

Wortzahl	: 10.149
Zeichen mit Leerzeichen	: 70.663
Zeichen ohne Leerzeichen	: 80.886



FB Soziale Arbeit.Medien.Kultur
Studiengang: Soziale Arbeit

Der Umgang mit Psychostimulanzien in unserer Gesellschaft:

**Geschichte, Verbreitung und Lebenswelten
verschiedener Gebrauchergruppen sowie
die Überprüfung der Passfähigkeit des
Drogenhilfesystems für problematisch Konsumierende**

The handling with performance-enhancing substances in our Society:

**History, dissemination and life worlds of different consumer-groups
together with the inspection of compatibility of the drug-help-system
for problematic drug user**

Arbeit zur Erlangung des Akademischen Grades Bachelor of Arts

Name: Daniel Völkel
Erstgutachterin: Prof. Dr. oec. Dr. phil. habil. Gundula Barsch
Zweitgutachter: Prof. Dr. Jürgen Benecken
Fertiggestellt am: 04.08.2011

Summary:

The increased spread of consumption of performance-enhancing substances in different contexts has led to new trends among drug users. There the original goal of archiving intoxication and harmony gives way to the need for enhanced performance. Moreover, new target groups from the center of society are addressed. In addition doctors from the „Neuro-Enhancement“-movement have declared it their goal to artificially improve the cognitive, physical and emotional attributes of the healthy individual with drugs.

After an introduction about the general understanding of sobriety and intoxication, the most common psychomotor drugs will be presented. Within the historic overview the use and distribution in the legal and illegalize context will be discussed and critically assessed in view of future developments.

To obtain an impression about the current worlds the stimulant users live in, two main usage groups will be introduced which differ in some aspects from the image of the classic drug user. From this fact the existing offers within the german substance abuse help systems, with regard to outpatient and stationary treatment, are examined concerning their fitness towards the new challenges posed by problematic drug users in this field. In conclusion, recommendations for a necessary change process, that has partially already begun, are offered.

Keywords: amphetamine, stimulants, Neuro-Enhancement, drug users, drug abuse help system

Zusammenfassung:

Die zunehmende Verbreitung des Konsums von leistungssteigernden Substanzen in unterschiedlichen Kontexten hat in bestimmten Bereichen zu neuen Trends unter Drogengebrauchern geführt. Dort weicht die eigentliche Zielstellung von Rausch und Harmonie zunehmend dem Bedürfnis nach gesteigerter Leistungsfähigkeit. Zudem werden neue Zielgruppen aus der Mitte der Gesellschaft angesprochen. Und auch Mediziner innerhalb der „Neuro-Enhancement“-Bewegung haben es sich zum Ziel erklärt, die kognitive, physische und emotionale Fähigkeit des gesunden Menschen mit Hilfe von Medikamenten künstlich steigern zu wollen.

Nach einer Einführung über das allgemeine Verständnis von Nüchternheit und Rausch, werden die gängigsten psychomotorischen Substanzen vorgestellt. Im Rahmen der geschichtlichen Aufarbeitung, wird die Anwendung und Verbreitung im legalen und illegalisierten Kontext vorgestellt und im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung kritisch hinterfragt.

Um einen Eindruck über die aktuellen Lebenswelten von Stimulanzien-Gebrauchern zu erlangen, werden zwei hauptsächliche Konsumentengruppen vorgestellt, die sich in mancher Hinsicht vom Bild des klassischen Drogenkonsumenten unterscheiden. Aus dieser Tatsache heraus werden die bestehenden Angebote innerhalb des deutschen Drogenhilfesystems, im Hinblick auf ambulante und stationäre Behandlung, auf ihre Passfähigkeit gegenüber den neuen Herausforderungen durch problematisch Konsumierende in diesem Bereich geprüft. Abschließend werden Empfehlungen für einen notwendigen, mitunter bereits begonnenen, Veränderungsprozess unterbreitet.

Schlagwörter: Amphetamin, Stimulanzien, Neuro-Enhancement, Drogenkonsumenten, Drogenhilfesystem

Inhaltsverzeichnis

1	Der Gebrauch von Psychostimulanzien innerhalb unserer Gesellschaft.....	1
1.1	Nüchternheit und Rausch: Die Beeinflussung des menschlichen Bewusstseins.....	1
1.2	Speed, Ritalin, Modafinil, Antidementiva, Antidepressiva: Eine Vorstellung der Wirkspektren beliebter Substanzen zur Leistungssteigerung im Kontext von Set und Setting.....	3
2	Die Geschichte der Psychostimulanzien im Kontext legaler und illegalisierter Anwendung.....	8
2.1	Die Entdeckung der Amphetamine und deren Anwendung im legalen Rahmen.....	8
2.2	Die illegalisierte Anwendung und ihre statistische Verbreitung.....	10
2.3	Schwarzmarkthandel, Medikamentenbezug und die Forderung nach einer durchdachten Legalisierung für jedermann....	13
3	Geglückter und problematischer Gebrauch von leistungssteigernden Substanzen.....	15
3.1	Prägende Konsumentengruppen und ihre Gebrauchsverhalten.....	15
3.1.1	Konsumverhalten innerhalb des Freizeit- und Partysettings.....	16
3.1.2	Konsumverhalten innerhalb des leistungsfixierten Settings.....	18
3.2	Ab wann wird der Konsum von leistungssteigernden Substanzen problematisch?.....	20
3.2.1	Problematischer Konsum aus Sicht der medizinischen Klassifikation.....	20
3.2.2	Problematischer Konsum im Freizeit- und Partysetting.....	21
3.2.3	Problematischer Konsum im leistungsfixierten Setting.....	24

4	Die neuen Herausforderungen an das Drogenhilfesystem und Vorschläge für deren Bewältigung.....	26
4.1	Vorstellung des bestehenden, deutschen Drogenhilfesystems am Beispiel der leistungssteigernden Substanzen.....	26
4.2	Überprüfung der Passfähigkeit des klassischen Drogen- hilfesystems und Vorschläge für eine angemessene Therapie mit problematischen Konsumenten von Psychostimulanzien.....	30
5	Literaturverzeichnis	36
6	Anhangsverzeichnis.....	VII
7	Eidesstaatliche Versicherung.....	XV

1 Der Gebrauch von Psychostimulanzien innerhalb unserer Gesellschaft

1.1 Nüchternheit und Rausch: Die Beeinflussung des menschlichen Bewusstseins

Die allgemeine Auffassung von Rausch und Nüchternheit ist innerhalb unserer Gesellschaft scheinbar klar definiert: Während ein Rausch hauptsächlich mit Substanzkonsum und der Einschränkung geistiger, sowie körperlicher Fähigkeiten verbunden wird, werden durch Nüchternheit, bestenfalls in Einheit mit Abstinenz, geistige Klarheit, Leistungsfähigkeit und anhaltende Gesundheit prognostiziert. Dabei sind die Bewusstseinszustände, welche psychoaktive Substanzen im Kontext des Individuums und dessen Umfeld auslösen können, um einiges weitläufiger, als es unser derzeitiger Drogendiskurs, verbunden mit den daraus resultierenden drogenpolitischen und medizinischen Standards, vermuten lässt. Die Manipulierung des eigenen Bewusstseins durch Substanzkonsum ist seit jeher ein menschliches Bedürfnis und kann sich in verschiedensten Zuständen widerspiegeln, welche, unter Ausblendung gesetzlicher Vorschriften, frei wähl- und beeinflussbar sind. Betrachtet man die unterschiedlichen Wirkspektren psychoaktiver Substanzen¹, so erscheint die oft verwendete Einteilung in Rausch und Nüchternheit als ungeeignet, um das Eintreten bzw. Fernbleiben einer Bewusstseinsänderung grundlegend festzusetzen. Wo, zum Beispiel, Alkohol eine eher befreiende Wirkung herbeiführt, die den Konsumenten zur Ruhe kommen oder in Geselligkeit aufgehen lässt, wirkt Koffein aufputschend, antreibend und lässt Auferlegtes besser bewerkstelligen, stimmt demnach mit dem allgemeinen Verständnis einer bewusstseinstrübenden Rauschwirkung nicht mehr überein. Dennoch zählen Wachmacher und Aufputschmittel zu den beliebtesten und meist konsumierten psychoaktiven Substanzen und begleiten ihre Nutzer in einen Nüchternheitsrausch, der den individuellen Willen nach Konzentration und Leistungsfähigkeit befriedigt und sich auch abseits des legalen Substanzmarktes als dauerhafter Trend etabliert hat.

¹ Siehe Anhang A: Abbildung A-1

„In Europa gehören Amphetamine und Ecstasy nach Cannabis zu den am häufigsten konsumierten illegalen Drogen.“ (EBDD 2010, S. 61) „In Deutschland werden Amphetamine häufiger konsumiert als Ecstasy“ (DDbdB 2009, S. 129) und können daher als „Zeichen einer veränderten Kultur des Drogenkonsums, die statt auf Ekstase und Entspannung auf Leistung und Durchhalten setzt“, (Hövel 2010) interpretiert werden. Bestätigen würde dies eine weitere Trendentwicklung, welche durch den pharmakologischen Flügel der „Neuro-Enhancement“-Bewegung vorangetrieben wird. Dieser strebt an, dass nicht nur psychisch Kranke Medikamente einnehmen, die auf das Gehirn einwirken, sondern auch Gesunde auf pharmazeutische Mittel zurückgreifen können, um ihre geistige Leistungsfähigkeit oder ihre Stimmung zu verbessern (vgl. Galert et al. 2009, S. 1).

Zunehmend entfacht das Thema bezüglich der künstlichen Leistungssteigerung gesellschaftliche Brisanz, denn Stimulanzien spielen bereits heutzutage nicht nur in Gruppen problematischer Drogengebraucher eine wichtige Rolle, sondern auch unter sozial besser integrierten Menschen, die im Kontext ihrer Verpflichtungen, oder auch während der Freizeit, leistungssteigernde Substanzen konsumieren (vgl. DDbdB 2009, S. 129). Zwar benötigen nur sehr wenige Personen ambulante oder stationäre Hilfen im Zusammenhang mit ihrem Konsum von Psycho-stimulanzien, jedoch kann zukünftig, aufgrund der steigenden Verbreitung, mit einem erhöhten Bedarf an professionellen Angeboten gerechnet werden.

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand der Charakterisierung von zwei hauptsächlichen Konsumentengruppen (Party- und Freizeitgebraucher; Leistungskonsumenten) und deren Lebenswelten, das deutsche Drogenhilfesystem auf seine Passfähigkeit gegenüber den neuen Herausforderungen zu überprüfen. Zuvor werden die beliebtesten Substanzen zur Leistungssteigerung im Kontext ihrer Wirkspektren vorgestellt, um sich im anschließenden geschichtlichen Diskurs mit deren Anwendung und Verbreitung im legalen und illegalisierten Zusammenhang auseinander zu setzen und daraus resultierende Entwicklungen kritisch zu hinterfragen.

1.2 Speed, Ritalin, Modafinil, Antidementiva, Antidepressiva: Eine Vorstellung der Wirkspektren beliebter Substanzen zur Leistungssteigerung im Kontext von Set und Setting

„Speed“ ist, unter anderem neben „Pep(pen)“, „Amphe“, „Schnelles“, ein Szenename und „bezeichnet die synthetische Substanz Amphetamin (alpha-Methylphenethylamin), zählt zu den Psychostimulanzien (Upper)“ (Drug Scouts 2009a) und ist daher speziell durch sein „stark aufputschendes und vor allem auch appetitzügelndes“ (Cousto 2003, S. 26) Wirkschema zu charakterisieren. Es ist hauptsächlich als „weißes oder beigefarbenes Pulver auf dem Schwarzmarkt erhältlich; manchmal auch als Paste, selten in Tablettenform oder in Kapseln/Dragees.“ (Drug Scouts 2009a)

Aus neuro-wissenschaftlicher Sicht wirkt Amphetamin in erster Linie indirekt, indem die Konzentration der körpereigenen Botenstoffe Noradrenalin und Dopamin in bestimmten Teilen des Gehirns erhöht wird. Dadurch kommt es zu einer Freisetzung des „Stresshormons“ Adrenalin. Aufgrund dieser Vorgänge werden körpereigene Funktionen wie Atmung, Blutdruck und Puls zu erhöhter Aktivität angeregt, sodass es seitens der Wahrnehmung zu einer zielgerichteten Aufmerksamkeit und einem steigenden Selbstbewusstsein kommen kann. Dopamin steht innerhalb des Gehirns im Zentrum des Belohnungssystems, ist an der Steuerung von Gefühlen und Denkvorgängen beteiligt und wird bei belohnenswerten Aktionen ausgeschüttet (vgl. Harrach 2005). In welchem Ausmaß diese Reaktionen im Gehirn stattfinden, „ist stark abhängig von der Verabreichungsform, der Dosis und der Dauer der Einnahme.“ (Trachsel & Richard 2002, S. 103) Eine übliche Konsumeinheit beträgt 10-20 mg. Speed wird hauptsächlich nasal („sniffen“), weniger oral (z.B. in Zigarettenpapier als „Bombe“ eingewickelt) konsumiert und in Deutschland sehr selten injiziert. Die Wirkung einer durchschnittlichen Einmaldosis setzt nach 4 – 15 Minuten (nasal), 30 – 45 Minuten (oral) oder gespritzt direkt ein und dauert etwa 6-8 Stunden an (vgl. Thomasius u. Gouzoulis-Mayfrank 2004, S. 5; Drug Scouts 2009a).

