

Abschlussbericht: BOJE - Benzodiazepin- und Opioidkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – empirische Erkundungen und Entwicklung von Präventionsempfehlungen

Förderkennzeichen: ZMI5-2522DSM206

Leitung: Dr. Bernd Werse

Projektmitarbeitende: Dr. Gerrit Kamphausen (wiss. MA), Jennifer Martens (stud. MA), Rüdiger Schmolke (externer Mitarbeiter für Präventionsempfehlungen)

Kontaktdaten: Dr. Bernd Werse, Goethe-Universität, FB 04, Centre for Drug Research, 60629 Frankfurt, werse (ät) em.uni-frankfurt.de

Laufzeit: 01.07.2022 – 30.11.2023

Fördersumme: 79.977,00 €

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	9
2.1.	Design und methodische Vorgehensweise	9
	a) Onlinebefragung mit Targeted Sampling	9
	b) Qualitative Interviews mit Konsumerfahrenen	10
	c) Qualitative Analyse von Forenthreads	10
	d) Sekundäranalyse von Repräsentativdaten aus der lokal gestützten MoSyD-Befragung.....	10
	e) Transfer der Forschungsergebnisse in Präventionsempfehlungen	11
2.2	Ziele	11
3	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	13
4	Ergebnisse	15
4.1	Quantitative Onlinebefragung	15
4.1.1	Durchführung, Stichprobe und Darstellung.....	15
4.1.2	Ergebnisse der Gesamtstichprobe (inklusive älterer Befragter)	17
4.1.2.1	Soziodemographische Angaben	17
4.1.2.2	Substanzkonsum	17
4.1.3	Ergebnisse der Hauptzielgruppe (bis einschließlich 30 Jahre)	18
4.1.3.1	Soziodemographische Angaben	18
4.1.3.2	Substanzkonsum	19
4.1.3.3	Situationen, Motive und kulturelle Aspekte	25
4.1.3.4	Mit dem Konsum assoziierte Probleme	31
4.1.3.5	Nutzung der Hilfs- und Informationsangebote und bevorzugte Maßnahmen zu Hilfe und Prävention	33
4.1.3.6	Bezugsquellen und Social Supply	35
4.1.4	Ergebnisse nach Geschlecht (bis einschließlich 30 Jahre)	37
4.1.4.1	Soziodemographische Angaben	37
4.1.4.2	Substanzkonsum	38
4.1.4.3	Sonstige geschlechtsbezogene Unterschiede	39
4.1.5	Diskussion	41
4.2	Qualitative Interviews	43

4.2.1	Stichprobe.....	43
4.2.2	Ergebnisse	49
4.2.2.1	Popkulturelle Vorbilder und Images	49
4.2.2.2	Szenen und Umfeldler	52
4.2.2.3	Konsummotive	55
4.2.2.4	Substanzen und Wirkungen.....	58
4.2.2.5	Beschaffungsquellen und Verfügbarkeit	61
4.2.2.6	Konsummuster.....	65
4.2.2.7	Negative Folgen	67
4.2.2.8	Gender	69
4.2.2.9	Informationsstand und Schadensminderung.....	70
4.2.3	Diskussion	72
4.3	Forenanalyse	73
4.4	Sonderauswertung der Daten aus dem „Monitoring-System Drogentrends“ (MoSyD).....	74
4.4.1	Datengrundlage	74
4.4.2	Prävalenz	75
4.4.3	Bezugsquellen	77
4.4.4	Diskussion	78
4.5	Empfehlungen für die Prävention (Ergebnisse der Fokusgruppen-Befragung von Expertinnen und Experten)	78
4.5.1	Zusammenfassung.....	79
4.5.2	Stichprobe.....	79
4.5.3	Ziele und Ablauf der Gruppeninterviews	79
4.5.4	Aussagen / Ergebnisse der Fokusgruppen.....	80
4.5.4.1	Einschätzungen zu Substanzen und Konsummustern	80
4.5.4.2	Beschaffung und Verfügbarkeit	81
4.5.4.3	Konsummotive	81
4.5.4.4	Negative Folgen	82
4.5.5	Präventionsempfehlungen	83
4.5.5.1	Universelle Prävention – Ergebnisse aus den Fokusgruppen.....	83
4.5.5.2	Empfehlungen für die universelle Suchtprävention	85

