haare.

In der Regel dauert ein Gespräch am Infostand etwa fünf Minuten, und es werden ca. zwei Fragen aus den oben genannten Themenschwerpunkten erörtert. Einige Informationsbesuche – besonders am Anfang und am Ende einer Veranstaltung – dauern bis zu einer Stunde und erfordern eine umfassendere Beratung. Einige Gesprächspartner kommen regelmäßig zu den Ständen und so haben sich langfristige Kontakte ergeben. Da die Zahl der Gäste auf den Veranstaltungen von 500 bis ca. 2000 Gästen und mehr stark variiert, ist auch die Besucheranzahl am Stand sehr unterschiedlich. Frauen und Männer halten sich bei den Gesprächen die Waage. In Bezug auf die Altersstruktur gibt es eine leichte Tendenz, dass eher ältere Besucher Fragen stellen, während sich jüngere mit Infobroschüren eindecken.

Das Alter der Partybesucher beträgt im Durchschnitt 16 bis 26 Jahre; im Depot sind eher jüngere Gäste, während im Fusion- und im Cosmic-Club Jugendliche ab 18 Jahre sind. Ereignisse wie medizinische Notfälle, Gewalt oder polizeiliche Aktionen gab es 2001 auf keinem Infostand.

Dem Thema Gesundheit im Partykontext war 2001 besondere Aufmerksamkeit gewidmet, indem verschiedene Ergänzungen zu der Gesundheits- und Partydrogenkampagne eingeführt wurden. Zu nennen sind die selbst erstellten Infos zu Gehörschäden bei Diskothekenbesuch und die damit verbundene Weitergabe von kostenlosem Gehörschutz an die Partybesucher, den ein Hersteller Eve & Rave zur Verfügung gestellt hatte. Darüber hinaus stellte die Safer-Sex-Beratung eine von der Klientel gut angenommene Aktion dar. In diesem Zusammenhang waren Kondome und Infobroschüren zum Thema Safer Sex an jedem Infostand erhältlich.

Eine Ergänzung zu den üblichen Infoständen auf Partys bildeten die „Repräsentationsstände“ im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit (siehe Info-Kasten *S. 144*).

Ausblick

Die Infostände sind, neben der Internetpräsenz und der Sprechstunde im Büro der Drogenhilfe der Stadt Münster (siehe unten), eine effektive Möglichkeit, in Interaktion mit der Zielgruppe zu treten. Die geführten Gespräche, die Menge der verteilten Infobroschüren bzw. die Frequentierung der Internetseite an den darauf folgenden Tagen nach einer Veranstaltung machen dies deutlich. Der monatliche Infostand wird auch weiterhin Grundlage der Arbeit bleiben und sichert den guten Kontakt zur Technoszene.

Die Kombination von Themen zu Gesundheit und Safer Sex als Ergänzung zu der reinen Drogenaufklärung hat sich als sinnvoll erwiesen und wird auch in Zukunft intensiviert.

Präsenzzeit im Eve & Rave-Büro

Die Partydrogen-Sprechstunde wird – nun schon im dritten Jahr – in Kooperation mit der Drogenhilfe Münster angeboten. Die Sprechstunde wird regelmäßig dienstags von 13 bis 17 Uhr in den Räumen der Drogenhilfe Münster gehalten. Es finden etwa 40 Kontakte im Monat per Telefon, E-Mail oder Post und ca. zwei persönliche Beratungsgespräche statt. Insgesamt wurden im Jahr 2001 ca. 350 Bürostunden geleistet und etwa 600 Stunden – davon ca. 520 Stunden in Diskotheken – im „Außendienst“ absolviert.

Beratung und Information

Die Präsenzzeit im Büro wird dazu genutzt, Anfragen von Drogenkonsumenten zu beantworten und Einrichtungen wie Schulen, Jugendeinrichtungen und Drogenhilfen mit Informationen zu versorgen. Die genannten Aufgaben werden sowohl im persönlichen Gespräch vor Ort als auch schriftlich bzw. fernmündlich erledigt.

Die Leute, die mit uns Kontakt aufnehmen, verteilen sich ungefähr wie folgt: 60% sind Konsumenten, deren Freunde oder Angehörige, 30% Institutionen und 10% andere.

Schwerpunkte der Anfragen sind:
– allgemeine Informationen zu Partydrogen,
– Informationen zu Gesundheit und Drogenkonsum,
– Informationen zu rechtlichen Belangen,
– Vermittlung an zuständige Institutionen,
– Recherchen für Studenten/Diplomanden.

Organisation und Planung

Organisatorische Tätigkeiten wie die Planung von Infoständen, Versendung von Infomaterial wie auch gemeinsame Projekte mit der Drogenhilfe werden ebenfalls in der Bürozeit vorbereitet und durchgeführt.

Im Einzelnen handelt es sich hierbei um:
– Organisation von Infoständen in Münsteraner Diskotheken,
– Verwaltung, Buchhaltung und eigene Recherchen,
– Projektmanagement und Öffentlichkeitsarbeit,
– Entwicklung von Konzepten und Ideen für eine höhere Attraktivität der Angebote.

In den vergangenen Monaten konnte die Zusammenarbeit mit der Drogenhilfe Münster noch weiter verbessert werden, was sich in einer besseren Öffentlichkeitsarbeit wie auch in einer für beide Seiten guten Erreichbarkeit der Zielgruppe bemerkbar gemacht hat. Die niedrigschwellige Kontaktmöglichkeit, die Eve & Rave Münster als Teil des Drogenhilfesystems in Münster für Drogenkonsumenten bietet, deckt eine hohe Bandbreite der von der Klientel gewünschten sozialen bzw. kommunikativen Serviceleistungen ab. So konnte im Verlauf des Jahres 2001 von der anonymen Information über Partydrogen bis hin zur Vermittlung von Konsumenten an die Drogenhilfe ein ausgeweitetes System der Zusammenarbeit entwickelt werden. Damit ist die angestrebte Brückenbildung zwischen Szeneinitiative und Drogenhilfe der Stadt Münster gelungen und sollte in Zukunft weiter ausgebaut werden.

Teamsitzungen

Einmal pro Monat findet eine Eve & Rave-Teamsitzung statt. Dabei werden aktuelle Belange, Probleme und Projekte besprochen, und es besteht die Möglichkeit des wechselseitigen Austauschs mit einem anwesenden Mitarbeiter der Drogenhilfe Münster. In dieser Teamsitzung findet auch die Fortbildung von neuen Mitarbeitern statt – in der Regel in Form von Vorträgen oder Diskussionen über zuvor verteilte Literaturstellen. Zu jeder Sitzung wird ein Protokoll angefertigt, welches später an die Mitarbeiter verschickt wird. Dieser regelmäßige Kontakt des gesamten Mitarbeiterstabs mit dem Mitarbeiter der Drogenhilfe bildet die Grundlage der Teamfähigkeit und verhindert den einseitigen Informationsfluss.

Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung

Die bei Eve & Rave Münster verfügbaren Veröffentlichungen umfassen eigene Veröffentlichungen, wie z.B. Drogeninformationsbroschüren, sowie Veröffentlichungen anderer Anbieter. Veröffentlichungen/Berichte über Eve & Rave Münster in anderen Medien finden sich u.a. in der Münsterschen Zeitung und im BINAD-Info.

Eve & Rave Münster ist Teil eines regionalen und überregionalen Informationsnetzwerks, zu dem als wichtige Partner die übrigen Eve & Rave-Organisationen in Köln, Berlin, Kassel und in der Schweiz gehören. In Münster sind unsere Kooperationspartner die Drogenhilfe der Stadt Münster, die Aids-Hilfe Münster e.V., INDRO e.V. und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Für den präventiven Bereich sind die Münsteraner Partyveranstalter und Diskothekenbetreiber essenziell, mit denen wir die Infostände auf Technopartys organisieren. Darüber hinaus sind wir Mitglied im bundesweiten Techno-Netzwerk „Sonics-Cybertribe“ (Internetadministration durch Eve & Rave Münster), das dem Austausch von Informationen zu Partydrogen und zur Technoszene dient (www.sonicsnetz.de).

Fortbildungen und Schülerveranstaltungen

Die von Eve & Rave Münster durchgeführten Fortbildungen befassen sich mit den Themen Substanzaufklärung, Drogennotfalltraining und Technokultur. Teilnehmer sind Multiplikatoren, Veranstaltungspersonal, Interessierte und (potenziell) Betroffene. Themen von Schülerveranstaltungen sind Informationen zu Drogen allgemein und speziell, Bewältigungsstrategien bei Problemen sowie Substanzinformationen, insbesondere zu Ecstasy, Speed, LSD und Kokain. Darüber hinaus bieten diese Veranstaltungen Gelegenheit zur Vertiefung von Fragen und speziell gewünschten Schwerpunkten.

Internetpräsenz

Die Webseiten (www.eve-rave.de) beinhalten – von Informationen zu relevanten Partydrogen, gesundheitlichen Aspekten des Drogenkonsums und Neuigkeiten bis hin zur individuellen Beratung via E-Mail – ein großes Serviceangebot einer szeneorientierten Drogeninformations- und Beratungsseite im Internet.

Für 2001 konnte eine weiterhin zunehmende Beliebtheit des Internetangebots von Eve & Rave Münster registriert werden. Sowohl die Besucherzahlen als auch das Anfrageaufkommen per E-Mail haben gegenüber dem Vorjahr deutlich zugenommen. So wurden ca. 150 Besucher/Tag auf unserer Homepage gesichtet, bzw. ca. 50 Mail-Anfragen/Monat entgegengenommen und beantwortet. Damit Eve & Rave Münster in Münster wie auch

in anderen Städten eine wichtige Anlaufstelle bei der Suche nach Informationen und Beratung rund um Szenedrogen bleibt, haben wir das Informationsspektrum auch im Internet ständig erweitert. Seit 2001 werden Flyer/Infobroschüren zu einer Substanz oder Serviceangebote vor dem aufwendigen Druck im Internet auf ihre Akzeptanz hin überprüft. Kriterien für eine spätere Weiterverwendung am Infostand sind dabei sowohl die Anzahl der Zugriffe auf das Testobjekt pro Monat wie auch die eingehende Kritik der Webseitenbenutzer. So wird das begrenzte Budget für Infobroschüren mit maximalem Effekt verwendet und eine spätere Akzeptanz am Infostand gesichert.

Internetangebote

Das derzeitige Internetangebot (siehe *Info-Kasten*) umfasst substanzspezifische Informationen zu den einzelnen Substanzen, wie z.B. Ecstasy, Crystal, Meskalin, Poppers, Cannabis, GHB, Kokain etc. Spezielle Serviceangebote sind u.a. Rechtsschutzinformationen mit Beratungsmöglichkeit, Fortbildungen sowie aktuelle Substanzwarnungen.

www.wve-rave.de – Das Internetangebot im Überblick

Das Projekt	Hier finden sich Informationen über die Organisation von Eve & Rave Münster.
Drogen	Hier finden sich Informationen zu allen gängigen Substanzen, zu Verunreinigungen von Drogen, rechtliche Hinweise und die Möglichkeit einer persönlichen Beratung via E-Mail. Darüber hinaus ist hier eine aktuelle Zusammenstellung von Nachrichten über Drogen zu finden.
Gesundheit	Diese Rubrik befindet sich z.T. noch im Aufbau. Ziel dieser Rubrik ist eine Auseinandersetzung mit Problemen, die den Körper und die Psyche des Konsumenten betreffen. Dort gibt es z.B. Hinweise über das Immunsystem und andere körpereigene Mechanismen in leicht verständlichen Worten und szenenahe Informationen zu Sexualität und Safer Sex mit anschließender Beratungsmöglichkeit via E-Mail.
Neu	Hier gibt es Neuigkeiten rund um das Angebot von Eve & Rave Münster sowie Verweise auf aktuelle Nachrichten zu Substanzen.
WAP	Hier wird auf das WAP-Angebot hingewiesen, d.h. auf die Möglichkeit, via Handy oder WAP-Browser Informationen über verschiedene Substanzen mit Safer-Use- und Risiko-Hinweisen abzurufen (www.wapdrogen.de).
Galerie	Unter diesem Punkt können Fotos von Infoständen in Münster abgerufen werden.
Verbindungen	Hier findet sich eine Liste von Links und Verbindungen zu anderen Projekten rund um die Partyszene sowie mit anderen wichtigen Internetangeboten, wie z.B. mit den Seiten der Fachstelle für Suchtvorbeugung der Stadt Münster (www.id-contact.de) oder mit Drogen-online (www.drogen-online.de).
Kontakt	Hier sind Mitarbeiter aufgeführt, zu denen via E-Mail direkt Kontakt aufgenommen werden kann.

Internetzielgruppe

Die Zielgruppe ist, ähnlich wie bei den Infoständen auf Partys und in der Sprechstunde, etwa 15–25 Jahre alt. Gerade diese Altersgruppe hat schon früh die Möglichkeiten der neuen Technologien für sich zu nutzen gewusst. Es ist anzunehmen, dass von den 16.000

Infoblättern zu Partydrogen, die im Rahmen der Aktivitäten von Eve & Rave Münster bei der Drogenhilfe der Stadt Münster verteilt und aus dem Büro verschickt wurden, die aufgedruckte Internetadresse von Eve & Rave Münster oft als erstes kontaktiert wurde. Ganz deutlich wird hier die Tendenz im Verhalten der Jugendlichen, Anonymität zu bevorzugen und die Informationen zu Hause zu lesen bzw. Fragen zu formulieren und per E-Mail an die Mitarbeiter von Eve & Rave Münster zu schicken. Da Ecstasykonsumenten in der Regel sozial unauffällig sind, sich nicht als behandlungsbedürftig einschätzen und sich vom typischen Bild des „Junkies“ distanzieren, ist davon auszugehen, dass gerade sie bevorzugt Informations- und Beratungsangebote mit hoher Anonymität nutzen.

E-Mail-Abwicklung

Über die Internetpräsenz von Eve & Rave Münster wurde in der Zeit von August 1999 bis August 2000 ein Aufkommen von ca. 400 E-Mail-Anfragen registriert. Die Themen waren Partydrogen, Hintergründe der Drogenpolitik, Rechtsfragen und Gesundheit.

Ausblick

Betrachtet man die Zugriffsstatistiken und den E-Mail-Verkehr, liegt es nahe, den redaktionellen Teil der Internetseiten von Eve & Rave Münster in Zukunft zu verstärken, um die durch Infoblätter und Flyer gewonnene Klientel weiterhin an Eve & Rave Münster zu binden und aktuell zu informieren.

Das Internet bietet eine sehr gute Möglichkeit, neben den Infoständen auf Partys ein Kommunikationsangebot für Drogenkonsumenten sicherzustellen. Über diese Schnittstelle kann – wenn nötig – dann auch ein persönlicher Kontakt hergestellt werden bzw. auf weiterführende Serviceangebote von Eve & Rave Münster und der Drogenhilfe der Stadt Münster hingewiesen werden. Eine enge Kooperation mit der Internetpräsenz der Fachstelle für Suchtvorbeugung der Stadt Münster (www.id-contact.de) scheint deshalb sinnvoll und wichtig. Ein erster erfolgreicher Schritt war hier die Mitwirkung beim Projekt Musiktracks 2000 und das gemeinsame Einrichten des Diskussionsforums „Gesundheit und Partydrogen“.

Zusammenfassung und Ausblick

Der (Misch-)Konsum von „Techno-Drogen“ wie Ecstasy, Amphetaminen, Kokain und verschiedenen halluzinogenen Drogen in Münsters Technoszene hält sich unserem Eindruck nach konstant auf hohem Niveau. Während viele Raver die Szene verlassen, gibt es gleichzeitig viele Erstkonsumenten. Problematisch sind regelmäßig auftauchende Ecstasypillen mit ungewöhnlichen und besonders toxischen Inhaltsstoffen wie PMA. Bisweilen tauchen auch ganz neue Drogen auf, die Zwischenfälle verursachen, wie z.B. Gammahydroxybutyrat, das im Jahr 2000 in Münster zu einigen medizinischen Notfällen geführt hat. So bleibt es auch in Zukunft wichtig, Konsummuster und Drogenangebote

in Münsters Technoszene durch Vor-Ort-Arbeit zu beobachten. Gleichzeitig muss auf neue Drogentrends durch aktuelles Infomaterial oder direkte Warnungen hingewiesen werden. Wir rechnen damit, dass medizinische und rechtliche Unsicherheiten des Drogengebrauchs bestehen bleiben und auch in nächster Zukunft einen großen Anteil der Anfragen an Eve & Rave Münster bilden werden.

Für ein optimiertes Arbeiten in Münsters Techno-Clubs ist der regelmäßige Austausch von Eve & Rave Münster mit Veranstaltern in Form eines „runden Tisches" sehr nützlich, an dem Mitarbeiter von Eve & Rave, Vertreter der Drogenhilfe der Stadt Münster, Diskothekenbetreiber und Veranstalter sowie von Fall zu Fall hinzugezogene Partner teilnehmen sollten.

Im Hinblick auf eine Qualitätssicherung der Präventionsarbeit insgesamt ist geplant bzw. zum Teil auch schon in der Umsetzung:

- zunehmende Schulung unserer Mitarbeiter, z.B. durch Erste-Hilfe-Kurse,
- Einsatz verschiedener Informationsmedien, z.B. Ausbau des Internetangebots,
- die Umsetzung von Drugchecking (qualitative und quantitative Drogenanalyse) vor Ort auf Partys und/oder als stationäres Angebot. Vorbild könnte hier das „ChEckiT"-Projekt des Vereins Wiener Sozialprojekte[2] sein,
- Ausbau der Kooperation mit der Fachstelle für Suchtvorbeugung der Stadt Münster, z.B. mit weiteren gemeinsamen Aktionen und Projekten,
- Ausbau des regionalen und überregionalen Netzwerks, häufigerer Austausch mit ähnlichen Projekten wie Eve & Rave Münster.

Die jetzige Position von Eve & Rave Münster bietet gute Möglichkeiten für einen Ausbau des Projekts. Es gibt feste Räumlichkeiten für Büroarbeit, eine finanzielle Unterstützung der Stadt Münster, gute Kontakte zu wichtigen Kooperationspartnern und neue Mitarbeiter, die Interesse haben, das Projekt kreativ und engagiert weiterzuführen. Dementsprechend hoffen wir auch für die Zukunft auf eine Förderung des Projekts durch die Stadt Münster.

2 Vgl. hierzu auch *Kapitel 6.1*.

4.3 Vorgestellt: Trendgestützte Gesundheitsförderung – Die wichtigsten Issues von MINDZONE im Überblick

Stefan Nitschke, MINDZONE, München

Die Richtung: *Be different – be relevant!*

Wer Prävention aufbauen und pflegen will, braucht kernigen Impact. Innovative Kommunikationsstrategien sind gefordert. Alles dreht sich um die Frage: Wie fesselt man Aufmerksamkeit? Hier helfen nicht Kalkül oder Zielgruppen-Denke weiter, sondern nur trendgestützte Navigation – und zwar mit Szenepeers. Vereint mit Sozialpädagogen greifen sie Stimmungen wie Trends auf und entwickeln praktische Konsequenzen. Neue Tools und intelligente Services entstehen, freche Konzepte gegen verstaubtes Image. Genau das ist die Finesse von MINDZONE.

Für viele Aufgaben haben wir in den vergangenen Jahren Lösungen und Ansätze entwickelt, die dem Standard voraus waren. Heute reicht unser Angebot von passgenauen Präventionseinsätzen im Partymilieu über das Gestalten peppiger Infomedien bis zur szeneabgestimmten Promotion. Darüber hinaus wenden wir uns als Fachstelle an alle, die sich engagieren wollen – ob für sich selbst, für andere, beruflich oder privat: überall dort, wo es etwas zu bewegen gilt. Unser Service umfasst: Workshops, Vorträge, Trend-Research, Symposien, Konferenzen und Beratungsdienste.

Guerillaprävention: Stilgruppen statt Zielgruppen

Der Begriff „Spaßkultur“ steht für ein neues Selbstverständnis der Populärkultur. Die Erlebniskids verstehen sich als Spaßunternehmer in eigener Sache. Den persönlichen „Funfaktor“ gilt es kontinuierlich zu steigern. Mit Partydrogen erreicht dieses Streben eine neue Qualität. Längst hat Partydoping im Nachtleben Warencharakter angenommen: Exzess und Ekstase sind käuflich; die Seele wird psychoaktiv aufgerüstet.

Für die Prävention ist die „Spaßkultur“ ein riskantes Spielfeld: Die Trennlinie zwischen Usern und Nichtkonsumenten verschwindet in heilloser Unübersichtlichkeit. Versprengte Communitys zwischen den klaren Konsumentenblöcken beginnen ein Eigenleben zu führen. Und dabei wird rasch eines deutlich: Wer die collagenhafte Partywelt mit dem analytischen Skalpell sezieren will, scheitert zwangsläufig. Die Zicken der Szenen operieren ständig gegen den Strich, heute so, morgen so. Aus diesem Grund laufen auch die ausgeklügeltsten Strategien und kostenintensivsten Kampagnen ins Leere. Thesenhaft gesagt: Die Logik der Strategie versagt bei der Unlogik der Szenen.

Die Alternative lautet: Den Kleinkrieg starten, Guerillataktiken einsetzen. Diese Form der Nischenprävention setzt vor allem auf präzises Targeting: Trennscharf werden Zielgruppen in Stilgruppen gesplittet. Über Konsumorientierung und deren Ästhetiken bilden sich

in Stilgruppen emotionale Gemeinsamkeiten, Lifestyle-Orientierungen und soziale Integrität aus. Schritt für Schritt versucht MINDZONE, hier Vertrauen zu gewinnen. Statt Geld wird vor allem Energie und Manpower der Szenepeers eingesetzt, quer durch alle Stilgruppen. Die Vorteile liegen auf der Hand:

- Maßschneidern des gesamten Präventionsprofils,
- Einsatz von Medien, die besser zielen,
- gute Ansprache der Jugendlichen vor Ort,
- Antennen für Trendsignale und Sonden der Szeneerforschung,
- Beziehungspflege zu Veranstaltern, Multiplikatoren, DJs,
- symmetrisches Projektprofil zum Partymilieu,
- Instinkt für die unscharfe Logik der „Spaßkultur".

Being inside: Ein Luxus, den nur Peers genießen

Mehr denn je sind Peers die entscheidende Drehscheibe der Guerillaprävention. Das geht von Feeling für Konsumverschiebungen über konspirative Tanztreffen in neuen Clubs bis zur Zusammenarbeit mit bayerischen Veranstaltern. So steht MINDZONE in ständigem Kontakt mit der anvisierten Zielgruppe am POP (*Point of Party*). Kurze Wege ermöglichen hier ein unkompliziertes Arbeiten und eine bequeme Erfolgskontrolle. Je nach Bedarf operieren die Szenepeers in verschiedenen Funktionen (*Inner circle research*):

- als Crew-Mitglieder bei der „1-to-1-Prävention" *(one-to-one-Prevention*),
- als Szenescouts, indem sie in Diskos und Clubs neue Spuren sichten, den Szenekern erforschen und MINDZONE dort bekannt machen,
- als Workshop-Teilnehmer, die gemeinsam mit Fachkräften Einsätze erarbeiten und erlebnisorientiert gestalten,
- als PR-Agenten bei der immer aktuellen Peer-Werbung.

Den Löwenanteil des Peer-Involvements bei MINDZONE stellt die 1-to-1-Prävention: MINDZONE setzt diese methodische face-to-face-communication bevorzugt in Vor-Ort-Aktionen auf Partys, aber auch in Gruppengesprächen und bei Multiplikatoren-Kontakten ein. Das Ziel: Veränderung der Preference-shifts bei den 12- bis 29-Jährigen via Peer-Approach. Der Weg: Melange aus Primär- und Sekundärprävention akzeptierend, tabufrei und szenespezifisch ausrichten. Und die Philosophie dahinter: Risikoreduktion durch Aufklärung und Entwicklung neuer bewussterer, risikoarmer und kultivierter Umgangsformen mit Rausch und Drogen.

Besonders wichtig ist es dabei, die Opinion Leader (Meinungsführer, Meinungsbildner) anzusprechen: Szenegrößen wie DJs, Türsteher, Art Directors, Barkeeper oder Clubbesitzer. Durch ihre Position und ihren Status fungieren sie besonders als Vorbild für die Unentschlosseneren und Unsicheren. In der Wirkungsforschung wird hervorgehoben, dass die interpersonale Kommunikation zwischen Opinion Leadern und den sie umgebenden Zielgruppen besonders effektiv ist.

Vor-Ort-Prävention: MINDZONE *in action!*

Im periodischen Rhythmus von zwei Wochen führt MINDZONE in München einen Einsatz durch. In Augsburg und Kelheim (Regensburg) ca. alle sechs Wochen. Mit bis zu zehn Peers pro Nacht besuchen wir angesagte Veranstaltungen der Partyszene. Die Peers bauten dafür selbst spezielle Infostände, die der Clubatmosphäre angepasst sind. Die Stände werden auf beiden Seiten flankiert von Türmen, die mit Monitoren für Videopräsentationen bestückt sind. Hinter den Ständen spannen wir entweder ein „MINDZONE-Banner" auf oder stellen eine Faltwand mit unserem Logo auf. Die meisten Einsätze laufen derzeit in München und in der Umgebung von Augsburg. Die Einsatzdauer beträgt gewöhnlich acht Stunden, von 22.00 Uhr abends bis 6.00 Uhr früh.

Während der Veranstaltung wird der Stand von den sozialpädagogischen Promotoren – auch sie selbstverständlich erfahrene Partyhasen – betreut. Im stündlichen Rhythmus wechseln die Peers durch. Wer gerade nicht an der Reihe ist, geht tanzen, chillen – oder macht, was er will. Die Peers verteilen Infomaterial und stehen als Ansprechpartner bereit. Die Partygäste werden von uns nicht bedrängt. Im Gegenteil: Wir warten in der Regel behutsam ab, bis sich Interessierte mit Fragen oder Problemen an uns wenden. Das passiert eigentlich ständig, auch wenn es hin und wieder Flauten gibt. Auf Wunsch helfen wir auch beim Kontakt zu professioneller Hilfe. Dabei versuchen wir bestehende Schwellenängste vor Einrichtungen (z.B. Beratungsstellen) zu verringern.

2000 führten die MINDZONE-Youngster 37 Einsätze durch. Dabei erreichten sie ca. 19.800 Nachtschwärmer. Viele bayerische Locations unterstützten uns dabei freizügig, vor allem die folgenden: Kraftwerk (München), Ultraschall (München), Nachtwerk-Club (München), Skyline (München), Georg-Elser-Hallen (München), Raum Rot (München), Airport (Regensburg), K7 (Kelheim), Tropikana (Friedberg), Pleasure Dome (Augsburg), PM (Untermeitingen), und, und, und.

In diesen Locations startet MINDZONE bei großen Veranstaltungen auch saisonale Promotion, um den Dialog mit den Zielgruppen zu stimulieren, mit Incentives, Bodypainting, Airbrushing oder Fotoaktionen. Und regelmäßig was zu gewinnen gibt es auch. MINDZONE liefert dazu – abgestimmt auf die Veranstaltung – eine genaue Einsatzplanung, ein passendes Team sowie die notwendigen Werbe- und Promotionartikel. Promotoren und Peers werden typgerecht ausgewählt.

Emotional design: Themenfelder fühlbar machen

Die Partywelt ist ein bilderwütiges Milieu. Egal ob Flyer, Prints oder Screens – an Farben und Layout wird nicht gespart. Leitmotiv Visual Boosting: Auffallen um jeden Preis. Was die Szenekids erwarten, sind jedoch nicht nur Key-Visuals und Eye-Catcher, sondern auch ein authentisches Corporate Design: Alle Elemente der kommunikativen Innen- und Außenwirkung wie Schrift-, Zeichen- und Farbklima, einheitliches Branding etc., die schlüssig miteinander gemixt werden (Publikationen, Flyer, Give-aways, Hand-outs, T-Shirts, etc.).

Für Prävention gilt mehr denn je: Design differenziert und führt zur Profilierung in der Szenewelt. Es geht beim Design nicht mehr um Funktionalität, sondern um immaterielle, kommunikative Qualitäten. Design gestaltet nicht mehr Dinge, sondern materialisiert Kommunikation, die zu den präventiven Issues passt. Entscheidend ist die qualitative Passgenauigkeit bei den Zeichen- und Stilcodes: Kompetente Medien sind kompetente Präventionsträger, das Image des Mediums überträgt sich auf das Image des Projekts – und oft auch umgekehrt.

Wir freuen uns daher besonders, dass wir mit unserem brandheißen Flyer „Incentive 2001“ ein weiteres gelungenes Medium unters Partyvolk bringen. Er ist wahlweise mit Traubenzucker, Gummibärchen oder Gehörschutz bestückbar. Wuchtige, kräftige Grünfarben und eine direkte auffordernde Sprache erzeugen ungeteiltes Interesse. Der mitgelieferte Slogan sagt: „Garantiert ohne Risiken und Nebenwirkungen!“ Der quirlig-grelle Farbcode garantiert aufgrund seiner Schlagfertigkeit eine hohe Aufmerksamkeit. Dem Betrachter signalisiert er Authentizität und Durchsetzungskraft mit einem munteren Touch. Auf der Rückseite befindet sich dezentes Branding (MINDZONE-Logo) mit unserer Adresse.

Schlüssig, selbstähnlich und poppig-chic schließt der Flyer „Incentive 2001“ an das bisherige Grafikkorsett an, vor allem an den Flyer „Partydrogen“, einen unserer beliebtesten Handzettel. Er beschreibt auf sechzehn Seiten die Risiken der populärsten Partydrogen: MDMA, Halluzinogene etc.; dabei akzentuiert er auch die Bereiche „körperliche und seelische Abhängigkeit“ und Alkohol. Die letzte Seite verweist auf das anonyme und vertrauliche Hilfsangebot der Beratungsstellen; das untere Drittel dieser Seite enthält eine Fläche, welche die örtlichen Beratungsstellen mit ihrer Adresse abstempeln können. In diesem Flyer geht es hauptsächlich um Reminding; Jugendliche werden bestätigt, ohne Drogen abzufeiern.

Voller Ideen, voller Service: Fachstelle für Szeneprävention

Interessierte erfahren bei uns, welche Werkzeuge es braucht, um heute best practice zu sein, und wie man sie einsetzt, um die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen zu steigern. Gerne stellen wir die dafür notwendigen Materialien und Konzepte zur Verfügung. Im Vordergrund steht dabei stets die exemplarische Praxisarbeit, die das Potenzial der neuen Tools erlebbar und damit auch für Nicht-Szene-Freaks zugänglich macht. Wir zeigen, wie bestehende oder mögliche Anwendungen für sekundär- oder primärpräventive Aktionen genutzt werden können. Dabei richten wir uns vornehmlich nach folgenden Leitfragen:

- Was ist neu an den szenenahen Präventions-Tools?
- Wie funktionieren sie, und was leisten sie?
- Wo und wie werden sie heute eingesetzt?
- Wie wirken sie sich aus auf herkömmliche Präventionspraktiken in Sucht- und Jugendarbeit?
- Wie können mit den neuen Werkzeugen gesundheitsfördernde Prozesse beschleunigt werden?

Auf der Basis einer Verständigung über angemessene suchtpräventive Ziele und Wege können gemeinsam regionale Kooperationsmöglichkeiten erkundet und evtl. konkrete Projekte geplant werden. Der Schwerpunkt unserer Beratungsarbeit liegt dabei auf der strategischen Einsatzsteuerung, im Innovationsmanagement und im szenarischen Planen.

Going public: Futter für die Meinungsmärkte

Nichts ist, was nicht in den Medien ist. Die öffentliche Meinung will umworben werden. Gerade präventive Projekte stehen heute unter den teils kritischen, teils argwöhnischen Blicken der Presse und solcher Interessentengruppen, die sich von ihren Aktivitäten mitbetroffen fühlen. MINDZONE nutzt daher die folgenden Public Relations, um sich auf den Meinungsmärkten gegenüber einer immer sensibler reagierenden, einer immer aufgeklärteren Öffentlichkeit durchzusetzen:

- Pressearbeit: Pressemitteilungen, Presseanfragen, Pressekonferenzen, Interviews, Internetbetreuung, Beratung, Dialog mit Vertretern gesellschaftlich relevanter Gruppen,
- Mediengestaltung: Einsatzberichte, Broschüren, Flyer, Anzeigen, Direct-Mailing, Internet-Seite,
- Veranstaltungsorganisation: Fachtagungen, Konferenzen, Seminare, Feste, Events,
- Interne Kommunikation: Veranstaltungen für Peers, Schulungen, Mailings,
- Trainings: Medientraining, Argumentationstraining, Fortbildungen,
- Promotion: Gewinnspiele, Wettbewerbe, Info-Mobile, Messestände.

Trend-Research: Lifestyle-Spionage und Szenesafari

Wer sich im Dickicht der „Spaßkultur“ zurechtfinden will, für den wird Trendfeeling zum Schlüsselfaktor. Unsere Multiplikatorenschulungen sind dazu ein exklusiver Informationsdienst. Denjenigen, die heute mehr darüber wissen wollen und müssen, was im Partymilieu und in Jugendszenen geschieht, verschaffen wir einen entscheidenden Einblick. Unser Monitoring tastet die Nightlife-Szenen wie auf einem Radarschirm nach psychokulturellen Auffälligkeiten ab (*Profiling*). Wir analysieren den Kontext und machen Zusammenhänge in ihren Wechselwirkungen sichtbar. Unsere Trendanalysen dienen als Wegweiser durch das Labyrinth der Szenen, Stilgruppen und Strömungen. Welche Tendenzen sind in den kommenden Jahren zu erwarten, und welche Bedeutung haben sie für Prävention und Pädagogik? Welche Szenarien lassen sich auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse ermitteln?