Um die individuell eintretenden Bewusstseinsveränderungen nach einem Speed-Konsum umfassender beschreiben zu können, bedarf es jedoch einer Beachtung von weitreichenderen Einflussfaktoren. Traditionell „zirkuliert das Interesse ausschließlich um die chemisch-pharmakologischen Effekte“ (Barsch 2008, S. 167) und lässt die Individualität des Menschen im Kontext der „Relationen und Wechselwirkungen des Substanzkonsums zu den gelebten sozialen Beziehungen, Lebenstätigkeiten, Anforderungen und materiellen Rahmenbedingungen“ (Barsch 2008, S. 168) größtenteils unbeachtet. Dabei führte Timothy Leary, Harvard Professor für Psychologie, bereits in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts die Begriffe Set und Setting ein, um therapeutische und rituelle Substanzgebräuche facettenreicher, sowie individueller beschreiben zu können (vgl. Cousto 2003, S. 9). „Das Set umfasst ganz allgemein die Erwartungshaltung, die geistige (psychische) Situation und wichtige Fähigkeiten und Fertigkeiten (u. a. Genussfähigkeit, Reflexionsvermögen, Kritikfähigkeit), über die ein Konsument verfügt.“ (Barsch 2008, S. 210) „Das Setting bezieht sich auf das soziale, räumliche und emotionale Umfeld, von dem jemand vor, während und nach dem Drogengebrauch umgeben ist.“ (Cousto 2003, S. 9) Die Abspaltung zwischen beiden Ebenen „existiert in der Praxis natürlich nicht – hier greifen beide Aspekte ineinander und bilden ein eng verwobenes Ganzes.“ (Barsch 2008, S. 213)

Diese Theorie legte den wissenschaftlichen Grundstein zum erweiterten Verständnis von Drogengebrauch außerhalb des medizinischen Kontextes, der sich hauptsächlich nur substanzfixiert mit Drogenkonsum auseinandersetzt. Auch weiterhin ignorieren Teile der Wissenschaft sowie Institutionen und Einrichtungen der Praxis diesen ergänzenden Blickwinkel, was deren Sichtfeld in erheblichem Maße beschränkt und sich oftmals in nicht praktizierbaren, realitätsfernen Ansätzen äußert. Dabei gelten Set und Setting als unschätzbar bedeutendes theoretisches Konzept, welches innerhalb der aufgeschlossenen Praxis in vielseitige Anwendungsgebiete mündet und Einfluss auf zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten hat. Anhand dieses geistigen Zugewinns wird es beispielsweise möglich zu interpretieren, wieso Konsumenten, welche dieselbe Substanz in ungefähr gleicher Dosis konsumieren, von verschiedenen Wirkungen berichten. Ein Phänomen, welches die logische Schlussfolgerung der Überlegungen von Leary darstellt, da kein Mensch dem anderen gleicht,

unterschiedlichste Situationen in Kombination mit Substanzkonsum verschieden wahrgenommen und demnach auch erlebt werden. Wo die meisten Speed-Konsumenten eine belebende, euphorisierende Bewusstseinsveränderung beschreiben, klagen andere wiederum über Verwirrungszustände in Kombination mit einer eher einschüchternden Wirkung. Die aktuelle Grundstimmung in Einheit mit der persönlichen Erwartungshaltung sind hierbei entscheidende Einflusskriterien für ein gelungenes Rauscherlebnis. Hat der User zudem „eine aufgeschlossene und optimistische Haltung zum Substanzkonsum“ (Barsch 2008, S. 212) ist dies für eine positive Erfahrung dienlicher, als wenn Befürchtungen um mögliche negative Auswirkungen im Vordergrund stehen. Bedeutend ist auch „das persönliche Wissen über und die Erfahrungen mit der konsumierten psychoaktiven Substanz und deren Wirkschema sowie Fähigkeiten, die eintretenden Effekte beeinflussen und kontrollieren zu können.“ (Barsch 2008, S. 212) Hat ein Konsument bereits öfter Erfahrungen mit Speedkonsum in verschiedenen Situationen gesammelt und diese für sich reflektiert, so kann er eigene Taktiken und Rituale entwickeln, um seine psychische und physische Grundverfassung an die erwartete Substanzwirkung anzupassen. Ist jedoch sein direktes Umfeld nicht „auf einer Wellenlänge“ mit dem eigenen Empfinden, so kann dies das Rauschempfinden negativ, aber umgekehrt, innerhalb eines sympathischen Umfelds, auch positiv beeinflussen.

Im Bereich des „Neuro-Enhancement“ zählen „Methylphenidat, Modafinil, Antidementiva wie Donepezil, Rivastigmin, Galantamin und Memantine, sowie Antidepressiva wie Fluoxetin, Paroxetin oder Citalopram“ (Lieb 2010, S. 46) zu den beliebtesten Medikamenten um eine mitunter zweckentfremdete Leistungssteigerung bzw. Wahrnehmungsänderung zu bewirken.

Methylphenidat (Ritalin) gleicht in seinem Wirkungsbild in etwa den Amphetaminen (vgl. Schmidbauer u. vom Scheidt 2003, S. 354), hat aber „insgesamt schwächere Wirkungen“. (Lieb 2010, S. 72) Es wird hauptsächlich „für die Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen verschrieben.“ (Lieb 2010, S. 71)

Modafinil ist erst seit wenigen Jahren als psychostimulierendes Medikament ebenfalls nur verschreibungspflichtig erhältlich und soll in erster Linie als Arzneistoff zur Behandlung von Narkolepsie (Schlaf-Wach-Störung) dienen, was innerhalb Deutschlands aber nicht zugelassen ist. Hierzulande wird es hauptsächlich bei ausgeprägter Tagesmüdigkeit (z.B. in Zusammenhang mit Schichtarbeit) verschrieben (vgl. Lieb 2010, S.74). Es ist strukturtechnisch nicht mit den Amphetaminen verwandt und der Wirkmechanismus noch nicht vollends verstanden. Übliche Amphetamin-Nebenwirkungen, wie Hektik oder Gezitter, sind deutlich geringer ausgeprägt. Im Hinblick auf die Anforderungen der Leistungsgesellschaft handelt es sich bei Modafinil um die wohl derzeit passfähigste Substanz (vgl. Hassler 2010).

Besonders bei älteren Menschen hat sich der Einsatz von Medikamenten aus der Gruppe der Antidementiva zum Zwecke einer kognitiven Leistungssteigerung beliebt gemacht. Diese sind in Zusammenhang mit der Behandlung von Erkrankungen mit Gedächtnisabbau im Alter, den sogenannten Demenzen, entwickelt worden. Derartige Präparate hemmen den, bei Alzheimer-Erkrankungen nur noch mangelhaft vorhandenen Botenstoff Acetylcholin, der im Gehirn für wichtige Funktionen in der Steuerung von Wachheit, Konzentration und Aufmerksamkeit verantwortlich ist, und sorgen somit dafür, dass dieser vermehrt zur Verfügung steht. Die Wirksamkeit bei gesunden Menschen ist umstritten. Dennoch wird auch unerlaubt, ohne ärztliche Verordnung, im illegalisierten Setting konsumiert (vgl. Lieb 2010, S. 74-76).

Auch Antidepressiva können nicht zur wesentlichen Verbesserungen des Konzentrations- und Gefühlszustands Gesunder beitragen. Trotzdem sind sie Bestandteil der Diskussion rund um "Hirndoping", da User vermehrt angeben, derartige Produkte in diesem Sinne zu verwenden. Ansonsten werden Antidepressiva bei Depressionen, aber auch bei Angsterkrankungen wie Panikstörung oder sozialer Phobie und bei Schlafstörungen verschrieben. Die Medikamente hemmen, je nach Art, die Wiederaufnahme der Hirnbotsstoffe Noradrenalin, Dopamin und vor allem das "Glückshormon" Serotonin (vgl. Lieb 2010, S. 80 - 82).

Da es sich bei psychomotorischen Medikamenten ebenfalls um bewusstseinsverändernde Substanzen handelt, sind auch hier die Dimensionen von *Set* und *Setting* keinesfalls zu vernachlässigen. Die Wirkung eines Präparats hängt beispielsweise stark von der individuell geprägten Vorgeschichte, der Erwartungshaltung (*Set*) und dem Lebensumfeld des Konsumenten sowie von den Empathie- und Beratungsfähigkeiten des behandelten Arztes oder anderer Bezugspersonen ab (*Setting*).

Die illegalisierten Substanzen Methamphetamin („Crystal“) und Kokain, welche zum Teil ebenfalls als Leistungsantreiber interpretiert werden können, finden im Zuge dieser Arbeit keine Beachtung. Sie unterscheiden sich in ihren Wirkspektren von den Amphetaminen und den eher speed-ähnlichen Medikamenten, denen hier die zentrale Bedeutung zugeschrieben wird. Zudem weist speziell Speed einen hohen Beliebtheitsgrad und eine wachsende Trendentwicklung auf, die bei Kokain, zumindest in Deutschland, eher rückläufig ausgelegt bzw. bei Crystal nicht flächendeckend sowie hauptsächlich in anderen Usergruppen verbreitet ist (vgl. EBDD 2009, S. 61). Außerdem wirkt Methamphetamin „wesentlich länger (bis zu 30 Stunden bei normaler Dosis) und stärker als Amphetamin“, (Drug Scouts 2009b) Kokain hat hingegen eine kürzere Wirkdauer. Aus den abweichenden Eigenschaften ergeben sich zum Teil prägende Unterschiede in Hinsicht auf die Charakterisierung der einzelnen Konsumentengruppen. So erscheint es am Beispiel der Leistungskonsumenten eher kontraproduktiv, Crystal über einen längeren Zeitraum im Job oder beim Lernen zu verwenden, da geistige Unklarheit sowie Angst- und Paranoia-Attacken aufgrund des enormen Schlaf- und Nährstoffmangels intensiver eintreten können als bei den Amphetaminen. Auch können Verelendungserscheinungen bei regelmäßigem Konsum stärker ausgeprägt sein und würden daher eigenständige Hilfeansätze benötigen. Zudem sind Kokain und Crystal (beide ca. 60 – 80€/g) in ihrer Preisspanne auf dem Schwarzmarkt um einiges höher angesetzt als das vergleichsweise billigere Speed (ca. 10€/g) (vgl. DBDD 2010, S. 208).

2 Die Geschichte der Psychostimulanzien im Kontext legaler und illegalisierter Anwendung

2.1 Die Entdeckung der Amphetamine und deren Anwendung im legalen Rahmen

„Amphetamin wurde zuerst 1887 von dem Chemiker Edeleanu synthetisiert, der sich aber nicht für die pharmakologischen und psychoaktiven Eigenschaften des Stoffes interessierte. [...] 1910 entdeckten die beiden englischen Physiologen Barger und Dale, dass Amphetamin dem Hormon Adrenalin chemisch ähnelt. [...] Die ersten Versuche Amphetamin als Adrenalin-„Ersatz“ zu verwenden, schlugen fehl, sein [...] Effekt auf die Körperorgane war eher gering. Die zentrale Wirkung auf das Gehirn wurde erst erheblich später zufällig entdeckt. Man hatte Amphetamin Tieren gegeben, die narkotisiert wurden, und festgestellt, dass die Narkose dann besonders kurze Zeit dauerte.“ (Schmidbauer u. vom Scheidt 2003, S. 353) Für medizinische Zwecke (Handelsnamen: Benzedrin®, Dexedrin®) wurde es erst „Anfang der 30er Jahre vor allem als Nasenspray zur Linderung von Schnupfen verkauft, später dann als Asthma-Mittel verwendet, da Amphetamin die Bronchialmuskulatur entspannt. Zudem wurde Amphetamin als Appetitzügler und zur Behandlung der Narkolepsie eingesetzt.“ (Cousto 2005, S. 4) In den Folgejahren fand es Anwendung als Mittel zur „Erhöhung des Blutdrucks und bei der Stimulation des zentralen Nervensystems. [...] Zwischen 1935 und 1946 wurde eine Liste mit 39 Indikatoren für Amphetamin erstellt. Darunter waren Schizophrenie, Schädel-Hirn-Trauma und schwerer Schluckauf aufgeführt.“ (Trachsel u. Richard 2002, S. 103) Demnach ist Amphetamin als ein „Allround-Mittel“ für diesen Zeitraum anzusehen.

Doch auch innerhalb der „gesunden“ Normalbevölkerung wurde die Substanz als Aufputzmittel immer beliebter. Die hauptsächlich leistungsfixierte Nutzung „begann Ende der vierziger Jahre und war vor allem unter Studenten und Lastwagenfahrern verbreitet.“ (Trachsel u. Richard 2002, S. 103) Deren Hauptinteresse bestand darin, längere Wachheitsphasen ohne den Eintritt von Müdigkeitserscheinungen zu überstehen, um die geladene Fracht und sich selbst

sicher ans Ziel zu bringen bzw. den Lehrstoff für die nächste Prüfung rechtzeitig zu beherrschen.

„Durch diese Umnutzung wurde das Militär auf die Amphetamine aufmerksam.“ (Dany H.-C. 2008) „Während des zweiten Weltkriegs kam es zu einem beispiellosen Anstieg des Amphetaminkonsums. Vor allem in den amerikanischen, japanischen und deutschen Streitkräften wurden Amphetamine in großen Mengen an die Soldaten verteilt, um deren Leistungsfähigkeit zu steigern und die Moral der Gruppe zu stärken. Auch der sich anschließende Wiederaufbau wurde durch Amphetamine „beschleunigt.“ (Harrach 2005, S. 3) Selbst in jüngeren militärischen Auseinandersetzungen, wie z.B. „im Korea-Krieg waren Speed-Balls (Mix mit Heroin) zur Anregung des Kampfwillens üblich.“ (Junge Linke 1998, S. 16) Und auch bis heute „ist es gang und gebe, dass US-Kampf-Piloten vor ihrem Einsatz und während des Flugs zum Wachbleiben Amphetamine schlucken.“ (Rötzer 2002) Besonderes Aufsehen erregte (Meth)-Amphetamin in Japan, wo nach der Kapitulation 1945 die anscheinend beachtlichen Restbestände dieser Mittel im Volk reißenden Absatz fanden. Erst als die Regierung, welche selbst für die massive Verbreitung verantwortlich zu machen ist, Mitte der 50er Jahre begann die Substanz, auf Grund der steigenden Anzahl von problematisch Konsumierenden, zu stigmatisieren sowie zu illegalisieren, schwand der massenhafte Zuspruch (vgl. Junge Linke 1998, S. 16). Dennoch oder gerade auf Grund dieser Vorgeschichte „findet der Konsum von Amphetaminen in der Arbeits- und Leistungsgesellschaft Japans auch aktuell eine starke Verbreitung.“ (Harrach 2005, S. 3) „According to police, about 2.6 million Japanese used about 15 to 18 tons of amphetamines a year in the late 1990s, [...] 90 percent of drug violations involved amphetamines.“ (Hays 2009)

Der Besitz und Handel von Amphetamin ist, größtenteils seit den 50er Jahren, auch innerhalb der meisten anderen Industrienationen unter Strafe gestellt. Ausnahmen können in bestimmten Ländern (z.B. Brasilien, Norwegen, Portugal, England) Anwendung finden, wenn eine ärztliche Verordnung in Form eines Rezeptes vorliegt (vgl. Erowid 2009). Auch innerhalb Deutschlands ist die Verschreibung durch einen Arzt zulässig. Für einen Patienten darf er innerhalb von 30 Tagen maximal 600mg (entspricht 0,6g) Amphetamin verschreiben (vgl. BMJ 1998). In den meisten Fällen werden jedoch modifizierte Amphetamin-

Nachfolger verordnet, an erster Stelle das bereits vorgestellte Ritalin (vgl. Nähring 2005). „Der Arzneiverordnungsreport [...] zeigt, dass die Verordnungen von Methylphenidat seit 1998 kontinuierlich zunehmen. Während 1998 noch circa fünf Millionen Tagesdosen verordnet worden waren, waren es 2008 bereits 53 Millionen.“ (Lieb 2010, S. 71) Jedoch wollen auch Menschen ohne Beschwerden die Vorteile der Amphetamin-Wirkspektren nutzen, ohne einen Kontakt zu legitimierenden Instanzen herstellen zu müssen. Somit entwickelte sich bereits parallel zur Illegalisierung während der Nachkriegszeit ein Schwarzmarkthandel im nicht mehr zu beherrschendem Ausmaß.