4.5.5.3	Selektive Prävention – Ergebnisse aus den Fokusgruppen.....	87
4.5.5.4	Empfehlungen für selektive Suchtprävention.....	89
4.5.5.5	Indizierte Prävention / Frühintervention - – Ergebnisse aus den Fokusgruppen.....	90
4.5.5.6	Empfehlungen für die indizierte Suchtprävention.....	91
4.5.5.7	Strukturelle Prävention – Ergebnisse aus den Fokusgruppen.....	92
4.5.5.8	Empfehlungen für die strukturelle Suchtprävention.....	93
5.	Gender Mainstreaming-Aspekte.....	94
6	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	95
7	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	98
8	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential).....	99
9	Publikationsverzeichnis.....	100
10	Quellenverzeichnis	101

Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1:	Operationalisierung der Ziele	12
Tabelle 2:	Prävalenzraten der gängigsten Drogen und Alkohol (gesamte Stichprobe), %.....	18
Tabelle 3:	Zentrale Prävalenzraten der abgefragten Drogenkategorien (Befragte bis 30 Jahre); % 20	
Tabelle 4:	Prävalenzraten Benzodiazepine und ähnlicher Stoffe (Befragte bis 30 Jahre); %.....	21
Tabelle 5:	Prävalenzraten Opioide (Befragte bis 30 Jahre), %.....	22
Tabelle 6:	Prävalenzraten verschiedener Lean-Mischungen (Befragte bis 30 Jahre), %.....	23
Tabelle 7:	Konsumfrequenz gängiger Drogen während der letzten 30 Tage (Befragte bis 30 Jahre), %, bezogen auf Befragte mit 12-Monats-Prävalenz	23
Tabelle 8:	Konsumfrequenz der meistkonsumierten Benzodiazepine und Opioide (Befragte bis 30 Jahre), %, bezogen auf Befragte mit 12-Monats-Prävalenz	24
Tabelle 9:	Konsumsituationen für Benzodiazepine, Opioide und Lean (Befragte bis 30 Jahre), %, bezogen auf Befragte mit Lebenszeitprävalenz	26
Tabelle 10:	Konsummotive für Benzodiazepine, Opioide und Lean (Befragte bis 30 Jahre), %, bezogen auf Befragte mit Lebenszeitprävalenz.....	27
Tabelle 11:	Kultureller Kontext; Zustimmung von 1 – 4; Mittelwerte und Antworten im Zustimmungsbereich in % (Befragte bis 30 Jahre).....	29
Tabelle 12:	Kultureller Kontext; Zustimmung von 1 – 4; Antworten im Zustimmungsbereich, % , Befragte bis 30 Jahre, nach Konsumerfahrung mit Opioiden, Benzodiazepinen und/oder Lean	30