Alle bedeutenden Items (Leitwerte) und Moodbilder (Leitstil) landen als kompakte Information in den Händen der Teilnehmer. Dabei geht es nicht nur um Zeit-Diagnose, sondern auch um die Suche nach neuen strategisch-taktischen Interpretationsmustern als Basis für die präventiven Initiativen der kommenden Jahre. Das sind derzeit besonders beliebte Themen:

- Trends ersetzen Traditionen: Über die Dynamik der Jugendkultur und die Folgen für die Prävention.

– Lust auf Gesundheit: Über die Ansprüche moderner Suchtvorbeugung und den Bedeutungswandel ehrenamtlicher Arbeit.
– Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen: Über die aktuelle Drogensituation in Bayern.
– Kreuz und quer durch immer mehr: Über den Mischkonsum von Partydrogen. Trends, Muster, Risiken.
– Neue Szenen, neue Ängste, neue Ansätze: Über das Entstehen neuer Präventionszweige.

Fast forward: Am Puls der Zeit bleiben

Wer die Anfänge von MINDZONE mitbekam, konnte seine Zweifel haben, dass sich ein so ehrgeiziges szeneorientiertes Projekt über mehrere Jahre realisieren lässt. Trotz mancher Unkenrufe: MINDZONE hat die Turbulenzen der Partyszenen in den letzten Jahren überzeugend gemeistert. Unser Geheimrezept: Flexibel auf Veränderungen eingehen, Anforderungen der Szenen aufnehmen und umsetzen, aktiv Trends mitgestalten – das ist die eine Seite des Erfolgs. Ohne dabei das klare Gesamtbild aufzugeben, ohne beliebig zu werden – das ist die andere Seite. Erst beide Seiten zusammen kennzeichnen progressive Prävention. Darauf haben wir uns spezialisiert. Das ist unsere Kompetenz.

4.4 Ergebnisse der Arbeitsgruppe I: Aktuelle Erfahrungen und Zukunftsperspektiven peergestützter Ansätze in der Partyszene

Leitung und Bericht: Bettina Schmidt, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Moderation: Sabine Goette, Mediabüro, Köln

In der Arbeitsgruppe bestand allgemeine Übereinstimmung, dass Peer-Konzepte – nicht nur im Rahmen von Partysettings – zweckmäßig und unterstützungswürdig sind. Jedoch sind zahlreiche Spannungsfelder erkennbar, die vor allem aus der Unterschiedlichkeit von selbst organisierten Szeneinitiativen und berufsprofessionell konzipierten Peer-Involvement-Projekten resultieren, die sich in einer Vielzahl von unterschiedlichen Einstellungen und Umgangsweisen niederschlägt – beispielsweise im Hinblick auf die finanzielle Förderung, auf Inhalte von präventiven Botschaften, auf Beteiligungskriterien von Peers u.v.m.

Peer-Ansätze in der Diskussion

Zentrale Ziele und Inhalte von Peer-Ansätzen

In der Arbeitsgruppe wurden folgende Ziele und Inhalte von Peer-Ansätzen als zentral erachtet:

- Aspekte, die den Bereich des Empowerments, der Autonomie, Selbstbestimmung, Selbstorganisation und Partizipation betreffen,
- im weiteren Sinne politische Maßnahmen der Verhältnisprävention, Strukturgestaltung und Interessenvertretung,
- psychosoziale Kompetenzförderung,
- suchtspezifische Elemente, u.a. Drogenmündigkeit, Risikoreduktion, Punktnüchternheit,

  …
- und nicht zuletzt auch die positiven Aspekte von Spaß, Faszination, die „Ästhetisierung des Feierns“.

Bewährte Elemente

Differenzierter wurden solche Elemente eingeschätzt, die sich im Rahmen von Peer-Ansätzen bewährt haben. Von Bedeutung erschien hierbei insbesondere die Differenzierung zwischen der internen (peer- und szeneimmanenten) und externen (außenstehende Personen und Institutionen) Ebene, wobei zahlreiche Aspekte als für beide Ebenen gleichermaßen relevant betrachtet wurden, u.a.:

- Respekt, Wertschätzung, Kontakt, Partizipation, Authentizität,
- Selbstbestimmtheit, Selbstorganisation,
- Kontinuität, Nachhaltigkeit, Präsenz,
- vielfältige Methoden und variationsreiches Vorgehen.

Demgegenüber wurden einige Elemente insbesondere für den internen Bereich als zentral erachtet, etwa:

- Spaß, Eigenmotivation, Überzeugung, Pioniergeist, Spirit,
- passgenaue Zielgruppenspezifizierung und themennahe, szenenahe, engagierte und verantwortungsbewusste Peers.

Darüber hinaus sind einzelne Aspekte, wie z.B. unterstützende Dienstleistungen, vor allem auf externer Ebene von Bedeutung.

Optimierungspotenziale

In sehr unterschiedlichen Bereichen wurden Optimierungspotenziale erkannt:

- Ein wesentlicher Punkt betrifft die Schaffung von Räumen – sowohl ideeller Räume, die kreative Ausdrucksformen ermöglichen und fördern, als auch realer Räume und urbaner Orte – für eine lebensweltnahe Alltagsgestaltung.
- Es sollte Unterstützung gewährt werden, die weniger als bisher an vorab festgelegte Bedingungen geknüpft wird, sondern im Rahmen von Aushandlungsprozessen

zwischen gleichgestellten Partnern verhandelt werden kann. Die Akzeptanz von Gleichrangigkeit und Autonomie ist hierbei zentral.
- Außerdem wurde gewünscht, dass Kommunikation und Vernetzung zwischen den relevanten Akteuren zukünftig stärker stabilisiert, unterstützt und gefördert werden und bei Bedarf zusammengearbeitet wird.
- Ganz wesentlich erschien auch eine breite öffentliche Akzeptanz unterschiedlicher Projektstrukturen und Entwicklungsprozesse und der daraus resultierenden Unterschiede in den Einschätzungen und Vorgehensweisen in der Arbeit in der Partyszene, die sich aus der Pluralität der verschiedenen Peer-Initiativen ergeben.

Ergebnisse in Bezug auf eine Modifizierung der BZgA-Leitlinien zur Suchtprävention

Relevante Leitlinien:

(10) Die Ansprache verschiedener Zielgruppen innerhalb des Settings Techno/Rave durch personalkommunikative Maßnahmen hat sich als machbar und in der Akzeptanz als hoch erwiesen. Es ist davon auszugehen, dass die Akzeptanz/Resonanz auf unterschiedliche Initiativen (z.B. MINDZONE, Eve & Rave) bei den Zielgruppen nicht gleich ist, wobei Peergroup-Ansätzen eine hohe Bedeutung zukommt. Ein Unterschied in der avisierten Zielgruppe erfordert gegebenenfalls auch eine Differenzierung in den Inhalten/Zielvorstellungen.

(14) Voraussetzung für eine wirksame Drogen- bzw. suchtmittelspezifische Prävention ist eine abgestimmte Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Akteuren (Suchtprävention, Suchthilfe, Jugendhilfe u.a.m.). Dies ermöglicht den optimalen Einsatz vorhandener und die Erschließung neuer Ressourcen.

Als Ergebnis ihrer Arbeit haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe folgende Vorschläge für eine Modifizierung der bestehenden BZgA-Leitlinien zur Prävention des Ecstasykonsums formuliert:

• Überschrift

Statt „Leitlinien zur Prävention des Ecstasykonsums“ sollte die Überschrift umformuliert werden in: „Leitlinien zur Prävention des Missbrauchs von Partydrogen“.

• Leitlinie 10 (personalkommunikative Maßnahmen)

Die Leitlinie 10 sollte mit dem Hinweis auf die große Bedeutung von Peer-Interventionen und auf deren breite Akzeptanz sowie auf die Notwendigkeit pluraler Angebote reformuliert werden. Weitere und differenziertere Empfehlungen konnten aufgrund der knapp bemessenen Zeit nicht formuliert werden. Es wäre zu wünschen, dass die BZgA die

Arbeitsgruppe – beispielsweise über eine Rundmail-Diskussion – am Prozess der endgültigen Formulierung beteiligt.

- **Leitlinie 14 (Akteure)**

Die Leitlinie 14 bedarf im Hinblick auf die Akteure einer Ergänzung um „Peer-Projekte sowie anderer relevanter Protagonisten“.

- **Leitlinie x (Ergänzung)**

Eine zusätzliche Leitlinie mit folgendem Inhalt sollte ergänzt werden: „Prävention hat die Aufgabe, Räume zu öffnen für selbst organisierte Prozesse“.

5

Arbeitsschwerpunkt II: Kommunikation über Drogen

5 Arbeitsschwerpunkt II: Kommunikation über Drogen

Suchtprävention wird derzeit sowohl auf massenmedialer Ebene als auch mit Hilfe personalkommunikativer Methoden durchgeführt. Die Benutzung von Massenmedien zu Zwecken der Suchtprävention kann das Auftaktsignal für eine nationale Kampagne oder eine breit angelegte Aktion geben. Darüber hinaus können mittels massenmedialer Maßnahmen spezifische Themen in der Öffentlichkeit präsent gehalten und ein Klima geschaffen werden, das einen öffentlichen Diskurs möglich macht.

Personalkommunikative Aktivitäten zur Suchtprävention finden in ganz unterschiedlichen institutionellen Kontexten statt: in Schulen, Kindergärten und in Einrichtungen der Jugend- und Erziehungshilfe. Zu unterscheiden sind diese Interventionen hinsichtlich ihrer inhaltlichen Zielsetzung wie auch in Bezug auf die Zielgruppenspezifizierung. Während substanzunspezifische Maßnahmen (wie beispielsweise die Vermittlung von Lebenskompetenzen) an alle Kinder und Jugendlichen adressiert sind, richten sich spezifische personalkommunikative Maßnahmen – beispielsweise szenenahe professionelle Beratungsdienste für Drogenkonsumenten – an Risikogruppen.

Entsprechend dem Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan von 1990 verfolgt die Suchtprävention zwei übergeordnete Ziele: Abstinenz im Hinblick auf illegale und kontrollierter bzw. bestimmungsgemäßer Gebrauch im Hinblick auf legale Substanzen. Demzufolge hat Suchtprävention dabei zum einen die (klassische) Aufgabe, einer Abhängigkeitsentwicklung entgegenzuwirken (z.B. durch die Förderung von Lebenskompetenzen), zum anderen soll jeglicher Konsum illegaler Substanzen verhindert werden. Im Rahmen neuerer Präventionskonzepte lassen sich jedoch differenzierte Zielformulierungen finden: Während zum einen nach wie vor das Abstinenzziel propagiert wird, insbesondere im Zusammenhang mit dem Konsum von Zigaretten und illegalen Substanzen, orientieren sich andere Konzepte an dem Ziel, einen „kompetenten“ Umgang mit Substanzen zu erreichen. Hierzu können Maßnahmen zur Punktnüchternheit im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol wie auch Hinweise zur Schadensminimierung im Zusammenhang mit dem Konsum von Partydrogen gezählt werden.

Vor diesem Hintergrund bildete die Frage nach der „richtigen“ Kommunikation über Drogen den zweiten Arbeitsschwerpunkt der Fachtagung. Ausgehend vom *State of the art* – Welche suchtspezifischen Botschaften gibt es? Welche Zielgruppen werden derzeit angesprochen und mit welchen Methoden? Welche Ziele und Zielgruppen können mit den bisherigen Maßnahmen nicht erreicht werden? – sollten in der Arbeitsgruppe II mögliche neue Ziele und Methoden suchtpräventiver Kommunikation diskutiert werden.

Der einführende Beitrag (*Kapitel 5.1*) zu diesem Arbeitsschwerpunkt beleuchtet aus Sicht der Präventionsforschung wesentliche Aspekte der Risikokommunikation und stellt vor

diesem Hintergrund drei Präventionsprojekte aus der Schweiz vor. Als praktisches Beispiel aktueller Kommunikationsformen wird im Anschluss das im Sommer 2001 ins Netz gestellte Internetprojekt der BZgA – drugcom.de – vorgestellt (*Kapitel 5.2*). Diskussionsschwerpunkte und Ergebnisse der Arbeitsgruppe II finden sich in *Kapitel 5.3*.

5.1 Die Kommunikation von gesundheitlichen Risiken in der Drogenprävention – Anregungen aus der Schweiz

Hermann Fahrenkrug, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne, Schweiz

Risikoprävention, Risikokompetenz und Risikokommunikation, diese Begriffe haben in der Präventionsszene der Schweiz in den letzten Jahren geradezu Kultstatus erworben. Vor gut vier Jahren vermeinte der Autor eines Artikels im schweizerischen Suchtmagazin (Fahrenkrug 1998) Anzeichen eines Paradigma- und Diskurswandels in der Drogenprävention feststellen zu können: Vom repressiven „Substanzen/Stoffe verbieten“ über das stark medizinalisierte „Sucht verhindern“ bis zum sozialpsychologisch orientierten „Drogenrisiken vermeiden/managen“ sollte die Reise gehen.[1]

Damit war und ist gemeint, die Kompetenz zu besitzen, (Drogenkonsum-)Risiken zu bewältigen und nicht nur eine schlichte Risikovermeidung (etwa durch Abstinenz) zu praktizieren. Risikoprävention versteht sich somit als integraler Bestandteil einer Strategie der Schadensreduzierung im Umgang mit Rauschmitteln, wobei in der Schweiz eine deutliche Tendenz besteht, die Unterscheidung von legalen und illegalen Drogen aufzuheben und generell von „Suchtmitteln“ zu sprechen. Die Anknüpfungspunkte an eine „Suchtprävention“ sind damit gegeben. Primär geht es um den Gesundheitsschutz von „Risikonehmern“ (*risk taker*), um einen „sicheren“ und „verantwortlichen“ Drogengebrauch. Nichtkonsumierende in ihrer Ablehnung von Drogen zu bestärken, ist nicht vorrangige Aufgabe der Risikoprävention.

1 Hierbei handelt es sich nicht um eine Abfolge bzw. Ablösung von Paradigmen – die Suchtverhütung bleibt nach wie vor legitimes Ziel der Suchtprävention–, sondern um gewandelte Leitideen in der Prävention. Siehe hierzu auch den Beitrag von Franzkowiak in *Kapitel 3.2*.

Die Risiken der Risikoprävention

Betrachtet man den obigen Präventions-Dreitakter – Substanzverbot, Suchtverhinderung, Risikoprävention – heute, so scheint der so zukunftsträchtige Risikopräventions-Motor – zumindest in der Schweiz – in der letzten Zeit ein wenig ins Stottern geraten zu sein. Der Verlauf eines groß angelegten Schweizer Präventionsprogramms speziell für drogennahe Risikojugendliche – das so genannte supra-f-Programm[2] – deutet auf einen Zustand hin, den man bösartig so formulieren könnte: „Stell dir vor, es gibt Risikoprävention und fast keiner geht hin" oder auch: „Stell dir vor, es gibt Risikokommunikation und fast keiner hört zu". Das Programm leidet an chronischer Unterbesetzung; es gelingt den Einzelprojekten offenbar nicht so recht, die gewünschten Risikojugendlichen anzusprechen, zur Teilnahme zu bewegen oder gar risikopräventiv zu beeinflussen. Es ist durchaus denkbar, dass die Ursache hierfür in einer unzureichenden Risikokommunikation zu finden ist.

Ebenfalls im Argen liegt die drogenspezifische Präventionsforschung in der Schweiz, die handlungsrelevantes Wissen in die angewandte (Drogen-)Risikoprävention transferieren sollte. Die, wenn auch spärlich vorhandene Risikoprävention bezüglich Drogenproblemen in der Technoszene lebt ebenfalls so gut wie ohne Forschungsinput. Vor einer Lückenanalyse sollen hier jedoch zunächst einige Modellüberlegungen zum Prozess der Risikokommunikation bei Drogenrisiken gestellt werden. Im Anschluss daran erfolgt die Beschreibung von drei schweizerischen Projekten zur „Risikoprävention in der Techno-/Partyszene", die abschließend im Licht der Modellvorstellungen zur Risikokommunikation beurteilt werden sollen.

Risikokommunikation braucht theoretische Modelle

Das kleine Einmaleins der Kommunikationsforschung sagt, dass jede Kommunikation oder Übertragung einer „Botschaft" zwischen einem „Sender" und einem „Empfänger" stattfindet. Nun haben auch die Minimalisten unter den Kommunikationstheoretikern schnell erkannt, dass dieser Prozess nicht in einem Vakuum stattfindet und noch ein weiteres Element hinzugefügt: den Kontext. Bezogen auf die hier behandelte Thematik bedeutet dies: Man kann als Sender so lange wie man will eine Risikobotschaft im Stile von „*Ecstasy ist hirnrissig*" an die potenziellen Empfänger/-innen (z.B. Risikojugendliche) abschicken – vergisst man die Kontextdimension der Kommunikation, dürfte die Botschaft ungefähr den Wirkungsgrad einer ins Meer geworfenen Flaschenpost haben. Mit viel Glück findet die Risikobotschaft die gewünschten Empfänger/-innen, die die Botschaft dann hoffentlich im gewünschten Sinne dekodieren und bereit sind, ihre Einstellungen und ihr Verhalten den erwarteten präventiven Ratschlägen entsprechend

2 Ein auf vier Jahre (1999–2003) angelegtes Suchtpräventions-Forschungsprogramm des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit, das sich mit ca. 15 lokalen Einzelprojekten speziell an gefährdete Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 7 und 20 Jahren richtet.

zu gestalten. Leider sind viele Flaschenpost-Absender auf ihren einsamen Kommunikationsinseln schlichtweg verhungert und ihre Botschaften kamen nie an.

Die erste Voraussetzung für eine gelungene „Kommunikation von gesundheitlichen Risiken in der Prävention“ ist deshalb ein angemessenes Modell von Risikokommunikation, welches der Sache entsprechend höchst komplex sein muss. In Anlehnung an ein Basismodell des australischen Sozialpsychologen Bernd Rohrmann (1999) soll an

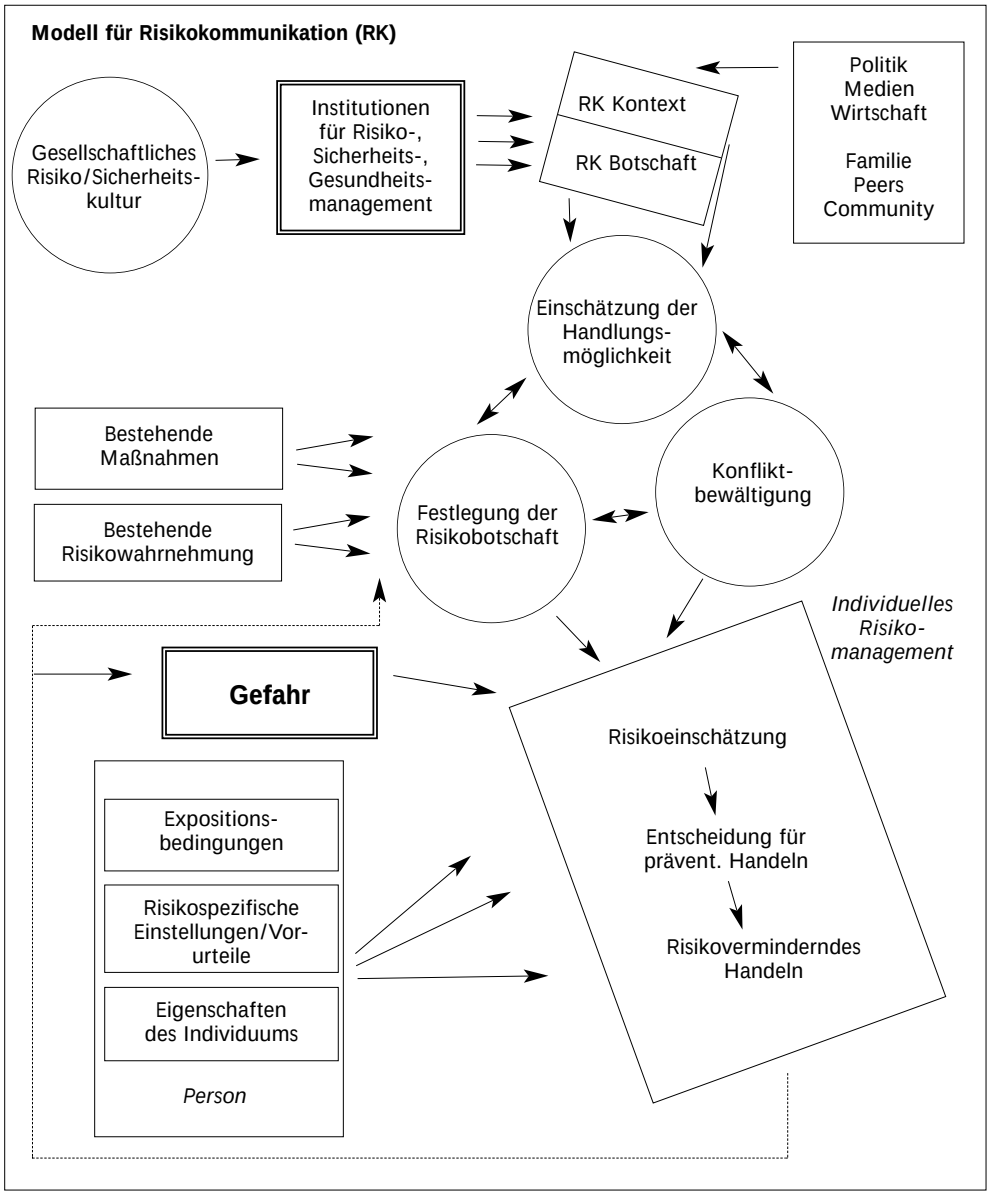


Abb. 1: Modell für Risikokommunikation (RK) (modifiziert nach Rohrmann 1999)

dieser Stelle kurz auf die wesentlichen Elemente – insbesondere in den Bereichen „Kontext“ und „Interaktion“ – eines derartigen Modells der Risikokommunikation hingewiesen werden.

Zwischen einer Risikobotschaft, die im Kontext einer bestimmten gesellschaftlichen Risikokultur von einem institutionellen Sender (wie etwa der BZgA) abgegeben wird (Sender, o.li. in *Abb. 1)*, und der erwünschten konkreten Reduzierung eines Risikoverhaltens auf der individuellen Verhaltensebene (Empfänger, u.re. in *Abb. 1*) spielt sich auf der *Kontextebene der Kommunikation* eine Vielzahl von *Definitions-*, *Interpretations-* und vor allem *Interaktionsprozessen* zwischen den beteiligten Akteuren ab. Die Einbeziehung der Interaktivität der Kommunikation ist dabei besonders wichtig, denn anders als die traditionelle Gesundheitskommunikation, die oft Einbahnstraßen vom Sender zum Empfänger einschlägt, sollte die Risikokommunikation *Mehrweg-* und *Feedback-Kommunikationen* wählen. Dies gilt bereits für die Formulierung und Festlegung der Risikobotschaft durch den Sender, aber besonders auch im Hinblick auf die Wahrnehmung und Verhaltensumsetzung durch den Empfänger (Individuum, Zielgruppe).

Risikobotschaften und ihre Akzeptanz werden zwischen gesellschaftlichen Gruppen „hergestellt“ und „ausgehandelt“, wobei es immer wieder zu Konflikten kommt, denen begegnet werden muss. Ist dies nicht der Fall, laufen Botschaften mangels Feedback ins Leere oder bewirken das Gegenteil des Beabsichtigten (Neugier, Angst, Panik etc.). Gerade Kontextebenen der Kommunikation wie „Politik“ oder „Medien“ mit ihren Akteuren spielen – im positiven wie im negativen Sinne – für die Risikokommunikation eine hervorragende Rolle, werden aber in den meisten Fällen nicht betrachtet.

Verunglückte Risikokommunikation: Drogenpanik als Kommunikationsmuster

In der Drogenforschung wird angesichts von Drogengefahren gerne von „moralischer Panik“ (Cohen 1972) gesprochen, wobei allerdings oft im Dunkeln bleibt, wer weshalb und mit welchen Folgen in Panik gerät. Ein Blick auf die Rolle der (Risiko-) Behauptungen der Akteure „Politik“ oder „Medien“ könnte da vielleicht weiterhelfen. Ein Beispiel: In Frankreich existiert eine neue Anordnung des Innenministeriums, wonach Rave-Partys ohne Ausnahme polizeilich angemeldet werden müssen. Dahinter steckt einerseits die Panik der Bürgermeister kleiner Gemeinden, die die Folgen derartiger Events für ihre Kommunen politisch nicht mehr bewältigen können, andererseits eine Panikmache der Medien, die auf solchen Raves schweren Drogenkonsum ausgemacht haben wollen. Man kann sich vorstellen, wie dieses neue Element im Risikospiel „Rave-Party“ die Veranstaltung so genannter „*freeparties*“ – deren Name Programm ist – in Form von nun einsetzenden „Räuber (Raver) und Gendarm-Spielen“ angefeuert hat – natürlich mit allen Risiken für eine schadensmindernde Organisation der nun völlig heimlich ablaufenden Raves.

Partydrogen-Risikoprävention in der Schweiz

Im Folgenden werden drei Projekte zur Partydrogenprävention in der Schweiz kurz vorgestellt und insbesondere unter dem Gesichtspunkt der (Risiko-)Kommunikation betrachtet.

1. Ecstasy-Hotline

- **Inhalt**
  Seit vier Jahren schaltet die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) anlässlich der Streetparaden in Zürich und Genf eine so genannte Ecstasy-Hotline, unter der telefonisch gratis Informationen zu (Party-) Drogen zu erhalten sind. Während des Party-Wochenendes stehen dazu im 24-Stunden-Service mehrsprachige Ansprechpartner/-innen zur Verfügung. Die Hotline wird in den Schweizer Medien sowie auf im Szenestil (Technolook) gestalteten Flyern (verteilt am Event) angekündigt. Die SFA tritt dabei deutlich als Sender hervor.

- **Methode**
  Persönliches (anonymes) Telefongespräch via Handy, ein wichtiges und verbreitetes Kommunikationsmittel bei jungen Menschen.

- **Präventive Botschaft**
  Die generelle Botschaft lautet: „*Drogenkonsum ohne Risiko gibt es nicht*“, adaptiert an die Bedürfnisse der Anrufenden (Gesprächsleitfaden für idealtypische Risikokommunikation differenziert nach Zielgruppen). Als Risikokommunikation zielen die Botschaften in erster Linie auf Schadensreduzierung (Stoffkunde, Gebrauchstipps/ Drogen nicht mixen), wobei Nichtkonsumierende darin bestätigt werden, keine Drogen zu nehmen. Hier lautet die Botschaft: „*Die meisten Raver sind clean*“, was sich einerseits auf eine 1996 durchgeführte Szenebefragung der SFA stützt und andererseits das Konzept der „normativen Überzeugungen“ berücksichtigt („Es ist falsch zu glauben, dass alle Raver Ecstasy konsumieren.“).

- **Zielgruppen**
  Streetparade-Teilnehmer, Konsumenten, Gelegenheitskonsumenten, Nichtkonsumenten sowie Besorgte und Verunsicherte (Angehörige).

- **Effekte**
  In Zürich (800.000 Teilnehmende) kamen innerhalb von zwei Tagen 50 Telefongespräche zustande; in Genf (400.000 Teilnehmende) gab es 30 Telefonate. Es gab keine Notrufe, vielmehr handelte es sich eher um verunsicherte Gelegenheits-User und Einsteiger. Das Gesprächsklima war gut und von realem Interesse geprägt.

Evaluation

- Es handelt sich um ein Präventionsangebot mit (zu?) wenig Feedback und Wirkung. Das telefonische „Beratungsangebot“ stellt offenbar weniger eine technische als vielmehr eine psychosoziale Barriere für die Zielgruppen dar. Das Angebot „Mehr Wissen über Stoffe und sichere Gebrauchsformen“ fand keine große Nachfrage. Als Ursache können Unkenntnis des Angebotes, risikospezifische Einstellungen (keine Gefahrenwahrnehmung) und situative Expositionsbedingungen (Drogenberatung während der Streetparade) vermutet werden.
- Trotz positiver Kontextelemente (Unterstützung durch Medien und Organisatoren der Events) blieb das Angebot zur Risikokommunikation ungenutzt.

Dieses Beispiel einer „Risikoprävention, die ‚fast keiner will‘“ verwirrt, scheinen doch wesentliche Voraussetzungen einer reflektierten Risikokommunikation vorhanden gewesen zu sein (Medienbegleitung etc.). Vielleicht ist die Aufforderung: „Bei Gefahrenwahrnehmung bitte Fachstelle anrufen, um sich über die XTC-Risiken aufklären zu lassen!“ doch nicht ganz den Deutungs- und Handlungsmustern typischer Raver/-innen angepasst. Nur genauere Studien der Mentalität der Mitglieder der Technokultur könnten hierüber Aufschluss geben.

2. Projekt „Prevtech“

- **Inhalt**
  Träger des Projekts ist der Verein Prevtech (www.prevtech.ch), der sich auf der Basis von Peer-Prävention für die Wahrung der „Interessen des Technomilieus“ einsetzt und dabei auch die Thematik der Drogenrisiken aufgreift. Techno wird als Jugendkultur verstanden, die fälschlicherweise mit Drogenkonsum assoziiert wird. Prevtech wirkt diesem Image generell entgegen, greift aber dennoch die drogenspezifischen Probleme der Technokultur auf.

- **Methode**
  - Risikoinformation und Dialog mit Zielgruppen durch Präsenz von geschulten Peers vor Ort (Partys, Clubs und Events): „*Von Ravern für Raver*“, wobei der „Techno-Anhänger-Status“ und die liberale drogenpolitische Haltung der Peers betont werden. Raver-Fraternité, Gleichberechtigung und Konzentration auf die individuelle Problematik fördern die Risikoprävention, und die regelmäßige Präsenz sichert Akzeptanz und Erfolg der Arbeit. Es werden gratis Wasser, Präservative, Ohrstöpsel und Prospektmaterialien verteilt sowie Stoffinformationen (Drugchecking-Ergebnisse aus dem Internet) und Safer-Use-Tipps gegeben.
  - Techno-Milieu-Informationen an die allgemeine und fachspezifische Öffentlichkeit (Gesundheit, Schule etc.) und Dialog mit Behörden und Polizei, um das Risiko einer (drogenbezogenen) Kriminalisierung der Technoszene zu vermindern: „*Von Ravern an Rave-Gegner/Kontrolleure*“.
  - Dialog mit Rave-Veranstaltern über Safer-Use-Rahmen ihrer Events.

- **Präventive Botschaft**
  Verständnis für die Technokultur; Schutz individueller Rechte; Schutz der psychischen und körperlichen Gesundheit der Raver/-innen; Prävention (Risikoverminderung) drogen-, aber auch alkoholspezifischer Probleme sowie von Aids und anderen techno-spezifischer Risiken (Lärm, Hitze etc.).

- **Zielgruppen**
  Raver, Noch-nicht-Raver, Öffentlichkeit, Behörden, Polizei, Veranstalter von Events.

Evaluation
Dieses Projekt, dessen Beschreibung keine Hinweise auf den Input einschlägigen Wissens aus der Präventionsforschung gibt und für das noch keine wissenschaftliche Evaluation existiert, besticht vor allem durch seinen konsequenten Peer-Präventions-Ansatz im Sinne von „*Raver für Raver*". Nach dem Hörensagen scheint dieser Ansatz die Zugangsbarrieren der Zielgruppen zum Risikowissen über Partydrogen tatsächlich zu senken. Die Nähe zur Technokultur sowie der hervorgehobene drogenpolitisch liberale Charakter und *human touch* der Beratungsdialoge hilft der Risikokommunikation mit den Ravern. Da die Inhalte der Prevtech-Risikoprävention vage sind, bleibt es bis zu einer Evaluation des Projekts unklar, ob Risikoverhalten tatsächlich reduziert wird.

Im Sinne des oben entwickelten Modells der Risikokommunikation ist Prevtech ein Musterbeispiel für einen Akteur, der in den Gesamtprozess der gesellschaftlichen Risikokommunikation über Partydrogen im Technomilieu eingreift. Sender von Risikobotschaften wären wohl beraten, mit Prevtech in Kontakt zu treten, um von dem praktischen Präventionswissen und dem Zugang zu den Zielgruppen zu profitieren. Präventive Legitimität kann Prevtech jedoch nur durch eine strikte Evaluation der Ergebnisse seiner Aktivität gewinnen.

3. Projekt „Nightfever"

- **Inhalt**
  Gegenstand ist ein zweiteiliges Comicheft (26 Seiten) im Taschenformat, welches im ersten Teil eine in jugendnaher Comicform dargebotene Drogenstory aus der Partyszene enthält und im zweiten Teil Sachinformationen über Substanzen und Drogenkonsum anbietet. Es handelt sich um Primärprävention mit dem Ziel „Einstieg in die (Party-)Drogen verhindern".

- **Methode**
  Durch eine szenenahe Comicgeschichte sollen Jugendliche stärker von Emotionen (gefühlsmäßig) und den sozialen Kontexten (lebensweltnahe Charaktere) her als ausschließlich über den Kopf (rational) auf Drogenrisiken angesprochen werden. Die Machart des Comics lehnt sich stark an diejenige der Szeneflyer und -magazine an und soll die Jugendlichen zum Lesen verleiten. Forschungen haben gezeigt, dass

trendige Illustrationen die Chancen der Annahme von Präventionsmaterialien erhöhen. Der Sachinformationsteil umfasst in Kurzabschnitten dargebotene Risikoinformationen zu allen szeneüblichen Drogen mit eher problemorientiertem Tenor, der Abstinenz nahe legt. Risikoverminderung des Konsums ist sekundär. Das Heft soll an Szeneorten (Clubs, Events), an öffentlichen Orten (in Straßenbahnen) und im Konsumbereich (Boutiquen) verteilt werden. Präsenz ist auch im Internet vorgesehen.

- **Präventive Botschaft**
  „Drogenrisiken sind allgegenwärtig und betreffen alle Substanzen." Im Comic erleben die Jugendlichen nur Probleme mit Drogen (offenbar zur Abschreckung von Einsteigern). Im Sachteil bleibt die Frage nach einem risikoreduzierten Konsum letztlich offen.