2.2 Die illegalisierte Anwendung und ihre statistische Verbreitung

Zu Anfang der 60er Jahre wurden Amphetamine durch Mods und Rocker² auf den Modenamen „Speed“ getauft und innerhalb der Szene verbreitet (vgl. Dany 2008). Während der 70er fand Speed, vor allem in den USA und Großbritannien, zunehmend den Weg in die Gesellschaft (vgl. DHS 2011). „Seit dem läuft die Mittelstandsdroge in vielen Lebensbereichen der unterschiedlichsten Anwendergruppen unauffällig mit.“ (Harrach 2005, S. 3) Beispielsweise nehmen „Manager, Ärzte und Polizisten Speed, um der berufsbedingten physischen und psychischen Dauerbelastung Stand zu halten, Leistungssportler um ihre Konkurrenz abzuhängen und Frauen bedienen sich der appetitzügelnden Wirkung der Amphetamine um dem „Schönheitsdiktat“ ihrer (Ehe)männer zu genügen.“ (Junge Linke 1998, S. 16) Speed war und ist zudem bei einer Auswahl von Musikern, Künstlern, Schauspielern und Dichtern beliebt und fand daher auch Einfluss in die Inhalte von zahlreichen Liedern, Büchern sowie Filmen der Unterhaltungskultur.³

Der Speedkonsum erlebte seine Renaissance durch die Verbreitung der Technokultur zu Beginn der 90er Jahre (vgl. DHS 2011). Anfangs noch hinter

² damalige Jugend-Subkulturgruppierungen

³ Beispiele Musik: 1966: Rolling Stones - Mother's Little Helper; 1977: Motorhead - White Line Fever; 1995: Atari Teenage Riot - Speed ; 2008: Lützenkirchen - 3 Tage wach
Beispiele Film: 1971: Vanishing Point; 1997: Boogey Nights; 1998: Drugstore Cowboy; 1999: Human Traffic; 2002: Spun

Ecstasy⁴ positioniert, gelten Amphetamine mittlerweile als beliebteste synthetische Substanz innerhalb der deutschen, illegalisierten Drogengenkultur. „Bereits bei den 20-29-Jährigen spielt einzig der Konsum von Amphetaminen und Kokain neben Cannabis noch eine nennenswerte Rolle, wobei auch in den Altersgruppen über 30 Jahre bezogen auf den Lebenszeitraum Konsumerfahrungen mit Ecstasy, LSD und halluzinogenen Pilzen durchaus verbreitet sind.“ (DBDD 2010, S. 38) Gründe für diese Entwicklung sind nicht eindeutig belegbar, wurden aber von Mitgliedern verschiedener Partydrogenprojekte im Rahmen des Sonics-Cybertribe-Treffens 2010⁵ darin vermutet, dass die Qualität der angebotenen Pillen seit Anfang des neuen Jahrtausends stark nachgelassen hat und oftmals andere Substanzen als das für Ecstasy übliche MDMA enthalten haben, was bei vielen Usern zu negativen Erlebnissen führte und sie sich deshalb gegen den Konsum entschieden haben.⁶ Andere Meinungsbilder verbinden diesen Trend wiederum mit der Entfernung von der harmonischen Partykultur der 90er hin zum Einklang mit der aktuell immer weiter ausufernden Leistungsgesellschaft. Denn Speed bewährt sich auch, wenn man „am Montagmorgen nach durchgefeiertem Wochenende wieder fit für den Arbeits- und Schulalltag sein möchte.“ (Harrach 2005, S. 3) Eine ausführlichere Vorstellung der Konsumenten leistungssteigernder Substanzen im Party- und Vergnügungs- bzw. Leistungssetting ist im Kapitel 3.1.1. zu finden.

Um überhaupt einen groben Eindruck über die Verbreitung und den Konsum der einzelnen illegalisierten Substanzen zu erlangen, wird innerhalb Deutschlands hauptsächlich auf verschiedenste Umfragen sowie auf Statistiken aus der Rauschgiftkriminalitätsbekämpfung zurückgegriffen. Da einzelne Erfassungen meist durch die Rahmenbedingungen des Auftraggebers beschränkt sind und Ergebnisse auf Grund von Falschaussagen (z.B. wegen befürchteter strafrechtlicher Verfolgung seitens der User) Fehlerspannen aufweisen, können

⁴ Als Ecstasy wird eine synthetische Substanzgruppe bezeichnet, die zwar chemisch den Amphetaminen ähnelt, aber zusätzlich angstlösende und wahrnehmungsverändernde, halluzinogene Effekte auslösen kann (vgl. Gouzoulis-Mayfrank u. Scherbaum 2009, S. 45).

⁵ Das Sonics-Netzwerk ist ein Zusammenschluss verschiedenster, deutschsprachiger Projekte, welche größtenteils in der akzeptierenden Drogenprävention tätig sind. Durch den szenenahen Bezug genießen die Mitglieder einen exklusiven Einblick in die Partykultur (vgl. Sterneck 1999).

⁶ Alternativ ist auf dem Schwarzmarkt der pure Ecstasy-Wirkstoff MDMA in Form einer kristallinen Masse erhältlich. Da dieses aber sehr selten zu bekommen und verglichen mit Ecstasy-Tabletten (ca. 50€/g gegenüber ca. 5€/Tablette) deutlich kostenintensiver ist, bleibt es derzeit nur eine Randerscheinung.

derartige Auswertungen nicht als eindeutig interpretiert werden und führen mitunter zu voneinander abweichenden Ergebnissen. Im kriminaltechnischen Kontext werden die Zahlen durch ein regional unterschiedliches Ausmaß an polizeilicher Verfolgung sowie abweichenden Rechtslagen innerhalb der einzelnen Bundesländer verfälscht. Dennoch haben derartige Studien ihren Sinn, da die jeweils aufgenommenen, anonymisierten Daten zusammengefasst eine Trendeinschätzung über die aktuelle Verbreitung und Konsumhäufigkeit einzelner Substanzen bieten können. Am Beispiel von Amphetamin wird dessen steigende Popularität aus statistischer Sicht mitgetragen. Laut dem Bundeskriminalamt ist „die Zahl der Erstkonsumenten⁷ von Amphetamin im Jahr 2009 im fünften Jahr in Folge um nochmals 1,2 Prozent auf 10 315 Personen gestiegen.“ (Ärzte Zeitung 2010) „Experten vermuten, dass die tatsächlichen Zahlen deutlich höher liegen.“⁸ (Förster 2010) In Bezug auf die Gesamtbevölkerung gaben 3,7% an, bereits einmal in ihrem Leben Amphetamine konsumiert zu haben, bei Kokain und Ecstasy sind es 3,3% bzw. nur 2,4%. Somit gilt Speed laut Statistik, nach Cannabis (25,6% Lebenszeit-Prävalenz), als die am häufigsten konsumierte illegalisierte Droge innerhalb Deutschlands. Nennenswerte Unterschiede zwischen Amphetamin-Gebrauchern bestehen hinsichtlich der Geschlechts- und Altersmerkmale. Der Konsum ist bei Männern sowie in jüngeren Altersgruppen stärker verbreitet als bei Frauen und älteren Personen. Ein Schwerpunkt liegt auf der Gruppe der 18- bei 29-Jährigen, welche am häufigsten angaben, in den vergangenen 12 Monaten Speed konsumiert zu haben (vgl. DBDD 2010, S. 40). Hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz des Amphetaminkonsums hat die Verbreitung speziell bei 18- bei 39-jährigen im Jahr 2009 mit 5,2% einen neuen Höchstwert erreicht. 1990 betrug diese Erfahrungsrate lediglich 2,8%. Bezüglich des Konsums in den letzten 12 Monaten innerhalb des Jahres 2009 ist der Höchstwert von 2003 (1,6%) eingestellt worden⁹ (vgl. DBDD 2010, S. 41). Übereinstimmend weist das Bundeskriminalamt in Zusammenhang mit der Jahreskurzlage zur Rauschgiftsituation 2009 auf eine „weiterhin hohe Bedeutung von Amphetamin“ (2010, S. 4) hin. Grenzüberschreitenden „demografischen

⁷ Mit Erstkonsumenten ist hier die Zahl der polizeilich erstauffälligen Konsumenten pro Jahr je Substanz gemeint. Bei Erstsuffälligkeit von mehreren Substanzen gleichzeitig ist eine Mehrfacheingliederung möglich (vgl. Bundeskriminalamt 2010, S. 13).

⁸ Diese Vermutung erweist sich bereits insofern als logisch, wenn man bedenkt, dass bei Weitem nicht alle (Erst)-Konsumenten von illegalisierten Substanzen in Berührung mit der Polizei kommen.

⁹ Detailliertere Übersichten siehe Anhang B: Tabelle B-1 u. Tabelle B-2

Erhebungen zufolge reichen die Lebenszeitprävalenzraten für den Konsum von Amphetaminen in den europäischen Ländern von nahezu Null bis zu 11,7% aller Erwachsenen (15 bis 64 Jahre). Durchschnittlich haben schätzungsweise 3,5% der erwachsenen Europäer mindestens einmal Amphetamine konsumiert.“ (EBDD 2009, S. 60) Dies entspricht 12 Millionen Erfahrenen, davon konsumierten 2 Millionen in den letzten 12 Monaten. Schwerpunkte liegen im Vereinigten Königreich, Dänemark, Schweden und in der Tschechischen Republik¹⁰ (vgl. EBDD 2010, S. 65). „Laut dem World Drug Report 2008 gibt es weltweit zurzeit etwa 24,7 Mio. Konsumenten von Amphetaminen.“ (DDbdB 2009, S. 145) Trotz der beachtlichen Verbreitung innerhalb einiger Industrienationen sehen die Gesetzgebenden von einer Legalisierung ab. Leidtragende sind hauptsächlich die User, welche die Substanzen größtenteils aus ungewisser Quelle beziehen müssen.

2.3 Schwarzmarkthandel, Medikamentenbezug und die Forderung nach einer durchdachten Legalisierung für jedermann

„Die weltweite Produktion von Amphetamin erfolgt vorwiegend in Europa, auf das mehr als 80 % aller im Jahr 2008 gemeldeten Amphetaminlabors entfielen.“ (EBDD 2010, S. 62) Von dort gelangt die Ware über mehrere Zwischenhändler zum Endkonsumenten. Währenddessen werden den Stoffen, aus Gründen der Gewinnmaximierung, verschiedenste Streckmittel hinzugefügt, sodass der Reinheitsgehalt erheblich schwankt. In den von Eve & Rave Schweiz im Jahr 2005 zur Analytik gegebenen Schwarzmarktproben bewegte sich der Amphetamingehalt zwischen 9 und 31 Prozent¹¹ (vgl. Cousto 2005, S. 2). Aufgrund verschiedenster Verunreinigungen muss sich der Konsument einem erhöhten gesundheitlichen Risiko aussetzen, da er nie genau über Substanz und Dosierung Bescheid wissen kann. Bei leistungssteigernden Medikamenten aus der Arzneimittelindustrie liegen derartige Risiken in der Regel nicht vor, da die Produkte Qualitätskontrollen unterliegen, welche Reinheit und Sicherheit gewährleisten sollen. Jedoch ist diese Bezugsart nur gestattet, wenn es

¹⁰ Detaillierte Übersicht siehe Anhang B: Tabelle B-3

¹¹ Komplette reines Amphetamin ist eine außerordentliche Seltenheit innerhalb des illegalisierten Marktes. Es kann auch vorkommen, dass man eine komplett andere Substanz erhält und von der einsetzenden Wirkungen mitunter „böse überrascht“ wird.

medizinisch als notwendig erscheint. In der Praxis werden die Präparate jedoch oftmals auch ohne einen solchen Hintergrund von den Ärzten und Therapeuten verschrieben oder unter Angabe falscher Tatsachen seitens der Konsumenten bezogen. Des Weiteren ist die Weitergabe im Bekanntenkreis ein beliebtes Verbreitungsmittel (vgl. Galert et al. 2009, S. 10). Wer aus eigenem Willen heraus entscheidet, seine Leistungsfähigkeit mit Hilfe von „Neuro-Enhancement“-Präparaten zu steigern, ohne einen Arzt einzubeziehen, kann auch hier ebenfalls auf den Schwarzmarkt zurückgreifen, ist dort aber mit denselben Risiken, wie den eben für Speed genannten, konfrontiert. Beim Konsum in Eigenregie besteht zudem mitunter die Gefahr, sich nicht ausreichend über Konsum und Wirkung der jeweiligen Substanz informiert zu haben, was mit dem Desinteresse des Users oder dem komplizierten Zugang zu wichtigen Hinweisen zusammenhängen kann. Der letztgenannte Umstand ist durch die derzeit aktuelle, tabuisierende Drogenpolitik mitzuverantworten.

Die, im schulmedizinischen Sinne, steigende Zweckentfremdung amphetamin-ähnlicher Medikamente und die gefestigte Popularität von Speed fordern in diesem Kontext dazu auf, eine offene Diskussion über den Gebrauch von leistungssteigernden Substanzen zu führen, welche sich dafür öffnen sollte, derartige Substanzen für die Bevölkerung frei zugänglich zu machen, um im gleichen Zug enttabuisierte Aufklärungsarbeit mit dem Ziel zu leisten, problematischen Konsummustern gekonnt vorzubeugen, indem die Menschen für den Umgang mit derartigen Substanzen vertraut gemacht werden. Dabei stünde es selbstverständlich jedem Einzelnen offen, ob er derartige Mittel im Endeffekt nutzen will oder nicht. Unabhängig von der Durchführung solcher Diskurse, wird der Gebrauch von Psychostimulanzien innerhalb der Gesellschaft weiter ansteigen, entweder mit Unterstützung durch die Gesetzgebung in Form einer Legalisierung oder weiter unter ungünstigen, gesundheitsgefährdenden Bedingungen im Rahmen beschränkter bzw. illegalisierter Beschaffungsszenarien.

3 Geglückter und problematischer Gebrauch von leistungssteigernden Substanzen

3.1 Prägende Konsumentengruppen und ihre Gebrauchsverhalten

Im nun folgenden Abschnitt werden zwei hauptsächliche Konsumentengruppen von leistungssteigernden Substanzen vorgestellt, die sich in der Fachliteratur und aus Erfahrungen innerhalb der Praxis herauskristallisiert haben. Dabei wird bewusst auf Konsumentengruppen eingegangen, die sich vom klassischen Bild des problematischen Drogengebrauchers unterscheiden, um auf die neuartigen Herausforderungen an das Hilfesystem eingehen zu können. Recherchierte Eigenheiten werden grundlegend skizziert, um einen Eindruck über die verschiedenen Lebenswelten der Konsumenten sowie deren Erfahrungen und Motive zu erlangen. Anschließend wird geprüft, inwiefern das jeweilige Verhalten einem problematischen Konsummuster entspricht, um anhand dieser Daten bestehende professionelle Hilfeansätze auf ihre Passfähigkeit zu prüfen und gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten.

Die charakteristischen Eigenschaften innerhalb dieser Einteilung sind keinesfalls als fest geltendes Regelwerk zu interpretieren, welches „zum Schubladendenken“ einladen soll. Drogengebraucher besitzen, unabhängig vom Ausmaß ihres Konsums, individuelle Charakterzüge, auf deren Basis sie eigenständige Entscheidungen treffen. Zudem können sich die Gruppen auch personell überschneiden, sodass eine Person beiden, mitunter auch weiteren, Verhaltensmustern zugeordnet werden kann.

3.1.1 Konsumverhalten innerhalb des Freizeit- und Partysettings

Hierzulande haben Amphetamine ihren Verbreitungs- und Bekanntheitsgrad innerhalb der Party- und Clubkultur erlangt, sodass der Konsum von psychostimulierenden Substanzen durch zahlreiche Publikationen hauptsächlich mit diesem Phänomen in Verbindung gebracht wurde. Neben dem Vorteil stundenlang durchtanzen zu können, trägt Speed dazu bei, die ausgelassene Stimmung auf Techno-Partys mitunter tagelang aufrechtzuerhalten. Eine eindeutige Datenlage bezüglich soziodemographischer Merkmale von drogenkonsumierenden Menschen im Partysetting konnte bisher noch nicht erarbeitet werden. Im Rahmen einer Stichprobe während der Ecstasy-Studie¹² war der jüngste Befragte 12 Jahre, der älteste 49 Jahre alt. Der Altersmittelwert lag bei 21 Jahren, wobei 50,2% der Befragten zwischen 18 und 21 Jahre alt war.¹³ Zwischen den Geschlechtern konnten keine wesentlichen Unterschiede beim Konsumverhalten inner- und außerhalb des Partysettings festgestellt werden. Die Befragten teilten sich wiederholt, parallel zu den allgemeinen Statistiken, in ein Drittel Frauen und zwei Drittel Männer auf (vgl. BZgA 2001, S. 23-24). Die Besucher „kommen aus allen Schichten und Milieus der Bevölkerung und sind relativ gut sozial integriert. In der Regel stehen sie in Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnissen.“ (Gantner 1999, S. 168) Multiple Substanzgebrauchsmuster haben sich wiederholt als charakteristisch für die Techno-Szene erwiesen, denn wer auf Raves konsumiert, betreibt in aller Regel einen Mischkonsum mit mehreren Substanzen (vgl. BZgA 2001, S. 130). Speed-Gebraucher setzen dabei hauptsächlich auf eine Kombination mit Cannabis¹⁴ und/oder Alkohol¹⁵, weniger häufig werden Kokain, Ecstasy oder Halluzinogene zusätzlich konsumiert (vgl. BZgA 2001, S. 38). Speed ist dabei nicht immer Hauptsubstanz, sondern wird

¹² Die Studie stand unter dem Projekttitel: „Variabilität und Stabilität des Drogenkonsums in der Techno-Party-Szene.“ (BZgA 2001, S. 75)

¹³ Letztendlich lässt sich für die Besucher elektronischer Tanzveranstaltungen keine allgemein gültige Altersspanne definieren. Je nach Stil und kommerziellen bzw. soziokulturellem Hintergrund der Party finden sich Besucher mit vielseitigen Überzeugungsmustern zum Feiern zusammen.

¹⁴ Cannabis wird in Zusammenhang mit Speed-Konsum oft zum sogenannten „Runterrauchen“ verwendet. Erscheint die eingetretene Wirkung als zu stark oder passt die aufgebrachte Stimmung nicht mehr zur Situation, so wird mit Hilfe von Cannabis versucht, beruhigend entgegen zu wirken oder nach beendeter Party Schlaf zu finden.

¹⁵ Die Wirkung von Alkohol wird durch Speed-Konsum nahezu komplett ausgeblendet. Zahlreichen Usern erscheint dieser Aspekt als besonders attraktiv, da sie so „saufen können ohne umzufallen“.

häufig ergänzend aus Gründen der „zusätzlichen Aktivierung“ (BZgA 2001, S. 51) eingenommen. Während einer Szenestudie aus dem Jahr 1998 „gaben nur 9% der Befragten an, Drogen nicht miteinander zu kombinieren.“ (BZgA 2001, S. 15) Die wahrscheinlichste Konsumfrequenz von Partydrogen liegt zwischen ein und vier Tagen im Monat, vermutlich wird hauptsächlich nur am Wochenende konsumiert (vgl. BZgA 2001, S. 26). Allgemein gilt, dass Konsummuster in der Partyszene vielseitig angelegt und im Verlauf der Zeit, auch individuell, durchaus variabel sind (vgl. BZgA 2001, S. 102). Jugendliche Experimentierfreude und Bedürfnisse nach Grenzerfahrungen sind neben hedonistischen Motiven die Hauptbeweggründe für den Drogengebrauch im Partysetting (vgl. Gantner 1999, S. 172). Ein gelungenes Rauscherlebnis im Partysetting ist stark von der aktuellen Tagesstimmung des Users (Set), dessen Begleitpersonen und den Bedingungen auf der Party (Setting) abhängig. In einem harmonischen, stressfreien Umfeld lässt es sich besser genießen als wenn Freunde beispielsweise Streit suchen, die Musik zu laut oder der Club überfüllt ist.

Der hedonistisch-fixierte Konsum von psychomotorischen Substanzen unter jungen Menschen bleibt jedoch nicht nur auf den Rahmen der Technokultur beschränkt. Auch innerhalb anderer Subkulturen, wie z.B. unter Hip-Hoppern oder Punks wird „Speed gezogen“. Eine spezielle Zugehörigkeit ist allerdings nicht zwingend notwendig, um mit der Substanz in Kontakt zu kommen. Denn auch im alltäglichen Gebrauch haben Amphetamine bereits ihren Platz bekommen. Dennoch gilt der Zusammenhang zwischen Drogenkultur und Nachtleben als bedeutend. Laut der Ecstasy-Studie kann angenommen werden, „dass der Konsum illegaler Drogen in der Techno-Party-Szene signifikant weiter verbreitet ist als in einer altersentsprechenden Repräsentativstichprobe.“ (BZgA 2001, S. 26) Dennoch darf nicht angenommen werden, dass Besucher von Technopartys zwangsläufig psychoaktive Substanzen konsumieren. Jüngsten Beobachtungen zufolge ist der Substanzkonsum in der deutschen Clubszene sogar rückläufig (vgl. EBDD 2010, S. 68), die Trendentwicklung kann aber keinesfalls für beendet erklärt werden.

3.1.2 Konsumverhalten innerhalb des leistungsfixierten Settings

Ein wachsender Trend hat sich in den vergangenen Jahren unter Menschen entwickelt, die psychomotorische Substanzen nicht zum Vergnügen, sondern zur Erfüllung ihrer Aufgaben gegenüber der Gesellschaft nutzen. Zu ihnen gehören Schüler, aber hauptsächlich Studenten sowie Beschäftigte innerhalb der Arbeitswelt. Bei Letzteren reicht die Spannweite der Konsumenten vom Assistenten bis hin zum Manager. Die abzuleistende Arbeit, verbunden mit dem entsprechenden Stress, lässt sich – subjektiv gesehen – nicht ohne Hilfsmittel bewältigen. Substanzen wie Speed, Ritalin oder Modafinil können in individuell angemessener Dosierung hingegen Berauschung fernab von einer Einschränkung der kognitiven und körperlichen Fähigkeiten bieten. Im Gegenteil, während des Zeitraums der Einwirkung können Wachheit, Aufmerksamkeit und Konzentration gesteigert, die Lernfähigkeit und das Gedächtnis sowie die eigene Stimmung und die Kontaktfähigkeit gegenüber anderen verbessert werden (vgl. Lieb 2010, S. 31). In welchem Ausmaß diese Eigenschaften (überhaupt) eintreten ist abhängig von der konsumierten Substanz, den Gewöhnungseffekten, aber vor allem auch von individuellen Voraussetzungen, der jeweiligen Tagesstimmung und dem Arbeits- und Privatumsfeld einer Person. Es sollte zudem klar sein, dass derartige Substanzen keinen Willen brechen können und von Natur aus unmotivierte Menschen schon gar nicht zu streb- und gehorsamen Arbeitsmaschinen umformen können.

Da sich unsere Arbeitswelt im Wandel befindet und kognitive sowie psychische Fähigkeiten oftmals gefragter sind als körperliche Ressourcen, stellen sich vermehrt neue Anforderungen¹⁶ an die Arbeitnehmer (vgl. DAK 2009, S. 37). Laut einer Umfrage würden sich in diesem Zusammenhang 60 Prozent der Befragten für den Gebrauch von leistungssteigernden Mitteln entscheiden, soweit keine Nebenwirkungen zu befürchten sind und sie legal erhältlich wären (vgl. Schlem

¹⁶ „Die Anforderungen an den optimalen Mitarbeiter sind offensichtlich: Eine gute Konzentration soll er haben, eine schnelle Auffassungsgabe, die Fähigkeit, angesichts der komplexen Arbeitsumfelder Arbeit zu strukturieren und zu organisieren, ein gutes Gedächtnis, hohe Kreativität, positive Stimmung, Mut, einen professionellen Umgang mit negativen Ereignissen, Ausdauer und Stressresistenz – und das von früh morgens bis spät abends, am besten auch noch im Privatleben und am Wochenende.“ (Lieb 2010, S. 28)

2008). Laut Hochrechnung einer Umfrage des DAK unter 3000 Arbeitnehmern¹⁷ greifen bereits zwei Millionen Menschen in Deutschland auf derartige Medikamente zurück. Unabhängig davon, ob sie durch einen Arzt verschrieben wurden oder nicht (vgl. DDbdB 2009, S. 50). „Einer aktuellen Übersicht zufolge schwanken die Angaben verschiedener Studien, wie viele amerikanische Studierende bereits zur Verbesserung ihrer akademischen Leistungen Stimulanzien genommen haben, zwischen drei und elf Prozent. [...] Vergleichbare Studien für Deutschland oder Europa existieren bisher nicht.“ (Galert et al. 2009, S. 4) Es ist jedoch zu vermuten, dass der prozentuale Anteil an konsumierenden Studenten höher ist als in Beschäftigungsverhältnissen. In einer weiteren Umfragen wurden die Motive für eine pharmakologische Leistungssteigerung hinterfragt. Demnach geht es den wenigsten Beschäftigten darum, besser oder schneller zu sein als ihre Kollegen. Als Hauptargument wurde das aus den Fugen geratene Verhältnis von Arbeitsmenge und Arbeitszeit genannt. Der Substanzkonsum ermöglicht demnach dieses Verhältnis zu stabilisieren. Studenten werden hauptsächlich durch die Verlockung angetriggert, anstehende Arbeiten in kürzerer Zeit erledigen zu können. Dies bietet ihnen mehr Raum für Freizeitaktivitäten. Außerdem lassen sich Vorlesungen und Seminare, auch nach kurzen Nächten, wach und konzentriert verfolgen. Des Weiteren können Eltern das Verhältnis von Familie und Verpflichtung durch den verkürzten Zeitaufwand besser bewerkstelligen. Ein Teil der Konsumenten betreibt die künstliche Leistungssteigerung, um das Optimale aus sich heraus zu holen oder die Qualität der eigenen Arbeit zu verbessern und sich somit selbst verwirklichen zu können. Wird ein Leistungsträger von schlechter Laune geplagt oder bestehen beschäftigungsintern Probleme beim Aufnehmen sozialer Kontakte, so ist Antidepressiva ein beliebtes Mittel, um Hemmschwellen oder Bedenken zu betäuben und somit unbeschwert agieren zu können (vgl. Lieb 2010, S. 29 - 38). Doch auch jenseits kognitiver Herausforderungen kann der Konsum von „Neuro-Enhancement“-Produkten Effekte zeigen. So erscheint Routinearbeit mitunter unterhaltsamer, indem Unangenehmes eher ausgeblendet wird (vgl. Schmidbauer u. vom Scheidt 2003, S. 360). Genaue Statistiken, welche auf die Verbreitung genannter Substanzen unter Beschäftigten bzw. Studenten eingehen, sind leider noch nicht vorhanden.

¹⁷ 17% der Befragten gaben an, bereits einmal selbst schon Medikamente zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit eingenommen zu haben. 5% bereits mehrmals, 2% regelmäßig.

3.2 Ab wann wird der Konsum von leistungssteigernden Substanzen problematisch?

3.2.1 Problematischer Konsum aus Sicht der medizinischen Klassifikation

Innerhalb der professionellen Arbeit mit Drogenkonsumenten wird hauptsächlich aus dem Blickwinkel der Medizin heraus entschieden, in welchem Ausmaß ein individueller Konsum von psychoaktiven Substanzen als bedenklich einzuschätzen ist. Für die Expertenbeurteilung hat sich im europäischen Raum die "Internationale Klassifikation psychischer Störungen" (ICD-10) etabliert, aber auch das nordamerikanische Modell "Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen" (DSM-IV) wird hierzulande im Zusammenhang mit den sogenannten "Suchtstörungen" angewandt (vgl. Sack u. Thomasius 2009, S. 8). Trotz der hohen Verbreitung des ICD-10 erscheint es im Hinblick auf problematischen Substanzkonsum sinnvoller den DSM-IV zu verwenden, da dieser psychische und soziale Aspekte in einem detaillierterem Ausmaß umfasst und ihnen somit eine höhere Bedeutung zumisst. Im Vordergrund stehen bei beiden Modellen dennoch die substanzfixierten Gegebenheiten, welche den Konsumenten kategorisieren und wichtige Hilfeansätze im zwischenmenschlichen Bereich in den Hintergrund drängen. Des Weiteren kann die Diagnose nach verschiedenen Überzeugungen ausgelegt werden. So ist die zu vereinbarende Therapie stark von den persönlichen Ansichten des behandelnden Fachpersonals abhängig. Klienten ohne spezielles Hintergrundwissen sind derartigen Einschätzungen dann oftmals hilflos ausgeliefert.

Der DSM-IV unterscheidet grundsätzlich zwischen Missbrauch und Abhängigkeit einer Substanz.¹⁸ Allgemein umschreibt ein Missbrauch den wiederholten Substanzkonsum in Zusammenhang mit wiederkehrenden Problemstellungen gegenüber Menschen des persönlichen Umfelds, allgemeinen Verpflichtungen, dem Gesetz oder der körperlichen Gesundheit. Ist eine Toleranzentwicklung und/oder Entzugserscheinungen zu erkennen, so ist eine Abhängigkeit zu diagnostizieren. Erfolgt der Gebrauch einer Substanz in größeren Mengen oder hat der Klient wiederholt erfolglos versucht seinen Konsum zu beenden, schränkt

¹⁸ Die detaillierten Kriterien sind im Anhang A: Abbildung A-2 u. Abbildung A-3 hinterlegt.

er soziale Aktivitäten ein oder konsumiert trotz Kenntnis über bereits eingetretene körperliche und psychische Probleme, so trifft dieses Kriterium ebenfalls zu (vgl. Sack u. Thomasius 2009, S. 12-13). Um jedoch abzusichern, dass jeder Mensch Hilfe bekommt, kann ein „Konsum auch dann problematisch sein, wenn nur der Konsument ihn selbst so empfindet und sich beispielsweise selbst als abhängig einschätzt, ohne dass eine objektive Klassifizierung dieses bestätigen würde.“¹⁹ (Kleiber u. Söllner 1998)

Die Aufnahme allgemeiner Kriterien darf nur einen Teilaspekt im professionellen Umgang mit Klienten darstellen. Sozialarbeiter und Suchttherapeuten sollten darauf bedacht sein, ein Vertrauensverhältnis zum Klienten aufzubauen, um, unter anderem, individuelle Ressourcen erkennen und nutzen zu können. Hintergrundwissen über die Lebenswelten der Hilfesuchenden ist hierbei von großer Bedeutung. In diesem Zusammenhang werden nun die zwei beispielhaften Konsumentengruppen im Hinblick auf die Entwicklung von problematischen Gebrauchsmustern untersucht.