- **Zielgruppen**
  Jugendliche Party-Einsteiger ab 15 Jahre (eher Nichtkonsumenten).

Evaluation
Ein Input aus der Präventionsforschung ist nicht erkennbar, und das Instrument ist zu neu, um irgendeine Form von Evaluation erfahren zu haben. Die Risikokommunikation ist eher traditionell (vom Sender an Empfänger). Kontext oder Interaktionselemente sind – außer im Styling der Message – kaum einbezogen worden. Die Botschaft scheint primär an Nichtkonsumenten und Einsteiger in die Szene gerichtet zu sein, wobei die Comicfiguren bemerkenswerterweise alle User sind; sie betont die Problemdimensionen des Drogenkonsums und legt die Risikovermeidung durch Abstinenz nahe. Partydrogen werden dabei auf eine Ebene mit anderen Substanzen gestellt, was die Gefahr einer Risikokonfusion birgt. Insgesamt stellt sich hier die Frage, ob eine klassische stoffbezogene Risikoinformation mit Abstinenzempfehlung in einem wie auch immer modischen Gewand für eine wirksame Prävention der Risiken von Partydrogen ausreicht.

Risikokommunikation im Bereich der Drogenprävention: Mode, Bluff oder Zukunftshoffnung?

Nach diesem kurzen Rundflug über die Risikoprävention und Risikokommunikation zur Verminderung von Drogenrisiken lässt sich zusammenfassend Folgendes sagen:
- Risikoprävention bildet – gemessen an der konkreten Orientierung von Präventionsprojekten an diesem Konzept – immer noch die große Ausnahme in der Drogenprävention.
- Von einem handlungsleitenden Einfluss der Präventions- und Risikoforschung auf Projekte der Risikoprävention kann nicht die Rede sein.
- Aktuelle Risikokommunikation orientiert sich – gemessen an einem elaborierten Modell der Vermittlung von Wissen über Drogenrisiken in der Gesellschaft – zu oft am Common Sense und vernachlässigt systematisch die Kontext- und Interaktionsaspekte der Risikokommunikation.

– Der Trend der Risikokommunikation zur modischen Form (Szenelook) verbirgt oft den Mangel an überzeugenden Inhalten, mit denen Deutungs- und Handlungsmuster der Zielgruppen erreicht werden können.
– Risikoprävention als Ansatz und Risikokommunikation als Methode sind – in der schweizerischen Drogenprävention – gegenwärtig eher Zukunftshoffnungen als Realität.

Literatur

Cohen, Stanley (1972): *Folk devils and moral panics*. London: MacGibbon and Kee.

Fahrenkrug, H. (1998): Risikokompetenz – eine neue Leitlinie für den Umgang mit „riskanten Räuschen"? *Suchtmagazin* 3, 23–27.

Rohrmann, B. (1999): *Risk perception research. Review and Documentation*. University of Melbourne.

5.2 Vorgestellt: drugcom.de – ein Internetprojekt der BZgA

5

H. Peter Tossmann, Marc-Dennan Tensil, delphi – Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin

Nach jüngsten Untersuchungen der BZgA (2001; vgl. auch *Kapitel 2.1*) haben etwa 27% aller Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren Erfahrungen mit illegalen Substanzen. Dies und die Tatsache, dass viele dieser Drogenerfahrenen neben Cannabis auch Umgang mit Drogen wie Ecstasy, Amphetaminen und Kokain haben (vgl. Tossmann/Boldt/Tensil 2001), stellt eine Herausforderung für jugend- und gesundheitspolitische Institutionen dar.

Als bedeutsam ist auch der Anteil aktueller Drogenkonsumenten (13%) und die Prävalenz des riskanten Gebrauchs von Alkohol im Jugendalter und unter jungen Erwachsenen einzuschätzen (vgl. Kraus/Augustin 2001). In spezifischen Jugendszenen – beispielsweise in der Partyszene – ist allerdings von deutlich höheren Prävalenzen auszugehen (Tossmann/Boldt/Tensil 2001). In diesem Lebensabschnitt gilt es demnach für die meisten Jugendlichen, sich mit dem Konsum von Alkohol und Drogen sowie mit Fragen der Suchtentwicklung auseinander zu setzen und hierzu eine angemessene Haltung zu finden.

Vor diesem Hintergrund hat die BZgA in Zusammenarbeit mit der Berliner delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung und der Werbeagentur i-dentität aus Solingen das internetgestützte Projekt drugcom.de entwickelt, das 2001 als Informations- und Kommunikationsportal ins Internet gestellt wurde. Es versteht sich – neben einer frühzeitigen Aufklärung und Prävention – als ergänzender Ansatz zur Suchtvorbeugung.

Zielgruppe und Ziele

Das Internetportal drugcom.de soll ein Angebot für alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen sein und sowohl Konsumenten als auch Nichtkonsumenten ansprechen. Damit unterscheidet sich drugcom.de von jenen Projekten, die sich an sehr spezifische Zielgruppen, wie beispielsweise die Partyszene, wenden. drugcom.de wendet sich somit an ein breites Publikum, wobei dies aber die gezielte Ansprache bestimmter Jugendszenen nicht ausschließt. Die Kernzielgruppe bilden Jugendliche im Alter zwischen 15 und 20 Jahren, da in dieser Altersspanne erste Erfahrungen mit dem Konsum psychotroper Substanzen gemacht werden bzw. der aktuelle Konsum besonders verbreitet ist.

Hinsichtlich der Ziele, die mit drugcom.de verfolgt werden, müssen verschiedene Teilziele differenziert werden (siehe *Abbildung 1*). Demnach wird von einer Zielpyramide ausgegangen, wobei die Ziele sich in Richtung Abstinenz orientieren. Das Projekt drugcom.de bewegt sich zwar eindeutig in einem sekundärpräventiven Bereich, dies bedeutet aber nicht, dass Abstinenz als Ziel vollständig ausgeblendet werden kann. Es muss vielmehr davon ausgegangen werden, dass Konsumenten sich in unterschiedlichen Stadien ihres Konsums befinden. Die Pyramide dient dabei als Orientierung, da je nach Konsumstatus andere Ziele sinnvoll sein können.

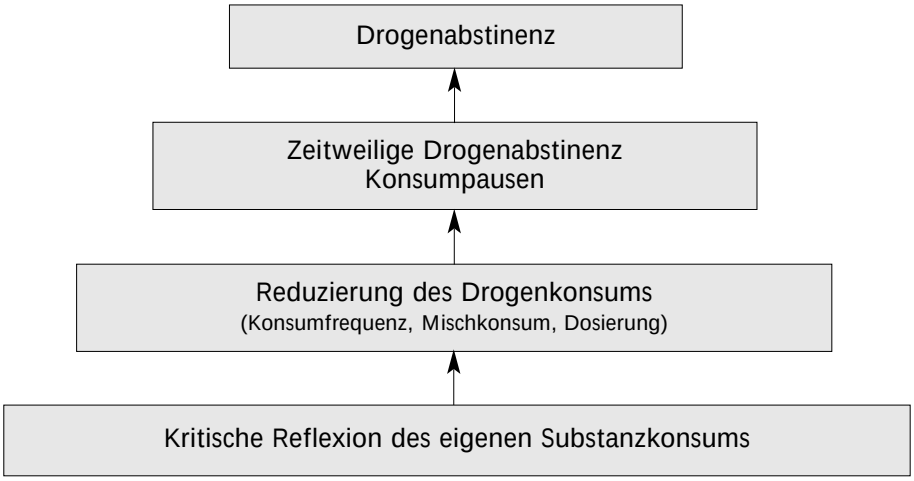


Abb. 1: Differenzielle Projektziele von drugcom.de

Primär geht es auf der Website drugcom.de aber darum, durch die Kommunikation über das Thema Sucht und Drogen (1) eine *kritische Reflexion* über eigene Einstellung und Verhaltensweisen und (2) einen *möglichst risikoarmen Umgang mit Substanzen* zu fördern. drugcom.de soll Jugendlichen ein Kommunikationsforum bieten, einen virtuellen öffentlichen Ort, an dem sie nicht nur die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen und Antworten zu bekommen, sondern wo sie sich selbst und ihre Sichtweisen zum Themenkomplex „Sucht und Drogen" artikulieren und miteinander in einen Diskurs treten können.

Die Website

Die Gesamtkonzeption des Projekts umfasst neben den Projektinhalten auch die gezielte Projektpromotion. Nachfolgend werden beide Bereiche skizziert.

Projektpromotion

Für die Projektpromotion verantwortlich zeichnet die im Jugendmarketing erfahrene Werbeagentur i-dentität. Grundidee der von der Agentur vorgelegten Konzeption ist es, jugendtypische Lebens- und Freizeitstile authentisch zu thematisieren (Foto, Video) und mit Mitteln klassischer Werbemedien (Plakate, Anzeigen, Kinospots) mit einem Hinweis auf die Website drugcom.de zu publizieren. Dabei soll weitestgehend auf die Vermittlung sonst üblicher pädagogischer Botschaften verzichtet werden.

Durch die Fokussierung spezifischer jugendlicher Lebens- und Freizeitstile (z.B. Techno-, Hip-Hop-Szene) können für die Prävention relevante spezifische Zielpopulationen angesprochen und in das Kommunikationsprojekt zur Suchtprävention eingebunden werden.

Projektelemente

Die delphi-Gesellschaft hat in enger Zusammenarbeit mit der BZgA die inhaltlich-pädagogische Konzeption von drugcom.de entworfen. Demnach setzt sich drugcom.de aus mehreren Ebenen der Information und Kommunikation zusammen. Die vier Säulen des Kommunikationsprojekts bilden *druginfo*, *drugtalk*, *drugworks* und *freestyle*.

- ***druginfo* – Informationsvermittlung**

Die Effektivität der Informationsvermittlung als Mittel der Prävention ist nicht unumstritten. Gut belegt ist hingegen der Effekt, dass die Merkfähigkeit umso höher ist, je mehr über einen betreffenden Gegenstand nachgedacht wird. Auf drugcom.de wird unter der Rubrik *druginfo* das Nachdenken über substanzbezogene Informationen durch Wissenstests im Stile des Multiple-Choice-Verfahrens gefördert. Es werden mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben, und auf jede Antwort erfolgt eine differenzierte Rückmeldung, in die weitere Links integriert sind, die den Zugang zu vertiefender Information ermöglichen. Bei dieser Form der Wissensvermittlung wird das für Jugendliche typische „Surfverhalten" – der spielerische, nicht unbedingt zielgerichtete Umgang mit dem

Internet – aktiviert, da das reine Informationsbedürfnis bei ihnen meist noch keine so große Rolle spielt wie bei erwachsenen Internetnutzern.

Wer jedoch gezielt Informationen abrufen will, der hat die Möglichkeit, im *druglex* (ein alphabetisch sortiertes Drogenlexikon) und in den FAQs (häufig gestellte Fragen und die Antworten) nachzuschlagen. Fragen, die nicht auf der Website beantwortet werden bzw. mit einem individuellem Problem verbunden sind, können per E-Mail an das drugcom-Team geschickt werden.

- ***drugworks* – Austausch von Produkten der Suchtprävention**

Mit der Webseite soll ein Forum für Projekte zu den Themenkreisen „Sucht“ und „Drogen“ geschaffen werden. Hierbei soll eine öffentliche Diskussion initiiert werden, an der sich Jugendliche aktiv beteiligen und die sie selbst gestalten. Konkret heißt das beispielsweise, dass sich Schüler verschiedener Schulen z.B. mit dem Thema „Cannabis“ beschäftigen und das Ergebnis ihrer Arbeit im Internet auf drugcom.de veröffentlichen. Hierzu können Texte verfasst, Interviews geführt oder kurze Videoclips produziert werden. Vorstellbar ist auch die Entwicklung von Fortsetzungsgeschichten, Fotostorys, Comics etc. Gemeinsames Kennzeichen der *drugworks*-Produkte sind die jugendlichen Mitautoren der jeweiligen Projekte.

- ***drugtalk* – Chatroom und Beratung**

Der Bereich *drugtalk* wird von professionellen, in der suchtpräventiven Arbeit mit Jugendlichen erfahrenen Fachkräften geführt. Das drugcom-Team moderiert den Chatroom und bedient die Onlineberatung.

Im *Chatroom* wird täglich in einem bestimmten Zeitrahmen über verschiedene Themen diskutiert. Übergeordnetes suchtpräventives Ziel des Chats ist es, Jugendliche im Rahmen des Onlinekontakts dazu anzuregen, dem Konsum von Substanzen gegenüber eine (selbst)kritische Haltung zu entwickeln. Sowohl das eigene Konsumverhalten wie auch der Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum anderer wird im Rahmen des Chatrooms fokussiert und hinterfragt. Dabei wird seitens der Chatmoderation weitestgehend darauf verzichtet, den Konsum von Substanzen zu dramatisieren. Stattdessen wird im Rahmen der Chatdiskussionen ein kritischer Umgang mit derartigen Substanzen propagiert und das individuelle Risikobewusstsein gestärkt.

Die Webseite bietet Jugendlichen auch die Möglichkeit einer individuellen Beratung. So können sich Interessierte zu den gleichen Öffnungszeiten wie im Chat via *Onlineberatung* individuell und anonym beraten lassen. Im Unterschied zu manch anderen Beratungsangeboten im Internet wird hier live und kostenlos Beratung von Pädagogen, Psychologen und Ärzten angeboten. Die Onlineberatungssituation dient den Anfragern nicht selten als erste Anlaufstelle, um eigenes problematisches Konsumverhalten zu reflektieren.

Anfragen sind aber auch offline per *E-Mail* möglich. Das Internet und insbesondere das Verschicken von E-Mails hat sich als Kommunikationsmedium etabliert, da es einen schnellen Informationsaustausch auf eine lockere Art und Weise erlaubt und die Hemmschwelle, Beratung in Anspruch zu nehmen, deutlich niedriger liegt als beim Telefon. Somit bietet Online- und E-Mail-Beratung einen niedrigschwelligen Zugang zu maßgeschneiderter Beratung.

- ***freestyle***

Um für Jugendliche einen zusätzlichen Anreiz zu schaffen, auf drugcom.de zu gehen, werden auch über die Drogenthematik hinaus Angebote gemacht. Im *freestyle*-Bereich steht die Unterhaltung im Vordergrund. Spiele, Downloads, Partytipps und ähnliche Angebote, die Jugendliche interessieren, sind hier zu finden bzw. sollen nach und nach ergänzt werden. Für diesen Bereich ist geplant, professionelle Content-Lieferanten als Kooperationspartner für das Projekt zu gewinnen.

Nutzung von drugcom.de

drugcom.de ist seit dem 21. Juli 2001 online. Da jeder Klick eines Nutzers protokolliert wird, lässt sich die Nutzung von drugcom.de einigermaßen exakt quantifizieren. Es soll daher ein kleiner Ausschnitt aus den ersten Ergebnissen der Nutzungsstatistiken präsentiert werden.

Aussagekräftige Maße sind *Pageviews* und *Visits*. Ein Pageview entspricht einer ganzen Seite, die ein Nutzer in seinem Internetbrowser, also in seinem Zugangsprogramm zum Internet, betrachtet. Dieses Maß ist zu unterscheiden von so genannten *Hits*. Ein Pageview erzeugt in der Regel mehrere Hits. Daher ist die Anzahl an Hits sehr stark davon abhängig, wie komplex eine Seite ist und bietet somit keine valide Grundlage für die Bestimmung der quantitativen Nutzung einer Website.

Die Anzahl an Visits entspricht ungefähr der Anzahl an tatsächlichen Nutzern. Allerdings werden mehrere Personen, die über ein Netzwerk ins Internet gehen, nur als ein Nutzer erkannt. Andererseits wird jeder Nutzer, der beispielsweise zweimal am Tag drugcom.de besucht, auch zweimal gezählt. Das heißt, anhand der Visits lässt sich zwar ungefähr feststellen, wie viele, aber nicht wie viele *unterschiedliche* Personen drugcom.de anklicken.

Für die ersten sieben Wochen des Onlinebetriebs liegen für drugcom.de folgende Zugriffszahlen vor:

Pageviews (Anzahl der Sichtkontakte mit einzelnen Seiten)	668.860
Visits (Anzahl der Besuche)	18.641
Visits pro Tag (durchschnittliche Anzahl Visits/Tag)	380

Tab. 1: Zugriffe auf drugcom.de in der Zeit vom 21. 7. 2001 bis 7. 9. 2001

Bedenkt man den Umstand, dass in den ersten Wochen außer einigen kleinen Pressemitteilungen kaum Werbung für die Website gemacht wurde, so stellt eine durchschnittliche Besucherzahl von 380 pro Tag eine durchaus gute Nachfrage dar. Durch eine konsequente und zielgruppenorientierte Bewerbung wird in Zukunft sicherlich noch eine größere Nachfrage zu erwarten sein.

Differenziert man die Zugriffe auf drugcom nach den einzelnen Bereichen, so stellen sich die Ergebnisse wie in *Abbildung 2* dar.

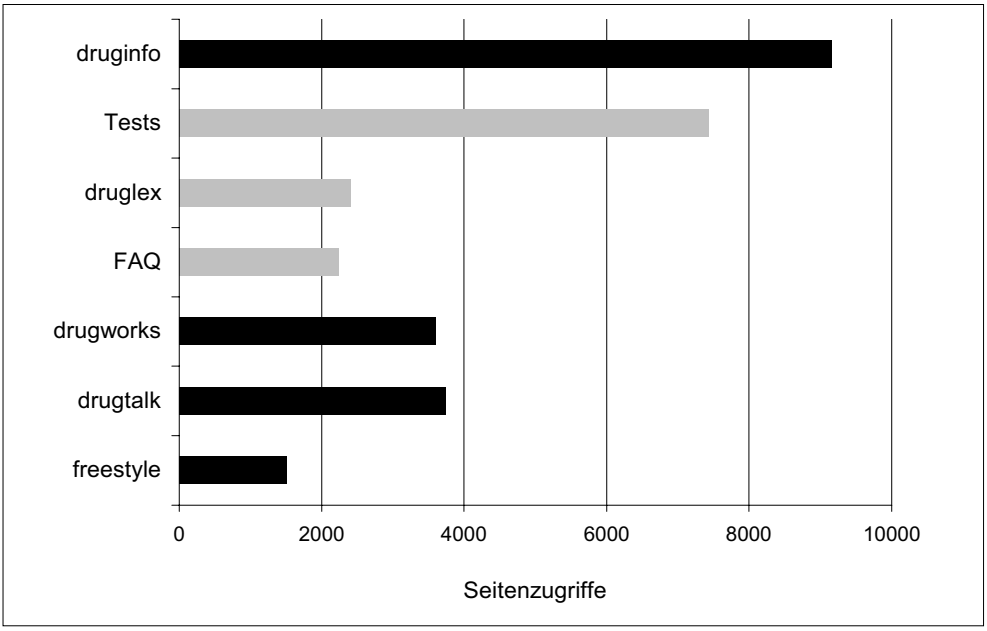


Abb. 2: Verteilung der Seitenzugriffe (Pageviews), differenziert nach Bereichen

In dieser ersten groben Analyse zeigt sich, dass der Infobereich am häufigsten genutzt wird. Die Wissenstests werden besonders häufig angeklickt. Offenbar stellt die Möglichkeit, sein Wissen zu testen, ein für Jugendliche attraktives Angebot dar.

Nutzer von drugcom.de

Am Ende eines Wissenstests haben die Nutzer die Möglichkeit, ihr Ergebnis mit dem anderer zu vergleichen bzw. eine Statistik über die Ergebnisse der anderen Nutzer differenziert nach Alter, Geschlecht und Konsumerfahrung zu betrachten. Dazu müssen sie jedoch zunächst ihre eigenen Daten eingeben, wodurch sich relativ leicht Nutzerdaten gewinnen lassen.

Insgesamt haben 3208 Personen einen Wissenstest vollständig – inklusive der Nutzerdaten am Ende des Tests – beantwortet. Die Mehrzahl der „Testkandidaten“ war männlich (72%). Die Verteilung nach Altersgruppen ist in *Abbildung 3* dargestellt.

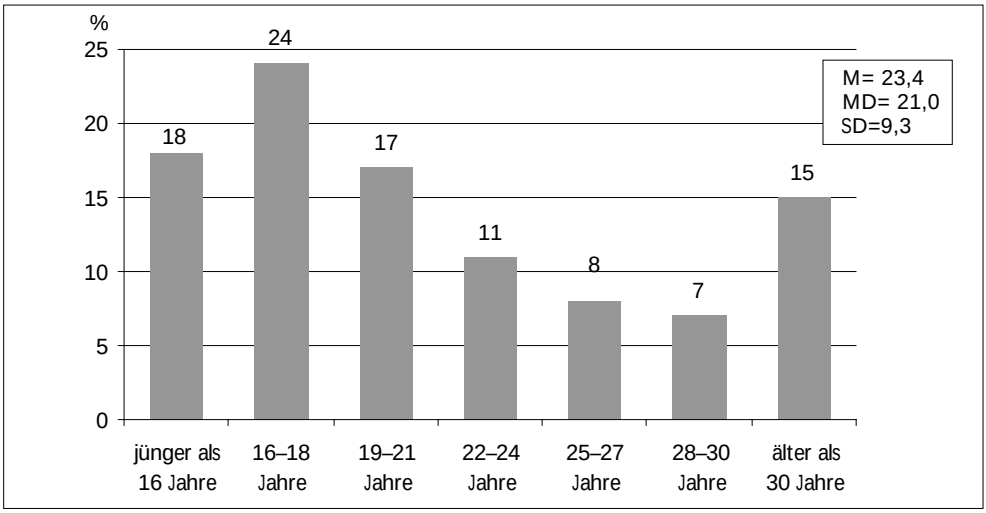


Abb. 3: Verteilung der Nutzer des Tests nach Altersgruppen (n = 3208)

42% der bisherigen Nutzer sind 18 Jahre und jünger. Somit zeigt sich, dass die hauptsächlich anvisierte Zielgruppe der 15- bis 20-Jährigen erreicht wird. Ungefähr jeder sechste Besucher ist allerdings älter als 30 Jahre. Vermutlich handelt es sich um Journalisten, Multiplikatoren und andere interessierte Personen, die in einem professionellen Rahmen drugcom.de genutzt haben.

Stellt sich nun noch die Frage, ob drugcom.de auch tatsächlich von Drogenkonsumenten genutzt wird. In *Abbildung 4* werden die prozentualen Anteile der aktuellen Konsumenten dargestellt. Aktueller Konsum definiert sich jeweils nach Substanz. Für Alkohol wurde ein Konsum in der letzten Woche, für Nikotin ein Konsum in den letzten 30 Tagen und für Cannabis und Ecstasy ein Konsum in den letzten 12 Monaten zugrunde gelegt.

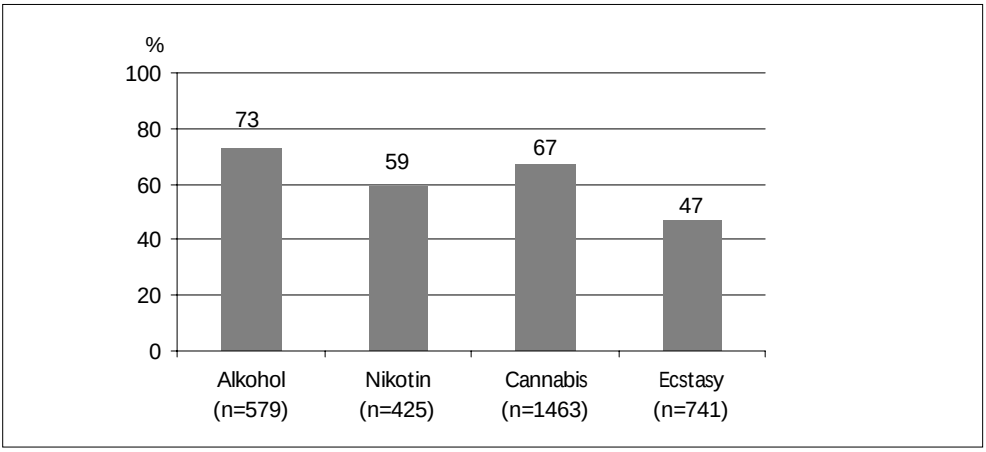


Abb. 4: Aktuelle Konsumenten, differenziert nach Substanzen

Der Anteil aktueller Konsumenten (12-Monats-Prävalenz) beträgt in der aktuellen Repräsentativstudie der BZgA (2001) zur Drogenaffinität Jugendlicher 13% für illegale Drogen. Vergleicht man diese Zahl mit denen der drugcom.de-Nutzer, so sind Drogenkonsumenten auf drugcom.de überrepräsentiert bzw. es kann festgestellt werden, dass die Website die anvisierte Zielgruppe erreicht. Es bewegen sich aber offensichtlich auch solche Nutzer auf der Seite, die keinen aktuellen Drogenkonsum der aufgelisteten Substanzen haben. Dies spricht wiederum dafür, dass drugcom.de auch für andere Jugendliche ein interessantes Angebot darstellt. Allerdings können erst detaillierte Befragungen hier Aufschluss geben.

Im Sinne der Prozessevaluation wird drugcom.de daher fortlaufend wissenschaftlich evaluiert. Dabei liegt die Betonung weniger in der Ermittlung des präventiven Effekts hinsichtlich des Drogenkonsums als vielmehr in der Bestimmung der quantitativen Nutzung sowie der Akzeptanz seitens der Zielgruppe, denn drugcom.de soll sich an den Bedürfnissen der jugendlichen Nutzer orientieren und sich zu einem attraktiven Informations- und Beratungsportal entwickeln.

Literatur

BZgA (2001): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001*. Köln: BZgA.

Kraus, L. / Augustin, R. (2001): „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000.“ *SUCHT*, 47 (Sonderheft 1).

Tossmann, H. P. / Boldt, S. / M.-D. Tensil (2001): *Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit? Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive*. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 14).

5.3 Ergebnisse der Arbeitsgruppe II: Wie kommunizieren wir „richtig“ über illegale Drogen? – Medienanalyse, Maßnahmen, Ziele und unbeabsichtigte Nebeneffekte

Leitung und Bericht: H. Peter Tossmann, delphi – Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin

Moderation: Gisela Marsen-Storz, BZgA, Köln

Zielgruppen und Ziele der Sekundärprävention

Während die Programme der Primärprävention sich an drogenunerfahrene Kinder und Jugendliche richten, sind *aktuelle Drogenkonsumenten* die hauptsächliche Zielgruppe für Maßnahmen der Sekundärprävention. Übergeordnetes Ziel sekundärer Suchtprävention ist es, Risiken des Substanzkonsums möglichst frühzeitig zu erkennen und zu kommunizieren und auf die Minimierung der mit dem Substanzkonsum verbundenen Risiken hinzuwirken.

Die in der Arbeitsgruppe formulierten Detailziele für sekundärpräventive Maßnahmen in der Partyszene lassen sich in
(1) substanzspezifische und
(2) substanzunspezifische Ziele differenzieren.

(1) Substanzspezifische Zielsetzungen

Substanzspezifische Zielsetzungen der Sekundärprävention fokussieren den *Informationsstand*, die *Einstellung* und das *Verhalten* im Hinblick auf den Substanzkonsum.

Nach Einschätzung der Arbeitsgruppe wird insbesondere der substanzspezifischen Informationsvermittlung eine große Bedeutung in der Sekundärprävention beigemessen. Konsens bestand darin, dass bei der Bereitstellung von Informationen eine Verpflichtung besteht, über alle bekannten Risiken des Substanzkonsums möglichst umfassend zu informieren.

Interventionen, die auf die Einstellungen zum Substanzkonsum abzielen, haben insbesondere das Ziel, eine selbstkritische Haltung dem eigenen Konsumverhalten gegenüber zu fördern. Auch kann es ein Ziel suchtpräventiver Maßnahmen sein, das vermeintlich positive Image einer Substanz (in einer spezifischen Szene) in Frage zu stellen bzw. zu problematisieren.

Eine verhaltensbezogene Zielorientierung kann – in Abhängigkeit von der jeweiligen individuellen Situation des Konsumenten – unterschiedliche Interventionsziele beinhal-

ten. So mag es in dem einen Fall durchaus angemessen sein, die Reduzierung der Konsummenge zu fokussieren, und in einem anderen Fall mag die Drogenabstinenz die jeweils auf die psychosoziale bzw. gesundheitliche individuelle Situation bezogene „richtige“ Zielsetzung der Sekundärprävention sein.

Kontrovers diskutiert wurde die Frage, ob es (überhaupt) einen sozialpädagogischen bzw. sekundärpräventiven Handlungsbedarf gibt, wenn ein „kontrollierter“, wenig riskanter Substanzkonsum vorliegt (wie beispielsweise bei dem gelegentlichen Konsum von Cannabis) und welche Implikationen für die Suchtprävention dabei gegeben sind.

(2) Substanzunspezifische Ziele

Unter substanzunspezifischen Zielen der Sekundärprävention ist zuerst einmal die Orientierung an den Prinzipien der Gesundheitsförderung zu verstehen. So sind beispielsweise die Förderung psychosozialer Kompetenzen (*life-skills*) und die Schaffung gesundheitsförderlicher sozialer Kontexte und Lebenswelten durchaus bedeutsame Ziele (auch) der sekundären Suchtprävention.

Methoden der Sekundärprävention

In der Diskussion über den Einsatz adäquater Methoden der Suchtprävention in der Partyszene wurde zuerst einmal zwischen Methoden der unmittelbaren, *personalen Kommunikation* mit der Zielgruppe und einer *medialen Kommunikation* im Bereich der Sekundärprävention unterschieden.

Personale Kommunikation

Personale Kommunikation der Prävention bedeutet nach dem aktuellen Stand der Praxis vor allem eine szenenahe Kontaktarbeit. In diesem Zusammenhang suchen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Partyprojekten (mehr oder weniger häufig bzw. regelmäßig) entsprechende Musikveranstaltungen und Szenetreffpunkte (*locations*) auf, stellen am Rande des Partykontextes einschlägiges Informationsmaterial zur Verfügung und bieten sich als Gesprächspartner zu Drogen- und Suchtfragen an. Notwendige Voraussetzung dieses Arbeitsansatzes ist es nach Einschätzung mehrerer Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe, dass ein nicht bevormundender, „offener Dialog“ über Drogen und Drogenkonsum möglich ist, in dem nicht nur die Risiken, sondern auch die subjektiv positiven Aspekte des Substanzkonsums kommuniziert werden können.

Kontrovers wurde die Frage diskutiert, ob die professionelle Vor-Ort-Beratung eher den Charakter einer (klassischen) Drogenberatung oder einer Konsumberatung haben soll. Offen blieb in der Diskussion, worin sich Drogenberatung und Konsumberatung (genau) unterscheiden und welche Qualitätskriterien eine professionelle Konsumberatung kennzeichnet.

Ein bislang wenig erprobter methodischer Ansatz in der sekundären Drogenprävention ist der Ansatz der Kurzintervention. Hierzu liegen erfolgversprechende Ergebnisse aus dem Bereich der Prävention des Alkoholmissbrauchs vor.

Mediale Kommunikation

Im Hinblick auf Möglichkeiten der medialen Kommunikation im Bereich der Prävention in der Partyszene konnte in den vergangenen fünf Jahren eine Reihe positiver Erfahrungen gemacht werden. Dies gilt insbesondere für das Medium „Flyer". Aus Sicht der an der Arbeitsgruppe beteiligten Praktiker ist der Drogeninformations-„Flyer" insbesondere geeignet, um mit Konsumenten in einen ersten Kontakt bzw. ins Gespräch zu kommen. Allerdings – so wurde eingewendet – fehlen den meisten Projekten die für personale Kommunikation erforderlichen Ressourcen, so dass die Informationsvermittlung nicht hinlänglich durch Kontaktarbeit flankiert werden kann.

Angemerkt wurde auch, dass mit den Flyern konzeptionell neue Wege beschritten werden sollten. Dazu wäre es wichtig, die bisher praktizierte „Substanzfixierung" in der Information zu überwinden und dazu überzugehen, komplexe Konsummuster und Konsumverhaltensweisen zu thematisieren.

Auch wenn hierzu noch keine Ergebnisse von Evaluationsstudien vorliegen, ist das Medium „Selbsttest" ein für die Zielgruppe offensichtlich attraktives Medium der Sekundärprävention. Hierzu ist der vom Therapieladen e.V., Berlin, entwickelte „Kiffertest" zu zählen wie auch die Wissenstests, die auf dem BZgA-Internetportal drugcom.de zu finden sind. Die vermeintliche Attraktivität derartiger „Selbsttests" hat ein Teilnehmer der Arbeitsgruppe wie folgt kommentiert: *„In der Suchtprävention ist es manchmal wichtiger die richtigen Fragen zu stellen, als schlaue Antworten zu geben!"*

Als neue mediale Ebene der Prävention scheinen unterschiedliche Formen der virtuellen Kommunikation an Bedeutung zu gewinnen. So hat eine Vielzahl von Präventionsprojekten inzwischen eine Internetdomain und erbringt ihre Beratungsleistungen in zunehmendem Umfang (auch) per *E-Mail*. Auf einigen Websites sind „*Foren*" oder „*Chats*" eingerichtet, die von Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor allem als Diskussionsplattform zu Drogen- und Suchtfragen genutzt werden können. Das Internetportal drugcom.de bietet inzwischen sogar die Möglichkeit einer individuellen Online-Drogenberatung. Die Frage, weshalb diese neuen Kommunikationsmedien in der Prävention eine derart große Akzeptanz haben, kann derzeit noch nicht erschöpfend beantwortet werden. Möglicherweise werden diese Formen der Kommunikation als „dezenter" und weniger „erdrückend" wahrgenommen, als der unmittelbare persönliche Kontakt zu einer Beratungsperson.

Perspektiven

In der Diskussion zu den Zielen und Methoden der Prävention in der Partyszene zeigten sich zwei Themenbereiche, die für die Weiterentwicklung sekundärpräventiver Maßnahmen wichtig scheinen. Zuerst einmal wurde – insbesondere von Vertretern der Projektpraxis – eine stärkere Profilierung der Sekundärprävention angemahnt. Geht man einmal davon aus, dass Präventionsprojekte in der Partyszene erst vor wenigen Jahren etabliert wurden, so ist vor dem Hintergrund der vergleichsweise kurzen „Entwicklungszeit“ nachvollziehbar, dass nach wie vor eine Vielzahl offener konzeptioneller und institutioneller Fragen zu beantworten ist.