3.2.2 Problematischer Konsum im Freizeit- und Partysetting

Gruppenübergreifend können Amphetaminkonsumenten bezüglich ihres Konsumverhaltens in drei Kategorien unterteilt werden: (1) Probierer, die Speed angetestet haben und von weiterem Konsum absehen; (2) Gelegenheitskonsumenten, welche die Substanz aus bestimmten Anlässen mit individueller Zielstellung einnehmen; (3) Chronische Konsumenten, die periodisch oder durchgehend exzessiv konsumieren (vgl. Thomasius u. Gouzoulis-Mayfrank 2004, S. 6). Speziell für den Partykontext haben sich folgende Muster herauskristallisiert: (A) Der Konsum von Partydrogen (Speed, Cannabis, Ecstasy, LSD, Ketamin, GBL/GHB...) findet regelmäßig am „Partywochenende“ statt, im Alltag werden, bis auf wenige Ausnahmen keine Drogen konsumiert; (B) Der Gebrauch findet nur am Wochenende statt. Während der Woche werden jedoch regelmäßig entspannende Substanzen (Cannabis, Alkohol) konsumiert; (C) Im Konsumverhalten lässt sich

¹⁹ In diesem Zusammenhang kann „riskanter Konsum“ (Deutscher Kerndatensatz Sucht) als Diagnose angegeben werden. Einzige Voraussetzung ist, dass in den letzten 30 Tagen konsumiert wurde. (vgl. EBDD, 2010, S. 81)

keine Trennung der "zwei Welten" Party und Alltag erkennen, daher wird regelmäßig individueller (Misch)-Konsum betrieben (vgl. Gantner 1998, S. 2).

In diesem Zusammenhang ist herauszuheben, „dass der Konsum illegaler Drogen für 90% aller Jugendlichen ohne weitere Konsequenzen bleibt.“ (Spanner 2003) Partydrogenkonsum ist somit „nicht als "Einbahnstraße" zu betrachten, die unweigerlich zur Drogenabhängigkeit führt.“ (BZgA 2001, S. 99) Vielmehr sind derartige Erfahrungen als Ausdruck des jugendtypischen Risikoverhaltens zu verstehen und bleiben für die große Mehrheit der Konsumenten ein Übergangsphänomen, welches keine behandlungsrelevanten Störungen nach sich zieht (vgl. Gantner 1999, S. 167). Es handelt sich also keinesfalls um eine auffällige Randgruppe mit ausgeprägten Problemmustern, sondern um ganz normale, eigenverantwortliche Jugendliche bzw. junge Erwachsene, die größtenteils in der Gesellschaft integriert sind und sich somit in mancher Hinsicht vom klassischen Klientel der Drogenhilfe unterscheiden. Hauptaugenmerk ist hierbei die eigenständige Einstellung des Konsums, der von einem Großteil der User mit „dem Auftretens negativer Erlebnisse²⁰, dem Nachlassen positiver Erfahrungen²¹, der Inkompatibilität des Drogenkonsums mit dem aktuellen und zukünftigen Lebensentwurf sowie aus sozialen Motiven²²“ (BZgA 2001, S. 131) heraus begründet werden. Der Prozess des Aufhörens erstreckt sich in einer Vielzahl der Fälle über einen längeren Zeitraum oder wird durch einschneidende Ereignisse direkt eingeleitet. Diese selbstbeeinflusste Beendigung des freizeitlichen Drogenkonsums kann auch unter Ausschluss lebenslanger Abstinenz erfolgen. Bieten sich über einen längeren Zeitraum keine Situationen zum "drauf sein" an oder passen durchtanzte Wochenenden ohne Schlaf derzeit nicht ins Konzept der sonstigen Anforderungen, bleibt nicht aufgeschlossen, dass der Gebrauch zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen wird. Es sei darauf hingewiesen,

²⁰ *körperlicher Art:* „Kreislaufzusammenbrüche, Schwindelgefühl, Schweißausbrüche, Herzrasen, Übelkeit, Erbrechen, Zittern, Ohnmacht, [...] Magenprobleme, Hautausschlag, Gewichtsverlust und Abbau der körperlichen Kräfte.“ (BZgA 2001, S. 117)

psychischer Art: „Störungen des emotionalen Erlebens/der kognitiven Funktionen, [...] Depressionen, [...] verschiedene Variationen von Ängsten, [...] Schlaf-, Ruhelosigkeit, [...] an sich selbst bemerkte Veränderung charakterlicher Eigenschaften“ (BZgA 2001, S. 115-116)

²¹ „Der Reiz des Neuen ist verschwunden, [...] nachlassen der positiven Erfahrungen mit dem Erlebnis Techno und Drogen.“ (BZgA 2001, S. 122-123) Auch aufgrund der Toleranzentwicklung.

²² „Negative Konsequenzen in der Schule, in der Berufsausbildung oder auf Arbeit, [...] Strafanzeigen, [...] Gefängnisaufenthalte, [...] finanzielle Konsequenzen. Soziale Auswirkungen, [...] die sich im Freundeskreis, in der Partnerschaft oder in der Beziehung zu den Eltern bemerkbar machen.“ (BZgA 2001, S. 119-121)

dass die genannten Komplikationen nicht automatisch mit dem Konsum von Partydrogen einhergehen, sondern stark von der Vorgeschichte der Person sowie vom Set und Setting in den einzelnen Situationen geprägt sind. Einige User berichten von keinerlei Begleiterscheinung oder haben individuelle Bewältigungsmuster entwickelt, um mit derartigen Herausforderungen umgehen zu können.

Dennoch entwickelt ein kleiner Teil von Partydrogenkonsumenten Problemstellungen hinsichtlich des eigenständig kontrollierten Gebrauchs sowie bei der Einhaltung selbstgesetzter Konsumpausen. Ohne professionelle Hilfe fällt es ihnen schwer, sich mit ihrer Situation auseinanderzusetzen. Kommt es zu unerwünschten Nebenwirkungen, welche sich bei Amphetaminkonsumenten meist psychisch²³ äußern, muss unterschieden werden, ob diese im direkten Zusammenhang mit der eingeleiteten Rauschwirkung hervorgerufen wurden (Intoxikationspsychose) oder erst in den Folgetagen eingetreten sind (induzierter Psychose) (vgl. Gouzoulis-Mayfrank u. Scherbaum 2009, S. 46). Bei einer Intoxikationspsychose sind die Symptome nach Abklang der Bewusstseinsveränderung in aller Regel verschwunden. Ein Kontakt zum Hilfesystem wird nur in den allerseltensten Fällen hergestellt. Die User bewältigen ihre Situation in der Regel eigenständig. Eine induzierte Psychose kann Tage bis Wochen andauern. Aber auch hier liegt die Vermutung nahe, dass die Anzahl derer, die ihre Situation ohne direkte professionelle Hilfe bewältigen, hoch ist. Fehlen jedoch beispielsweise soziale Komponenten oder Bewältigungsstrategien, um mit eingetretenen Komplikationen umgehen zu können, führt dies häufig „zu einer zunehmenden Isolierung und Vereinsamung (bzw. wird diese verstärkt). [...] Aus diesem Dilemma heraus verändern oder verstärken sich die Suchtaspekte des Konsumverhaltens. Die Verdrängung und Abspaltung von Depressionen und Ängsten, die zunehmend wahrgenommene Kluft, den eigenen idealisierten Ansprüchen nicht gerecht zu werden, führt zu einer Verstärkung des Konsums und schließlich zur Krise und einem Behandlungsbedarf.“ (Gantner 1999, S. 172) Wichtige Faktoren innerhalb der Suchtentwicklung sind dann „zum einen die Entkoppelung von Partydrogenkonsum und Partywochenende und zum anderen

²³ bei *Intoxikationspsychose*: „psychotischer Rauschverlauf mit Wahn und Halluzinationen“
bei *Induzierter Psychose*: „paranoid-halluzinatorische Symptomatik (optische, akustische und Körperhalluzinationen)“ (Gouzoulis-Mayfrank u. Scherbaum 2009, S. 46)

die Stärke des Mischkonsums.“ Hierbei ist speziell auf das Verhältnis von Speed und Cannabis hinzuweisen, denn „die gewünschte Entspannung und Milderung depressiver Symptome durch Cannabis führt mit dem dauerhaften Konsum häufig zu zusätzlichen psychischen Problemen und zu Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung.“ (Gantner 1999, S. 169) Gantner bezieht sich hier auf ein häufig wiederkehrendes Problemmuster im Umgang mit Partydrogenkonsumenten innerhalb seiner Beratungstätigkeit im Therapieladen Berlin²⁴. Natürlich muss die Entwicklung eines problematischen Konsums nicht zwanghaft in Zusammenhang mit dem Nachtleben des Szeneinvolvierten gebracht werden. Ein ganzheitlicher Blick auf die Situation des problematischen Gebrauchers ist unverzichtbar und Voraussetzung für die mögliche Einleitung weiterer Schritte.

3.2.3 Problematischer Konsum im leistungsfixierten Setting

Auch unter den leistungsfixierten Konsumenten kann man davon ausgehen, dass die Mehrheit der User maßvoll und nützlich mit den Möglichkeiten des pharmakologischen Antriebs umgeht (vgl. Galert et al. 2009, S. 6). Dennoch wird „das Risiko des unsachgemäßen Medikamentenkonsums häufig unterschätzt“ (DDbdB 2009, S. 50) und es können sich auch hier problematische Konsummuster entwickeln. Symptomatisch gleichen diese weitestgehend denen der Gebraucher im Partysetting, doch aufgrund der unterschiedlichen Lebenswelten ist der individuelle Hintergrund meist ein anderer. Leider gibt es bisher kaum Erkenntnisse über mögliche Komplikationen in der Langzeitanwendung von leistungssteigernden Substanzen²⁵ (vgl. Lieb 2010 S. 89). Zudem wird der Konsum von vielen Gebrauchern als weitestgehend unproblematisch erachtet, „da es sich ja um Medikamente handelt“. Logisch erscheint die Tatsache, dass negative Begleiterscheinungen speziell bei Konsumenten auftreten können, die psychomotorische Substanzen als dauerhafte Hilfe für die Bewältigung ihrer Aufgaben nutzen. Ein Student, der beispielsweise

²⁴ Der Therapieladen ist „eine Einrichtung der Berliner Jugend- und Drogenhilfe. Das Angebot richtet sich an Menschen, die im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis und Partydrogen (Alkohol, Amphetamine, Ecstasy, Kokain, LSD, Pilze) präventive oder therapeutische Unterstützung suchen.“ (Therapieladen 2011) Die Hilfen sind speziell an die Zielgruppe angepasst und fungieren überregional.

²⁵ Dies liegt hauptsächlich daran, dass bisher kein nutzbarer Zugang zu den Konsumenten geschaffen wurde, um derartige Studien überhaupt durchführen zu können.

glaubt, ohne täglichen Ritalinkonsum den Anforderungen des Studiums nicht mehr gerecht werden zu können, wird kaum Freiräume zur Entspannung finden und somit keine Zeit zur Reflektion des Erlebten. Außerdem können bei täglicher Anwendung, aufgrund der Toleranzentwicklung, immer höhere Dosisseinheiten notwendig werden, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Das Einhalten von Konsumpausen kann somit, durch meist psychische Entzugserscheinungen, erschwert werden. Durch das eventuell fehlende Problembewusstsein einer Medikamentenabhängigkeit erschwert sich zudem die Kontaktaufnahme zum problematisch Konsumierenden. Im schlimmsten Fall zerbricht die Person an nicht realisierbaren Selbstverwirklichungsphantasien gegenüber den eigenen Erwartungen in Bezug auf die eingenommene Substanz, Depressionen können dann die Folge sein. Selbstverständlich gibt es aber auch hier Konsumenten, die leistungssteigernde Substanzen regelmäßig nutzen und damit dauerhaft nebenwirkungsfreie Erfolge verbuchen. Im Hinblick auf das Umfeld des Konsumenten innerhalb des jeweiligen Aufgabengebietes, aber auch im Privaten, „kann es vorkommen, dass man durch Hirndoping unüberlegte oder leichtsinnige Handlungen ausführt, weil man seine Leistungsfähigkeit überschätzt oder risikofreudiger agiert.“ (Lieb 2010, S. 89) Dies kann mitunter zu schwerwiegenden zwischenmenschlichen und finanziellen Problemen führen. Aber auch eine ungünstige Einwirkung seitens des Umfelds der Person kann zu risikobehafteten Situationen führen. So können beispielsweise private Krisen oder ein (wiederholt) erhöhtes Arbeitspensum zu übermäßigem Konsum und somit möglicherweise zum Kontrollverlust führen. Wenn es dann nach chronischer Anwendung zu einer Einstellung des Konsums kommt, besteht für die Person mitunter die Gefahr, sich anfangs nur schwer für allgemeine Aufgaben motivieren zu können. Nach einer individuell angepassten Erholungsphase sollten unangenehme Folgeerscheinungen allerdings überwunden werden können.²⁶

²⁶ Spekulationen über dauerhafte Hirnschädigungen oder Fehlentwicklungen sind in meinen Augen nicht ausreichend belegt und unter fragwürdigen Hypothesen erarbeitet wurden. Derartige Theorien finden daher keine direkte Erwähnung.

4 Die neuen Herausforderungen an das Drogenhilfesystem und Vorschläge für deren Bewältigung

4.1 Vorstellung des bestehenden, deutschen Drogenhilfesystems am Beispiel der leistungssteigernden Substanzen

Professionelle Hilfen werden nötig, wenn Probleme in Zusammenhang mit Psychostimulanzien auftreten, die durch die jeweilige Person nicht mehr aus eigener Kraft bewerkstelligt werden können. Im Rahmen des deutschen Drogenhilfesystems stehen diesen Menschen verschiedene Ausstiegshilfen und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Derartige Angebote sind größtenteils abstinenzorientiert und werden in vier Grundphasen unterteilt (vgl. EBDD 2010, S. 95):

Als Einstieg dient die *Kontaktphase* zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Klient und Therapeut, außerdem wird die Palette der verfügbaren Angebote vorgestellt. Die Grundlage weiteren Handelns bildet die Erarbeitung eines individualisierten Hilfeplans. In diesem Zusammenhang wurden innerhalb Deutschlands spezifische Empfehlungen für die Diagnostik von Störungen durch Amphetamine publiziert (vgl. EBDD 2010, S. 39). Demnach sind „neben einer ausführlichen Suchtanamnese [...], der psychopathologische Befund, die Behandlungsmotivation²⁷ und komorbide psychiatrische Störungen zu erheben.“ (Thomasius u. Gouzoulis-Mayfrank 2004, S. 11) Wenn Gesundheitsbeeinträchtigungen aufgrund des problematischen Konsums bereits vorhanden oder zu befürchten sind, müssen zusätzlich somatische Untersuchungen veranlasst werden.²⁸ Des Weiteren sind „eine umfassende Soziodiagnostik, die Anamnese der sozialen Einflussfaktoren, [...] die familiäre Situation, die schulische bzw. Ausbildungs- und Berufssituation, die finanzielle Situation, die Wohnsituation sowie mögliche juristische Probleme“ (Thomasius u. Gouzoulis-

²⁷ Dies hat den Grund, dass nur etwa ein Drittel aller Patienten eine Therapie aus Eigenantrieb aufnimmt. Ein Viertel wird aus Strafvollzugsanstalten überwiesen, die Verbleibenden werden von Sozial- und Gesundheitsdiensten vermittelt oder haben sich aufgrund der Einwirkung von nahestehenden Personen zu einem Erstgespräch entschieden (vgl. EBDD 2009, S. 31). Sind Dritte einbezogen, gehört die Klärung der jeweiligen Interessen mit in den Beratungsprozess.

²⁸ Eine tabellarische Übersicht bezüglich diagnostischer Empfehlungen ist im Anhang B: Tabelle B-4 zu finden.

Mayfrank 2004, S. 12) mit einzubeziehen. Ist Grundlegendes abgeklärt, kann die Aufnahme eines passenden Therapieangebots vereinbart und vorbereitet werden.

Bevor es jedoch überhaupt zu einem Erstgespräch kommen kann, müssen problematisch Konsumierende auf bestehende Hilfen aufmerksam gemacht werden. Betroffene Personen zu erreichen, ist gerade bei Usern von Medikamenten ein besonderes Problem, da der Konsum oftmals isoliert von sozialen Bezügen stattfindet und eine Offenlegung Stigmatisierungen aus dem persönlichen und beruflichen Umfeld nach sich ziehen können. Innerhalb des Freizeit- und Partybezugs ist die Problematik des "Abstürzens" bereits stärker im Bewusstsein der User vorhanden, da hier niedrigschwellig direkt an der Basis in Clubs- und Freizeiteinrichtungen über mögliche Gefahren informiert wird²⁹, was im leistungsfixiertem Bezug (z.B. im beruflichen Umfeld) nur selten der Fall ist. Entscheidend bleibt dennoch die Bereitschaft eines jeden Klienten, am persönlichen Verhalten etwas ändern zu wollen, was voraussetzt, dass der Konsum nicht nur vom Helfer, sondern auch vom Konsumenten als kritisch und veränderungswürdig eingeschätzt wird.

Eine Entgiftung im Rahmen der *Entzugsphase* ist nur dann erforderlich, wenn der Klient unter akuten Entzugserscheinungen leidet und/oder die körperlichen Folgeerscheinungen des Konsums einem Therapieantritt im Wege stehen. Bei Amphetaminproblematiken handelt es sich beispielsweise jedoch meist um vorübergehende Psychosen, die sich infolge des Konsums entwickeln und „in der Regel innerhalb von 7-10 Tagen, manchmal jedoch erst nach Wochen bis Monaten“ (Thomasius u. Gouzoulis-Mayfrank 2004, S. 6) wieder abklingen. Als pharmakologische Unterstützungen während dieses Zeitraums wird die Gabe von Neuroleptika, Antidepressiva oder auch Benzodiazepinen empfohlen (vgl. EBDD 2010, S. 70). Ist eine langanhaltende Psychose ausgeschlossen, sollten die Präparate nach dem Abklang der Akutsymptome schnellstmöglich wieder abgesetzt werden. Da die Entwicklung von schweren Entzugssymptomen unter Konsumenten von Psychostimulanzien eher eine Seltenheit darstellt, sind derartige Schritte oftmals gar nicht notwendig. Demnach wird bei einem Großteil der Klienten auch keine Abhängigkeit, sondern Missbrauch diagnostiziert (vgl.

²⁹ Eine hervorragende Vor-Ort- und Internetarbeit leisten in diesem Zusammenhang die Leipziger "Drug Scouts" mit ihren vielfältigen, akzeptierenden Informations- und Beratungsangeboten.

Gantner 1999, S. 174). Ein gesteigertes Abhängigkeitspotenzial mit hoher Toleranzentwicklung ist dennoch besonders bei intravenösem Konsum zu beobachten (vgl. Gouzoulis-Mayfrank u. Scherbaum 2009, S. 45). Die Durchführung eines Entzugs findet in der Regel stationär in spezialisierten psychiatrischen Abteilungen statt, kann aber auch ambulant durchgeführt werden und nimmt einen Zeitraum von etwa zwei bis sechs Wochen in Anspruch. „Zur Behandlung einer schweren Amphetaminabhängigkeit wurde vereinzelt eine Substitution mit Amphetaminen angetestet, die aber nicht generell empfohlen werden kann.“ (Gouzoulis-Mayfrank u. Scherbaum 2009, S. 47)

Die *Entwöhnungsphase* stellt im Rahmen der traditionellen Drogenhilfe den eigentlichen Mittelpunkt einer Therapie dar. Hier sollen die Grundpfeiler für ein drogenfreies Leben errichtet werden, um eine bestehende Abhängigkeit auf Dauer beenden zu können. Die Durchführung kann ambulant, teilstationär und stationär im jeweils individuell benötigten Umfang erfolgen. Aufgrund der Häufigkeit von psychotischen Begleiterscheinungen innerhalb der beschriebenen Zielgruppen, bilden psychotherapeutische Behandlungsansätze den zentralen Behandlungsfokus, wobei sich aber bisher noch kein spezielles Konzept als grundsätzlich überlegen durchsetzen konnte. Jedoch können in diesem Zusammenhang verhaltenstherapeutische Ansätze empfohlen werden. Speziell bei Jugendlichen zeigte die Familientherapie eine besondere Wirksamkeit. Das Behandlungssetting betreffend, kommen sowohl einzel³⁰- als auch gruppentherapeutische³¹ Verfahren zum Einsatz. Empfohlen wird meist eine Kombination, in der ein Team aus verschiedenen Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Psychologen, Psychiater, Mediziner) tätig wird. Die finale Konstellation sollte sich stets an den Voraussetzungen und Wünschen des Klienten orientieren, aber auch vom Behandlungsverlauf beeinflusst werden. Spezielle Anwendungsbeispiele für mögliche Inhalte sind das Erlernen von Taktiken zur Rückfallvermeidung (z.B. Stärkung der Selbstkontrollfunktion/ des Selbstwertsystems; Entspannungsübungen, die im Ernstfall angewendet werden können), die Aufdeckung und

³⁰ Sozialtherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, (Einzel)-Verhaltenstherapie (mit besonderem Fokus auf Rückfallprophylaxe sowie auf Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle im derzeitigen sozialen und gesellschaftlichen Umfeld)

³¹ Psychoedukation (Schulung für den Umgang mit psychischen Störungen), themenzentrierte Gruppengespräche, Verhaltenstherapie im Zusammenspiel mit anderen Klienten, modifizierte psychodynamische Gruppentherapie

Bewältigung von Konflikten im Kontext des zwischenmenschlichen Umfelds, die Bearbeitung von möglichen finanziellen, behördlichen und juristischen Problemen sowie die Basisschaffung einer angemessenen Zukunftsperspektive in Einheit mit der Auseinandersetzung bevorstehender Herausforderungen. Das Ziel ist eine sozial weitestgehend integrierte, mit Drogenfreiheit zu vereinbarende Lebensweise. Dazu gehört auch die Auseinandersetzung und mögliche Umdisponierung des persönlichen Umfelds im Privatbereich, wenn dieser in tragender Weise mit dem Konsum in Verbindung gebracht werden kann (vgl. Thomasius u. Gouzoulis-Mayfrank 2004, S. 17-19).

Die sich in der Regel an die Entwöhnungsphase anschließende *Nachsorgephase* dient dazu, erzielte Erfolge auf Dauer abzusichern und den Klienten wieder in die Gesellschaft sowie auf dem Arbeitsmarkt zu (re)-integrieren. Hierzu stehen breite Auswahlmöglichkeiten an Angeboten zur Verfügung, die individuell sowohl nach stationärer, als auch im Anschluss an eine ambulante Behandlung anzupassen sind. Orientierend an den jeweiligen Therapiefortschritten und den (nun) vorhandenen Ressourcen des Klienten reichen diese Dienstleistungen von vereinzelten Gesprächen nach eigentlichem Therapieende bis hin zur Unterbringung in einer drogenfreien Übergangs-Wohngemeinschaft. Die sozialtherapeutische Begleitung kann auch von externen Stellen, wie z.B. der Sozialberatung oder durch einen Bewährungshelfer fortgeführt werden (vgl. Thomasius u. Gouzoulis-Mayfrank 2004, S. 19). Ein Kontakt sollte in jedem Fall bestehen bleiben, auch wenn der Klient dies nicht für nötig hält oder bereits ausreichend gesellschaftlich integriert ist. Um ein Zurechtkommen in Auseinandersetzung mit der eigenen Abstinenz im gesellschaftlichen Alltag realisieren zu können, wird dem Klienten zusätzlich empfohlen, sich angepasste Lebensstrukturen, mitunter auch neue Freundeskreise aufzubauen, um altbekannten Verführungsmustern zum Drogenkonsum gekonnt aus dem Weg gehen zu können. Unterstützung kann hier der zuständige Nachbereitungstherapeut, aber auch der zwischenmenschliche Austausch in Selbsthilfegruppen, leisten. Allerdings sind diese bisher nur in vereinzelten Fällen für (Ex)-Konsumenten von Stimulanzen vorhanden (vgl. DBDD 2010, S. 100).

4.2 Überprüfung der Passfähigkeit des klassischen Drogenhilfesystems und Vorschläge für eine angemessene Therapie mit problematischen Konsumenten von Psychostimulanzien

Die anfangs gängige Praxis, in der Konzepte für Alkohol- und Opiatabhängige unreflektiert auf problematische Gebraucher von leistungssteigernden Substanzen übernommen wurden, ist nur streckenweise überwunden. Demnach sind die derzeitigen Behandlungsstandards noch weit von einem Optimalzustand entfernt und zudem flächendeckend nicht im benötigten Ausmaß vorhanden.

Bereits vor der eigentlichen *Kontaktphase* können die ersten Fehler gemacht werden. Behandlungsbedürftige Partydrogenkonsumenten werden beispielsweise oftmals „zunächst eher im medizinisch-psychiatrischen Hilfssystem, als in der Drogenhilfe“ (Gantner 1999, S. 167) untergebracht. Hier wird das Problem in den meisten Fällen substanzspezifisch bearbeitet, was in der Praxis bedeutet, den Patienten nur mit Hilfe von Medikamenten „ruhig zu stellen“ und die vorübergehenden psychischen Störungen somit unreflektiert abklingen zu lassen. Gerade in akuten Fällen könnten Fachleute der Drogenhilfe, die über das nötige Hintergrundwissen der Entstehung von drogeninduzierten Psychosen verfügen, Situation abschätzen und mit über eine mögliche medikamentöse Behandlung entscheiden. Zudem wäre auch insgesamt eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Drogenhilfe wünschenswert, um jene fachspezifischen Blickwinkel, welche beide ihre Berechtigung besitzen, gewinnbringend zusammenzuführen.

Doch auch ohne akute Vorgeschichte kann es während der *Kontaktphase* zu Fehleinschätzungen seitens der Therapeuten kommen, da die Wahl der zu verhandelnden Behandlungsform stark von der Problemdiagnose des Beraters abhängig ist. Hat er es beispielsweise in seiner Einrichtung häufig mit sehr problematischen, mitunter verelendeten, Fällen zu tun, so erscheint ihm ein leicht außer Kontrolle geratener leistungsfixierter oder hedonistischer Konsum mitunter als nicht behandlungsbedürftig und er schickt den Klienten nach kurzem, entdramatisierendem Gespräch wieder zurück in seine Situation ohne ernsthaft beraten und reflektiert zu haben. So werden mögliche psychische Probleme nicht

hinterfragt und der Klient führt sein Konsummuster möglicherweise mit ungewissem Situationsausgang fort. Es muss also sichergestellt werden, dass jeder Klient eine Anamnese im Kontext seiner persönlichen Lebensumstände erhält und auftretende Probleme individuell verstanden werden. Klassische Interpretationsansätze von Missbrauch und Sucht reichen dann oftmals nicht aus, um eine Konsumententwicklung umfassend beschreiben zu können.³² Von einer ausschließlich stoffbezogenen Diagnose ist vollständig abzuraten. Um die Qualität in derartigen Prozessen zu sichern, ist es von großer Bedeutung, dass die Therapeuten über die gängigen Lebens- und Umwelteinflüsse ihrer Klienten (siehe Kapitel 3) informiert sind³³, um Situationen realitätsnah einschätzen zu können (vgl. Bobbink u. Spohr 2002, S. 2-3).

Bei der Wahl des Behandlungssettings ist es ebenfalls von richtungsweisendem Interesse, die letztendliche Entscheidung für eine Therapieform an der sozialen Einbindung sowie an den Strukturen und Ressourcen des Klienten mit festzulegen. Besteht ein festes Arbeitsverhältnis und ein gesichertes soziales Umfeld, sollte unbedingt auf eine stationäre Langzeittherapie verzichtet werden, um die gesicherte, gesellschaftliche Einbettung (insbesondere auf dem Arbeitsmarkt) nicht zu gefährden. Erst wenn sich abzeichnet, dass der Klient nach ambulanter Beratung aus eigener Kraft nicht in der Lage ist, seinen Konsum zu beenden oder zu reduzieren, so kann eine Überweisung in stationäre Behandlung erfolgen, soweit der Hilfesuchende dem ebenfalls zustimmt. Handelt es sich allerdings um eine Person, die eher isoliert lebt, kaum sozialen Bezügen nachgeht und zudem eine schwere Abhängigkeit aufweist, so sollte bereits in erster Instanz auf eine stationäre Behandlung zurückgegriffen werden, um eine sinnvolle Tagesstruktur sowie den Bezug zur Gesellschaft, zumindest ansatzweise, wieder aufbauen zu können (vgl. Thomasius u. Gouzoulis-Mayfrank 2004, S. 7).

Falls vor Therapieeintritt eine *Entzugs-* bzw. Entgiftungsbehandlung notwendig ist, sollten sich Therapeut und Arzt miteinander verständigen, um, im Zusammenspiel

³² Für eine umfassende Wahrnehmung der jeweiligen Situation sollten die zwischenmenschlichen, gesellschaftlichen, psychischen, physischen und stofflichen Aspekte berücksichtigt werden. Bei jugendlichen Konsumenten ist der Fokus oftmals auf entwicklungspsychologischer Ebene zu setzen, wobei andere Facetten nicht vernachlässigt werden dürfen.