So müssen Ziel- und Methodenfragen der Sekundärprävention weiter diskutiert werden und es gilt zu klären, welchen „Platz“ die Sekundärprävention zwischen der Primärprävention einerseits und der Arbeit einer Drogenberatungsstelle andererseits einnimmt. Für eine weitere Profilierung des Arbeitsfeldes „Sekundärprävention“ wäre die Entwicklung von differentiellen fachlichen Standards zwingend erforderlich.

Ein weiterer Schritt in Richtung Professionalisierung sekundärpräventiver Maßnahmen sollte über die Evaluation der Programme geschehen. Nur durch eine systematische Verschränkung von Planung, Durchführung und Evaluation der Maßnahmen lassen sich die Qualität der Projekte und die Weiterentwicklung der Sekundärprävention sicherstellen.

6

Arbeitsschwerpunkt III: Chancen und Risiken von Drugchecking

6 Arbeitsschwerpunkt III: Chancen und Risiken von Drugchecking

Zu Veränderungen der Drogenkonsumlandschaft, wie sie in den letzten Jahren zu beobachten waren, gehört – neben neuen Konsumentenpopulationen, wie z.B. die Techno-Party-Szene – insbesondere eine Vielfalt verschiedener psychoaktiver Substanzen und Substanzkombinationen, die sich auf dem Drogenschwarzmarkt etabliert haben. Mangels wissenschaftlicher Instrumente der Datenerhebung können kaum systematische, differenzierte und wissenschaftlich gesicherte Aussagen zur Pharmakologie der kursierenden Stoffe und zu Konsummustern gemacht werden. Dieses Informationsdefizit betrifft die Wissenschaft wie auch die Praxis der Jugend- und Drogenhilfe, aber auch die Konsumenten selbst.

Um diesem – häufig mit besonderem gesundheitlichen Risiko verbundenen – Informationsdefizit auf Seiten der Konsumenten zu begegnen, bieten szenenahe Projekte zunehmend direkt vor Ort an, Substanzen auf ihre Zusammensetzung und Beschaffenheit hin zu prüfen, um das akute „Pillenrisiko" zu vermindern, aber auch, um vor kursierenden bedenklichen Substanzen warnen zu können. Die Frage, inwieweit dieses Drugchecking – neben diesem unmittelbaren Nutzen für die Konsumenten – geeignet sein könnte, auch in der Wissenschaft und in der Praxis der Drogenarbeit und Prävention die Informationslage zu verbessern und zu einer größeren Transparenz beizutragen, bildete den dritten zentralen Arbeitsschwerpunkt der Tagung.

Mit der Präsentation des Projekts ChEck iT des Vereins Wiener Sozialprojekte (*Kapitel 6.1*) und des Angebots der DROBS Hannover (*Kapitel 6.2*) wurde zunächst ein Einblick in die konkrete Praxis des Drugchecking gewährt. Unter Einbeziehung der bisherigen Praxiserfahrung sollten in der Arbeitsgruppe III schließlich möglichst viele Argumente für und gegen Drugchecking gesammelt und erörtert werden. Ausgangspunkt bildete die Arbeitshypothese, dass Drugchecking – im Sinne von „Maßnahmen zur qualitativen und quantitativen Analyse und Bestimmung der Beschaffenheit illegaler psychoaktiver Substanzen mit Feedback an Angebotsnutzer" – eine realistische Chance und Möglichkeit bietet, das Informationsdefizit in Wissenschaft und Praxis zu verringern und eine größere Transparenz zu erreichen. Die als Diskussionsgrundlage aufgestellten Thesen und deren Diskussion sowie die Ergebnisse der Arbeitsgruppe sind in *Kapitel 6.3* dokumentiert.

6.1 Vorgestellt: ChEck iT! – Sekundärprävention in der Partyszene[1]

Harald Kriener, Fonds Soziales Wien, Institut für Suchtprävention, Rainer Schmid, Klinisches Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik, Allgemeines Krankenhaus Wien

Zur Entstehungsgeschichte von ChEck iT!

Um 1995 wurde in Wien offensichtlich, dass Jugendliche und junge Erwachsene, die im Zusammenhang mit dem Konsum bislang kaum gebräuchlicher oder lange Zeit nicht aktueller psychoaktiver Substanzen wie Ecstasy oder Speed psychische oder physische Probleme entwickelten, kaum etablierte Hilfseinrichtungen, medizinische oder psychologische Fachleute kontaktierten, um Informations- oder Betreuungsangebote in Anspruch zu nehmen. Rückblickend muss festgestellt werden, dass die bestehenden präventiven Angebote zu wenig zielgruppenspezifisch und attraktiv ausgelegt waren, als dass damit eine größere Zahl von Personen hätte angesprochen werden können, und zwar auch dann nicht, wenn sie prinzipiell für Informationen offen und bereit waren, Unterstützung anzunehmen.

Dieser Umstand führte 1997 zur Gründung des multidisziplinären Präventionsprojekts *ChEck iT!*. Vordringlichstes Ziel war es damals, Antworten auf folgende Fragestellungen zu finden und darauf basierend pragmatische und wissenschaftlich fundierte Angebote für Konsumenten neuer synthetischer Substanzen zu etablieren:

– Wer und wo sind die Konsumenten neuer synthetischer Substanzen?
– Was wird von dieser Personengruppe tatsächlich konsumiert?
– Wie können diese Personen mit sekundärpräventiven Angeboten erreicht werden?
– Wie können und sollen welche Informationen glaubhaft weitergegeben werden?

Ziele

- *Erreichen der Konsumenten und der potenziellen Konsumenten über attraktive Angebote an den Orten ihrer Freizeitgestaltung*

Obwohl viele Konsumenten neuer synthetischer Substanzen eine hohe Bereitschaft zeigen, sich kritisch mit ihren Konsummustern, den Effekten und Risiken psychoaktiver Substanzen und schließlich ihrer Lebenssituation auseinander zu setzen, ist es für

1 Weitere und detaillierte Informationen zum Projekt ChEck iT! können über die Webseite www.CheckYourDrugs.at abgerufen werden.

präventive Projekte nicht leicht, die Aufmerksamkeit der kommerziell offensiv umworbenen Zielgruppe zu erlangen. Wege zu schaffen, auf denen die Zielgruppe erreicht werden kann, ist zwar keine hinreichende, wohl aber eine notwendige Voraussetzung dafür, Sekundärprävention und Risk-Reduction überhaupt leisten zu können. Pill-Testing bei Raves und in Clubs – also direkt in den zumindest temporär wichtigsten Lebenswelten der Zielgruppe – soll für die Besucher als attraktiver Anziehungspunkt fungieren: weil die technischen Analyseeinheiten und die Probenprozedur an sich interessant und spektakulär sind, die potenziellen Konsumenten wissen wollen, was ihre Probe enthält, und es sich um Daten handelt, die sie von keiner anderen Stelle erfahren würden.

- *Einstellungsänderungen und Risikoreduzierung durch Aufarbeitung und glaubhafte Vermittlung relevanter, objektiver Informationen sowie Anregungen zur Reflexion über Effekte und Gefahren des Konsums psychoaktiver Substanzen*

Objektive, aktuelle und vertrauenswürdige Informationen bilden die Grundlage für selbstverantwortliche, nachhaltige und eigenständige Entscheidungen und Verhaltensänderungen in Richtung eines gesundheitsbewussteren und weniger riskanten Konsums. Panikmache und Ablehnung subjektiver Ideale und Verhaltensweisen führen in der Regel zu einer Verfestigung der ursprünglichen Meinung und behindern Einstellungs- und Verhaltensänderungen. ChEck iT! setzt sich deshalb zum Ziel, bildungs- und szenespezifisches Wissen über Gefahren, Inhalt und Wirkung psychoaktiver Substanzen, über die Entstehung von Suchtverhalten sowie Problemlösungsstrategien anzubieten. ChEck iT! verfolgt dabei den Grundsatz, nicht wertend oder moralisierend aufzutreten, sondern über die Akzeptanz der einzelnen Personen ein Klima zu schaffen, das die Beschäftigung mit problematischen Situationen erlaubt und Verhaltensänderungen möglich macht.

Im Kontext der Risikoreduzierung wird dabei insbesondere auf kurzfristig wirkende Faktoren wie unbestimmte Inhaltsstoffe, Risiken des Mischkonsums oder die Relevanz von Set und Setting hingewiesen sowie über mögliche psychische, physische oder neurotoxische Langzeitfolgen und Abhängigkeitsrisiken nachgedacht. Des Weiteren werden im Sinne der Risikoreduzierung Informationen zu rechtlichen Bestimmungen, Safer-Sex-Praktiken, sowie über die Gefahren psychoaktiver Substanzen im Straßenverkehr weitergegeben. Bei der Wahl der unterschiedlichen Informationen und Gesprächsthemen stehen die Bedürfnisse und Anliegen der Besucher immer im Mittelpunkt.

- *Aufschluss über konsumierte Substanzen mittels hochqualitativer und rascher Substanzanalysen im Sinne der Risikoreduzierung sowie für Wissenschaft und Monitoring.*

Wichtige Hinweise zur Risikoreduzierung beziehen sich auf mögliche, häufig nur komplex darstellbare Langzeitfolgen des Konsums psychoaktiver Substanzen. Um diese Informationen glaubhaft und verständlich weitergeben zu können, ist es notwendig, mit konkreten Daten zu operieren. ChEck iT! versucht daher – auf Basis verlässlicher und nachvollziehbarer Analyseresultate – auf kurz- wie langfristige Gesundheitsrisiken hinzuweisen, mit dem Ziel, bei den Konsumenten Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu bewirken. Je nach der individuellen Lebenssituation und den Wünschen der

Besucher reichen diese Verhaltensänderungen von einer Reduktion intensiver und besonders riskanter Konsummuster bis hin zur vollständigen Beendigung des Konsums bestimmter psychoaktiver Substanzen. Manche Verhaltensregeln können überhaupt erst aufgrund des Pill-Testings befolgt werden: etwa die Aufforderung auf keinen Fall mehr als 1,5–1,8 mg MDMA/kg Körpergewicht einzunehmen, da höhere Mengen die Wahrscheinlichkeit neurotoxischer Schädigungen überproportional erhöhen könnten.

Darüber hinaus stellen die erhobenen Daten natürlich eine kaum verzichtbare Grundlage für nationale und teilweise internationale Ansätze des Monitoring sowie für eine Reihe wissenschaftlicher Studien in unterschiedlichen Disziplinen dar.

- *Warnung vor gesundheitlich besonders bedenklichen und unerwarteten Substanzen*

Neben der Möglichkeit, über Pill-Testing potenzielle Konsumenten psychoaktiver Substanzen für Informations- und Beratungsangebote zu interessieren und für die notwendige Vertrauensbasis zu sorgen, ist die Warnung vor gesundheitlich besonders bedenklichen und unerwarteten psychoaktiven Substanzen explizites Projektziel. Im Besonderen soll über unterschiedliche Medien vor Ecstasytabletten, die mehr als 120 mg MDMA enthalten, sowie vor Proben, die als Ecstasy gekauft werden, tatsächlich aber aus Methamphetamin, Atropin, Substanzen wie Paramethoxyamphetamin (PMA) oder PMMA bestehen, eindrücklich und rasch gewarnt werden. Damit kann und konnte in einer Reihe von Fällen akuten und längerfristigen gesundheitlichen Problemen vorgebeugt, im Falle von PMA/PMMA möglicherweise sogar Leben gerettet werden.

- *Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse über Motive, Anliegen, Probleme und Konsumverhalten von Konsumenten neuer synthetischer Drogen für Wissenschaft, Monitoring und im Sinne von Informations- und Frühwarnsystemen*

Neben den präventiven und gesundheitsfördernden Aspekten des Pill-Testings sollen die Analyseergebnisse sowie Erfahrungen und Ergebnisse aus der Interaktion mit ChEck iT!-Besuchern wissenschaftlichen Zwecken als Grundlage für die Schaffung und Weiterentwicklung informierter Interventionen und als Basis für nationale wie internationale Monitoring-Verfahren dienen.

Mit der Annäherung an diese Zielsetzung wird es möglich, länderübergreifend rasch auf neue Trends und besonders bedenkliche oder bislang nicht bekannte Substanzen hinzuweisen und entsprechend zu reagieren. Gleichzeitig soll die Kenntnis lokaler, szene- oder etwa geschlechtsspezifischer Konsummuster und deren zugrunde liegenden Konsummotive sowie Wissen um subjektive Risikoeinschätzung und individuelle Risikostrategien die Möglichkeit schaffen, schon im Vorhinein Informationen über mögliche Gefahren vorzubereiten und – wenn notwendig – risikominimierende Interventionen zu planen. Schließlich stellen die gesammelten Daten und Erfahrungen, zumindest aus österreichischer Sicht, einen wichtigen Beitrag zum *Early Warning System on New Synthetic Drugs* der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) sowie für ihren nationalen Netzwerkpartner dar.

Strukturelle Rahmenbedingungen

ChEck iT! wurde 1997 als multidisziplinäres Kooperationsprojekt zwischen dem Verein Wiener Sozialprojekte, der größten Wiener Organisation mit niederschwelligen Angeboten im Bereich der offenen Drogenszene, dem Klinischen Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik (KIMCL), der toxikologischen Abteilung des Universitätskrankenhauses Wien, sowie der Drogenkoordination der Stadt Wien (heute: Fonds Soziales Wien) gegründet. Die wissenschaftliche Projektleitung sowie die Planung und Durchführung der chemischen Analysen liegt beim KIMCL, die Verantwortung für die Gesamtkoordination sowie die Leitung des psychosozialen Bereichs ist beim Verein Wiener Sozialprojekte angesiedelt. Der Fonds Soziales Wien sorgt für Unterstützung in organisatorischen, politischen, rechtlichen und finanziellen Fragen.

In den beiden ersten Jahren wurden die einzelnen Rave-Betreuungen über Anlass-Finanzierungen ermöglicht, seit 1999 wird ChEck iT! aus Mitteln der Stadt Wien, seit einer Umstrukturierung der Finanzierungsstrukturen in der Wiener Drogenhilfe direkt vom Fonds Soziales Wien gefördert. Einen etwas geringeren, aber absolut unverzichtbaren Anteil am Gesamtbudget hat das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG).

Rechtliche Rahmenbedingungen

Wie in allen Ländern, in denen Pill-Testing-Projekte angeboten werden oder wurden, spielt natürlich auch in Österreich die Frage des legalen Status der von ChEck iT! durchgeführten Drogenanalysen eine besondere Rolle. Im österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) ist geregelt, dass wissenschaftlichen Instituten bei Vorliegen einer Bestätigung der zuständigen Aufsichtsbehörde der Umgang mit illegalen psychoaktiven Substanzen gestattet werden kann, wenn die jeweiligen Einrichtungen dies für das Erbringen ihres Arbeitsinhalts benötigen. Nachdem, wie oben dargestellt wurde, der wissenschaftlich-analytische Bereich von ChEck iT! vom Klinischen Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik, der toxikologischen Abteilung des Universitätskrankenhauses Wien, geplant und durchgeführt wird, erfüllt ChEck iT! als multidisziplinäres, wissenschaftliches Kooperationsprojekt dieses Kriterium.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projekts besteht des Weiteren natürlich keine Anzeigenpflicht, allerdings können die Sicherheitsbehörden, also insbesondere die vor Ort tätigen Polizisten und Polizistinnen nicht von der Anzeigenpflicht entbunden werden. Nicht nur aufgrund einer Empfehlung in der Stellungnahme des Justizministeriums ist es ChEck iT! daher ein besonderes Anliegen, alle Veranstaltungen im Vorhinein ausführlich mit der Exekutive zu besprechen und bei den Veranstaltungsorten, vor Beginn der Raves, den Beamtinnen und Beamten das Angebot vorzustellen. Diese gehen ihrer Tätigkeit am Veranstaltungsgelände dann wie gewohnt nach, legen dabei jedoch – um

das präventive Angebot von ChEck iT! nicht unmöglich zu machen – keine Schwerpunkte auf den ChEck iT!-Bereich. Die Besucher von ChEck iT! können demnach das Informations- und Analyseangebot anonym und unbeobachtet in Anspruch nehmen. Von der ersten Rave-Betreuung im Jahr 1997 an verhielten sich die Sicherheitskräfte bei allen Veranstaltungen hinsichtlich der Projektdurchführung sehr unterstützend.

ChEck iT!-Zonen

Neben dem Herzstück, den Rave-Betreuungen, unterhält ChEck iT! die Website CheckYourDrugs.at, über die monatlich bis zu 70 Informations- und Beratungsanfragen eingehen. Einen weiteren Schwerpunkt nimmt die Durchführung wissenschaftlicher Studien sowie die Realisierung bzw. Teilnahme an EU-Projekten ein. Im Folgenden soll aus Gründen der Nachvollziehbarkeit jedoch ausschließlich auf die ChEck iT!-Angebote bei Raves und in Clubs, also dem on-site-testing eingegangen werden.

Zwischen fünf- bis achtmal im Jahr ist ChEck iT! mit einem Team von Chemikern und einem Team, das vorwiegend aus Sozialarbeitern und Psychologen besteht, bei großen Raves, die üblicherweise von etwa 2000–5000 Personen besucht werden, zu Gast. Die ChEck iT!-Angebote und Abläufe können grob in drei Zonen unterteilt werden:

1. *Informations- und Beratungsbereich;*
2. *Proben-Zelt*, wo anonym vermeintliche Drogen von den Besuchern präsentiert und Proben-Daten erhoben werden;
3. *Analysen-Labor*, wo Proben schnell, quantitativ und differenziert analysiert werden.

Zone 1: Information und Beratung

Möglichst nahe an der Tanzfläche bietet das Informations- und Beratungsteam, das aus bis zu zehn Personen – hauptsächlich Sozialarbeiter und Psychologen – besteht, die gesamte Nacht über interessierten Besuchern Informationen und Beratungen zu den unterschiedlichsten Themen an. Broschüren und Informationsplakate erlauben es auch denjenigen, die keine Gespräche suchen, Hinweise zur Risk-Reduction mitzunehmen. Im Informationsbereich werden im Sinne der Risikoreduzierung des Weiteren Trinkwasser und Obst sowie Kondome angeboten. Ein Teil des Informationsbereichs wird von zwei großen Stellwänden eingenommen, an denen die Ergebnisse der Analysen angebracht werden. Diese Stellwände erregen Aufmerksamkeit und schaffen die Möglichkeit, alle Ergebnisse anonymisiert – nur über Nummern erkenntlich – einem großen Publikum kundzutun. ChEck iT! wählt hinsichtlich der Ergebnisausgabe, wie noch genauer zu zeigen sein wird, also einen Mittelweg: alle Besucher bekommen einen Teil der Informationen, können aber keine Rückschlüsse auf Pillen-Logos oder Tabletten-Namen anstellen; lediglich die Person, die die jeweilige Probe zur Analyse abgegeben hat, weiß anhand der individuellen Nummer auf den Ergebnisblättern, was ihre vermeintliche Droge tatsächlich enthält.

Zone 2: Probenabgabe im Zelt

Im Informationsbereich findet in einem drei mal drei Meter großen Zelt die Probenabgabe und Datenaufnahme statt. Im Sinne einer möglichst weitreichenden Anonymität kann immer nur eine Person oder ein Paar das Zelt betreten. Im Zelt wird die Probe aus rechtlichen Gründen von keinem ChEck iT!-Mitarbeiter berührt (könnte dies doch prinzipiell als „Weitergabe illegaler Substanzen" gewertet werden), die Besucher erledigen demnach die gesamte Prozedur selbst: Als erstes wird die Tablette oder das Pulver auf eine Feinwaage gelegt und mittels einer darüber befestigten Digitalkamera fotografiert. Nachdem das Gewicht der vermeintlichen Droge in eines der Notebooks eingegeben ist, werden mit einer Mikroschublehre Durchmesser und Dicke bestimmt. Form, Farbe, Konsistenz, Bruchrille und Logo der Pille werden aufgenommen, und anschließend werden dem potenziellen Konsumenten – auf freiwilliger Basis – noch einige Fragen zur vorgezeigten Probe und eigenen Person gestellt. Schließlich streichen die Konsumenten mit ihrer Tablette einige Male über ein Stück feinkörniges Schleifpapier, das an einem kleinen, verschließbaren und vorgewogenen Plastikhütchen („Wichtel") befestigt ist. Anhand einer elektronischen Waage wird das Gewicht der so gewonnenen Probe bestimmt – wenige Milligramm der durchschnittlich 300 mg schweren Ecstasypillen sind für eine exakte qualitative wie quantitative Analyse ausreichend. Vollständige Pillen oder größere Stücke werden von ChEck iT! aus mehreren Gründen nicht abgenommen:

- Je geringer der subjektive Verlust, desto größer ist die Akzeptanz des Angebots;
- diejenigen, die nur eine Tablette einnehmen wollen, müssen nicht zwei vermeintlich identische Tabletten erwerben, um eine Auskunft über den Inhalt zu bekommen;
- es wird nicht suggeriert, dass vermeintlich identische Tabletten mit gleichem oder sehr ähnlichem Logo oder identischen Abmessungen die gleichen Inhaltsstoffe in gleicher Menge beinhalten;
- für eine exakte und rasche Analyse ist es nicht notwendig, mehr als nur einige wenige Milligramm abzunehmen.

Die Einwaage wird mit einer fortlaufenden Nummer versehen, anhand derer der potenzielle Konsument bzw. die potenzielle Konsumentin nach 20–30 Minuten das Analysen-Ergebnis an der Ergebniswand im Info-Bereich wird ansehen können.

Zone 3: das ChEck iT!-Labor

Das ChEck iT!-Labor befindet sich in der Regel in einem ruhigen, abgeschlossenen Bereich des Veranstaltungsorts, üblicherweise aber dennoch relativ nahe am Informationsbereich. Die Analyse-Geräte, die unter der Woche im Regelbetrieb des KIMCL eingesetzt werden und für den Transport in drei großen so genannten flight-cases untergebracht werden, basieren auf dem Prinzip der Chromatographie: als Ergebnis der Analyse erhält man einen Kurvenverlauf, wobei der elektronische Vergleich der jeweiligen Kurve mit Referenzkurven vorbestimmter Substanzen Aussagen über Art und Menge der Substanz ermöglichen. Dieses Verfahren ist als *High-Pressure Liquid Chromatography* (HPLC) bekannt.

Mit dieser Methode wird es möglich, hinsichtlich der bekanntesten Amphetamine und Amphetaminderivate (z.B. Ecstasy) innerhalb von 20–30 Minuten exakte Ergebnisse an der Ergebniswand im Informationsbereich auszuhängen. Eine Voraussetzung für diese rasche Informationsweitergabe stellt die Verknüpfung der Notebooks im Probenzelt mit den Rechnern im Analysen-Bereich über ein Funknetzwerk dar.

Analysenprozedur und Datenumgang

Um innerhalb kurzer Zeit möglichst viele, exakte Analysen durchführen zu können, verwendet ChEck iT! eine zweistufige Analysenprozedur. Im ersten Schritt wird eine schnelle und spezifische HPLC-Methode eingesetzt, mit der innerhalb von 5–6 Minuten zumindest die zehn wichtigsten Amphetamine und Amphetaminderivate bestimmt werden können. Wird in diesem Analyseschritt tatsächlich eine dieser Substanzen festgestellt und weist der Kurvenverlauf auf keine weiteren Substanzen hin, dann kann bereits nach wenigen Minuten ein erwartetes Ergebnis im Informationsbereich ausgehängt werden. Dieses Ergebnis würde beispielsweise die Probennummer 43 tragen und ausweisen, das in der zugehörigen Pille etwa 45 mg MDMA enthalten sind. Wird eine Probe aber etwa als Ecstasy abgegeben und es stellt sich in der Analyse heraus, dass es sich bei dem psychoaktiven Stoff tatsächlich um eine andere Substanz handelt, also etwa um Amphetamin („Speed“), dann werden die Besucher auf diesen Umstand mit einem *unerwarteten Ergebnis* hingewiesen.

Wird anhand des Kurvenverlaufs jedoch festgestellt, dass die Probe keinen der „erwarteten“ Stoffe enthält oder aber zumindest eine weitere, noch unbekannte Substanz, dann wird die Probe in einem zweiten Schritt einer Analyse mit dem kommerziell erhältlichen REMEDI®-System der Firma Biorad unterzogen. Dieses System, das ebenfalls auf der Methode der HPLC beruht, benötigt für die differenzierende und quantitative Analyse – aufgrund der etwa 1000 psychoaktive Substanzen fassenden Datenbank – ungefähr 15 Minuten. In der Zwischenzeit werden die Besucher mit einem *vorläufigen Testergebnis* darauf hingewiesen, dass ihre Probe möglicherweise unerwartete oder gesundheitlich besonders bedenkliche Substanzen enthält und sie daher unbedingt das Endergebnis abwarten sollen. Das Endergebnis wird in jedem Fall in Form einer Warnung ausgegeben. Sollte sich diese Warnung – wie in der Vergangenheit mehrmals geschehen – auf gesundheitlich besonders bedenkliche Substanzen wie Paramethoxyamphetamin (PMA), Atropin oder Methamphetamin in großer Menge beziehen, dann gibt ChEck iT! im Sinne der Risikoreduzierung mittels des Pillen-Fotos auch sofort bekannt, um welche Tablette mit welchem Aufdruck es sich handelt. Im Falle von PMA wurde das Publikum in drei Fällen durch eine Durchsage des DJs auf die besonders gefährlichen, vermeintlichen Ecstasytabletten hingewiesen.

Veranstaltungsüberblick

Pro Rave-Betreuung tritt ChEck iT! mit durchschnittlich 270 Besucherinnen und Besucher in Form kurzer Informationsgespräche oder längerer, mindestens fünfminütiger Beratungsgespräche in Kontakt. Des Weiteren werden im Mittel 72 Proben chemisch analysiert, wobei die Spitzen bis zu 110 Proben pro Rave betragen. Beim derzeitigen Personalstand von ca. zehn bis zwölf Beratungspersonen und sechs bis acht chemischen Fachkräften pro Veranstaltung ist für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter damit auch die Grenze des Leist- und Zumutbaren erreicht.

Um in diesem Zusammenhang zu illustrieren, dass Pill-Testing tatsächlich ein ausgezeichnetes Mittel ist, um bei den Besucherinnen und Besuchern Interesse für Risikoreduzierung zu wecken, seien folgende Zahlen genannt: bei so genannten Informationsveranstaltungen, bei denen im Laufe einer Nacht drei bis fünf ChEck iT!-Mitarbeiter auf Raves Information und Beratung, nicht jedoch die chemische Analyse psychoaktiver Substanzen anbieten, hat ChEck iT! mit höchstens 30 Besuchern Kontakt, bei *on-site-testings* sind es demgegenüber durchschnittlich 270, manchmal über 300 Besucher. Wird berücksichtigt, dass von den 270–300 Personen durchschnittlich 72 vermeintliche Drogen analysieren lassen, dann zeigt sich, dass Pill-Testing auch für viele „Nicht-Tester“ als starker Anziehungspunkt fungiert.

Zusammenfassung

Folgende Ergebnisse und Erfahrungen lassen sich aus der ChEck iT!-Tätigkeit seit 1997 ableiten:

- Vor-Ort-Testen (*on-site-testing*) ist ein wichtiger Faktor, um mit potenziellen Konsumenten überhaupt in Kontakt kommen zu können.
- Warnungen vor gesundheitlich besonders bedenklichen Substanzen wie PMA oder Atropin sind sofort vor Ort mit hoher Glaubwürdigkeit möglich.
- Die Entwicklung neuer Substanz- und Konsumtrends kann aktuell und rasch verfolgt werden.
- Informationen zu Wirkungen, Gefahren und risikoreduzierenden Maßnahmen sowie Beratungsgespräche können dann angeboten werden, wenn sie die potenziellen Konsumenten am meisten interessieren und sie es häufig am meisten benötigen.
- Ein hoher Anteil der Kontakte reicht über Substanzfragen und Drogenkonsum hinaus und berührt auch andere Lebensbereiche und Probleme.
- Über hunderte von Medienberichten und über die Webseite CheckYourDrugs.at wurden weitere Personengruppen mit objektiven Informationen und ausgewogenen Darstellungen erreicht.

Natürlich werden diese Erfolge um einen Preis erkauft:

- Um die Rave-Veranstaltungen in der dargestellten Art und Weise betreuen zu können, ist ein hoher Grad an komplexer Koordination notwendig.
- Hoch motivierte, gut geschulte und belastbare Mitarbeiter sind für die Informations- und Beratungsaufgaben unabdingbar.
- Nur analytisch und pharmakologisch trainierte Experten sind in der Lage, die Drogenanalysen durchzuführen.
- Für rasche und exakte Vor-Ort-Analysen ist eine komplexe Laborausstattung notwendig.
- Die Kosten pro Rave-Einsatz belaufen sich je nach Zahl der Mitarbeiter und Einsatzort inklusive aller Personal- und Sachkosten für Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung auf ca. 5000–7000 Euro.
- Das vorgestellte Projekt ist in dieser Art und Weise nur bei großen Veranstaltungen rationell durchführbar.

Um der Kosten-Seite von ChEck iT! und dieser Darstellung im Sinne eines *recency-effects* keinen unnötig großen Raum einzuräumen, sei abschließend nochmals auf die Plus-Seite von *on-site-testing*-Projekten im Generellen und ChEck iT! im Speziellen hingewiesen. Es gibt nämlich – zumindest im Moment – keinen effizienteren Weg,

- um so viele der potenziellen Konsumenten von Ecstasy, Speed und anderen psychoaktiven Substanzen wie möglich direkt für Informations- und Beratungsgespräche erreichen zu können,
- um effizient und glaubhaft risikominimierende und sekundärpräventive Arbeit mit Konsumenten zu leisten,
- um vor Ort, national und international rasch vor gesundheitlich besonders bedenklichen psychoaktiven Substanzen wie z.B. PMA/PMMA warnen zu können, und
- um schließlich umfangreiche, authentische und verlässliche Informationen über den aktuellen Konsum neuer synthetischer Drogen und anderer im Bereich der Dance-Scene angebotenen Substanzen zu erhalten.

6.2 Vorgestellt: Die Präventionsarbeit der DROBS Hannover im Bereich synthetischer Drogen

Peter Märtens, Jugend- und Drogenberatungszentrum DROBS Hannover

Die DROBS Hannover – ein kurzer Überblick

Die Präventionsarbeit der DROBS Hannover bietet eine breite Palette von Angeboten, die sich an die unterschiedlichsten Adressaten richtet. So gehört die drogenunspezifische Primärprävention im Elementar- und Grundschulbereich ebenso dazu wie Multiplikatorenfortbildung in Schulen, in sozialen Institutionen und im medizinischen Bereich. Am breitesten gefächert ist das Angebot im Jugendbereich. Hierzu gehören – um nur einiges zu nennen –:

– Information von Schulklassen,
– Begleitung von Projektwochen,
– Aktionstage an Jugendzentren,
– Fortbildung von Jugendgruppenleitern,
– Projekte zur Azubi-Fortbildung und betrieblichen Suchtprävention,
– Trash-Drumming- und DJ-Workshops und
– Infotage mit dem DROBS-Infomobil.

Der zunehmende Ecstasykonsum unter Jugendlichen veranlasst das Jugend- und Drogenberatungszentrum (DROBS) Hannover bereits seit 1992 zu einem speziellen Informations-, Beratungs- und Betreuungsangebot für jugendliche Konsumenten so genannter „Partydrogen“, die einen kritischen bis missbräuchlichen Umgang mit diesen Stoffen praktizieren. Die Angebote richten sich insbesondere an Jugendliche, die sich in der Technoszene bewegen. Da diese Jugendkultur von Anfang an einerseits eine hohe Affinität zu synthetischen Drogen, andererseits ein geringes Problembewusstsein und eine ablehnende Haltung dem Hilfesystem gegenüber hatte, entwickelte die DROBS Hannover ihren lebensfeldbezogenen Präventionsansatz: Es wurden spezielle Informationsmaterialien veröffentlicht, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der DROBS Hannover gingen mit ihren Aktivitäten direkt in die Szene, und in der Beratungsstelle wurde ein umfassendes ambulantes Beratungs- und Betreuungssystem für Klientinnen und Klienten der Technoszene aufgebaut. Folgende Maßnahmen wurden/werden durchgeführt:

- Seit Ende 1992 Besuch von großen Technoveranstaltungen mit dem DROBS-Infomobil; Bereitstellung eines drogenfreien Rückzugs- und Ruheraums (Chill-Out).
- Enge Zusammenarbeit mit Veranstaltern und DJs, dadurch hohe Akzeptanz in der Szene – Veränderungen im Beratungsklientel der DROBS sind die Folge (mehr jugendliche User synthetischer Drogen).

- Ende 1993 Veröffentlichung des „*Raver's Guide*“, der ersten deutschsprachigen Safer-Use-Broschüre für Ecstasykonsumenten.
- Januar 1995 Veröffentlichung der „*Elternbroschüre zu XTC, LSD und Speed*“.
- Seit Anfang 1995 wird in Absprache mit der Staatsanwaltschaft die Identifikation von Ecstasypillen angeboten.
- Seit Mai 1995 enge Zusammenarbeit mit dem Techno-Magazin Mushroom und der Veröffentlichung der Rubriken „Böse Pillen“ und „Dr. Obs antwortet“.
- Dezember 1995 Veröffentlichung der Haschisch-Broschüre.
- 1996 Diskjockey-Workshops mit Jugendlichen in der DROBS Hannover.
- Herbst 1996 Veröffentlichung der Plakatserie „Zwischen Selbstbeschränkung und Grenzüberschreitung“.
- Veröffentlichung der „5 wichtigen Regeln zur Risikominimierung von Drogenkonsum“.
- Gründung des „Safer-Rave-Departments“ (Zusammenarbeit von DROBS, Jugendschutz, Medizinischer Hochschule Hannover [MHH], ASB und Partyveranstaltern zur sicheren Ausrichtung von Partys).
- Abo-Angebot der „Bösen Pillen“, dem monatlichen „Outing“ besonders riskanter Stoffe.
- Frühjahr 1997 erste drogenfreie Technoparty in der Cafeteria der DROBS Hannover, eingerahmt von Deko- und Diskjockey-Workshops.
- Seit Sommer 1997 Begleitung der „Reincarnation“-Straßenparade mit dem DROBS-Infomobil.
- In Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen wird 1997/98 das groß angelegte TAP (Techno-Art-Projekt) durchgeführt: Workshops und Abschlussparty im „Haus der Jugend“.
- Im Jahre 1999 Einrichtung eines speziellen Beratungs- und Betreuungsangebots für jugendliche Konsumenten so genannter Partydrogen im Rahmen einer gruppentherapeutischen Maßnahme. Dieses Angebot läuft wöchentlich jeweils für ein halbes Jahr; es wird nach Beendigung mit neuen Teilnehmer(innen) erneut gestartet.
- Seit 2000 bietet die Homepage www.step-hannover.de mit der „Raver's Corner“ ein umfassendes Informationsangebot zum Thema Drogen („Dr. Obs antwortet“), die „Bösen Pillen“ im Newsletter-Abo und die Möglichkeit der anonymen E-Mail-Beratung (praeventionsteam@step-hannover.de).

Pillenidentifikation als Teil eines umfassenden Präventionsangebots der DROBS Hannover

Die DROBS Hannover bedient sich verschiedener Medien und Maßnahmen, um mit Ravern in Kontakt zu kommen und zu bleiben (siehe *Tabelle 1*). Im Folgenden werden die unterschiedlichen Angebote genauer vorgestellt.

Aktivität	Angebot/Maßnahme
Infomobil auf Partys	Information Beratung Mineralien- und Vitamintabletten Obst Alkoholfreie Getränke zum Selbstkostenpreis Pillenidentifikation Chill-out-Room
Pillenidentifikation	Auf Partys und nach Anmeldung in der Beratungsstelle
Publikationen	„Böse-Pillen"-Flyer (auch im Abo) Gratisflyer zu Kokain, Speed, Ecstasy, Party, Polizei und Führerschein Elternbroschüre zu Ecstasy, LSD und Speed Cannabisbroschüre
Beratung	Täglich von 13.00–17.00 Uhr Ambulante und stationäre Therapie möglich
Workshops & Gruppen	DJ-ing Trash-Drumming Regelmäßige Treffen konsumierender Jugendlicher
Internet	www.step-hannover.de/prävention/raverscorner E-Mail: praeventionsteam@step-hannover.de (Antwort innerhalb 24 Std.) Information („Dr. Obs antwortet") „Böse-Pillen"-Versand Chatroom (in Planung)

Tab. 1: Präventionsangebote der DROBS Hannover im Technobereich

Das Drogen-Infomobil

Bei dem Infomobil handelt es sich um einen umgebauten Berliner Doppeldeckerbus, der bei großen Veranstaltungen in oder vor der entsprechenden Partyhalle steht. Im Angebot haben wir Mineralwasser und Säfte zum Selbstkostenpreis, frische Früchte, Traubenzucker, Mineralien- und Vitamintabletten sowie Kondome. Im Oberdeck des Busses sind Sitzgelegenheiten für 20 Gäste – der Chill-Out-Room. Pro Nacht arbeiten mindestens drei Mitarbeiter im Bus, überwiegend, um Fragen zu beantworten oder Beratungsgespräche zu führen. Ein Kollege ist für die Pillenidentifikation verantwortlich. Unser Haus-DJ sorgt für das richtige Ambiente. Unsere Öffnungszeiten sind von 22.00 bis 6.00 Uhr.

In den Anfängen unseres Projekts,1993–1995, erreichten uns überwiegend medizinische und juristische Fragen. Zu dieser Zeit gab es noch kaum Literatur oder Flyer zur Wirkung der verschiedenen Substanzen und zu eventuell möglichen Schädigungen hierdurch. Mittlerweile kommen die Leute mit sehr speziellen Fragen (besonders zu hier heimischen

halluzinogenen Pflanzen – die vermeintlich legale, stressfreie, gesündere und kostengünstige Alternative zur Chemiepille) oder lassen sich zu ihrer individuellen Lebenssituation beraten. Oftmals sind die „Partydrogen“ schon jahrelange Begleiter der Raver, auch unter der Woche, und bei einigen stellen sich erste Unstimmigkeiten mit dem Alltag ein.

Pillenidentifikation

Die Wirkstoffe und deren Zusammensetzung in den verkauften Pillen sind sehr unterschiedlich. Um diesem Risikokonsum vorzubeugen und Schäden zu minimieren, wird der von uns angebotene Pillentest gern von Konsumenten in Anspruch genommen.

Der Konsument kommt mit der Pille entweder zum DROBS-Infomobil (auf Partys) oder direkt in die Beratungsstelle. Dort wird ein wenig von der Pille abgeschabt und mit einer Indikatorflüssigkeit beträufelt. Da dieser Vorabtest allein nur sehr wenig über die qualitative und quantitative Zusammensetzung der Pille aussagen würde, wird sie zusätzlich genau begutachtet und vermessen. Anhand einer Identifikationsliste, in der alle im Labor untersuchten Pillen aufgelistet sind und die wöchentlich aktualisiert wird, kann nun die Pille bestimmt werden. Sollte eine Pille nicht in der Liste zu finden sein, kann sie demnächst (in Planung) an ein regionales Labor weitergeleitet werden. Gegen eine geringe Kostenbeteiligung (¤ 1,50) erhält der Konsument eine zu 95% sichere Auskunft über die Inhaltsstoffe und Dosis. Das Restrisiko liegt bei ihm. Zusätzlich hat der Konsument die Möglichkeit, ergänzende Infos zu erfragen oder eine Beratung in Anspruch zu nehmen.

Im Winter 1997/98 war zu 90% Amphetamin in den Pillen enthalten. Dies hat besonders in Kombination mit Alkohol zu Aggressionen oder Kreislaufproblemen geführt. Ziel der Pillenidentifikation ist es deshalb auch, solche Marktveränderungen und die Gefahr von möglichen Komplikationen mitzuteilen. Aktuelle Ergebnisse der Pillenidentifikation zeigen, dass sich die Wahrscheinlichkeit, den zu erwartenden Inhaltsstoff MDMA in der Pille zu finden, von 72% (1999) auf 92% (2001) erhöht hat. Gleichzeitig häufen sich die Meldungen, dass Pillen das besonders gefährliche PMA[1] enthalten.

Publikationen

Die Prävention im Technobereich begann 1993 mit der Veröffentlichung eines Konsumentenratgebers, des „*Raver's Guide*“. Ergänzend dazu wurde wenig später eine Broschüre für Eltern, Lehrer und Erzieher entwickelt. Seit geraumer Zeit veröffentlichen wir im norddeutschen Techno-Magazin *Mushroom* neueste Erkenntnisse und die Rubrik „Böse Pillen“. Regelmäßig beantworten wir dort auch unter dem Pseudonym „Dr. Obs“ Leserfragen. „Böse-Pillen“-Flyer werden zusätzlich in einfacher Schwarzweißausführung erstellt, vervielfältigt und im Bus und in der Beratungsstelle ausgelegt.

1 PMA führt bei einer Dosierung von 0,6 mg/kg Körpergewicht zu einem Anstieg des Blutdrucks und der Körpertemperatur. Dies kann schnell zu Bewusstlosigkeit und Koma führen. Todesfälle durch Organversagen sind nicht selten.

Beratung

Was auf den Partys im Bus nicht abgedeckt werden kann, weil Ruhe oder Zeit fehlt, kann während der Woche in der Beratungsstelle fortgesetzt werden. Die DROBS hat werktäglich von 13.00 Uhr bis 17.00 Uhr Sprechstunde, um Menschen mit Problemkonsum zu helfen. Drei Faktoren sind dabei von besonderer Relevanz: Der Ratsuchende braucht keinen Termin, die Beratung ist kostenfrei und sie ist anonym. Darüber hinaus ist die DROBS für Krisengespräche rund um die Uhr telefonisch erreichbar. Die psychosoziale Beratung ist breit gefächert und erstreckt sich von der Vermittlung von Informationen über pragmatische Hilfestellungen bei der Alltagsbewältigung bis hin zu langfristigen Beratungsprozessen und gegebenenfalls zu einer Therapievermittlung.

Workshops

Seit 1996 richten wir Workshops aus, in denen Jugendliche z.B. lernen, Platten abzumischen, Musik zu produzieren oder die Dekoration für Party-Events zu gestalten. Das Erlernte kann dann auf – zum Teil selbst organisierten – Partys präsentiert werden. Die Teilnehmer sind über die Möglichkeit, sich aktiv und kreativ im Technobereich zu engagieren, sehr dankbar, so dass Folgeworkshops eingerichtet wurden.

Internet

Unter www.step-hannover.de gibt es das gesamte Angebot der STEP[2]. Klickt man sich dann über „Prävention“ zur „Raver’s Corner“, kann man z.B. die 50 häufigsten Fragen plus sieben Specials rund um Ecstasy nachlesen, sich über das aktuelle Angebot und die aktuellen „Bösen Pillen“ informieren (die „Böse-Pillen“-Liste kann übrigens auch kostenlos per Newsletter abonniert werden). Per E-Mail beantwortet die DROBS darüber hinaus alle Fragen anonym und innerhalb von 24 Stunden. Ein Chatroom ist in Vorbereitung.

2 STEP – eine Tochtergesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Niedersachsen e.V. und Mitglied in der Therapiekette Niedersachsen (TKN) – ist ein Verbund verschiedener Einrichtungen der Drogenhilfe und -beratung in Niedersachsen.

6.3 Ergebnisse der Arbeitsgruppe III: Drugchecking – Prämissen, Thesen und Ergebnisse der Arbeitsgruppe

Leitung und Bericht: Artur Schroers, Büro für Suchtprävention, Hamburg
Moderation: Claudia Pütz, Landeskriminalamt Düsseldorf

Grundlagen der Arbeitsgruppe

Ausgangssituation: Veränderungen seit der letzten BZgA-Tagung zu Ecstasy (1997)

Seit der letzten Tagung der BZgA zum Thema „Prävention des Ecstasykonsums“[1] im Jahr 1997 sind weitere Veränderungen im Drogengebrauch zu beobachten. Diese betreffen in erster Linie das Auftreten einer Vielzahl (zum Teil sehr riskanter) neuer Substanzen (in Ecstasypillen). Zu nennen sind hier beispielsweise:

- das hochwirksame Halluzinogen Atropin,
- das fälschlicherweise mit Ecstasy assoziierte Narkosemittel GHB („*liquid ecstasy*“),
- das – insbesondere mit Blick auf den weit verbreiteten Mischkonsum – hochriskante Amphetaminderivat mit der Abkürzung MTA für die chemische Substanz,
- die in der Wirkung LSD-ähnliche Amphetaminsubstanz 2-Ct-2 und
- der schon für einige neuerliche Todesfälle verantwortlich gemachte Amphetaminstoff PMA/PMMA.

Ferner zeigt sich eine hohe Variabilität im Erscheinungsbild und bezüglich der Inhaltsstoffe von Ecstasypillen. Auch ist eine Verstetigung bestimmter Konsummuster (etwa: multipler Drogengebrauch, Mischkonsum; vgl. Schroers/Schneider 1998; Baumgärtner 2001; Tossmann/Boldt/Tensil 2001) wie auch die Ausbreitung des Konsums auf weitere Konsumentenschichten zu bemerken. Die Adressaten von Prävention im Partysetting haben sich in Subgruppen ausdifferenziert. Insbesondere Konsumentengruppen mit verfestigtem Konsum, sich als informiert einschätzende Konsumenten und solche, die sich selbst nicht als suchtgefährdet betrachten, sowie junge Menschen mit „hochriskantem Konsum“, die stark in die Szene involviert sind und sich dort teilweise überdurchschnittlich lange aufhalten, sind nicht (mehr) allein durch Grundinformationen zu erreichen.

1 Die Dokumentation der Tagung von 1997 ist unter dem Titel *Prävention des Ecstasykonsums – Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien* als Band 5 in der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ erschienen (BZgA, 1998 [3. Aufl. 2000]).

Weiterhin hat sich der Konsum so genannter Partydrogen zunehmend auch außerhalb der Technoszene verbreitet und etabliert. In der Praxis der Prävention und Drogenarbeit beschäftigt sich mittlerweile eine Vielzahl von szenenah arbeitenden Projekten mit der Problematik. Bei vielen Projekten nimmt dabei eine differenzierte Aufklärungsarbeit einen hohen Stellenwert ein. Allerdings wird von Seiten der Praktiker/-innen und auch von Wissenschaftler/-innen folgendes Manko für den Bereich Partydrogen konstatiert: Aufgrund fehlender wissenschaftlicher Instrumente der Datenerhebung können keine systematischen, differenzierten und wissenschaftlich gesicherten Aussagen zur Pharmakologie kursierender Stoffe und zu Konsummustern gemacht werden. Dieser Umstand sorgt in Wissenschaft und Praxis der Jugend- und Drogenhilfe sowie in der Suchtprävention und bei den Konsumenten selbst für Defizite (vgl. Schroers 2001).

Hypothese zum Nutzen von Drugchecking

Vor dem Hintergrund des oben beschriebenen Mankos lautete die von der Arbeitsgruppe zu prüfende Arbeitshypothese: Drugchecking (Drogentests, -analysen) bietet eine realistische Chance und Möglichkeit, das Informationsdefizit in Wissenschaft und Praxis zu verringern und eine größere Transparenz zu erreichen. Eine verbesserte Informationslage hätte positiven Nutzen für die Wissenschaft, die Praxis der Drogenarbeit und Prävention sowie letztlich auch für die Konsumenten.

Zielsetzung der Arbeitsgruppe

Es war eine Aufgabe der Arbeitsgruppe, die o.g. Hypothese zu überprüfen, möglichst viele Pro- und Kontra-Argumente zu Drugchecking zu sammeln und zu erörtern, um schließlich am Ende der Arbeitsgruppe ein dort abgestimmtes Arbeitsergebnis zu erreichen. Eine inhaltliche Grundlage für die Diskussion in der Arbeitsgruppe stellte ein zuvor erarbeitetes, mit Praktiker/-innen und der BZgA abgestimmtes Thesenpapier zu den Bereichen Definition, Nutzen, Erreichbarkeit von Adressaten, Praxisrelevanz, Sicherheit und Verantwortung, technische Sicherheit, Evaluation und Rechtsicherheit von Drugchecking dar (siehe *Kasten*). Bei der Erörterung der Thesen sollte die übergeordnete Fragestellung, nämlich inwieweit Drugchecking einen neuen Zugang zur Zielgruppe eröffnet, im Blick bleiben. Die Referenten der beiden vorgestellten Projekte – Jugend- und Drogenberatungszentrum Hannover (DROBS) und ChEck iT! aus Wien (vgl. *Kapitel 6.2* und *6.3*) – nahmen am Meinungsfindungsprozess der Arbeitsgruppe teil und standen auch für Rückfragen zur Verfügung. Das nachfolgend dargestellte, auf einen Konsens der Diskutanten beruhende Ergebnis der in Teilen kontrovers, zu jeder Zeit jedoch konstruktiv geführten Diskussion der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe wurde von der Moderatorin protokollarisch festgehalten und später vom Leiter der Arbeitsgruppe im Plenum vorgestellt.

Ergebnisse der Arbeitsgruppe

Definition von Drugchecking in der Partyszene

Der Begriff Drugchecking steht für Maßnahmen der qualitativen und quantitativen Analyse und Bestimmung der Beschaffenheit illegaler psychoaktiver Substanzen mit Feedback an den Konsumenten/die Konsumentin. Die Analyseergebnisse sollen sowohl risikoreduzierenden und gesundheitsfördernden Zielen als auch wissenschaftlicher Drogenforschung dienen.

7 Thesen zu Drugchecking

These 1: Drugchecking ermöglicht eine Warnung vor akut gefährlichen Stoffen und bietet eine Hilfe bei der Vermeidung von Überdosierung und Vergiftungen beim Partydrogenkonsum.

These 1.1: Drugchecking hat Nutzen für ein Früherkennungssystem und für den Gesundheitsschutz.

These 2: Drugchecking erhöht die Reichweite des Hilfesystems und verhilft durch die Akzeptanz von Prävention zu neuen Zugangswegen.

These 2.1: Drugchecking führt zu einer höheren Glaubwürdigkeit von Prävention.

These 2.2: Drugchecking schafft Zugänge zu personalen Kommunikations- und Beratungsangeboten.

These 3: Eine mit Drugchecking gegebene höhere Datentransparenz verbessert die Planbarkeit von Prävention und Hilfeangeboten.

These 4: Bei Drugchecking steht in Frage, ob hierdurch nicht eine Scheinsicherheit vermittelt wird.

These 5: Es ist geboten, sichere und aussagekräftige Analysemethoden zu verwenden.

These 6: Chancen und Risiken von Drugchecking wären im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation eines Modellprojekts zu prüfen.

These 7: Für Drugchecking besteht eine ungeklärte rechtliche Situation.

Zum Nutzen von Drugchecking

Drugchecking ermöglicht ein Erkennen und Bewerten von Substanzen und soll Konsumenten eine Informationsmöglichkeit bieten, um gefährliche Wirkungen nicht erwarteter Stoffe (z.B. unbekannte Stoffe, hohe Dosierungen) zu vermeiden.

Zur Erreichbarkeit von Adressaten sekundärpräventiver Angebote

Drugchecking soll einen Zugang zu schwer oder sonst nicht erreichbaren Gruppen im Szenegefüge schaffen. Es ist eine Angebotserweiterung der „Sekundärprävention“, die das

Bedürfnis des/der Konsumierenden nach qualifizierten Informationen befriedigt und so die Glaubwürdigkeit der Präventionsarbeit und das Vertrauen in sie fördern kann.

Zur Praxisrelevanz von Drugchecking

Die Ergebnisse des Drugchecking erlauben, Prävention und Hilfeangebote besser zu planen.

Zur Sicherheit und Verantwortung bezüglich Drugchecking im Rahmen der Prävention

Die substanzbedingten Risiken können durch Drugchecking nicht minimiert werden. Drugchecking als Bestandteil eines kontextbezogenen Informationsangebots kann jedoch die durch den illegalen Drogenmarkt bedingten Begleitrisiken des Konsums reduzieren (z.B. unerwartete Substanzen und Dosierungen).

Zur technischen Sicherheit der Methode

Es ist geboten, sichere, aussagekräftige und identifizierende Analysemethoden, wie z.B. *High-Pressure Liquid Chromatography* (HPLC), zu verwenden.

Zur Evaluation von Drugchecking

Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation von Drugchecking wäre das Erreichen insbesondere folgender Ziele zu prüfen:

- Erhöhung der Reichweite des Hilfesystems (Akzeptanz der Maßnahmen),
- Reduzierung von konsumbedingten Risiken (Rezeption der Analyseergebnisse),
- nichtintendierte Wirkungen sowie
- Effektivität der Maßnahme und Effizienz der Methode.

Zur Rechtssicherheit von Drugchecking

Die rechtlichen Unsicherheiten und die sich daraus ergebenden Probleme für die Durchführung von Drugchecking bedürfen der Klärung.

Ausblick

Drugchecking sollte nicht als neuer „Königsweg“ der Drogen- und Suchthilfe sowie der Suchtprävention verstanden werden. Vielmehr ist Drugchecking als ein notwendiger Bestandteil der (Sekundär-)Prävention zu betrachten. Prävention als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe bedarf wiederum eines tragfähigen Konsens unter allen Beteiligten (Polizei, Drogenarbeit/Suchtprävention, Politik, Verwaltung sowie Bürger/-innen).

Vorschlag der Arbeitsgruppe für eine neue, zusätzliche Leitlinie zur Ecstasyprävention

Als Ergänzung der bestehenden BZgA-Leitlinien zur Prävention des Ecstasykonsums schlägt die Arbeitsgruppe folgende zusätzliche Leitlinie vor:

- Im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation ist zu überprüfen, ob Drugchecking ein geeignetes Instrument der Prävention darstellt. In diesem Zusammenhang wäre das Erreichen insbesondere folgender Ziele zu prüfen: Erhöhung der Reichweite des Hilfesystems (Akzeptanz der Maßnahmen), Reduzierung von konsumbedingten Risiken (Rezeption der Analyseergebnisse), nichtintendierte Wirkungen sowie die Effektivität der Maßnahme und die Effizienz der Methode.

Literatur

Baumgärtner, T. (2001): „Der Kombi-Rausch – Zum Einsatz von Info-Cards als konsum-, problem- und zielgruppenspezifische Kommunikation der Risiken des Mischkonsums von Drogen.“ *SuchtReport* (Berlin) 6 (2001), 38ff.

Schroers, A. (2001): „Drogenanalysen (Drug-Checking) im Rahmen von Monitoring – Neue Wege der Prävention und Drogentrendforschung im Bereich ‚neuer synthetischer Drogen‘“. Originalarbeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1 (24. Jg.), 27–35.

Schroers, A. / Schneider, W. (1998): *Drogengebrauch und Prävention im Party-Setting. Eine sozialökologisch orientierte Evaluationsstudie. – Forschungsbericht.* Berlin: Verlag Wissenschaft und Bildung (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit Bd. 20, hrsg. von INDRO e.V.).

Tossmann, H. P. / Boldt, S. / Tensil, M.-D. (2001): *Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit? Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderungen in längsschnittlicher Perspektive*. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 14).

7

Resümee der Tagung

7.1 Ein wichtiger Schritt

Schlusswort von Gisela Marsen-Storz, Abteilungsleiterin in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Zunächst möchte ich an dieser Stelle allen danken, die zum Erfolg und Gelingen der Tagung beigetragen haben: den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, den in- und ausländischen Gästen, allen, die durch ihre tätige Teilnahme – sei es in Form eines Referats, der Leitung einer Arbeitsgruppe oder deren Moderation – inhaltliche Grundlagen geliefert haben. Vor allem aber möchte ich den an der Projektmesse beteiligten Projekten danken, die uns einen konkreten Eindruck von der Vielfalt szenenaher Initiativen gegeben haben. Ihr Beitrag wird auch die weitere Arbeit mitbestimmen. Mein Dank gilt auch der Agentur Sinus für die organisatorische Arbeit und den Mitarbeitern der BZgA, Kristina Schmitt, Dirk Sandkühler und Guido Nöcker, die diese Veranstaltung durch ihren persönlichen Einsatz erst möglich gemacht haben.

Auch wenn dieses Schlusswort in offizieller Eigenschaft als Vertreterin der BZgA erfolgt, so möchte ich doch mit einem Einblick in meine eigene, persönliche Wahrnehmung aus der Arbeitsgruppe II beginnen, an der ich teilgenommen habe. Ein wesentlicher Unterschied gegenüber dem 1997 durchgeführten Statusseminar zur Prävention des Ecstasykonsums ist der, dass diesmal szenenahe Projekte einbezogen waren und an der Diskussion teilnehmen konnten – sowohl solche, die in erster Linie ehrenamtlich arbeiten, wie auch jene, die in das professionelle System integriert sind.

Der Einbezug dieser Praxisprojekte ist zweifellos ein bedeutender Fortschritt, der jedoch gleichzeitig deutlich macht, wie sehr wir noch am Anfang stehen. Offenbar gibt es einen gesundheitspolitisch gewollten Schwerpunkt Sekundärprävention, aber die Umsetzung liegt noch weitgehend im Dunkeln – es fehlt die inhaltliche Plattform. In der Arbeitsgruppe II, in der es um Fragen der Umsetzung, nämlich der Kommunikation über Drogen ging, nahm einen Großteil der Diskussion die Auseinandersetzung über Zielgruppen und Ziele ein. Es ging um ganz grundsätzliche Fragen, die sich keineswegs nur zwischen Szeneprojekten auf der einen Seite und Prävention und Drogenhilfe auf der anderen Seite stellen.

Eines ist deutlich geworden: Wir stehen am Anfang eines Konzeptionsentwicklungsprozesses, wie er vor vielen Jahren im Bereich der Suchtkrankenhilfe stattgefunden hat und wie er seinerzeit auch in der Primärprävention zu beobachten war. Auf diesen Prozess gilt es sich einzulassen. Hierzu hat diese Tagung – trotz aller Differenzen – einen guten Anfang gebildet. Sie hat deutlich gemacht, dass es noch an vielen Stellen mangelt und diese Mängel müssen behoben werden. Keiner kann für sich den „Königsweg“

beanspruchen, sondern wir müssen vielmehr offen miteinander diskutieren, wie und wo wir eine gemeinsame inhaltliche Plattform finden.

Eine bedrückende Erkenntnis war für mich, dass offenbar niemand so recht weiß, wie er mit Konsumentinnen und Konsumenten, die sich ja nicht nur in der Partyszene oder in Beratungsstellen aufhalten, sondern auch zur Schule gehen oder in der Berufsausbildung stehen, im Alltag reden soll – ein Defizit, das auch von vielen anderen als solches empfunden wird. Auch in dieser Hinsicht bleibt noch eine Menge zu tun.

Die Ergebnisse der Tagung werden in das Bund-Länder-Koordinierungsgremium eingebracht und dort nochmals diskutiert werden. Da die Länder auf dieser Tagung bedauerlicherweise unterrepräsentiert waren, werden wir die Diskussion nachholen und nach Wegen suchen, wie die BZgA – ihrer Rolle entsprechend – diese Diskussion unterstützen kann, damit wir langfristig zu Standards in der Sekundärprävention kommen.

Die erwähnten Defizite sollen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es eine Reihe von Fortschritten zu verzeichnen gibt:

- Die in Deutschland existierenden szenenahen Projekte sind durch diese Tagung bekannt geworden – nicht nur durch ihre Präsentation im Rahmen der Projektmesse, sondern auch durch einen ausführlichen Projektkatalog (siehe *Anhang*).
- Wir haben die Grundlage für eine bessere Verknüpfung geschaffen.
- Über das drugcom.de-Projekt der BZgA (siehe *Kapitel 5.2*) bietet sich eine weitere Chance, Verknüpfungen herzustellen.
- Die 1997 formulierten Leitlinien werden wir überprüfen und sicherlich in vielen Punkten ergänzen (siehe *Kapitel 8*).

Diese Fortschritte sind als solche anzuerkennen, denn es geht nicht in großen Schritten und wir brauchen einen langen Atem.

7.2 Impulse für die Zukunft

Schlusswort von Martin Köhler, Leiter der Arbeitsgruppe Drogen und Suchtmittel im Bundesministerium für Gesundheit

Die an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung gestellte Aufgabe war es, die Erkenntnisse des Seminars von 1997 zu überprüfen, weiterzuentwickeln und auch weiterzugeben. Meine anfängliche Skepsis, ob es uns gelingen würde, am Ende mit möglichst konkreten Arbeitsergebnissen aufwarten zu können, ist nun, da die Ergebnisse der Arbeitsgruppen vorliegen, beseitigt.

Bei einer fast dreitägigen Veranstaltung behält jeder Teilnehmer andere markante Punkte oder Informationen im Gedächtnis; bei mir waren es folgende:

Zunächst hat uns Frau Poethko-Müller über die pharmakologischen Eigenschaften der Partydroge Ecstasy informiert und dabei betont, dass diese Substanz durchaus bedenklich und mit Risiken behaftet ist, andererseits aber 90% der Konsumenten sie als positiv für das Empfinden und die eigene körperliche Gesundheit erleben. Herr Maack vom Bundeskriminalamt hat über die Mengen, die sichergestellt wurden, berichtet und auf die Gefahr hingewiesen, dass auch Pillen, die gleich aussehen, sehr unterschiedliche Substanzen enthalten können. Mir ist auch seine Bemerkung in Erinnerung, dass eine wissenschaftliche Evaluation der polizeilichen Sicherstellungsmaßnahmen und Aufwendungen gegen die Drogenkriminalität noch ausstehe. Die kritische Frage von Aldo Legnaro, ob Drogenhilfe mehr sei als die Effektivierung kapitalistischer Wirtschaftsstrukturen in der Kontrollgesellschaft, leitete auf ein anderes Terrain. Sein Beitrag diente der Reflexion über unsere eigenen Rollen im jeweiligen Aufgabengebiet und den Kontext, in dem das Thema sich befindet. Und so wenig ich seine Feststellung teile, Drogenhilfemaßnahmen, wie etwa die rechtliche Absicherung der Drogenkonsumräume, seien nichts weiter als „urbane Strukturpolitik“, so wenig ist für die Zukunft auszuschließen, dass Einige die Maßnahmen zur Überlebenshilfe mehr als bisher unter ordnungspolitischen Vorzeichen und Erwartungen sehen werden. Der historische Abriss von Dr. Franzkowiak über die Paradigmenwechsel in der Drogenhilfe mündeten in dem Begriff der „Risikokompetenz“, die zu entwickeln ebenfalls Aufgabe der Drogenhilfe sein müsse. Risikokompetenz bei einer Zielgruppe, nämlich der Partyszene, die Herr Simon als relativ etabliert und integriert beschrieben hat, was für die Drogenkonsumenten insgesamt ja nicht unbedingt gilt.

Neben diesen und weiteren interessanten Vorträgen bereicherte die Projektmesse, in deren Rahmen zahlreiche szenenahe Präventionsprojekte ihre Arbeit vorstellen konnten, und die darum entstehende Diskussion die Veranstaltung ganz wesentlich.

Schließlich die Arbeit in den Arbeitsgruppen: Meinem Eindruck nach wurde die Problematik dort umfassend, vorurteilsfrei, aber auch kontrovers und teilweise sogar mit inhaltlich bedingten Spannungen diskutiert. Es wurde die wichtige Frage nach der Glaubwürdigkeit jeder Präventionsarbeit gestellt und betont, dass auch substanzunspezifische Ziele – wie etwa die Entwicklung von Selbstvertrauen – verfolgt werden müssen.

Beeindruckend fand ich – neben der Fülle von Vorschlägen zur Erweiterung der Leitlinien aus den jeweiligen Arbeitsgruppen – aber auch die ganzheitliche Arbeit der Projekte vor Ort.

Was entsteht nun hieraus? Zunächst einmal wird die Bundeszentrale die Ergebnisse der Tagung dokumentieren und auswerten. Gemeinsam werden wir sie den Ländern zugänglich machen und mit ihnen diskutieren, das Gleiche gilt für die Ressorts.

Frau Caspers-Merk hat darauf hingewiesen, dass der frühere so genannte „Rauschgiftbekämpfungsplan“ überarbeitet und unter der Überschrift „Aktionsplan Drogen und Sucht“ aktualisiert werden wird. Einen wesentlichen Teil dieses Aktionsplans wird naturgemäß die Prävention ausmachen und auch hierfür hat die Tagung wichtige Impulse gegeben. Mein Dank gilt deshalb der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die hervorragende inhaltliche Vorbereitung und Organisation der Tagung wie auch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern für ihre Teilnahme und ihre engagierten Beiträge.

8

Schlussfolgerungen und Perspektiven

8 Schlussfolgerungen und Perspektiven

Guido Nöcker, Gisela Marsen-Storz, BZgA, Köln

Zusammenfassung der Ergebnisse

Aufgabe und Ziel der Tagung war es, gemeinsam über die bisherigen Ansätze in der Präventionsarbeit und die vorliegenden Forschungserkenntnisse, aber auch über aktuelle Entwicklungen, neue Studien und neue Erfahrungen seit der 1997 durchgeführten Tagung der BZgA zum Ecstasykonsum zu diskutieren. Es sollten Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der bestehenden Präventionsstrategien und -ansätze zusammengetragen und sich daraus ergebende Ansätze für eine Fortschreibung und Ergänzung der seinerzeit erarbeiteten Leitlinien zur Prävention des Ecstasykonsums erarbeitet werden.

Einbezug der Szene

Während auf der Tagung 1997 der wissenschaftliche Diskurs im Mittelpunkt stand – es galt vor allem, den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zum Ecstasykonsum zusammenzutragen und auf dieser Grundlage erste Leitlinien zu formulieren –, war die Tagung 2001 durch einen starken Praxisbezug gekennzeichnet: Mehr als 30 Szeneprojekte, die sich – meist direkt vor Ort – informierend und beratend an ihre Klientel der Konsumenten wenden, hatten Gelegenheit, sich in einer begleitenden Ausstellung wie auch in einem „Projektekatalog“ zu präsentieren. Der im Anhang dokumentierte Katalog (*Kapitel 9.1*) bietet damit erstmals eine umfassende Übersicht über die verschiedenen Ansätze und Angebote präventiver Maßnahmen in der Szene selbst und kann damit einen wichtigen Beitrag für die Verknüpfung und Vernetzung innerhalb und außerhalb der Partyszene leisten. Es bleibt zu wünschen, dass der hiermit begonnene Austausch fortgesetzt wird und sich hierdurch Möglichkeiten der Zusammenarbeit erschließen werden.

Sekundärprävention als neuer Schwerpunkt

Der starke Einbezug von Szeneprojekten spiegelt u.a. die Erkenntnis wider, dass es angesichts der bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse zur Prävalenz des Drogenkonsums wie auch der Konsummuster speziell in der Partyszene erforderlich ist, sekundärpräventiven Maßnahmen einen breiteren Raum einzuräumen. Dies findet auch seinen Niederschlag in der derzeitigen Überarbeitung des alten „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans“ aus dem Jahr 1990. So nennt die Drogenbeauftragte Frau Caspers-Merk im Bundesministerium für Gesundheit in ihrer Begrüßungsrede u.a. als Grund für diese Überarbeitung: *Es herrscht Einigkeit darüber, dass die bisherigen drei Säulen der Drogenpolitik – Prävention, Therapie, Repression – um eine vierte Säule erweitert werden müssen. Überlebenshilfe hat sich längst als vierter Pfeiler der Drogenpolitik etabliert und muss in einem neuen Drogen- und Rauschgiftplan entsprechend gewürdigt sein. In diesem*

Kontext sind das Methadon- und das Heroinprogramm sowie Drogenkonsumräume zu nennen, aber auch das Thema Drugchecking gehört hierzu. Erst wenn man Risiken minimiert, das Überleben ermöglicht, wird ein Dialog mit den Konsumenten möglich sein.