³³ Da sich die Lebensumfelder der Klienten im ständigen Wandel befinden, muss sich der Sozialarbeiter eigenständig und zusammen mit seinen Kollegen über aktuelle Entwicklungen informieren. Ergänzend müssen externe Weiterbildungen zum Thema angeboten werden.

beider Fachblickwinkel, eine passende Medikation vereinbaren zu können. Auch hier sollte ein Fokus auf die weiterführende Auseinandersetzung mit psychologischen Aspekten gelegt und nicht vernachlässigt werden.³⁴

Bereits während der Kontaktphase, aber vor allem inmitten der *Entwöhnungsphase* treffen Klienten mit unterschiedlichsten Problematiken innerhalb der einzelnen Hilfeinrichtungen aufeinander. In der Vergangenheit wurde wiederholt beobachtet, dass sich Konsumenten von psychomotorischen Substanzen nicht mit chronischen Alkohol- oder Opiatkonsumenten gleichstellen lassen wollen und es ihrerseits zu Zweifeln kam, ob die Angebote der Einrichtungen ihren Bedürfnissen entsprechen und sie überhaupt ernst genommen werden (vgl. EBDD 2010, S. 78). Wie bereits erwähnt, müssen die jeweiligen Substanzgruppen tatsächlich nach unterschiedlichen Grundkonzepten behandelt werden, die auch innerhalb der Therapieplanung angemessen gewürdigt und berücksichtigt werden müssen (vgl. Thomasius u. Gouzoulis-Mayfrank 2004, S. 15). Es sollte also bestenfalls darauf verzichtet werden, dass sich Opiat- und Speedkonsumenten in einer Beratungsstelle über den Weg laufen oder innerhalb einer Gruppentherapie demselben Bezug zugeordnet werden.³⁵ Eine sinnvolle Lösung wäre die Schaffung spezialisierter Behandlungseinrichtungen, die sich auf eine jeweilige Stoffklasse beschränken. So könnten das Fachpersonal, die Therapieansätze sowie die materiellen Rahmenbedingungen an individuelle Wünsche und Vorstellungen angepasst werden. Derartige Angebote müssten dann flächendeckend vorhanden und nicht nur einem Teil der Gesellschaft zugänglich sein. Vorstellbar wären zudem spezifische Unterteilungen innerhalb der einzelnen Stoffklassen. So könnten Angebote speziell für Freizeit- und Partykonsumenten sowie für Leistungsgebraucher erarbeitet werden, um gefühlten Fehlunterbringungen seitens der Klienten entgegenzuwirken und parallel

³⁴ Dies gestaltet sich oftmals schwierig, da die Klienten durch den Prozess des Entzugs körperlich geschwächt werden. Insbesondere bei Stimulanzien sind lange Schlafphasen üblich, da der Körper das Energiedefizit wieder ausgleichen muss, welches durch kontinuierlichen Konsum und den außer Kontrolle geratenen Tag/Nacht-Rhythmus verursacht wurde. Dennoch sollten Gespräche in angemessener Form stattfinden. Diese werden auf Grund der auftretenden Langeweile auch oftmals seitens der Klienten gewünscht.

³⁵ Neben den möglicherweise abweichenden Wertevorstellungen, haben vor allem die Medien zu einem schlechten Bild über "Alkis" und "Junkies" beigetragen. Manchem Stimulanzien-Konsument fällt es deshalb schwer, sich überhaupt ein Problem mit dem persönlichen Substanzgebrauch einzugestehen, da er Angst vor Stigmatisierung und Gleichstellung hat. Die Entstigmatisierung sowie die Versöhnung beider Lager kann aber nur schwer zur Aufgabe der Drogenhilfe gemacht werden, auch wenn dies wünschenswert wäre.

den Weg zu einem optimalen Behandlungssetting zu ebnet.³⁶ Am derzeit aktuellen Stand bleibt zu kritisieren, dass bereits vorhandene spezialisierte Angebote innerhalb der Einrichtungen „noch unzureichend genutzt werden.“ (EBDD 2010, S. 70)

Ein weiterer bedeutender Grundpfeiler für ein gelungenes Arbeitsklima umfasst das Zeitmanagement, welches darauf abzielen sollte, die Verpflichtungen einer Behandlung mit den außertherapeutischen Bedürfnissen des Klienten „unter einen Hut zu bekommen“. Da Stimulanzienkonsumenten meist beruflich eingebunden sind und sie diesen Status während der Inanspruchnahme von Hilfe oftmals nicht einbüßen wollen, sind hier die Einrichtungen der Drogenhilfe gefragt, sich den Gegebenheiten ihrer Kundschaft anzupassen. Wo beispielsweise eine allein-erziehende Mutter am Vormittag Freiräume verzeichnen kann, sind es bei Büroarbeitern eher die Nachmittage und Abende. Hier müssten die Öffnungszeiten der Einrichtungen individuell angepasst und auch Termine in den späten Abendstunden sowie am Wochenende angeboten werden.³⁷ Was während der Kontaktphase und in der gelegentlichen Beratung noch gut funktionieren kann, gestaltet sich in Richtung einer Langzeitbehandlung als zunehmend komplizierter. Möglich wäre eine Langzeittherapie in Form von ambulanten Sitzungen mit hoher Frequentierung, was aber wiederum eine immense logistische und zeitliche Herausforderung an den Klienten darstellt.

In diesem Zusammenhang könnte man sich als Alternative zur klassischen Behandlung die Möglichkeiten einer internetbasierten Lösung zunutze machen, die in erster Linie „speziell erarbeitete oder angepasste, strukturierte und geplante Behandlungsmaßnahmen, die über das World Wide Web angeboten und kommuniziert werden“, (EBDD 2009, S. 54) beinhalten, aber in der gängigen Praxis bisher noch keine weite Verbreitung gefunden haben.³⁸ Durch den immensen Erfolg der sogenannten Social-Networks (z.B. Facebook, Twitter, meinVZ) wäre es aber gerade jetzt an der Zeit, dass die soziale Arbeit dem

³⁶ Gemessen an der derzeitigen sozialwirtschaftlichen Lage erscheint dies aber leider als Utopie.

³⁷ Dieser Mehraufwand seitens der Sozialarbeiter sollte auch dementsprechend vergütet werden.

³⁸ Die niederländische Suchthilfeeinrichtung Jellinek betreibt bereits begleitende Internettherapie für Menschen mit problematischem Alkohol-, Cannabis- oder Kokainkonsum. Die Programme basieren auf kognitiver Verhaltenstherapie und setzen den Fokus auf die Selbstheilung des Konsumenten (vgl. Suchttherapietage 2011, S. 16): Ein aktuelles Konzept, auf das anschließend noch näher eingegangen wird.

digitalen Trend nacheifert, zumal eine breite Akzeptanz seitens der meist jüngeren Klienten erwartet werden kann. Einen direkten Kontakt zum Therapeuten sollten die Angebote allerdings nicht grundlegend ergänzen. Persönlicher Kontakt ist wichtig, er trägt zum Realitätsbewusstsein der Problemlage bei und fördert das Vertrauensverhältnis. Doch gerade für Klienten mit engem Terminplan wird es ermöglicht, Beratungsgespräche ortsungebunden abhalten zu können. Über Videotelefonie können beispielsweise die aktuelle Abstinenz- oder Konsumsituation, Fortschritte und weitere Vorgehensweisen besprochen werden. Speziell entwickelte Tools (z.B. Konsumtagebuch, Therapiekalender, Substitutionsmanager) würden Aufgabenfelder gegenüber der Therapie nicht nur für die Klienten vereinfachen. Es könnte ebenfalls ermöglicht werden, dass sich einzelne Klienten in Selbsthilfegruppen innerhalb des Portals, auch überregional, über Probleme und deren Lösungsvorschläge austauschen können. Auch nach Therapieende kann der Kontakt zum Netzwerk bestehen bleiben, um Erreichtes abzusichern und vereinbarte Ziele zu fördern. Dennoch sollte auch weiter an altbewährten, wenn auch mitunter modifizierten, Konzepten festgehalten werden, welche für einen Teil der Klienten noch immer die beste Lösung darstellt.

Doch auch für die beachtliche Anzahl an Konsumenten, für die das strikte Abstinenzparadigma einen Hauptablehnungsgrund für einen Therapieantritt darstellt, müssen konsumakzeptierende Alternativen geschaffen werden. Gerade wenn derartige Vorgaben ein allumfassendes Ausmaß annehmen und auch legale Genussmittel wie beispielsweise Alkohol oder Kaffee zum Tabu erklärt werden, selbst wenn der Gebrauch nicht in direkten Zusammenhang mit dem eigentlichen, problematischen Konsum von Stimulanzien gebracht werden kann. In diesem Zusammenhang erfreuen sich Konsumreduktionsprogramme³⁹ erhöhter Beliebtheit, „die auf Basis des Selbstmanagementansatzes darauf abzielen, Konsumkontrolle zu erlernen bzw. einen übermäßigen und gegebenenfalls problematischen Substanzkonsum auf ein selbstbestimmtes Niveau zu reduzieren.“ (DBDD 2010, S. 128) Aktuelle Strömungen innerhalb der Suchthilfe setzen bereits verstärkt auf die Konzepte der „Selbständerung“. Diese knüpfen an der These an, dass viele Menschen ihren Konsum aus eigener Kraft

³⁹ Als ein erfolgreicher Vertreter gilt das KISS-Programm. („Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“)

bewerkstelligen bzw. bei problematischer Entwicklung eigenständig wieder eindämmen (vgl. Suchttherapietage 2011, S. 12). Gerade im hier diskutierendem, neuartigen Arbeitsfeld mit problematischen Gebrauchern von Stimulanzen könnten derartige Überlegungen zukunftsweisend sein, um somit dem bestehenden "Einbahnstraßendenken" und der daraus mitunter resultierenden Verelendung gekonnt entgegenzuwirken.

5 Literaturverzeichnis

- Ärzte Zeitung (2010). Weniger Drogentote - doch viele greifen zu Amphetaminen. In: Ärztezeitung vom 26.03.2010. In: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/595489/weniger-drogentote-viele-greifen-amphetaminen.html vom 07.04.2011.
- Barsch, G. (2008). Lehrbuch Suchtprävention - Von der Drogennaivität zur Drogenmündigkeit. Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft mbH.
- Bobbink, J., Spohr, B. (2002). Drogenkonsum und psychische Störungen. In: <http://www.therapieladen.de/produkte/drogenkonsum.pdf> vom 12.04.2011.
- Bundeskriminalamt (2010). Rauschgift - Jahreskurzlage 2009. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (20.01.1998). BtMVV - Einzelnorm. In: http://bundesrecht.juris.de/btmvv_1998/__2.html vom 19.04.2011.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001). Ecstasy - Eine Einbahnstraße in die Abhängigkeit? Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längstschnittlicher Perspektive. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Cousto, H. (2003). DrogenMischKonsum - Das Wichtigste in Kürze zu den gängigsten Partydrogen. Solothurn: Nachtschatten Verlag AG.
- Cousto, H. (14.05.2005). Fachinformation: Speed. In: <http://www.drogenkult.net/index.php/Speed.pdf?file=Speed&view=pdf> vom 19.04.2011.
- DAK (2009). Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz. Hamburg: Deutsche Angestellten Krankenkasse.
- Dany, H.-C. (04.03.2008). Das synthetische Double der nervösen Agenten. In: <http://www.xcult.org/texte/dany/taz.html> vom 20.05.2011.
- Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2010). Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland, Drogensituation 2009/10. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2011). DHS: Amphetamine. In: <http://www.dhs.de/suchstoffe-verhalten/medikamente/amphetamine.htm> vom 20.04.2011.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (DDbD) (2009). Drogen- und Suchtbericht 2009. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Drug Scouts (2009a). Speed. Leipzig: Drug Store Drogen-Info-Laden.

- Drug Scouts (2009b). Crystal/Methamphetamin. Leipzig: Drug Store Drogen-Info-Laden.
- Erowid (18.03.2009). Erowid Amphetamine Vault:Legal Status. In: http://www.erowid.org/chemicals/amphetamines/amphetamines_law.shtml#caution vom 19.04.2011.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2010). Jahresbericht 2010 - Stand der Drogenproblematik in Europa. Lissabon: Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2009). Jahresbericht 2009 - Stand der Drogenproblematik in Europa. Lissabon: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- Förster, J. (2010). Drogen, das Lieblingshobby der jungen Deutschen. In: Die Welt vom 26.11.2010 In: <http://www.welt.de/debatte/article11239922/Drogen-das-Lieblingshobby-der-jungen-Deutschen.html> vom 08.04.2011.
- Galert, T., Bublitz, C., Heuser, I., Merkel, R., Repantis, D., Schöne-Seifert, B., Talbolt, D. (2009). Neuro Enhancement: Das optimierte Gehirn. In: Gehirn und Geist 11/2009. In: https://www.wissenschaft-online.de/sixcms/media.php/976/Gehirn_und_Geist_Memorandum.pdf vom 12.04.2011.
- Gantner, A. (1998). Ambulante Therapie mit Cannabis- und Partydrogenkonsumenten. In: http://www.therapieladen.de/produkte/Ambulante_Therapie.pdf vom 12.04.2011.
- Gantner, A. (1999). Psychotherapeutische Behandlung von Partydrogenkonsumenten. In: Thomasius, R. (Hrsg.): Ecstasy - Wirkungen, Risiken, Interventionen (S. 167 - 179). Stuttgart: Enke Verlag.
- Gouzoulis-Mayfrank, E., Scherbaum, N. (2009). Drogenabhängigkeit (ICD-10 F1). In: Voderholzer, U., Hohagen, F. (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen (S. 39-54). München: Elsevier GmbH.
- Harrach, T. (2005). Fachinformation: Speed. Berlin: Eva & Rave e.V.
- Hassler, F. (2010). Kann gründlich daneben gehen. In: Der Freitag vom 09.07.2010. In: <http://www.freitag.de/wochenthema/1027-kann-auch-mal-grundlich-daneben-gehen> vom 20.04.2011.
- Hays, J. (2009). Amphetamines drugs in Japan. In: <http://factsanddetails.com/japan.php?itemid=663&catid=19&subcatid=125> vom 19.04.2011.
- Hövel, J. A. (2010). Im Rausch der Leistung. In: Der Freitag vom 09.07.2010. In: <http://www.freitag.de/wochenthema/1027-ich-nur-besser> vom 20.04.2011.
- Junge Linke (1998). Stoffkundebroschüre - Was wirkt wie, und warum? Berlin: Bundesverband der JungdemokratInnen.