Überlebenshilfe oder Risikominimierung sind – wie auch Peter Franzkowiak in seinem Beitrag ausführt (siehe *Kapitel 3.2*) – demnach als neue Komponenten in der Drogen- und Suchtprävention zu berücksichtigen. Dies bedeutet, die auf Ressourcenstärkung, Immunisierung und Lebenskompetenzförderung basierenden Konzepte der Suchtprävention und Gesundheitsförderung der 90er Jahre müssen um Größen wie Risikokompetenzförderung und Risikobegleitung erweitert werden.

Die Tagung hat nicht nur bestätigt, dass Sekundärprävention einen neuen Schwerpunkt in der Drogen- und Suchtprävention darstellt, sie hat auch die damit verbundenen Defizite und Fragen deutlich gemacht, auf die keine schnellen Antworten zu erwarten sind. Der aus der Vielfalt der auf der Tagung vertretenen Szeneprojekte ersichtliche „Experimentierraum“ verdeutlicht, dass es für die Sekundärprävention Standards und Strategien zu entwickeln wie auch Ressourcen zu schaffen gilt. Die Forderung nach einer Stärkung der Sekundärprävention ist noch mit Inhalten zu füllen. Zu den zukünftigen Aufgaben wird die Evaluation erfolgversprechender Ansätze ebenso wie die Qualifizierung und Professionalisierung aller Beteiligten gehören. Für die gleichfalls notwendige Schaffung einer gemeinsamen Plattform von Wissenschaft und Praxis war die Tagung zweifellos ein wichtiger erster Schritt.

Ansätze für die Fortschreibung der Leitlinien zur Prävention des Konsums von Ecstasy und anderen Partydrogen

Im Hinblick auf eine mögliche Fortschreibung und Ergänzung der 1997 formulierten Leitlinien zur Prävention des Ecstasykonsums standen drei Themen- und Arbeitsschwerpunkte im Mittelpunkt der Tagung:

(1) Peer-Education und Peer-Support und deren Nutzen zur Prävention riskanter Drogenkonsumformen in der Partyszene.
(2) Die „richtige“ Kommunikation über Drogen, deren Zielgruppen und Ziele.
(3) Drugchecking als Möglichkeit der Schadens- und Risikominimierung.

Ergebnisse der Arbeitsgruppen im Überblick

(1) Peer-Education und Peer-Support

Da Peers in der Partyszene, aber auch in anderen jugendspezifischen Settings, eine hohe Akzeptanz genießen, scheinen Peer-Konzepte zweckmäßig zu sein und sollten unterstützt werden. Zu den wesentlichen Zielen und Inhalten zählen u.a. Aspekte, die Empowerment,

Selbstbestimmung, Selbstorganisation und Partizipation betreffen, psychosoziale Kompetenzförderung, aber auch suchtspezifische Elemente (z.B. Risikoreduktion). Während die Akzeptanz von Peer-Konzepten im Partykontext als gesichert betrachtet werden kann, steht die wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit peergestützter Ansätze noch aus. Hier gilt es, nicht nur Aufschluss über die generelle Wirksamkeit solcher Verfahren zu erhalten, sondern auch Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Zielgruppen in welchen Settings mit welchen Peers und Methoden erreicht werden können.

(2) Kommunikation über Drogen

Sekundärprävention richtet sich vor allem an aktuelle Drogenkonsumenten. Dementsprechend nehmen – neben den substanzunspezifischen Zielen wie Förderung psychosozialer Kompetenzen und Schaffung gesundheitsförderlicher Kontexte und Lebenswelten – substanzspezifische Inhalte einen breiten Raum in der Kommunikation über Drogen ein. Der Fokus liegt hierbei auf der Vermittlung substanzspezifischer Informationen einschließlich aller bekannten Risiken des Substanzkonsums sowie auf Einstellung und Verhalten im Hinblick auf den Substanzkonsum.

Als adäquate Kommunikationsmethoden kommen die unmittelbare, personale Kommunikation mit der Zielgruppe wie auch die mediale Kommunikation gleichermaßen in Betracht. Personale Kommunikation bedeutet nach dem aktuellen Stand der Praxis vor allem eine szenenahe Kontaktarbeit, die es erforderlich macht, dass ein offener Dialog über Drogen und Drogenkonsum möglich ist, in dem nicht nur die Risiken, sondern auch die subjektiv positiven Aspekte des Substanzkonsums zur Sprache kommen können.

Im Bereich der medialen Kommunikation im Partykontext hat sich vor allem der Drogeninformations-„Flyer“ bewährt und ist besonders geeignet, um mit Konsumenten in einen ersten Kontakt bzw. ins Gespräch zu kommen, sofern die notwendigen personellen Ressourcen hierfür zur Verfügung stehen. Eine inhaltliche Erweiterung dieser Flyer hin zur Thematisierung komplexer Konsummuster und Konsumverhaltensweisen erscheint jedoch angebracht.

Von zunehmender Bedeutung in der Kommunikation über Drogen erweisen sich verschiedene Formen der virtuellen Kommunikation, die sich von der reinen Informationsvermittlung auf Websites über Online- und E-Mail-Beratungen bis hin zu Foren oder Chats erstrecken, die von Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor allem als Diskussionsplattform zu Drogen- und Suchtfragen genutzt werden können.

(3) Drugchecking als Möglichkeit der Risikominimierung

Drugchecking – so das Ergebnis der Diskussion in der dritten Arbeitsgruppe der Tagung – ist als zusätzliches Element der Sekundärprävention weiterhin ernsthaft zu prüfen. Zwar vermag Drugchecking nicht die substanzbedingten Risiken des Drogenkonsums zu minimieren, als Bestandteil eines kontextbezogenen Informationsangebots kann es jedoch die durch den illegalen Drogenmarkt bedingten Begleitrisiken des Konsums

reduzieren. Es bietet die Möglichkeit – unter Berücksichtigung entsprechender Analysestandards –, gefährliche Wirkungen unerwarteter Stoffe zu vermeiden. Von besonderer Bedeutung für die Sekundärprävention ist aber die Eröffnung eines unmittelbaren Zugangsweges zu schwer oder sonst nicht erreichbaren Zielgruppen. Allerdings steht hier noch die Frage offen, welchen Stellenwert die im Test gewonnenen Informationen tatsächlich für die Kommunikation mit den Konsumenten haben und welches Verhalten darauf folgt. Die Analyseergebnisse sollten sowohl risikoreduzierenden und gesundheitsfördernden Zielen als auch wissenschaftlicher Drogenforschung dienen, um auf diese Weise die Informationslage in Wissenschaft und Praxis der Drogenarbeit und Prävention zu verbessern und zu einer größeren Transparenz beizutragen.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation von Drugchecking wären deshalb u.a. die Akzeptanz der Maßnahmen, die Rezeption der Analyseergebnisse, nichtintendierte Wirkungen sowie die Effektivität der Maßnahme und die Effizienz der Methode zu überprüfen.

Leitliniendiskussion

Zusammenfassend wurden von den Arbeitsgruppen verschiedene Vorschläge für eine Modifizierung der bestehenden BZgA-Leitlinien zur Prävention des Ecstasykonsums[1] formuliert.[2] Auf der Grundlage und unter Einbeziehung dieser Vorschläge wurden die bestehenden Leitlinien wie nachfolgend dargestellt modifiziert und ergänzt.

Leitlinien zur Prävention des Missbrauchs von Partydrogen – Entwurf[3]

Prävention ist Gemeinschaftsaufgabe

1. Die Suchtprävention ist eine Gemeinschaftsaufgabe der Gesamtbevölkerung, d.h. aller Personen, gesellschaftlichen Gruppen und Institutionen, die Einfluss auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nehmen, und nicht ausschließliche Aufgabe von Fachleuten. Eine engagierte Zusammenarbeit und eine zielorientierte Aufgabenverteilung ist nötig, nicht nur zwischen den Präventionsfachleuten, sondern z.B. auch mit Partyveranstaltern und Clubbetreibern, um auch langfristig eine tragfähige Kooperation sicherstellen zu können.

1 Für den bisherigen Wortlaut siehe Abschnitt „Leitlinien als Handlungsorientierung“ in der Einführung von Frau Dr. Pott (*Seite 17*).

2 Siehe hierzu auch die *Kapitel 4, 5* und *6*, insbesondere die Ergebnisberichte der Arbeitsgruppen.

3 Der hier vorgestellte Entwurf bedarf noch der Abstimmung mit den Ländern. Der endgültige Text wird nach erfolgter Abstimmung in eine Neuauflage dieses Bandes einfließen.

Relevante Ziele müssen definiert werden

2. Suchtmittelunspezifische und suchtmittelspezifische Verfahren bilden die beiden Stränge der suchtpräventiven Bemühungen im Bereich der Partydrogen. Die Prävention des Missbrauchs von Partydrogen folgt demnach einerseits einer übergreifenden, suchtmittelunspezifischen Strategie, in deren Zentrum die Förderung von Lebenskompetenzen steht, und ist andererseits mit suchtmittelspezifischen Ansätzen auf Risikobegleitung und Risikokompetenz ausgerichtet.

3. Zu den substanzunspezifischen Zielen gehören zum einen die Sensibilisierung der Bevölkerung hinsichtlich der Notwendigkeit von Suchtvorbeugung, die Verbesserung oder Stabilisierung der allgemeinen, psychosozialen Lebenskompetenzen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie die Unterstützung von Lebensbedingungen, die eine suchtfreie Lebensführung erleichtern. Zum anderen verfolgen suchtpräventive Anstrengungen außerdem das Ziel, den Auf- und Ausbau von Kooperationen zwischen relevanten Akteuren sowie die Entwicklung von Richtlinien bezüglich ‚*Models of Good Practice*' zu fördern.

4. Zu den substanzspezifischen Zielen gehören die Senkung der substanzbedingten Krankheits- und Todesfälle sowie sonstiger konsumbegleitender Problemlagen, die Verbreitung gesicherter Information über Drogen, über riskante Konsumformen und bestehende Hilfsangebote, die Verbesserung der drogenspezifischen Konsumkompetenzen und die Vermeidung riskanter Konsummuster, beispielsweise im Hinblick auf polyvalenten Substanzgebrauch, die Früherkennung und Frühintervention bei riskantem Drogengebrauch sowie die Umsetzung struktureller Maßnahmen, z.B. in Bezug auf Partyorganisationen.

Die zentralen Zielgruppen sind einzubinden

5. Die zentrale Zielgruppe in der jugendlichen Bevölkerung sind die substanzgebrauchenden Jugendlichen im Partysetting, da zahlreiche Studien mittlerweile belegen, dass dort die Prävalenz nicht nur des Partydrogenkonsums besonders hoch ist. Trotz dieser Schwerpunktlegung sollten die in der Partyszene erreichbaren Jugendlichen, die (noch) keine oder kaum Konsumerfahrungen aufweisen, nicht völlig unberücksichtigt bleiben. Gleiches gilt für die Jugendlichen ohne dezidierte Anbindung an die Partyszene, denn es darf nicht aus dem Blick geraten, dass zahlreiche Konsumenten nicht über das Partysetting erreichbar sind. Differenzierungen, u.a. in Bezug auf Alter, Geschlecht oder Konsumgewohnheiten, erhöhen zusätzlich die Zielgenauigkeit der präventiven Angebote.

6. Erwachsene bilden die andere Zielgruppe der Suchtprävention von Partydrogen: Primär richten sich die präventiven Anstrengungen an Erwachsene im Umgang mit Jugendlichen – im Partydrogensetting sind vor allem die in der Szene vertretenen Erwachsenen, etwa die Veranstalter von Raves oder DJs sowie die (nicht zwangsläufig erwachsenen) Mitarbeiter aus Szeneinitiativen von großer Bedeutung. Aber auch Multiplikatoren aus der Jugend- oder Suchthilfe und nicht zuletzt auch Eltern sind günstige Akteure in der Suchtprävention.

Ausgewählte Präventionsorte erleichtern den Zugang

7. Im Vordergrund der Prävention des Missbrauchs von Partydrogen stehen die Partysettings, die sich als Orte für suchtmittelspezifische Ansätze in den letzten Jahren bewährt haben, da hier eine große Anzahl von potenziellen Konsumenten und Konsumentinnen zeitgleich ansprechbar ist und personalkommunikative Verfahren in dieser Personengruppe auf große Akzeptanz stoßen.

8. Allerdings dürfen die Konsumenten und Konsumentinnen von Partydrogen, die nur schwer über die klassischen Partysettings erreicht werden können, nicht vernachlässigt werden. Präventionsansätze, die in partyfremden Szenen und bei szenefremden Events wirksam sein können – neben Settings des sportiven Freizeitbereichs können dies z.B. Konzerte sein –, müssen entwickelt und erprobt werden.

9. Nicht zuletzt müssen Medien und Maßnahmen entworfen und überprüft werden, die sich in nicht systematisch eingrenzbaren Lebensfeldern einsetzen lassen. Hierzu gehören neben dem Internet – im Sinne eines Freizeitorts, in dem Jugendliche viele Stunden ihrer freien Zeit verbringen – auch die öffentlichen Plätze, z.B. im Stadtteil, an denen Jugendliche sich häufig aufhalten, sowie der kleinzelligere Freizeitbereich der szenenahen Clubs und Kneipen.

Kommunikative Ansätze bewirken erfolgreiches Handeln

10. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass sich personale Methoden, die auf Information und Kommunikation setzen, im Partysetting installieren lassen und auch in Anspruch genommen werden. Glaubwürdige Informationsmedien über Drogen, riskante Drogenkonsummuster sowie Hilfeangebote stoßen auf ebenso breite Akzeptanz wie individuelle Unterstützungsleistungen, die auf der gesamten Bandbreite von der Bereitstellung vitaminhaltiger Getränke bis hin zur dezidierten suchtspezifischen Beratung angesiedelt sein können.

11. Massenmediale Ansätze, die über die am Einzelfall ausgerichtete Face-to-Face-Unterstützung hinausgehen und sich an breitere Bevölkerungsgruppen richten – beispielsweise in Form eines Internetangebots, das neben einer Informations- und einer Kommunikationsplattform auch anonyme oder persönliche Beratung bereitstellt – erweisen sich als machbar und nützlich.

12. Besonders die Szeneinitiativen und andere peerorientierte Verfahren stoßen erfahrungsgemäß auf breite Akzeptanz bei der anvisierten Zielgruppe, wobei davon auszugehen ist, dass auch hier unterschiedliche Initiativen die verschiedenen Personen und Subgruppen unterschiedlich ansprechen. Aus diesem Grunde ist die Bereitstellung differenzierter Angebote mit Peerbezug sowie die enge Kooperation mit den Szeneinitiativen angezeigt.

Innovation in Wissenschaft und Praxis sind unverzichtbarer für die Qualitätssicherung

13. Das bisherige Wissen über Strategien der Prävention des Missbrauchs von Partydrogen basiert bisher vornehmlich auf nicht abgesichertem Erfahrungswissen und auf Plausibilitätsüberlegungen und weniger auf systematisch ausgewerteten Daten. Sorgfältige Modellversuche und ihre Evaluationen sind erforderlich, etwa in Bezug auf die Nützlichkeit von Peer-Ansätzen oder auf angemessene Methoden der Risikokommunikation, um Wirkungen einschätzen, Qualität verbessern und Standards guter Praxis formulieren zu können.

14. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation ist zu überprüfen, ob Drugchecking ein geeignetes Instrument der Prävention darstellt. In diesem Zusammenhang wäre das Erreichen insbesondere folgender Ziele zu prüfen: Erhöhung der Reichweite des Hilfesystems (Akzeptanz der Maßnahmen), Reduzierung von konsumbedingten Risiken (Rezeption der Analyseergebnisse), nichtintendierte Wirkungen sowie die Effektivität der Maßnahme und die Effizienz der Methode.

9

ANHANG

9.1 Beispiele bundesdeutscher Projekte im Partysetting – Projektkatalog

Für die Fachtagung hat die BZgA einen Katalog bundesdeutscher Projekte zusammengestellt, die im Bereich Partydrogen tätig sind. Es handelt sich um Institutionen und Organisationen in der Primär- wie auch Sekundärprävention des Drogenkonsums von Partydrogen sowie um szenenahe Projekte, die teilweise direkt aus der Rave-Bewegung der 80er und 90er Jahre des vorangegangenen Jahrhunderts entstanden sind.

Die Informationen über die Projekte wurden von den Akteuren in der vorliegenden Form zur Verfügung gestellt und spiegeln das breite Spektrum ihres Tätigkeitsfeldes wie auch ihre unterschiedlichen drogenpolitischen Positionen wider. Auf eine Auswahl oder Kommentierung der Selbstdarstellungen wurde dabei bewusst verzichtet. Es sollte hiermit erstmals ein Überblick über die Aktivitäten der Präventionsarbeit im Kontext von Partydrogen gegeben werden – auch wenn es aufgrund des unterschiedlichen Organisationsgrades und der Vielfalt der Projekte und Einrichtungen nicht möglich war, alle zu erfassen, und deshalb kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann.

Der anlässlich der Tagung herausgegebene Projektkatalog, in dem die Projekte – zwecks besseren Überblicks – nach einer einheitlichen Struktur (Ziele, Zielgruppen, Handlungsfelder, Themen/Maßnahmen, Medien/Materialien sowie Anzahl haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Trägerschaft und finanzielle Förderung) vorgestellt werden, wird nachfolgend – in leicht modifizierter Form – wiedergegeben. Damit soll diese Dokumentation wie auch der Katalog selbst dazu anregen, sich mit den verschiedenen Arbeitsansätzen auseinander zu setzen, und die Kontaktaufnahme sowie einen projektübergreifenden Austausch erleichtern.

Projektübersicht (Stand 2001)

Nachfolgende Projekte (in alphabetischer Reihenfolge) sind in dem Projektkatalog dokumentiert. Die Ziffern in Klammern geben die Seite in dieser Dokumentation an.

3 cities project (3CP) (*231*)
ALICE – THE-DRUG-AND CULTURE-PROJECT (*232*)
Chill out e.V., Potsdam (*229*)
Chill Out e.V., Aachen (*237*)
Designerdrogensprechstunde (*234*)
DROBS Hannover (*236*)
DRUG SCOUTS Leipzig e.V. (*245*)
drugcom.de (*221*)
eclipse e.V. (*224*)
Ecstasy-Online (*246*)
enterprise-partydrugsproject (*222*)
EVE & RAVE Berlin e.V. (*225*)
Eve & Rave Kassel e.V. (*233*)
Eve & Rave Münster (*238*)
Eve & Rave NRW e.V. (*239*)
in Echtzeit (*240*)
Jugend- und Drogenberatung BOA e.V. (*226*)
Medienprojekt der Stadt Wuppertal (*241*)
Mindzone (*223*)
mindway (*227*)
Musikszeneprojekt Drogerie (*247*)
NB-DROBS (*235*)
party-project e.V. (*230*)
Rauschmusik (*242*)
Rave-Shuttle (*243*)
Therapieladen e.V. (*228*)
www.partypack.de (*244*)

drugcom.de
check yourself.

Projekt/Name:	**drugcom.de** (s. auch *Kap. 5.2*)
Ort:	Bundesprojekt
Tätigkeitszeitraum:	online seit 7/2001
Anzahl der Aktionen:	• 4 Stunden Chatmoderation/Tag, 7 Tage/Woche • 4 Stunden Onlineberatung/Tag, 7 Tage/Woche • ca. 14 Stunden E-Mail-Beratung/Woche
Träger/Förderung:	Projektgruppe: BZgA, Köln (Leitung), delphi, Berlin, i-dentität, Solingen
Kontakt:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Dr. Guido Nöcker Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln fon 0221.8992-247 • fax 0221.8992-201 drugcom@bzga.de www.bzga.de
Ziele:	Ziel des Projekts ist es, die Kommunikation über das Thema Sucht und Drogen anzuregen und eine kritische Reflexion über eigene Einstellung und Verhaltensweisen zu fördern. Mit dem Internet-Projekt drugcom.de soll für Jugendliche ein Forum der Kommunikation geschaffen werden, in dem Jugendliche nicht nur die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen und Antworten zu bekommen, sondern wo sie sich selbst und ihre Sichtweisen zum Themenkomplex „Sucht und Drogen“ artikulieren und miteinander in einen Diskurs treten können.
Zielgruppen:	• Jugendliche und junge Erwachsene von 15 bis 25 Jahren • KonsumentInnen und NichtkonsumentInnen
Handlungsfelder:	• Internet • Initiierung von Jugendprojekten zum Themenkomplex „Sucht und Drogen“ (*drugworks*)
Themen/Maßnahmen und eingesetzte Medien/Materialien:	**Website** *druginfo:* Informationen über legale und illegale Drogen, Wissenstests *drugworks:* Jugendliche können eigene Projekte präsentieren *drugtalk:* Chat/Onlineberatung/E-Mail-Beratung *help:* Websites/Adressen für den Notfall; Verzeichnis von Beratungsstellen *freestyle:* Games, Downloads etc.; alles, was Spaß macht und nichts mit Drogen zu tun hat **Sonstige Materialien** • Flyer • Edgar-Karten • Muliplikatorenbroschüre

9

Projekt/Name:	**enterprise-partydrugsproject**
Ort:	Nürnberg, Bayern
Tätigkeitszeitraum:	seit 1996
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 2 MitarbeiterInnen (30 Std.), davon 1 ABM-Stelle (30 Std.) *ehrenamtlich*: Team von 4–5 Honorarkräften
Träger/Förderung:	*Träger*: mudra – Drogenhilfe Nürnberg e.V. *Kooperationspartner*: Präventive Jugendhilfe, Stadtjugendamt Nürnberg
Kontakt:	enterprise – partydrugsproject Vordere Ledergasse 27 (Eingang) Ludwigstr. 61, 90402 Nürnberg fon 0911.20 30 33 • fax 0911.20 30 33 home@enterprise-pdp.de www.mudra-online.de • www.enterprise-pdp.de (ab Ende 2001)
Ziele und Zielgruppen:	Schwerpunkte liegen im Bereich der sekundären Prävention. Im persönlichen Kontakt mit jugendlichen PartydrogenkonsumentInnen soll ein Bewusstsein für die eigene Risikobereitschaft im Umgang mit psychoaktiven Substanzen entstehen. Durch informative Reflexion des Konsumverhaltens wird ein Fundament für eigenverantwortliches Handeln gelegt. Damit lassen sich Beiträge zur Minderung der Konsumrisiken und zur Verhinderung manifester Abhängigkeitserkrankungen leisten. Die Anbindung an die Techno-Party-Szene der jugendlichen und jungen Erwachsenen variiert.
Handlungsfelder – enterprise.sektoren:	• *001 enterprise.informer crew* – Vor-Ort-Information in Clubs und Locations – Give-aways (frisches Obst, Traubenzucker, Kaugummis, isotonische Getränke) – Infos (Infobooklets, themenrelevante Fachartikel und Presseberichte, Pillenwarnungen bei unerwarteten, besonders gesundheitsgefährdenden oder hochdosierten Substanzen) – Kontakt (geschulte MitarbeiterInnen, Infos zu Risc-Reduction, rechtlichen Fragestellungen, Beratung, Talk-down, ...) – Kooperation mit VeranstalterInnen und BetreiberInnen • *002 enterprise.büro* – Öffnungszeiten: Montag und Dienstag 12.00–16.00 Uhr, Mittwoch 12.00–20.00 Uhr, Termine außerhalb der Öffnungszeiten möglich – Akzeptanzorientiertes Informations- und Beratungsangebot (Konsumreflexion, Konsumbegleitung, Hilfestellung bei Konsumpausen, ...) – Eltern- und Angehörigenberatung (Informationsgespräche, Vermittlung zwischen Eltern und konsumierenden Jugendlichen, ...) – Weitervermittlung und Kooperation (Fachdienste der Jugendarbeit, Entgiftungsstationen, therapeutische Angebote, ...) • *003 enterprise.update* – Substanzbezogene Schulungseinheiten für Jugendliche und Multiplikatoren (in Schulen, Berufsschulen, Ausbildungsbetrieben, Einrichtungen der Jugendarbeit; ca. 50 Veranstaltungen/Jahr)

Projekt/Name:	**Mindzone** (s. auch *Kap. 4.3*)
Ort:	München, Bayern
Tätigkeitszeitraum:	seit März 1996
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 2 MitarbeiterInnen, 2 geringfügig Beschäftigte *ehrenamtlich*: ca. 40 Jugendliche (Peers)
Träger/Förderung:	*Träger*: Landes-Caritasverband Bayern e.V. *Förderung*: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz
Kontakt:	Stefan Nitschke Lessingstraße 3, 80336 München fon 089. 22 80 17 19 • fax 089. 532 80 28 lcvmindzone@cs.com • www.enter-the-zone.de
Ziele:	1. Suchtfördernde Tendenzen thematisieren, für einen verantwortungsvollen Umgang mit legalen Suchtmitteln sensibilisieren sowie den Einstieg in den Konsum verhindern oder den Ausstieg aus riskanten Konsummustern frühzeitig schaffen (bei Bedarf auch gerne mit Kontakt zu Beratungsstellen) 2. Melange aus Primär- und Sekundärprävention akzeptierend, tabufrei und szenespezifisch ausrichten, Kids punktgenau bei ihren Lebensbedürfnissen abholen via Peer-Approach 3. Reality-Appeal; Erlebniswelten ausforschen; Verzicht auf das empirische Konstrukt „Durchschnittsteenager/-twen“
Zielgruppen:	Direkte Zielgruppenansprache der 12- bis 29-Jährigen in der Partyszene. Dabei je nach Einsatz: Selektion nach Konsumtyp, Mindset, Szene, Regionen, Schulformen; Segmentierung der Jugendlichen nach Lebensstilen.
Handlungsfelder:	Vor-Ort-Prävention auf Partys und Events mit Info- und Beratungsständen; Infomedien (Flyer, ...) zu Drogen und Sucht; Gesprächsmöglichkeiten und individuelle Beratung; Information per Drogentelefon; Ausbildung von Peers und Multiplikatoren; Fortbildung von Fachkräften aus Sucht- und Jugendarbeit; Elternarbeit.
Themen:	1. Informationsvermittlung über Ursachen und Auswirkungen von Substanzkonsum und Abhängigkeit (auch „stoffungebundene Süchte“) v. a. durch Informations- und Beratungsstände 2. Öffentlichkeitswirksame Distribution von Infomedien (Flyer) zu psychoaktiven Substanzen, Sucht und Lebenskompetenzen 3. Coachings und Trainings zur Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Lebensfreude („Lebenskompetenztraining“) 4. Bewusstmachen von attraktiven Alternativen zu konsumdominantem Verhalten im Allgemeinen und zum Gebrauch von Rauschsubstanzen (auch Alkohol) im Speziellen
Maßnahmen:	Projektmanagement • Partizipationsstrategien (Peer-Education) • Öffentlichkeitsarbeit • Vor-Ort-Aktionen • Zusammenarbeit mit Party-Veranstaltern • Fortbildungsveranstaltungen • Workshops
Medien/Materialien:	Mix aus etabliertem medialem Präventionspool: Infostand • Szenenahe Info-Medien (Partydrogen) • MINDZONE-Poster • Postkarte: Gewinnung Ehrenamtlicher • Hand-outs (Packages 3 x Gummi: Gehörschutz, Kondom, Gummibärchen) • Homepage

9

Projekt/Name:	**eclipse e.V. – Verein für akzeptanzorientierte Drogenarbeit und psychedelische Krisenintervention**
Ort:	Berlin
Tätigkeitszeitraum:	seit 1997
Zahl der MitarbeiterInnen:	*ehrenamtlich*: ca. 30 MitarbeiterInnen
Träger/Förderung:	autonom
Kontakt:	Frederik Luhmer Mülhauser Str. 3–4, 10405 Berlin fon 030.44 05 68 91 info@eclipse-online.de www.eclipse-online.de
Ziele:	1. Gesamtgesellschaftliche Anerkennung des Rechts auf Rausch und kulturelle Einbettung des Gebrauchs von Drogen 2. Förderung von Drogenmündigkeit bei Drogengebrauchenden und am Gebrauch von Drogen Interessierten 3. Vermittlung von Safer-Use-Techniken zum Schutz vor vermeidbaren Risiken beim Gebrauch von Drogen 4. Entwicklung und Umsetzung praktischer Hilfen bei Problemen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Drogen 5. Kulturförderung
Zielgruppen:	DrogengebraucherInnen und am Gebrauch von Drogen Interessierte, Angehörige, MultiplikatorInnen etc.
Handlungsfelder:	Große Techno-Open-Air-Partys und Festivals, Internet, Gremien und Netzwerke
Themen/Maßnahmen:	• Chill-out-Gestaltung, Drogeninfo und Safer-Use-Beratung auf Partys und Festivals • Psychedelische Ambulanz (Krisenbegleitung in außergewöhnlichen Bewusstseinszuständen) • Internationale Kooperation (Basics2000-Netzwerk) • Deutschlandweite Kooperation (SONICS – Netzwerk für Rhythmus und Veränderung) • Internet: Informationsangebote und Beratung • Politische Arbeit: u.a. Etablierung von Drugchecking in Deutschland • Wissenschaftliche Arbeit zu Themen aus den Bereichen Drogen und (Techno-)Kultur • Fortbildungsveranstaltungen
Medien/Materialien:	• Projekteigenes Flyersortiment mit Informationen zu verschiedenen psychoaktiven Substanzen und für DrogengebraucherInnen relevanten Themen • Verschiedene geeignete Broschüren anderer Projekte

Projekt/Name:	**EVE & RAVE e.V. Berlin**
Ort:	Berlin
Tätigkeitszeitraum:	seit 1994
Zahl der MitarbeiterInnen:	*ehrenamtlich*: 10 bis 20 MitarbeiterInnen
Anzahl der Aktionen:	• 200 Informationsstände an Partys und Raves • 60 Chill-Spaces mit Informationsständen • 30 Seminare/Workshops/Vorträge an Kongressen und Messen • 10 Pressekonferenzen • 25 Fortbildungskurse für SzenemultiplikatorInnen und Eve & Rave-MitarbeiterInnen • 8 Partys
Träger/Förderung:	*Förderung*: Spenden aus der Szene
Kontakt:	Eve & Rave e.V. Berlin Postfach 440519, 12005 Berlin fon 030.682 77 573 • fax 030.682 77 574 berlin@eve-rave.net • www.eve-rave.net
Ziele:	• Aufklärung über Drogen und deren Wirkungsweisen • Aufklärung im Sinne von „Safer Use“ für Konsumenten zur Verminderung des gesundheitlichen Risikos, „Harm-Reduction“ • Förderung von eigenverantwortlichem Konsumverhalten (Drogenmündigkeit) • Gestaltung von Lebensräumen in Zusammenhängen mit der Technoszene, um einer Suchtentwicklung entgegenzuwirken
Zielgruppen:	Jugendliche, PartygängerInnen, DrogengebraucherInnen, MultiplikatorInnen, Medienfachleute, EntscheidungsträgerInnen (PolitikerInnen, RichterInnen, JugendamtsleiterInnen etc.)
Handlungsfelder:	• Informationsstände auf Partys und Raves (Infomaterial, Mineraldrinks, Obst, Kondome, Gleitcreme, Gesprächsangebote, manchmal auch Internet für Drogeninformationen) • Informationen im Internet (Rauschkultur, Pharmakologie, Drugchecking, Partykultur, Safer-House-Informationen, Drogenpolitik, Drogenrecht) • Fortbildungskurse (Safer-House-Kriterien, erste Hilfe, Beratung am Stand, Drogenfachinformationen, Recherche im Internet) • Gestaltung von Chill-out-Bereichen (Deko, Musik, Miniworkshops, Massage, Gesprächsrunden) • Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit (Netzwerke mit anderen Szeneorganisationen, Treffen und Zusammenarbeit mit anderen Vereinen und Drogenberatungen, Herausgabe von Broschüren, Produktion von Informationsmaterialien, Veranstaltung von Pressekonferenzen, Beteiligung an Radio- und Fernsehsendungen)
Themen/Maßnahmen:	Genussfähigkeit • Risikokompetenz • Drogenmündigkeit • Information und Aufklärung
Medien/Materialien:	Broschüren • Fotokopien • Gestaltung von regelmäßigen Artikeln in Zeitschriften • Interviews in Radio und Fernsehen • Internet

Projekt/Name:	**Jugend- und Drogenberatung BOA e.V. Marzahn**
Ort:	Berlin
Tätigkeitszeitraum:	seit 1996
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 3 MitarbeiterInnen
Träger/Förderung:	BOA e.V. Jugend- und Suchthilfe Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf
Kontakt:	Anneke Groth, Kathrin Schmidt-Wenghoffer Helene-Weigel-Platz 10, 12681 Berlin fon 030.545 89 45 • fax 030.545 89 46 marzahn@boa-berlin.de www.boa-berlin.de
Ziele:	Aufgabe des Projekts ist es, gefährdeten und abhängig konsumierenden Menschen von psychoaktiven Substanzen sowie ihren Angehörigen Information und bedarfsorientierte Unterstützung zu gewähren. Unser Ziel ist es, frühzeitig Hilfen anzubieten und praktische Unterstützung zu leisten. In der Präventionsarbeit versucht BOA e.V. in Zusammenarbeit mit Eltern und MultiplikatorInnen das Risiko des Auftretens von Folgeschäden und Suchtentwicklung zu minimieren. Abstinenz stellt dabei nicht das ausschließliche Ziel dar. Im Mittelpunkt steht eine pragmatisch ausgerichtete Sekundärprävention, die neben Substanzaufklärung u.a. auch die Einübung eines selbstverantwortlichen, genussfähigen, regelorientierten und kontrollierten Umgangs mit den einzelnen Substanzen beinhaltet (Drogenmündigkeit).
Zielgruppen:	• ProbiererInnen und KonsumentInnen psychoaktiver Substanzen • Angehörige und Bezugspersonen • MultiplikatorInnen (PädagogInnen, ErzieherInnen, MitarbeiterInnen der Jugendhilfe) • Institutionen (Schulen, Jugendeinrichtungen)
Handlungsfelder:	• Beratung für Jugendliche in Krisen- und Konfliktsituationen, Beratung von ProbiererInnen und KonsumentInnen sowie Angehörigen. (Bei Bedarf vermitteln wir in weiterführende Unterstützungsangebote der Drogenhilfe.) • Onlineberatung • Suchtprävention
Themen/Maßnahmen:	• Gremien- und Netzwerkarbeit • Informationen zu Gebrauchsmustern und Risiken psychotroper Substanzen, Safer-Use-Hinweise, Reflexion des Konsumverhaltens, bedarfsorientierte Angebote zur Steigerung der Handlungskompetenzen
Medien/Materialien:	Angebote von verschiedensten Anschauungsmaterialien (Broschüren, Filme, CD-ROM etc.)

Projekt/Name:	**mindway – Projekt für Prävention und Beratung im Zusammenhang mit Partydrogen**
Ort:	Berlin
Tätigkeitszeitraum:	seit 1999
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 2 MitarbeiterInnen (20 und 30 Wochenstunden)
Träger/Förderung:	Caritasverband für Berlin e.V., Finanzierung über das Hilfswerk bis Januar 2002
Kontakt:	Susanne Günther, Markus Hückelheim Große Hamburger Straße 18, 10115 Berlin (Mitte) fon 030.280 51 12 • fax 030.282 65 74 mindway@caritas-berlin.de www.mindway-berlin.de
Ziele:	Suchtvorbeugung; Förderung von Risiko- und Entscheidungskompetenzen der verschiedenen Zielgruppen (legalisierte wie illegalisierte Drogen betreffend), Risikominimierung (u.a. Forderung von Drugchecking)
Zielgruppen:	• Schulen: Eltern, LehrerInnen, SchülerInnen • Jugendclubs: ErzieherInnen, Jugendliche • Partys: jugendliche und junge erwachsene DrogengebraucherInnen mit verschiedensten Konsummustern (experimenteller bis regelmäßiger Konsum) • diverse Jugendhilfeeinrichtungen: Jugendliche und SozialarbeiterInnen • Ausbildungseinrichtungen: AusbilderInnen und Azubis
Handlungsfelder:	Schulen, Jugendclubs, Partys, betriebliche und überbetriebliche Ausbildungsstätten, Einrichtungen der Jugendhilfe, Vernetzung (Berliner Partydrogenprojekttreffen)
Themen/Maßnahmen:	• Einstündige bis ganztägige Fortbildungsveranstaltungen für MultiplikatorInnen • Infoveranstaltungen für Jugendliche • Partystände • Angehörigenberatung • Cannabisgruppe für Jugendliche
Medien/Materialien:	• Projekteigene Substanzflyer zur Risikominimierung • Videos • Folien • Homepage • Weitere Flyer und Broschüren

Projekt/Name:	**Therapieladen e.V.**
Ort:	Berlin
Tätigkeitszeitraum:	seit 1985
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 7 MitarbeiterInnen (4,5 Stellen: davon 4 therapeutisch, 0,5 Prävention) 4 HonorartherapeutInnen Neben Therapie und Beratung stehen 0,5 Stellen für Prävention und projektbezogene Mitarbeit zur Verfügung.
Träger/Förderung:	*Träger*: Therapieladen, Verein zur sozialen und psychotherapeutischen Betreuung Suchtmittelgefährdeter e.V., Berlin *Förderung*: Senatsverwaltung für Jugend, Schule und Sport, Drogenreferat, Berlin
Kontakt:	Therapieladen e.V. Harvey Becker Potsdamer Straße 131, 10783 Berlin fon 030.217 517 41 • fax 030.217 517 42 therapieladen-berlin@t-online.de www.therapieladen.de www.drogen-und-du.de
Ziele (hier nur bzgl. der Präventionsarbeit):	Verbessertes Risikomanagement im Umgang mit psychoaktiven Substanzen: • Vermittlung von Information über psychoaktive Substanzen • Sensibilisierung für riskante und weniger riskante Konsummuster • Verbesserung der Selbstreflexionsfähigkeit bzgl. eigener Konsumgewohnheiten
Zielgruppen:	• In den Fortbildungsseminaren: MultiplikatorInnen • Bei den einzelnen Projekten: Cannabis- und Partydrogenkonsumentinnen
Handlungsfelder:	• Fortbildungsseminare zum Thema Sekundärprävention • Entwicklung von Präventionsmaterialien
Themen/Maßnahmen und eingesetzte Medien/Materialien:	• 11/1995–4/1996 „Ecstasy-Hotline“ (viermonatige Telefonhotline, bei der KonsumentInnen über ihre Erfahrungen mit Ecstasykonsum berichteten; Ziel: Erkenntnisgewinnung über Konsummuster, -kontexte, -motive und -auswirkungen) • 1997 Entwicklung der „Safer-Night“-Broschüre in Zusammenarbeit mit eve & rave factory mit begleitender Plakataktion in Berliner Party-Clubs und Diskotheken • 1998 Fachtagung: „Cannabiskonsum heute“, Entwicklung der Konsumentenbroschüre *„Cannabis denn Sünde sein?“* mit dem ersten Kiffertest • 2000 Entwicklung der Konsumentenbroschüre *„Drogen und Du“* mit dem Test „Check Dich!“ • 2001 im Rahmen des EU-Projektes „Entwicklung von sekundärpräventiven Konzepten in der Partyszene“: Entwicklung der Internet-Seite www.drogen-und-du.de

Projekt/Name:	**Chill out e.V.**
Ort:	Potsdam, Brandenburg
Tätigkeitszeitraum:	seit 1997
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 4 MitarbeiterInnen *ehrenamtlich*: 15 MitarbeiterInnen
Träger/Förderung:	Jugendamt Potsdam Gesundheitsamt Potsdam Lasa Brandenburg Arbeitsamt Potsdam
Kontakt:	Chill out e.V. Wattstraße 16, 14482 Potsdam fon 0331.740 55 40 • fax 0331.740 68 94 team@chillout-pdm.de www.chillout-pdm.de
Ziele:	Niedrigschwellige akzeptierende Drogenarbeit
Zielgruppen:	• Jugendliche, junge Erwachsene, Angehörige • PädagogInnen, Fachleute
Handlungsfelder:	• Beratung • Begleitung • Kurzbetreuung • Vermittlung • Aufsuchende Arbeit • Prävention • Veranstaltungen • Partybetreuung • Gremien • Weiterbildung
Themen/Maßnahmen:	*Themen*: (illegale) Drogen, Partydrogen
Medien/Materialien:	• Wanderausstellung „Wissen um Drogen“ • Flyer • Infothek mit Videos und Büchern • Folien • Internet

9

Projekt/Name:	**party-project e.V.**
Ort:	Bremen
Tätigkeitszeitraum:	seit 1997 als party-project; seit Januar 2001 als party-project e.V.
Zahl der MitarbeiterInnen:	*ehrenamtlich*: 16 MitarbeiterInnen
Träger/Förderung:	Förderung durch ISAPP Bremen
Kontakt:	party-project e.V. Am Dobben 91, 28203 Bremen fon 0421.33 99 334 • fax 0421.59 77 670 party@party-project.de • www.party-project.de
Ziele:	Im Sinne eines ganzheitlichen Konzepts wollen wir sowohl ein Bewusstsein für eigene Selbsthilfepotenziale (Selbstwahrnehmung, Genussfähigkeit, Eigenverantwortung, Verantwortung für andere) schaffen als auch objektiv und glaubwürdig über die einzelnen Rausch erzeugenden Substanzen und deren Risiken (Gefahren, Wirkung, Nebenwirkung) aufklären. Dabei dürfen rechtliche, medizinische und pharmakologische Informationen nicht fehlen. Diese können helfen, die Risiken besser einzuschätzen und ein eigenverantwortliches, reflexives und bewusstes Handeln zu unterstützen. Wir wollen und können den KonsumentInnen nicht die Entscheidung abnehmen, Risiken einzugehen, jedoch dazu beitragen, die Risiken im Sinne von Gesundheitsförderung zu minimieren (Harm-Reduction). Das bedeutet, Rahmenbedingungen zu schaffen, die, an den Bedürfnissen der Jugendlichen orientiert, diese dazu befähigen, den Konsum möglichst verantwortungsbewusst, risikoarm und mit möglichst viel Genuss zu erleben. Vereinszweck ist die Förderung der Gesundheit von vorrangig jungen Menschen in Fragen bezüglich des Substanzmissbrauchs und damit zusammenhängender Schwierigkeiten, die ihre psychosoziale Gesundheit gefährden könnten oder bereits gefährden. Dies geschieht durch Aufklärung, Information, Forschung und Weiterbildung.
Zielgruppen:	Vorrangig junge Menschen, Interessierte, PartygängerInnen
Themen/Maßnahmen:	• Informationsstände (mit den Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und/oder weiterführender Beratung) auf Jugendveranstaltungen • Schaffung und Unterstützung von Kommunikationsräumen, in denen ein Austausch zwischen Jugendlichen u.a. DrogengebraucherInnen, „Fachleuten“ und anderen interessierten Personen möglich werden kann • Informationsmaterialien • Durchführung von Seminaren (Weiterbildung) • Kontaktmöglichkeit: Dienstags 13.30–16.30 Uhr, Tel: 0421.33 99 33 4 • ONLINE-Beratung: party@party-project.de • Umfassender Informationsservice zum Thema Partydrogen und Jugendkultur unter www.party-project.de • Kooperation mit Initiativen, Vereinen, Uni, StudentInnen, Sonics (Netzwerk), Freizis, Schulen, Aids-Hilfe, Drogenberatung, Suchtprävention etc. Das party-project e.V. hat sein Büro im VIERTEL in der Nähe der Sielwallkreuzung, Am Dobben 91 (im Souterrain), bezogen. Dort sind wir telefonisch, persönlich oder online zu erreichen.
Medien/Materialien:	Internet (E-Mail, Homepage) • Broschüre, Flyer

ecstasy project

Projekt/Name:	**3 cities project (3CP)** **des Büros für Suchtprävention Hamburg**
Ort:	Hamburg
Tätigkeitszeitraum:	seit 1996
Zahl der MitarbeiterInnen:	Zahl der MitarbeiterInnen in Hamburg: *hauptamtlich*: 1/4 wissenschaftlicher Mitarbeiter, 1 studentische Hilfskraft (20 Std./Woche) *ehrenamtlich*: 10 Peer-Group-Mitglieder
Träger/Förderung:	Europäische Kommission, Brüssel
Kontakt:	Theo Baumgärtner (Büro für Suchtprävention) Brennerstr. 90, 20099 Hamburg fon 040.284 99 18-13 • fax 040.284 99 18-19 baumgaertner@suchthh.de www.ecstasy-project.de
Ziele:	• Einrichtung und Etablierung eines Frühwarnsystems über Konsumtrends unter Jugendlichen • Konsolidierung eines Peer-Netzwerkes (Amsterdam, Manchester, Hamburg) • Produktion und Distribution von Präventionsmaterialien
Zielgruppen:	Jugendliche und junge erwachsene DrogenkonsumentInnen
Handlungsfelder:	Techno-, Party-, Dance-, Club-Szene
Themen/Maßnahmen und eingesetzte Medien/Materialien:	• Peer-Support-Ansatz • Aufklärungskampagnen • Key-Person-Befragungen • Focus-Group-Diskussionen • High-Risk-Group-Befragungen • Produktion und Distribution von Info-Material zu verschiedenen Drogen und riskanten Konsumformen • Homepage im Internet • Einrichtung und Betrieb einer Hotline

Projekt/Name:	**ALICE – THE-DRUG-AND-CULTURE-PROJECT**
Ort:	Frankfurt am Main, Hessen
Tätigkeitszeitraum:	seit 1995
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 1 ABM-Stelle *ehrenamtlich*: 10 MitarbeiterInnen
Anzahl der Aktionen:	36 Einsätze im Jahr 2000
Träger/Förderung:	Drogennotruf/Safe Party People e.V. Frankfurt/Main
Kontakt:	Frank Günther Musikantenweg 22, 60316 Frankfurt am Main fon 069.48 00 49 50 • fax 069.94 41 998 contact@alice-project.de frank@spp-alice.de www.alice-project.de
Ziele:	Vermittlung von Informationen für PartydrogenkonsumentInnen, Verbreiten von Safer-Use-Botschaften, Harm-Reduction und kurzfristige Risikominderung, langfristige Bewusstseinsentwicklung bei KonsumentInnen und Partyveranstaltern, Krisenintervention
Zielgruppen:	Drogen gebrauchende Jugendliche und junge Erwachsene in den Partyszenen
Handlungsfelder:	Sekundärpräventive Angebote mit klientenzentriertem und akzeptierendem Ansatz, Suchtprävention
Themen/Maßnahmen:	• Vor-Ort-Beratung in Clubs und auf Partys mit dem Alicebus • Infostände • E-Mail-Beratung • Alice-Newsletter • Bürozeiten • Rechtshilfe • Weitervermittlung an Drogenberatungsstellen
Medien/Materialien:	• Infobroschüren (Drogen, Partykultur und HIV usw.) • E-Mail-Beratung • Homepage • Kondome und Gesundheitsschutz

Projekt/Name:	**Eve & Rave Kassel e.V.**
Ort:	Kassel, Hessen
Tätigkeitszeitraum:	seit 1996
Zahl der MitarbeiterInnen:	*ehrenamtlich*: 10 MitarbeiterInnen
Träger/Förderung:	*Förderung*: Kasseler Jugendring
Kontakt:	Eve & Rave Kassel e.V. fon 0561.87 05 202 • fax 0561.86 15 144 Joshiiii@t-online.de • Homepage: in Arbeit
Ziele:	Verein zur Förderung der Party- und Technokultur und Verminderung der Drogenproblematik. Unser Ziel ist es, durch eine objektive, aber keineswegs verharmlosende Drogenaufklärung interessierten Menschen präzise Informationen über Drogen und deren Wirkung zukommen zu lassen, um diesen, soweit sie entschlossen sind, Drogen zu nehmen, zu helfen, die gesundheitlichen Risiken zu minimieren.
Zielgruppen:	Jugendliche und junge Erwachsene, insbesondere in der Technoszene
Handlungsfelder:	• *Infostände auf Technopartys* In ruhiger Atmosphäre (meist im Chill-out-Bereich) wird den BesucherInnen der jeweiligen Veranstaltung die Möglichkeit gegeben, das Informationsmaterial durchzulesen, mitzunehmen und bei Bedarf mit Mitgliedern des Vereins zu reden, Fragen zu stellen. Außer Infos werden zumeist Tee, Obst, Snacks und Mineralien angeboten. Darüber hinaus bewegen wir uns innerhalb der jeweiligen Location, um Partypeople, denen es offensichtlich nicht gut geht, zur Seite zu stehen. • *Workshops innerhalb der Szene* Dieses Angebot richtet sich an Partyleute, welche Interesse an der Arbeit von Eve & Rave zeigen. Neben einem Überblick über Idee, Konzept, Arbeitsgebiete des Vereins werden Informationen über Drogen, Drogenkultur, Drogengebrauch, Drogenmissbrauch, Drogenrecht und Drogenpolitik vermittelt. • *Vorträge für PädagogInnen und Jugendliche* (Schulklassen, Jugendclubs) Ziel ist unter anderem, den PädagogInnen gewisse Grundkenntnisse zu vermitteln, um ihnen aufzuzeigen, dass nicht jeder Konsum von Drogen unmittelbar ein großes Chaos nach sich ziehen muss. Ein größeres Verständnis und mehr Sensibilität für die Jugendlichen, die nicht nur legale Substanzen wie Alkohol oder Tabak konsumieren wollen, sollen so gefördert werden. Den Jugendlichen soll eine offene und realistische Darstellung über die unterschiedlichen Drogen und ihre Wirkungen vermittelt und auf Risiken und Nebenwirkungen hingewiesen werden, ohne einerseits den Drogenkonsum zu verharmlosen noch andererseits dabei die Drogen selbst zu verteufeln.
Themen/Maßnahmen:	Dadurch, dass die MitarbeiterInnen von Eve & Rave sich mehr oder weniger innerhalb der Technoszene bewegen, stehen wir in ständigem Kontakt und sind über Tendenzen innerhalb der Szene informiert, was sowohl die gängigen Drogen als auch deren Konsummuster betrifft. Wir bemühen uns um die ständige Aktualisierung und Erweiterung des Informationsmaterials über Drogen.
Medien/Materialien:	Broschüren und Flyer zum Thema Drogen (Recht, Gesundheit, Wirkung und Nebenwirkung), z.T. selbst entwickelt

Projekt/Name:	**Designerdrogensprechstunde**
Ort:	Rostock, Mecklenburg-Vorpommern
Tätigkeitszeitraum:	seit Dezember 1998
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 3,5 MitarbeiterInnen
Träger/Förderung:	Bundesministerium für Gesundheit, Sozialministerium des Landes MV, Hansestadt Rostock
Kontakt:	Dr. Uwe Streibhardt Barnstorfer Weg 48, 18057 Rostock fon 0381.4590 086 • fax 0381.4905 333 uwe.streibhardt@mail1.uni-rostock.de www.uni-rostock.de/fakult/medfak/kjpp/ddststart.htm
Ziele:	Altersspezifisches Angebot zur Primär- und Sekundärprävention von Drogenkonsum; Abgrenzung gegenüber „klassischen" Drogenberatungsstellen durch den Schwerpunkt medizinische Diagnostik
Zielgruppen:	Jugendliche DrogenkonsumentInnen
Handlungsfelder:	Beratung, medizinische und psychologische Diagnostik, Behandlung (ambulant bzw. Vermittlung in Entgiftung + Entwöhnung)
Themen/Maßnahmen:	Illegale Drogen, Schwerpunkt Ecstasy Im Versorgungsroutinebereich der Sprechstunde erfolgt neben einer gründlichen körperlichen Diagnostik und medizinischen Information die Psychodiagnostik und kinder- wie jugendpsychiatrische sowie psychotherapeutische Einordnung der Probleme mit der Möglichkeit zur differentiellen Therapie. Zentrales Element ist darüber hinaus die sozialpädagogisch/-arbeiterische Kompetenz als Schnittstelle zum Versorgungssystem der Jugendhilfe. Die gemeinsame Berücksichtigung medizinisch-biologischer, sozialmedizinischer, psychologischer und sozialpädagogischer Parameter ermöglicht eine differenzierte Erfassung der Ist-Situation und eine darauf aufbauende fundierte Beratung der Betroffenen und ihres Umfeldes. Zu einem Zeitpunkt, wo das Drogenproblem noch nicht alle Bereiche überlagert, sollen alternative Lösungsstrategien für von den Jugendlichen allein oder zusammen mit den Professionellen in der Sprechstunde erkannte Probleme diskutiert und eingeleitet werden. Ziel dieses Projektes ist eine effektive Nutzung des vorhandenen Leistungsangebotes bzw. der bestehenden Rechtsansprüche auf Therapien und Hilfen zur Lösung der vorhandenen Probleme. Die wissenschaftliche Begleitung soll interdisziplinär psychosoziale und Gesundheitsfolgen solcher häufig schon früh polytoxikomaner Nutzungsmuster erforschen und die Versorgungsepidemiologie dadurch bereichern, dass reale Versorgungsmöglichkeiten innerhalb des bestehenden Systems nachgewiesen und ausgeschöpft werden.
Medien/Materialien:	• Medizinische und psychologische Testdiagnostik (Standard) • Info-Broschüren • Eigener Flyer

Projekt/Name:	**NB-DROBS, Szenespezifische Prävention** **Neubrandenburger Drogenberatungsstelle**
Ort:	Neubrandenburg, Mecklenburg-Vorpommern
Tätigkeitszeitraum:	seit 1999
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 2 MitarbeiterInnen, 1 Honorarkraft, 1 Praktikant
Anzahl der Aktionen:	2000: 27 Drogeninfo-Veranstaltungen für 420 Jugendliche und Erwachsene, 7 Drogeninfostände auf Jugendveranstaltungen 8 Infostände in der Techno-House-Szene
Träger/Förderung:	*Träger*: Caritas Mecklenburg e.V., Kreisverband Mecklenburg/Strelitz, Neubrandenburg *Förderung*: Landesjugendamt Mecklenburg-Vorpommern, Jugendamt Mecklenburg/Strelitz, Jugendamt Neubrandenburg
Kontakt:	NB-DROBS Am Pferdemarkt 2, 17033 Neubrandenburg fon 0395.566 53 14 • fax 0395.566 53 12 nb-drobs@t-online.de www.nb-drobs.de
Ziele:	• Umfassende Infos über Drogen und Drogenwirkungen • Förderung der Auseinandersetzung mit eigenem Drogenkonsum • Förderung des Gesundheitsbewusstseins • Risikominimierung bei Drogenkonsum • Unverbindliche Kontaktaufnahme zum Beratungsangebot • Hinwirken auf Einrichtung von Chill-out-Bereichen
Zielgruppen:	Jugendliche im Alter von ca. 14–26 Jahren, Multiplikatoren und Erwachsene
Handlungsfelder:	Schulen, Ausbildungsstätten und Jugendclubs, Techno-, House- und Tranceveranstaltungen, Jugendveranstaltungen, Weiterbildungsstätten
Themen/Maßnahmen:	• Illegale Drogen, insbesondere Partydrogen, Jugend und Drogen • Drogeninformationsveranstaltungen, Weiterbildungsveranstaltungen, Drogeninfostände • Jugendveranstaltungen im Freizeitbereich • DJ-Workshops
Medien/Materialien:	• Kleinbus, Musik- und Lichtanlage • Broschüren, Literatur, Infomaterial • Videobeamer • Overheadprojektor • Infostand • Projektmittel für Dekorations- und Verbrauchsmaterial

9

Projekt/Name:	**DROBS Hannover/** **Bereich Prävention** (s. auch *Kap. 6.2*)
Ort:	Hannover, Niedersachsen
Tätigkeitszeitraum:	seit 1971, im Ecstasy- und Technobereich seit Ende 1992
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 3 MitarbeiterInnen und 2 ABM-Kräfte
Anzahl der Aktionen:	ca. 40 Partys, 8 Workshops (DJ, Deko, Musikproduktion), 2 feste Beratungsgruppen für jugendliche XTC-Konsumenten
Träger/Förderung:	Step gGmbH Hannover
Kontakt:	Drobs Hannover/Bereich Prävention Odeonstr. 14, 30159 Hannover fon 0511.70 146-0 • fax 0511.70 146-39 praeventionsteam@step-hannover.de www.step-hannover.de
Ziele:	Ziel ist, dass die KonsumentInnen einen eigenverantwortlichen, genussorientierten und risikoarmen Umgang mit Rauschmitteln lernen, Risikofaktoren zur Suchtentwicklung vermieden und Schutzfaktoren gestärkt werden.
Zielgruppen:	KonsumentInnen, NichtkonsumentInnen, Partyveranstalter; eigentlich alle Interessierten
Handlungsfelder:	• Umfassende Aufklärung zu medizinischen und rechtlichen Aspekten von Drogen • Beratung • Schadensminimierung, u.a. durch Drugchecking, Gespräche über genussvollen und missbräuchlichen Drogenkonsum • Alternativen durch Workshopangebote • Feste Beratungsgruppen für RisikokonsumentInnen • Vermittlung in ambulante oder stationäre Therapie
Themen/Maßnahmen:	• Einsatz des Drogen-Info-Mobils • Drugchecking • Erstellung und Vertrieb von Publikationen • Bekanntgabe (*Outing*) besonders gefährlicher Pillen via Homepage, E-Mail, Flyer und in einem Technomagazin • Onlineberatung in Planung
Medien/Materialien:	• Homepage • Broschüren, Flyer • „Böse-Pillen“-Abo

Projekt/Name:	**Chill Out Verein zur Förderung der Kommunikationskultur e.V.**
Ort:	Aachen, Nordrhein-Westfalen
Tätigkeitszeitraum:	seit 1997
Zahl der MitarbeiterInnen:	*ehrenamtlich*: 30 MitarbeiterInnen
Träger/Förderung:	Der Verein wird unter freier Trägerschaft geführt und nicht gefördert.
Kontakt:	Dipl.-Soz.-Arb. Marc Fischer Sebastianstr. 10, 52066 Aachen fon 0241.99 65 895 • 0179. 21 78 933 • fax 0241.18 04 919 fischer@chill-out.de • www.chill-out.de
Ziele:	Seit den siebziger Jahren bemühen sich Staat und unabhängige Initiativen darum, den steten Trend zum unsteten Konsumleben umzukehren. Die Erkenntnis, dass auch illegale Rauschmittel längst einen festen Platz in unserer Gesellschaft eingenommen haben, setzt sich dagegen jetzt erst langsam durch. Die Politik des erhobenen Zeigefingers ist bei der Suchtprävention überholt. Mit unserer Philosophie der lebensweltbezogenen Prävention streben wir daher nach einem ganzheitlicheren Ansatz. Statt Weltbild und Konsumbedürfnis der UserInnen von vornherein abzulehnen, leben wir szenetypische Denk- und Kommunikationsstrukturen und suchen eine gemeinsame Vertrauensbasis. Nur vor diesem Hintergrund können wir glaubhaft Events anbieten, die als Konsumalternativen akzeptiert werden, und Aufklärung leisten, die auf offene Ohren stößt. Nicht verbieten, sondern beraten, nicht ablehnen, sondern Alternativ-Kicks bieten: Das verstehen wir unter Kommunikationskultur. Im Gegensatz zu jedem Supermarktartikel sind Bestandteile von Drogen nicht einzeln angegeben und sie sind nicht auf ihre Unbedenklichkeit hin geprüft. Gerade bei den chemisch hergestellten Rauschmitteln ist es unmöglich, Wirkstoff, Dosierung oder Verunreinigungen ohne Laboranalyse zu erkennen. Immer öfter zeigen unvorhergesehene Unfälle in der Szene, wie schlecht solche Gefahren eingeschätzt werden können. Hinzu kommen die Schäden des Langzeitkonsums, die gerade bei „Partydrogen“ noch nicht ausreichend erforscht sind. Je nach Droge und Konsumverhalten überwiegen deshalb die Risiken oft den Genuss! Hier sollte sich jeder selber genau über die Wirkweisen und Langzeitfolgen „seiner“ Drogen informieren, um eigenverantwortlich entscheiden zu können.
Zielgruppen:	UserInnen sog. Partydrogen und deren Umfeld, MultiplikatorInnen
Handlungsfelder:	• Internet • Vor-Ort-Beratung • Beratung an jugendrelevanten Einrichtungen • Beratung an Brennpunkten • Durchführen von Events als Konsumalternativen
Themen/Maßnahmen:	Aufklärung • Information • Gesundheitsförderung • Risikominimierung • Förderung des eigenverantwortlichen, bewussten Handelns
Medien/Materialien:	• Anonyme Onlineberatung innerhalb von 24 Stunden unter www.chill-out.de • substanzenspezifische Flyer bei der Vor-Ort-Beratung • Pillenwarnungen

9

Projekt/Name:	**Eve & Rave Münster** (s. auch *Kap. 4.2*)
Ort:	Münster, Nordrhein-Westfalen
Tätigkeitszeitraum:	seit 1996
Zahl der MitarbeiterInnen:	*ehrenamtlich*: 9 MitarbeiterInnen
Anzahl der Aktionen:	Vor-Ort-Arbeit: regelmäßig 2 x im Monat Informationsstände auf Technoveranstaltungen
Träger/Förderung:	Stadt Münster: Drogenberatung, Siverdes Stiftung, Gesundheitsamt
Kontakt:	Eve & Rave Münster Schorlemerstr. 8, 48143 Münster fon 0251.492 58 89 • fax 0251.492 77 72 Mschubring@aol.com • www.eve-rave.de
Ziele:	Eve & Rave Münster ist eine Szene-Initiative, die Drogenaufklärung in der Technoszene mit folgenden Zielen betreibt: • Minimierung der Risiken auf Technoveranstaltungen • Umsetzung eines Safer-House-Konzepts für Technopartys • Umsetzung von Drugchecking, da Schwarzmarktdrogen weniger gefährlich sind, wenn sie auf Inhaltsstoffe überprüft werden können
Zielgruppen:	Personen aus allen Bevölkerungsgruppen, die direkt oder indirekt in der regionalen Techno- und House-Szene mit dem Thema Partydrogen konfrontiert werden
Handlungsfelder:	*Beratung/Information* • Telefonische und persönliche Beratung einmal pro Woche in Kooperation mit der Fachstelle für Suchtvorbeugung der Drogenhilfe der Stadt Münster • SCHWERPUNKT: Vor-Ort-Arbeit (regelmäßig 2 x im Monat Informationsstände auf Technoveranstaltungen) • Informationsservice zu Partydrogen im Internet, u.a. Beratung via E-Mail, Diskussionsforum, WAP-Service • Beratung von Studierenden, die Diplom-, Examens- oder Studienarbeiten zur Party(people)-Szene verfassen und/oder zu Projekten in der Techno-Szene arbeiten *Fortbildungen* • Fortbildungen für MultiplikatorInnen • Aufklärungsveranstaltungen für Eltern • Erste-Hilfe-Kurse für Drogennotfälle *Kooperation* Mit der Fachstelle für Suchtvorbeugung der Drogenhilfe der Stadt Münster *Zusammenarbeit* Mit VeranstalterInnen, InstitutionenÄrztInnen und Technoszene-Organisationen
Medien/Materialien:	• Flyer, Internet sowie Beratung • Öffentlichkeitsarbeit: Radio, Print-Medien, TV-Sender

Projekt/Name:	**Eve & Rave NRW e.V.** **Verein zur Förderung der Technokultur und Minderung der Drogenproblematik**
Ort:	Köln, Nordrhein-Westfalen
Tätigkeitszeitraum:	seit 1996
Zahl der MitarbeiterInnen:	*ehrenamtlich*: fester Kern von 10–15 MitarbeiterInnen 30 temporär Interessierte
Träger/Förderung:	Spenden und Mitgliedsbeiträge Projektbezogene Förderung von der Aids-Hilfe NRW
Kontakt:	Natalie Telle Liebigstr. 26, 50823 Köln fon 0221.55 23 98 • fax 0221.55 23 98 eve-rave.nrw@gmx.de Homepage: noch im Aufbau
Ziele:	Durch die Gestaltung von Chill-outs auf Partys soll die Technokultur gefördert und somit die Drogenproblematik gemindert werden. Durch eine den Konsum akzeptierende, gesundheitsfördernde Aufklärung (Safer Use, Safer Sex) und Wissensvermittlung soll Drogenmündigkeit entwickelt werden.
Zielgruppen und Handlungsfelder:	Zielgruppe sind PartydrogenkonsumentInnen. Interessierten Veranstaltern bieten wie eine Konzeptberatung zum Safer-House-Projekt an. Außerdem Fortbildung für MultiplikatorInnen zu Techno- und Drogenkultur. Wir engagieren uns als Interessenvertretung für kulturelle und politische Forderungen. Eve & Rave ist in übergeordnete Netzwerke eingebunden wie das Sonics-Cybertribe-Netzwerk, Netzwerk für Rhythmus und Veränderung, und das techno-netzwerk berlin. Das techno-netzwerk berlin erarbeitete 1999 das Drug-Checking-Konzept für die BRD.
Medien/Materialien:	• Bücher zum Thema Drogen, eine Literaturliste • XTC-Analysenliste (Eve & Rave Schweiz) • Partydrogenbroschüre 97, Safer-Use-Info zu XTC, Speed, LSD, Kokain (Eve & Rave Berlin) • Jungle Pack: inkl. Kondom, Gleitmittel, Gehörschutz • Infokarte mit Adressen und Drogennotfallinformationen und zuckerfreiem Bonbon

Projekt/Name:	**in Echtzeit** **Beratungsstelle für synthetische Drogen und Cannabis**
Ort:	Bochum, Nordrhein-Westfalen
Tätigkeitszeitraum:	seit 1997
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 1,5 MitarbeiterInnen *ehrenamtlich*: 5 StudentInnen
Träger/Förderung:	Krisenhilfe e.V. Bochum
Kontakt:	Nadja Wirth Alte Hattinger Str. 20, 44789 Bochum fon 0234.30 94 38 • fax 0234.32 53 905 inEchtzeit@hotmail.com www.suchtvorbeugung.de/bochum
Ziele:	• Ein von der Beratung zu Heroin räumlich und personell getrenntes, spezialisiertes sekundärpräventives Angebot schaffen. • Selbstverantwortlichen Umgang mit Rauschmitteln fördern und möglichst frühzeitig Suchttendenzen entgegenwirken. Im sozialen Umfeld durch Erhöhung von Handlungskompetenz ein kritisch-förderndes Klima erreichen und Ausgrenzung verhindern.
Zielgruppen:	KonsumentInnen synthetischer Drogen und von Cannabis und deren Bezugspersonen
Handlungsfelder:	• Beratung und längerfristige Begleitung • Bundesmodellprojekt „FreD“ – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten im Zusammenhang mit § 31a BtmG und § 45 JGG • Foto-, Ausstellungs- und Mitmach-Projekt „Kicks & Klicks“ (in Arbeit): Jugendliche transportieren über Fotos und Statements an andere Jugendliche ihren verschiedenen Umgang mit Rauschmitteln • Arbeit an Schulen: mit SchülerInnen und sekundärpräventive MultiplikatorInnenarbeit mit LehrerInnen • Öffentlichkeitsarbeit
Themen/Maßnahmen:	Einzelgespräch, Gruppenangebot, Projekt, Infostand
Medien/Materialien:	• Fotos • Malen • GINKO-Safer-Use-Karten • Material vom Therapieladen e.V. Berlin