- Katzung, W., Harfst, G. (2004). Synthetische Amphetamin-Drogen. Würzburg: Würzburger Informationszentrale Rauschgift und Drogen e.V.
- Kleiber, D., Söllner, R. (1998). Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Weinheim: Juventa.
- Lieb, K. (2010). Hirndoping. Mannheim: Artemis & Winkler Verlag.
- Nähring, H. (2005). Stoffkunde: Amphetamin und Methamphetamin. In: <http://www.leuchtfueher-ev.de/amphetamin.htm> vom 21.04.2011.
- Rommelspacher, H. (1999). Amphetamine und Entaktogene. In: Gastpar, M., Mann K. (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen (S. 228-236). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Rötzer, F. (07.08.2002). US-Kampfpiloten auf Speed. In: <http://www.heise.de/tp/artikel/13/13046/1.html> vom 19. 04 2011.
- Sack, P.-M., & Thomasius, R. (2009). Klassifikation der Suchtstörungen. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter (S. 8-21). Stuttgart: Schattauer.
- Schleim, S. (18.11.2008). Menschen-Bilder: Mehrheit für IQ-Doping. In: <http://www.brainlogs.de/blogs/blog/menschen-bilder/2008-11-18/mehrheit-f-r-iq-doping2> vom 05.05.2011.
- Schmidbauer, W., vom Scheidt, J. (2003). Handbuch der Rauschdrogen (11. Neuausg.). München: Nymphenburger.
- Spanner, E. (2003). Das Problem, nein zu sagen. In: Die Tageszeitung (taz) vom 19.02.2003. In: <http://www.taz.de/1/archiv/archiv/?dig=2003/02/19/a0266> vom 27.04.2011.
- Sterneck, W. (11.06.1999). SONICS-Cybertribe-Netzwerk. In: <http://www.sterneck.net/sonics/sonics/index.php> vom 30.05.2011.
- Suchttherapietage (2011). Suchttherapietage 2011 - Programmheft. Hamburg: Kongressbüro Suchttherapietage 2011.
- Therapieladen (2011). Über uns: Besonderheiten der Einrichtung. In: http://www.therapieladen.de/ueber_uns/index.htm vom 05.05.2011.
- Thomasius, R., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht): Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. In: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/076-007.htm> vom 10.04.2011.
- Trachsel, D., Richard, N. (2002). Psychedelische Chemie. Solothurn: Nachtschatten Verlag.

6 Anhangsverzeichnis

Anhang A: Abbildungen

Abbildung	Seite
A-1 Klassifizierung möglicher Wirkspektren nach dem Konsum von psychoaktiven Substanzen.....	VIII
A-2 DSM-IV Kriterien für einen Substanzmissbrauch.....	IX
A-3 DSM-IV Kriterien für eine Substanzabhängigkeit.....	X

Anhang B: Tabellen

Tabelle	Seite
B-1 Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, 18-64 Jährige.....	XI
B-2 Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 39- Jährigen in Gesamtdeutschland.....	XII
B-3 Prävalenz des Amphetaminkonsums innerhalb der europäischen Allgemeinbevölkerung.....	XIII
B-4 Spezifische Diagnostik bei Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene.....	XIV

Abbildung A-2: DSM-IV Kriterien für einen Substanzmissbrauch

Ein unangepasstes Muster von Substanzkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigung oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums manifestiert:

- wiederholter Substanzkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
- wiederholter Substanzkonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu körperlichen Gefährdungen kommen kann (Alkohol am Steuer, Bedienen von Maschinen unter Substanz-einfluss etc.)
- wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum
- fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden

Die Symptome haben niemals die Kriterien der Substanzabhängigkeit erfüllt

Quelle: Sack, P.-M., & Thomasius, R. (2009). Klassifikation der Suchtstörungen. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter (S. 8-21). Stuttgart: Schattauer, S. 13.

Abbildung A-3: DSM-IV Kriterien für eine Substanzabhängigkeit

Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigung oder Leiden, wobei mindestens 3 der folgenden Kriterien in einem 12-Monats-Zeitraum auftreten:

1. Toleranzentwicklung:
 - Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung
 - deutliche Wirkungsminderung bei derselben Dosis
2. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz
 - Einnahme derselben oder einer ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden
3. Einnahme der Substanz häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt
4. anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren
5. viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihrer Wirkung zu erholen
6. Aufgabe oder Einschränkung von wichtigen sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten aufgrund des Substanzkonsums
7. fortgesetzter Substanzkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde
 - mit körperlicher Abhängigkeit: Vorliegen von Toleranzentwicklung oder Entzugserscheinungen (Kriterium 1 oder 2 ist erfüllt)
 - ohne körperliche Abhängigkeit: kein Vorliegen von Toleranzentwicklung oder Entzugserscheinungen (weder Kriterium 1 noch Kriterium 2 ist erfüllt)

Quelle: Sack, P.-M., & Thomasius, R. (2009). Klassifikation der Suchtstörungen. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U., Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter (S. 8-21). Stuttgart: Schattauer, S. 12.

Anhang B: Tabellen

Tabelle B-1: Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, 18-64 Jährige

Lebenszeit	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen						
		M	F	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Irgendeine ill. Droge ¹⁾	26,7	31,1	22,1	26,6	41,4	45,2	35,4	22,2	18,7	7,2
Cannabis	25,6	30,3	20,9	25,8	40,8	44,6	34,0	21,3	17,8	5,8
Andere als Cannabis	7,4	9,2	5,6	6,1	9,9	12,7	10,1	5,4	6,5	2,6
Amphetamine	3,7	5,1	2,2	3,4	6,1	7,1	4,4	2,5	3,2	0,9
Ecstasy	2,4	3,0	1,9	2,7	4,4	6,4	4,8	1,2	0,3	0,1
LSD	2,4	3,3	1,5	0,7	1,3	4,1	3,1	1,6	3,4	1,1
Heroin	0,5	0,7	0,2	0,4	0,0	0,5	0,8	0,4	0,5	0,0
Andere Opiate	1,4	1,7	1,1	0,7	1,2	1,4	1,6	1,5	1,4	1,5
Kokain	3,3	4,4	2,2	2,3	4,8	6,2	5,0	3,1	1,8	0,3
Crack	0,2	0,3	0,1	0,6	0,1	0,5	0,3	0,2	0,1	0,0
Pilze	2,8	3,8	1,8	2,3	4,8	7,5	3,9	1,6	1,7	0,5
Spice	0,8	1,1	0,4	2,5	2,5	2,1	0,5	0,5	0,0	0,0
12-Monate	Gesamt	M	F	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Irgendeine ill. Droge	5,1	6,7	3,4	16,8	15,3	12,0	4,8	2,4	1,1	0,3
Cannabis	4,8	6,4	3,1	16,1	14,4	11,1	4,4	2,3	1,1	0,1
Andere als Cannabis	1,3	1,9	0,8	4,0	4,0	3,2	1,5	0,6	0,1	0,3
Amphetamine	0,7	1,1	0,4	2,6	3,0	2,1	0,5	0,3	0,0	0,0
Ecstasy	0,4	0,6	0,2	1,5	1,2	1,2	0,4	0,2	0,0	0,0
LSD	0,1	0,2	0,1	0,5	0,2	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0
Heroin	0,1	0,2	0,0	0,4	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Andere Opiate	0,2	0,2	0,1	0,5	0,5	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1
Kokain	0,8	1,2	0,4	1,4	2,4	2,0	1,0	0,4	0,1	0,1
Crack	0,1	0,2	0,0	0,5	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0
Pilze	0,2	0,4	0,1	1,0	0,8	0,3	0,1	0,3	0,0	0,0
Spice	0,4	0,6	0,2	1,9	1,8	1,0	0,3	0,1	0,0	0,0
30-Tage	Gesamt	M	F	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Irgendeine ill. Droge	2,6	3,8	1,4	7,4	8,0	6,0	2,6	1,4	0,6	0,1
Cannabis	2,4	3,4	1,3	6,8	7,1	5,5	2,4	1,2	0,6	0,1
Andere als Cannabis	0,6	1,0	0,3	1,7	2,5	1,1	0,6	0,5	0,1	0,0
Amphetamine	0,3	0,5	0,2	0,9	1,7	0,9	0,1	0,2	0,0	0,0
Ecstasy	0,2	0,3	0,0	0,6	0,9	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0
LSD	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0
Heroin	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Andere Opiate	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
Kokain	0,3	0,5	0,1	0,7	0,4	0,5	0,3	0,4	0,0	0,0
Crack	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Pilze	0,1	0,2	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Spice	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0

1) Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiate, Kokain, Crack und Pilze (ohne Spice).

Quelle: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2010). Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland, Drogensituation 2009/10. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, S. 40.

Tabelle B-2: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 18- bis 39- Jährigen in Gesamtdeutschland

Substanz		Erhebungsjahr						
		1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009
Illeg. Drogen	LZ ¹⁾	14,6*	19,0*	18,9*	27,7*	33,8*	34,7*	37,6
	12M ¹⁾	4,3*	8,3*	7,9*	10,8	12,2*	9,6	9,9
	30T ¹⁾		5,6	5,3	5,9	6,4*	4,9	5,0
Cannabis	LZ	14,0*	18,2*	17,6*	27,2*	33,1*	33,9*	36,6
	12M	4,1*	7,8*	7,2*	10,4	11,8*	9,2	9,3
	30T		4,9	4,8	5,7*	6,0*	4,4	4,5
Amphetamine	LZ	2,8*	3,6*	2,1*	3,0*	4,6	4,0*	5,2
	12M	0,4*	1,3	0,8*	1,0*	1,6	1,2	1,6
Ecstasy	LZ		2,5*	2,8*	2,8*	4,4	4,3	4,8
	12M		1,6*	1,5*	1,2	1,4*	0,9	0,8
LSD	LZ	1,8*	2,3	1,8*	2,3	3,1	2,3	2,7
	12M	0,1	0,9*	0,6*	0,3	0,4*	0,2	0,2
Opiate	LZ	1,4	2,2	1,1	1,4	1,9	1,4	1,6
	12M	0,1*	0,7*	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4
Kokain/Crack	LZ	1,3*	3,2*	2,0*	3,7*	4,8	4,1	5,0
	12M	0,3*	1,5	1,1	1,5	1,5	1,2	1,6

1) LZ = Lebenszeitprävalenz; 12M = 12 Monats-Prävalenz; 30 M = 30-Tage-Prävalenz.

2) * p<.05 für eine Veränderung gegenüber dem Jahr 2009.

3) Logistische Regressionen zur Vorhersage der Prävalenzen mit Jahr (Ref: 2009), Alter, (Geschlecht). Bei kleinen Zellenbesetzungen (n≤10) wurde Fisher's exakter Test verwendet.

Quelle: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2010). Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland, Drogensituation 2009/10. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, S. 41.

Tabelle B-3: Prävalenz des Amphetaminkonsums innerhalb der europäischen Allgemeinbevölkerung

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums	
	Lebenszeit	Letzte zwölf Monate
15 bis 64 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	12 Millionen	2 Millionen
Europäischer Durchschnitt	3,7 %	0,6 %
Spanne	0,0-12,3 %	0,0-1,7 %
Länder mit der höchsten Prävalenz	Rumänien (0,0 %) Griechenland (0,1 %) Malta (0,4 %) Zypern (0,8 %)	Rumänien, Malta, Griechenland (0,0 %) Frankreich (0,1 %) Portugal (0,2 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (12,3 %) Dänemark (6,3 %) Schweden (5,0 %) Tschechische Republik (4,3 %)	Tschechische Republik (1,7 %) Vereinigtes Königreich, Dänemark (1,2 %) Norwegen, Estland (1,1 %)
15 bis 34 Jahre		
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	7 Millionen	1,5 Millionen
Europäischer Durchschnitt	5,2 %	1,2 %
Spanne	0,1-15,4 %	0,1-3,2 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (0,1 %) Griechenland (0,2 %) Malta (0,7 %) Zypern (0,8 %)	Rumänien, Griechenland (0,1 %) Frankreich (0,2 %) Zypern (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Vereinigtes Königreich (15,4 %) Dänemark (10,5 %) Tschechische Republik (7,8 %) Lettland (6,1 %)	Tschechische Republik (3,2 %) Dänemark (3,1 %) Estland (2,5 %) Vereinigtes Königreich (2,3 %)
<small>Die europäischen Prävalenzschätzungen basieren auf den gewichteten Durchschnittswerten aus den jüngsten nationalen Erhebungen aus den Jahren 2001 bis 2008/2009 (vor allem 2004 bis 2008) und können daher keinem bestimmten Jahr zugeordnet werden. Die durchschnittliche Prävalenzrate für Europa wurde als nach der Bevölkerung der einzelnen Länder in der relevanten Altersgruppe gewichteter Durchschnitt berechnet. Für Länder, für die keine Daten verfügbar waren, wurde die durchschnittliche EU-Prävalenz angesetzt. Als Basis wurden die folgenden Altersgruppen herangezogen: 15 bis 64 Jahre (334 Millionen) und 15 bis 34 Jahre (133 Millionen). Die hier zusammengefassten Daten sind im Abschnitt General population surveys (Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung) im Statistical Bulletin 2010 verfügbar.</small>		

Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2010). Jahresbericht 2010 - Stand der Drogenproblematik in Europa. Lissabon: Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, S. 65.

Tabelle B-4: Spezifische Diagnostik bei Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene

Suchtanamnese	Somatische Diagnostik
<ul style="list-style-type: none"> - Zeitpunkt des Erstkonsums - Gesamtdauer des Konsums - Konsummengen - Applikationsformen - Etwaige Abstinenzphasen - Entzugs- und Intoxikationssymptome - Konsum in den letzten Wochen - Konsum weiterer psychotroper Substanzen - Subjektive Konsumfolgen - Vegetative Störungen - Psychische und somatische Begleiterkrankungen - Familienanamnese mit Schwerpunkt auf Suchterkrankungen - Frühere ärztliche und nicht-ärztliche Beratungen und Behandlungen, insb. Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen 	<p>Körperliche Untersuchung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperlicher Status mit Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation, Pulsstatus und Blutdruckmessung <p><u>besonders beachten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Einstichstellen - Infektionszeichen - Hinweise auf Lebererkrankung - Physische Traumatisierung (Z.n. Sturz) - Allgemein- und Ernährungszustand - Neuropsychologische Funktionen <p>Labor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeichen der Myokardischämie - Blutgerinnungsstörungen - Blutgase - Leberwerte - Urinuntersuchung auf Kokain (1-3 Tage nachweisbar, bei chron. Konsum 5-10 Tage), Amphetamine und Ecstasy (1-3 Tage nachweisbar) - Ggf. Weiterführende Laboruntersuchungen (z.B. Hep. oder HIV-Serologie) <p>Ggf. Umfassende kardiologische und pulmonologische Diagnostik (bei klinischer Symptomatik)</p>

Quelle: Thomasius, R., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht): Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. In: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/076-007.htm> vom 10.04.2011.

7 Eidesstaatliche Versicherung

Korrespondenzadresse:

Daniel Völkel
Leipzig

Hiermit versichere ich,

- dass ich die Bachelor-Arbeit selbstständig und ausschließlich mit den aus den Richtlinien zu vereinbarenden Hilfsmitteln erstellt habe,
- dass diese Bachelor-Arbeit keiner anderen Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt wurde,
- dass ich jegliche wörtlich und sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Quellen übernommenen Passagen eindeutig kenntlich gemacht habe.

[Ort, Datum]

[Unterschrift des Verfassers]