Medienprojekt der Stadt Wuppertal
Jugendvideoproduktion und -vertrieb

Projekt/Name:	**Medienprojekt der Stadt Wuppertal**
Ort:	Wuppertal, Nordrhein-Westfalen
Tätigkeitszeitraum:	seit 1992
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 1 Medienpädagoge 15 freie MitarbeiterInnen
Anzahl der Aktionen:	pro Jahr 100–150 Videoproduktionen in Projektform
Träger/Förderung:	*Träger*: Stadt Wuppertal, *Förderung*: durch div. andere Träger; Teilfinanzierung über Verkauf der Videos als Bildungsmittel, Verlagslizenzverkauf und Fernsehverwertung
Kontakt:	Medienprojekt der Stadt Wuppertal Hofaue 55, 42103 Wuppertal fon 0202.563 2647 • fax 0202.44 68 691 borderline@wuppertal.de www.wuppertal.de/borderline
Ziele:	Jugendlichen wird durch selbst produzierte Filme die Möglichkeit zur freien, kreativen Artikulation ihrer Ästhetiken, Meinungen und Lebensinhalte gegeben. Motto: Das bestmögliche Video für das größtmögliche Publikum.
Zielgruppen:	Jugendliche und junge Erwachsene (Alter 14–26 Jahre), MultiplikatorInnen
Handlungsfelder:	• Jugendvideoproduktion, -präsentation und -vertrieb Thematische Videoworkshops, Videomagazin „borderline“, thematische Langzeitdokumentationen, Kurzfilmproduktionen, internationale Videoprojekte, Videopräsentation und Vertrieb als Bildungsmittel durch eigenen und Fremdverlage, Festivalpräsentation, Fernsehverwertung *Genres*: Dokumentation, Kurzspielfilm, Musikvideo, Trickfilm, Experimentalfilm, Dokusoap • Professionelle Anleitung durch FilmemacherInnen + MedienpädagogInnen
Themen:	• Drogenprävention (Partydrogen, Alkohol, Cannabis, harte Drogen, Essstörungen) • Sexuelle Aufklärung, sexualisierte Gewalt, schwul-lesbische Projekte • HIV-/Aids-Prävention, Gewaltprävention • Rassismus/Rechtsextremismus • Interkulturelles • Flüchtlinge • Politische Bildung • Jugendliche Subkulturen
Medien/Materialien:	Videoproduktion

9

Projekt/Name:	**Rauschmusik**
Ort:	Mülheim an der Ruhr & Oberhausen, Nordrhein-Westfalen
Tätigkeitszeitraum:	seit 1999
Zahl der MitarbeiterInnen:	*Mülheim hauptamtlich*: 4 MitarbeiterInnen *ehrenamtlich*: 1 MitarbeiterIn *Oberhausen hauptamtlich*: 5 MitarbeiterInnen
Anzahl der Aktionen:	*Mülheim*: 3 Fortbildungseinheiten für die MitarbeiterInnen, Projekttag, Wettbewerb, Preisverleihung *Oberhausen*: Wochenend-Workshop im Jugendzentrum, Wettbewerb, Preisverleihung
Träger/Förderung:	*Träger*: Ginko *Kooperationspartner*: Jugendzentrum St. Barbara, Hauptschule Dümpten, Jugendzentrum „Druckluft“ *Förderung*: Sachspenden d. Fa. Magix (Software: musik-maker)
Kontakt:	Anneke Ratering Kaiserstr. 90, 45468 Mülheim an der Ruhr fon 0208.300 69-45 • fax 0208.300 69-49 a.ratering@ginko-ev.de www.rauschfaktor.dewww.ginko-ev.de
Ziele:	Rausch und Musik – neben dem Internet die Nummer-eins-Themen Jugendlicher. Unser Ziel war es, dieses Interesse der Jugendlichen zu nutzen, um sie anzuregen, sich mit ihrem eigenen Umgang mit legalen und illegalen Rauschmitteln, ihrer Genussfähigkeit, Rauscherfahrungen, Hintergründen für den Rauschmittelkonsum, Regeln für sicheren Konsum bzw. Rausch etc. auseinander zu setzen. Über ihre eigene Musik konnten sie ihre Erfahrungen ausdrücken und ggf. Tipps an andere Jugendliche weitergeben. Zudem wurde die bestehende Internetseite www.rauschfaktor.de in das Projekt eingebunden, auf der u.a. die Hilfe von zwei „RauschberaterInnen“ in Anspruch genommen werden kann.
Zielgruppen:	• Jugendliche und junge Erwachsene, die erste Erfahrungen mit Rauschmitteln machen • MultiplikatorInnen, die mit Jugendlichen arbeiten
Handlungsfelder:	• Schulen und Jugendfreizeiteinrichtungen • Offene Ausschreibung im Internet
Themen/Maßnahmen:	Rausch mit und ohne Rauschmittelkonsum
Medien/Materialien:	• Computer • Musiksoftware • Keyboard

Projekt/Name:	**Rave-Shuttle**
Ort:	Eschweiler, Nordrhein-Westfalen
Tätigkeitszeitraum:	seit 1998 Von 1999 bis Anfang 2001 Unterbrechung wegen fehlender finanzieller Unterstützung. Erneuter Projektstart: September 2001
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 1 MitarbeiterIn 25 Std./Woche 1 Honorarkraft
Träger/Förderung:	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Aachen e.V. Angesiedelt ist das Projekt bei der Suchtberatung Eschweiler
Kontakt:	Gabi Fischer Suchtberatung Eschweiler Langwahn 16, 52249 Eschweiler fon 02403.88 30 50 • fax 02403.88 30 555 fischer@sucht-eschweiler.de www.sucht-eschweiler.de
Ziele:	Aufgabe des Projekts ist es, im Rahmen von Sekundärprävention über Gefahren und Wirkungsweisen von legalen und illegalen Drogen zu informieren.
Zielgruppen:	Jugendliche und junge Erwachsene
Handlungsfelder:	Schulen, offene Jugendeinrichtungen, elektronische Tanzveranstaltungen, Festivals
Themen/Maßnahmen und eingesetzte Medien/Materialien:	• Ein umgebauter Bus, unterteilt in einen Beratungs- und einen Chill-out-Bereich • Informationsbroschüren über Wirkungsweisen und Gefahren von legalen und illegalen Drogen • Bereitstellung von Safer-Sex-Broschüren und Kondomen • Allgemeine Gesundheitsberatung • Aufklärung über besonders verunreinigte Pillen • Hinweise über Möglichkeiten der Risikominimierung bei KonsumentInnen • Hinweise auf bestehende Hilfsangebote

Projekt/Name:	**www.partypack.de – die Partydrogen-Info-Seite der Drogenhilfe Köln e.V., Fachstelle für Suchtprävention**
Ort:	Köln, Nordrhein-Westfalen
Tätigkeitszeitraum:	seit 21. September 2000
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 0,5 Personalstelle Dipl.-Soz.-Pädagoge 1 studentische Hilfskraft, ca. 20 Std./Monat
Träger/Förderung:	*Träger*: Drogenhilfe Köln e.V. *Förderung*: Jugendamt der Stadt Köln, Amt für Kinder, Jugend und Familie
Kontakt:	www.partypack.de @Drogenhilfe Köln e.V. Hans-Böckler-Str. 5, 50354 Hürth fon 02233.70 92 59 • fax 02233.70 92 63 info@partypack.de www.partypack.de
Ziele:	• Verhinderung von Gesundheitsgefährdungen und -schäden (Harm-Reduction) • Förderung des Risikobewusstseins und der Eigenverantwortung • Hinauszögern des Erstkonsums • Reflexion des eigenen Konsumverhaltens, Reduzierung und Einstellung des Konsums • Förderung und Entwicklung von Alternativen zum Konsum • Förderung der kommunikativen und inhaltlichen Kompetenzen und des Erfahrungsaustauschs • Kontaktaufnahme mit sowie Anbindung an das Drogenhilfesystem • Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Partyveranstaltern • Einflussnahme auf die strukturellen Bedingungen bei Techno-veranstaltungen
Zielgruppen:	• NichtkonsumentInnen • ExperimentiererInnen • GelegenheitskonsumentInnen • DauerkonsumentInnen von so genannten Partydrogen • MultiplikatorInnen
Handlungsfelder:	• Zielgruppenspezifische Prävention im Bereich der Party- und Technoszene • Bewerbung über Flyer
Themen/Maßnahmen und eingesetzte Medien/Materialien:	• Internet • E-Mail-Beratung • Newsletter • Flyer

Projekt/Name:	**DRUG SCOUTS Suchtzentrum Leipzig e.V.**
Ort:	Leipzig, Sachsen
Tätigkeitszeitraum:	seit 1996
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 2 MitarbeiterInnen *ehrenamtlich*: 8 Mitarbeiterinnen
Träger/Förderung:	*Träger*: Suchtzentrum Leipzig e.V. *Förderung*: Jugendamt und Gesundheitsamt der Stadt Leipzig sowie Landesjugendamt Sachsen
Kontakt:	DRUG SCOUTS Suchtzentrum Leipzig e.V. Eutritzscher Straße 9, 04105 Leipzig fon 0341.211 20 22 • fax 0341.211 20 22 drugscouts@suchtzentrum.de www.drugscouts.de
Ziele und Zielgruppen:	Mit den verschiedenen Angeboten unseres Projektes wollen wir erreichen, dass Jugendliche, welche legale und/oder derzeit illegalisierte Drogen konsumieren, • die Möglichkeit wahrnehmen können, einen selbstverantwortlichen, regelorientierten, risikobewussten und genussfähigen Umgang mit Drogen zu entwickeln, • einen kritischen Blick auf die Funktion und Bedeutung ihres Drogenkonsums richten, • eigene Erfahrungen und Ressourcen nutzen, um mit Risiken beim Konsum von Drogen umgehen zu können.
Handlungsfelder:	Information und Aufklärung im Sinne von Gesundheitsförderung beim Umgang mit legalen und illegalisierten Drogen (§ 14 KJHG): • im Internet www.drugscouts.de • im Drogen-Info-Laden „DRUG STORE“ • in Jugendclubs („Drogenzone“) • am Infotelefon („Drogentelefon“) • im Rahmen von MultiplikatorInnenschulungen • an Infoständen (z.B. auf Partys) • Weitergabe von Informationen über selbst entwickelte Infomaterialien
Themen/Maßnahmen:	Infos zu Substanzen und Konsumformen, Safer-Use-Tipps, Informationen zur rechtlichen Lage und zum Hilfesystem, Vermittlung zu adäquaten Angeboten
Medien/Materialien:	• Faltblätter, Flyer, Broschüren, Plakate, Videos, Bücher • eigene Website www.drugscouts.de • Infostände

9

Projekt/Name:	**Ecstasy-Online: Neue Medien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**
Ort:	Lübeck, Schleswig-Holstein
Tätigkeitszeitraum:	seit 1998
Zahl der MitarbeiterInnen:	*ehrenamtlich*: 7 MitarbeiterInnen
Träger/Förderung:	Medizinische Universität zu Lübeck teilweise Unterstützung durch das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
Kontakt:	Prof. Dr. Michael Herczeg Medizinische Universität zu Lübeck Seelandstraße 1a, 23569 Lübeck fon 0451.3909-506 • fax 0451.3909-505 herczeg@imis.mu-luebeck.de www.imis.mu-luebeck.de
Ziele:	Im Projekt „Neue Medien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ wurde gemeinsam vom Institut für Multimediale und Interaktive Systeme (IMIS) und der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (beide Medizinische Universität zu Lübeck, MUL) ein zielgruppengerechtes Internet-Angebot zur Drogenberatung aufgebaut.
Zielgruppen:	Das Vorhaben wurde durch die Beobachtung motiviert, dass sich im Bereich der sog. „Designerdrogen“ (speziell Ecstasy) eine Klientel findet, die einerseits den klassischen jugendpsychiatrischen Beratungsangeboten zunehmend entfremdet ist. Andererseits nutzt diese Zielgruppe in starkem Maße die neuen Medien auf Basis des Internets und verbindet diese Aktivitäten mit einem spezifischen Lebensgefühl. Dieser Zusammenhang soll mit Hilfe eines Internet-Angebots genutzt werden, um durch den Einsatz neuer elektronischer Medien die Zielgruppen, d.h. Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeitsproblemen, gezielt anzusprechen. Darüber hinaus soll das Angebot auch für Eltern drogenabhängiger und abhängigkeitsgefährdeter Jugendlicher sowie auch andere Personen aus dem sozialen Umfeld der Jugendlichen hilfreich sein.
Handlungsfelder:	Ecstasy-Beratung, Designerdrogen
Themen/Maßnahmen:	Das Webangebot enthält umfangreiche Informationen zu den so genannten Designerdrogen und zu den Risiken des Konsums. Die zielgruppenspezifisch aufbereitete Themenpalette beinhaltet u.a. verbal und bildlich dargestellte Sachinformationen über die Wirkung, Herkunft und chemische Zusammensetzung von Ecstasy. Weiter werden wichtige mit Drogenkonsum und Abhängigkeit zusammenhängende Fragen beantwortet und auch Wege zur Unterstützung im Notfall bei einer akuten Vergiftung aufgezeigt.
Medien/Materialien:	• Text und Bild im Web • Fragebogen zum Selbsttest • E-Mail-Kontakt (auch anonym durch internet-basierte Anonymisierungsangebote)

Projekt/Name:	**Musikszeneprojekt Drogerie**
Ort:	Erfurt, Thüringen
Tätigkeitszeitraum:	seit 2000
Zahl der MitarbeiterInnen:	*hauptamtlich*: 2 MitarbeiterInnen – volle Stelle 1 MitarbeiterIn – halbe Stelle 2 MitarbeiterInnen auf Basis geringfügiger Beschäftigung
Träger/Förderung:	*Träger*: SiT-Suchthilfe in Thüringen gGmbH *Förderung*: 100% vom Thüringer Ministerium für Familie, Soziales und Gesundheit
Kontakt:	Musikszeneprojekt Drogerie SiT-Suchthilfe in Thüringen gGmbH Regierungsstr. 35, 99084 Erfurt fon 0361.60 20 866 • fax 0361.60 20 867 info@drogerie-projekt.de www.drogerie-projekt.de
Ziele:	• Minimierung der durch Drogenkonsum entstehenden Risiken für die KonsumentInnen • Kritische Betrachtung und Hinterfragung des Konsums und Konsumverhaltens • Unterstützung und Motivation bei Abstinenzversuchen
Zielgruppen:	• Jugendliche • Junge Erwachsene • KonsumentInnen sowie NichtkonsumentInnen von legalen und illegalen Drogen
Handlungsfelder:	Musikveranstaltungen jeder Art: Techno- und Housepartys, Konzerte, Open Airs etc.
Themen/Maßnahmen und eingesetzte Medien/Materialien:	• Internet • Plakate • Postkarten • Flyer

9

9.2 Programm der Tagung

BZgA-Fachtagung „Drogenkonsum in der Partyszene“ vom 24. bis 26. September 2001 in Köln

Montag, 24. 9. 2001

12.00 Uhr	Anreise und Check-in im Tagungsbüro
14.00 Uhr	**Ansprache: Marion Caspers-Merk, Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit**
	Einführung in die Tagung: Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
14.30 Uhr	**Medizinische und pharmakologische Aspekte des Ecstasykonsums – Ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand** Dr. Christina Poethko-Müller, BfArM
15.15 Uhr	**Epidemiologische Aspekte des Drogenkonsums in der Partyszene – Ergebnisse repräsentativer Befragungen zum Drogenkonsum in Deutschland** Jürgen Töppich, BZgA
	Zur Situation in europäischen Nachbarländern Roland Simon, DBDD
	Die kriminalpolizeiliche Erkenntnislage Andreas Maack, BKA
16.15 Uhr	Pause
16.30 Uhr	**Drogenkonsum in der Kontrollgesellschaft – Ein soziales Phänomen und seine gesellschaftliche Regelung** Dr. Aldo Legnaro, ISIP
17.00 Uhr	**Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung – Präventionsstrategien im Wandel** Prof. Dr. Peter Franzkowiak, Fachhochschule Koblenz
	Aussprache und Diskussion
Ab 19.00 Uhr	Abendessen und Projektmesse

Dienstag, 25. 9. 2001

9.00 Uhr	**Aktuelle Trends in Peer-Support und Peer-Education** Vorstellung der Arbeitsgruppe I
9.10 Uhr	Eve & Rave Münster
9.35 Uhr	MINDZONE München

10.00 Uhr	**Massenmediale Kommunikation über Drogen** Vorstellung der Arbeitsgruppe II
10.10 Uhr	**Die Kommunikation von gesundheitlichen Risiken in der Drogenprävention – Anregungen aus der Präventionsforschung** Dr. Hermann Fahrenkrug, SFA, Lausanne, Schweiz
10.35 Uhr	drugcom.de, Internetprojekt der BZgA
11.00 Uhr	Pause
11.15 Uhr	**Chancen und Risiken von Drugchecking** Vorstellung der Arbeitsgruppe III
11.25 Uhr	ChEck iT!, Wien
11.50 Uhr	Jugend- und Drogenberatungszentrum Hannover
12.15 Uhr	Einteilung der Arbeitsgruppen
12.30 Uhr	Mittagessen
Ab 14.00 Uhr	**Parallele Arbeitsgruppen** **AG I: Aktuelle Trends in Peer-Support und Peer-Education** Leitung: Dr. Bettina Schmidt; Moderation: Sabine Götte
	AG II: Medienanalyse, Maßnahmen und Ziele, unbeabsichtigter Nebeneffekt Leitung: Dr. H. Peter Tossmann; Moderation: Gisela Marsen-Storz
	AG III: Chancen und Risiken von Drugchecking Leitung: Dr. Artur Schroers; Moderation: Claudia Pütz
18.30 Uhr	Abendessen
20.00 Uhr	Abendprogramm

Mittwoch, 26. 9. 2001

9.00 Uhr	Fortsetzung der parallelen Arbeitsgruppen
10.30 Uhr	Pause
10.45 Uhr	Darstellung der Einzelergebnisse aus den Arbeitsgruppen
	Diskussion der Schlussfolgerungen
12.15 Uhr	Schlusswort
12.30 Uhr	Ende der Veranstaltung

9.3 Verzeichnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die nachfolgende Teilnehmerliste wurde auf der Grundlage der Anmeldungen und der nachträglichen Einträge im Tagungsbüro erstellt. Trotz des Bemühens um weitestgehende Vollständigkeit kann nicht sichergestellt werden, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung aufgeführt sind.

Vorträge, AG-Leitungen, Moderation und Organisation

Caspers-Merk, Marion, BMG, Mohrenstraße 62, 10117 Berlin

Domschat, René, Sinus, Habsburgerring 3, 50674 Köln

Fahrenkrug, Dr. Hermann, Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme, Av. Ruchonnet 14 CP 870, 1001 Lausanne, Schweiz

Franzkowiak, Prof. Dr. Peter, Fachhochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwesen, Finkenherd 4, 56075 Koblenz

Goette, Sabine, MediaBüro, Habsburgerring 3, 50674 Köln

Juschka, Ralf, Sinus, Habsburgerring 3, 50674 Köln

Kramer, Katrin, BZgA, Ostmerheimer Str. 220, 51101 Köln

Kriener, Harald, ChEck iT!, Institut für Suchtprävention, Fonds Soziales Wien, Alserstr. 20/6, 1090 Wien, Österreich

Legnaro, Dr. Aldo, Institut für Sicherheits- und Präventionsforschung e.V., Troplowitzstr. 7, 22529 Hamburg

Maack, Andreas, Bundeskriminalamt Wiesbaden, Referat OA25, Postfach 18 20, 65008 Wiesbaden

Marsen-Storz, Gisela, BZgA, Ostmerheimer Str. 220, 51101 Köln

Michels, Dr. Ingo Ilja, BMG, Mohrenstraße 62, 10117 Berlin

Nitschke, Stefan, MINDZONE, Landescaritasverband Bayern e.V., Lessingstraße 3, 80336 München

Nöcker, Dr. Guido, BZgA, Ostmerheimer Str. 220, 51101 Köln

Poethko-Müller, Dr. Christina, Bundesinstitut f. Arzneimittel und Medizinprodukte, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Pott, Dr. Elisabeth, BZgA, Ostmerheimer Str. 220, 51101 Köln

Pütz, Claudia, Landeskriminalamt NRW, Roßstr. 135, 40476 Düsseldorf

Sandkühler, Dirk, BZgA, Ostmerheimer Str. 220, 51101 Köln

Schäfer, Eri, delphi – Gesellschaft für Forschung, Beratung u. Projektentwicklung mbH, Rathenower Str. 38, 10559 Berlin

Schmid, Kristina, BZgA, Ostmerheimer Str. 220, 51101 Köln

Schmid, Prof. Dr. Rainer, AKH KIMCL, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich

Schmidt, Dr. Bettina, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 100 131, 33501 Bielefeld

Schroers, Dr. Arthur, Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Büro für Suchtprävention, Brennerstraße 90, 20099 Hamburg

Simon, Roland, Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 München

Spickermann, Marion, BZgA, Ostmerheimer Str. 220, 51101 Köln

Tensil, Marc-Dennan, delphi – Gesellschaft für Forschung, Beratung u. Projektentwicklung mbH, Rathenower Str. 38, 10559 Berlin

Töppich, Jürgen, BZgA, Ostmerheimer Str. 220, 51101 Köln

Tossmann, Dr. Hans Peter, delphi – Gesellschaft für Forschung, Beratung u. Projektentwicklung mbH, Rathenower Str. 38, 10559 Berlin

Zschiesing, Marion, Sinus, Habsburgerring 3, 50674 Köln

Praxisprojekte

Becker, Harvey, Therapieladen e.V., Verein zur sozialen und psychotherapeutischen Betreuung Suchtmittelgefährdeter e.V., Potsdamer Straße 131, 10783 Berlin

Bewer, Marco, Chill out Potsdam e.V., Verein z. Förderung akzeptierender Drogenarbeit, Wattstraße 16, 14482 Potsdam

Bohlen, Insa, 3CP/Büro für Suchtprävention, Brennerstr. 90, 20099 Hamburg

Buth, Silke, NB-DROBS, Außenstelle des PSDB Caritas Mecklenburg-Vorpommern e.V., Am Pferdemarkt 2, 17033 Neubrandenburg

Fischer, Marc, Chill out Verein z. Förderung der Kommunikationsstruktur e.V., Sebastianstr. 10, 52066 Aachen

Groth, Anneke, BOA e.V., Geschäftsstelle Zwinglistraße 5, 10555 Berlin

Günther, Frank, Alice/Safe Party People, Musikantenweg 22, 60316 Frankfurt/M.

Harrach, Tibor, Eve & Rave Berlin, Postfach 440510, 12005 Berlin

Hören, Andreas von, Medienprojekt der Stadt Wuppertal, Hofaue 55, 42103 Wuppertal

Hückelheim, Markus, Suchtberatung Caritas Mindway, Große Hamburger Str. 18, 10115 Berlin

Lichte, Doro, party project Bremen, Am Dobben 91, 28203 Bremen

Lumer, Frederick, eclipse e.V., Mühlhauser Str. 3–4, 10437 Berlin

Märtens, Peter, Jugend- und Drogenberatungszentrum Bereich Prävention, Odeonstr. 14, 30159 Hannover

Padidar, Fariba, Eve & Rave Münster, Schorlemerstr. 8, 48143 Münster

Seifert, Denise, Drogerie – Musik-Szene-Projekt der Suchthilfe Thüringen, Regierungsstr. 35, 99084 Erfurt

Stockmann, Sebastian, Drug Scouts Suchtzentrum Leipzig e.V., Eutritzscher Str. 9, 04105 Leipzig

Stürmer, Marco, Enterprise – PDP MUDRA – Alternative Jugend- und Drogenhilfe, Ludwigstr. 67, 90402 Nürnberg

Wirth, Nadja, Krisenhilfe e.V. Bochum, Kontaktstelle für synthetische Drogen und Cannabis, Alte Hattinger Straße 20, 44789 Bochum

Wischnewski, Ralf, Drogenhilfe Köln e.V., Fachstelle f. Suchtprävention, Hans-Böckler-Str. 5, 50354 Hürth

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Adam, Liane, Suchtprävention Bremen, Langemarckstr. 113, 28199 Bremen

Barsch, Prof. Dr. Gundula, Mittelstr. 33, 13129 Berlin

Brundhilde, Christoph, Suchtprävention Bremen, Langemarckstr. 113, 28199 Bremen

Burkhart, Gregor, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Demand Reduction, Rua da Cruz de Sta. Apolonia 23–25, 1149-045 Lissabon, Portugal

Deckelmann, Susi, Eve & Rave NRW e.V., Liebigstraße 26, 50823 Köln

Deffner, Elke, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Referat 414, Friedrich-Ebert-Allee 40, 53113 Bonn

Eul, Joachim, LAG Drogen im Landesverband Berlin von Bündnis 90/Die Grünen, Oranienstr. 25, 10999 Berlin

Fennert, Mareen, Überregionale Suchtpräventionsfachstelle, Hauptstr. 25, 04910 Elsterwerda

Freudemann, Doris, Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung (LaKoSt), Voßstr. 15a, 19053 Schwerin

Friebe, Angela, BZgA, Postfach 91 01 52, 51071 Köln

Funk, Wilfried, Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Referat Gesundheitsförderung Suchthilfe, Werner-Seelenbinder-Str. 6, 99096 Erfurt

Grotzeck, René, Suchtberatung Wilhelmshaven NLS, Werftstraße 71, 26382 Wilhemshaven

Hahn, Silvia, In der Aue 31, 50999 Köln

Hallmann, Dr. Hans-Jürgen, Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW – GINKO, Kaiserstr. 90, 45468 Mülheim a.d. Ruhr

Heckmann, Prof. Dr. Wolfgang, Hochschule Magdeburg, Postfach 36 80, 39011 Magdeburg

Heilig, Dr. Beatrix, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz, Winzererstraße 9, 80797 München

Hentschel, Axel, Internationaler Bund für Sozialarbeit IB Köln Arbeitsprojekt, Rolshover Straße 87–91, 51105 Köln

Hoffmann, Matthias, MdB (Mitarbeiter), Annastraße 1a, 30171 Hannover

Hog, Stefan, LAG Drogen Hamburg Bündnis 90/Die Grünen, Corinstr. 1, 22297 Hamburg

Holzer, Horst, Bayerisches Landeskriminalamt, Mallingerstraße 15, 80636 München

Kammerahl, Sven, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Amt für Gesundheit Drogenbeauftragte – Referat Drogen und Sucht –, Tesdorpfstraße 8, 20148 Hamburg

Kemmesies, Dr. Uwe, Institut für Sozialpädagogik u. Erwachsenenbildung, Robert-Mayer-Str. 1, 60054 Frankfurt am Main

Kever-Bielke, Gerd, Drogenreferat Stadt Frankfurt/Main, Walter-Kemp-Straße 9, 60594 Frankfurt am Main

Kiefer, Berina, Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt, Seepark 5–7, 39116 Magdeburg

Klingbeil, Kathrin, Überregionale Suchtpräventionsfachstelle, W.-Külz-Str. 10, 14712 Rathenow

Köhler-Azara, Christine, Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport V G 3 Büro für Suchtprophylaxe, Beuthstr. 6–8, 10117 Berlin

Kolwitz, Silke, LAG Drogen im Landesverband Berlin von Bündnis 90/Die Grünen, Oranienstr. 25, 10999 Berlin

Lammel, Ute-Antonia, Kath. Fachhochschule NRW, Robert-Schumann-Straße 25, 52066 Aachen

Malik, Alice, Kontakt- und Beratungsstelle für Suchtprophylaxe Marzahn/Hellersdorf „Die Waage“, Teupitzerstraße 8, 12629 Berlin

Marks, Bärbel, Bundesministerium für Gesundheit, Mohrenstr. 62, 10117 Berlin

Marx, Beate, Eve & Rave e.V. Kassel c/o Beate Marx, Gottschalkstraße 31, 34127 Kassel

Maslon, Dr. Eveline, BZgA, Postfach 91 01 52, 51071 Köln

Frau Matlik, „Drogerie“ in der Oberschule am Elsengrund (secondary school), Elsenstraße 9–11, 12623 Berlin

Meyer, Ronald, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Projekt FreD, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, 48133 Münster

Müller, Hans, Jugendhilfe und Sozialverbund der Arbeiterwohlfahrt Lübeck, Landesverband Drogenhilfe Lübeck, Wakenitzmauer 176, 23552 Lübeck

Netzer, Ira-Beate, Raffaelshaus Dormagen, Krefelder Str. 122, 41539 Dormagen

Pokladek, Gerlinde, Landesstelle gegen die Suchtgefahren im Land Sachsen-Anhalt, Walter-Rathenau-Straße 38, 39106 Magdeburg

Rakete, Gerd, Rakete Konzept GbR Projektentwicklung, Wartburgstraße 18, 10825 Berlin

Reuband, Prof. Dr. Karl-Heinz, Sozialwissenschaftliches Institut Heinrich-Heine-Universität, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf

Rometsch, Wolfgang, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, 48133 Münster

Ruf, Amanda, SUPRO Werkstatt für Suchtprophylaxe, Moosmahdstr. 4, 6850 Dornbirn, Österreich

Sahl, Regina, Koordinationsstelle Suchtprävention der Hessischen Landesstelle gegen Suchtgefahren e.V. KSH, Auf der Körnerwiese 5, 60322 Frankfurt am Main

Salice-Stephan, Katharina, Redaktionsbüro, Melchiorstr. 29, 50670 Köln

Schlieckau, Traudel, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover

Schmid, Holger, Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme, Av. Ruchonnet 14 – CP 870, 1001 Lausanne, Schweiz

Schmolke, Rüdiger, Paulsenplatz 2, 22767 Hamburg

Schulze, Dr., teenex e.V. – Jugendliche für ein selbstbestimmtes Leben ohne Drogen sowie Chance, Jugendhilfe und Therapie/Jugendliche gegen Drogenmissbrauch, Cunisstraße 3, 13127 Berlin

Spangenberg, Dr. Barbara, Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Referat Gesundheitsförderung Suchthilfe, Werner-Seelenbinder-Str. 6, 99096 Erfurt

Spelleken, Annegret, GTZ Eschborn, Dag-Hammarskjöld-Weg 1–5, 65760 Eschborn

Stang, Henner, „Talk out“, Lassallestraße 9, 34119 Kassel

Treeck, Dr. Bernhard van, MDK Nordrhein, Jordansstraße 23, 40477 Düsseldorf

Trefflich, Claudia, Thüringer Koordinierungsstelle für Suchtprävention, Dubliner Straße 12, 99091 Erfurt

Weber, Ingrid, Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V., Zentralstelle für Suchtprävention, Carl-von-Ossietzky-Str. 29, 14471 Potsdam

Weissinger, Dr. Volker, Fachverband Sucht e.V., Walramstraße 3, 53175 Bonn

Wolf, Christina, Überregionale Suchtpräventionsfachstelle, Rathenower Str. 3, 14770 Brandenburg

Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“

Band 1: *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen*
Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung von Klaus Riemann und Uwe Gerber im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 600 000

Band 2: *Geschlechtsbezogene Suchtprävention* – Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Abschlussbericht eines Forschungsprojekts von Peter Franzkowiak, Cornelia Helfferich und Eva Weise im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 602 000

Band 3: *Gesundheit von Kindern* – Epidemiologische Grundlagen. Eine Expertentagung der BZgA.
Bestellnr.: 60 603 000

Band 4: *Prävention durch Angst?* – Stand der Furchtappellforschung.
Eine Expertise von Jürgen Barth und Jürgen Bengel im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 604 000

Band 5: *Prävention des Ecstasykonsums* – Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien.
Dokumentation eines Statusseminars der BZgA vom 15. bis 17. September 1997 in Bad Honnef.
Bestellnr.: 60 605 000

Band 6: *Was erhält Menschen gesund?* – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 606 000

Band 7: *Starke Kinder brauchen starke Eltern* – Familienbezogene Suchtprävention – Konzepte und Praxisbeispiele.
Bestellnr.: 60 607 000

Band 8: *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung*
Eine Expertise von Gerhard Christiansen, BZgA, im Auftrag der Europäischen Kommission.
Bestellnr.: 60 608 000

Band 9: *Die Herausforderung annehmen* – Aufklärungsarbeit zur Organspende im europäischen Vergleich. Eine Expertise im Auftrag der BZgA und Ergebnisse eines internationalen Expertenworkshops vom 2. bis 3. November 1998 in Bonn.
Bestellnr.: 60 609 000

Band 10: *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen* – Eine länderübergreifende Herausforderung. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa vom 4. bis 5. Februar 1999 in Bonn von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt.
Bestellnr.: 60 610 000

Band 11: *Schutz oder Risiko?* – Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Eine Studie von Catarina Eickhoff und Jürgen Zinnecker im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 611 000

Band 12: *Suchtprävention im Sportverein* – Erfahrungen, Möglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 20. bis 22. März 2000.
Bestellnr.: 60 612 000

Band 13: *Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze*
Inhaltliche und methodenkritische Analyse vorliegender Studien von Stefan M. Gold, Karl-Heinz Schulz und Uwe Koch im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 613 000

Band 14: *Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit?* – Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive. Eine empirische Untersuchung von H. Peter Tossmann, Susan Boldt und Marc-Dennan Tensil, im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 614 000

Band 15: *Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention* – Grundsätze, Methoden und Anforderungen.
Bestellnr.: 60 615 000

Band 16: *„Früh übt sich ...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten* – Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef.
Bestellnr.: 60 616 000

Band 17: *Alkohol in der Schwangerschaft* – Ein kritisches Resümee – Eine Expertise im Auftrag der BZgA von Hiltrud Merzenich und Peter Lang, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, BIPS.
Bestellnr.: 60 617 000

Band 18: *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung* – Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema.
Bestellnr.: 60 618 000

Ausführliche Informationen zu dieser Fachheftreihe sowie zu anderen Schriftenreihen der BZgA finden sich im Internet unter **www.bzga.de** im Verzeichnis Fachpublikationen.
Alle bisher erschienenen Fachhefte stehen unter dieser Adresse auch vollständig als PDF-Datei zum Herunterladen zur Verfügung.

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

ISBN 3-933191-78-5
ISSN 1439-7951