Tabelle 13:	Akute Probleme beim Konsum von Benzodiazepinen, Opioiden und/oder Lean, % , Befragte bis 30 Jahre	31
Tabelle 14:	Mittel- bis langfristige Probleme beim Konsum von Benzodiazepinen, Opioiden und/oder Lean, % , Befragte bis 30 Jahre	32
Tabelle 15:	Soziale Probleme beim Konsum von Benzodiazepinen, Opioiden und/oder Lean, % , Befragte bis 30 Jahre.....	33
Tabelle 16:	Bisherige Nutzung gängiger Hilfsangebote (Mehrfachnennung möglich), %, Befragte bis 30 Jahre, nach Konsumerfahrung mit Opioiden, Benzodiazepinen und/oder Lean	34
Tabelle 17:	Subjektiv beste Maßnahmen zur Verbesserung von Drogenhilfe und Prävention, %, Befragte bis 30 Jahre (bis zu drei Nennungen möglich).....	35
Tabelle 18:	Jemals benutzte Bezugsquellen, %, Befragte bis 30 Jahre (Mehrfachnennungen)	36
Tabelle 19:	Zuletzt genutzte Bezugsquellen, %, Befragte bis 30 Jahre (Einfachnennung).....	36
Tabelle 20:	Anteile entgeltlichen und unentgeltlichen Bezugs bei der Beschaffung von Sedativa, %, Befragte bis 30 Jahre.....	37
Tabelle 21:	Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenzraten der gängigsten Drogen nach Geschlecht (%)38	
Tabelle 22:	Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenzraten der gängigsten Sedativa nach Geschlecht (%)39	
Tabelle 23:	Kultureller Kontext; Zustimmung von 1 – 4; Antworten im Zustimmungsbereich, % , Befragte bis 30 Jahre, nach Geschlecht	40
Tabelle 24:	Übersicht über die qualitativ interviewten Personen	45
Tabelle 25:	Projektziele und deren Erreichung.....	97
Abbildung 1:	Lebenszeitprävalenz von Benzodiazepinen und Opioiden unter 15- bis 18-Jährigen sowie 19- bis 30-Jährigena aus der Frankfurter MoSyD- Schulbefragung nach Turnus (%)	75
Abbildung 2:	Beispiel für Repräsentation von Benzodiazepinen in der Alltagskultur (Bild: Rüdiger Schmolke/privat)	81
Abbildung 3:	Flyer der Fachstelle für Suchtprävention Berlin.....	84
Abbildung 4:	Beispiel für einen gelungenen Informationsflyer zu Sedativa (Mindzone, München)	88

0 Zusammenfassung

Das Projekt BOJE beschäftigte sich zwischen 2022 und 2023 mit dem Konsum von Benzodiazepinen und Opioiden unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Das Thema war u.a. durch die seit etwa Mitte der 2010er Jahre zu beobachtende Präsenz in der Popkultur, aber auch durch empirische Daten und Hinweise aus der Drogenhilfe in das Interesse der Fachwelt und der Allgemeinöffentlichkeit gerückt.

Für das Projekt wurde (a) eine Onlinebefragung mit 1.148 14- bis 30-jährigen Drogenerfahrenen durchgeführt, von denen gut die Hälfte Erfahrungen mit mindestens einem sedierenden Medikament hat, (b) wurden 15 qualitative Interviews mit jungen Menschen geführt, die unterschiedliche Erfahrungen mit derartigen Substanzen aufweisen, (c) wurde eine kurze Onlineforen-Analyse zum Thema vorgenommen und (d) wurden zwecks repräsentativer Einordnung Daten aus einer Frankfurter Schulbefragung sekundärausgewertet. Auf Basis der Ergebnisse und Online-Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten wurden (e) Präventionsempfehlungen zum Thema erstellt.

Junge Menschen, die Benzodiazepine und/oder Opioide konsumieren, weisen keine auffälligen soziodemographischen Spezifika auf. Sie sind allgemein der Gruppe drogenaffiner Menschen zuzuordnen – in aller Regel existieren umfangreiche Erfahrungen auch mit anderen psychoaktiven Substanzen. Für nicht wenige war die verstärkte Thematisierung in Texten von (u.a. deutschen) Rappern ein Faktor, der zur Probierbereitschaft beigetragen hat. Bestimmte Konsumformen, z.B. das codeinhaltige Getränk „Lean“ oder der US-Handelsname „Xanax“ für Alprazolam, genießen bei manchen Kultstatus. Während Opioide (vor allem Tilidin, gefolgt von Codein, Tramadol und Oxycodon) häufig in privater Umgebung gemeinsam mit Freunden konsumiert werden und das (gemeinsame) Genießen der Wirkungen ein zentrales Motiv darstellt, werden Benzodiazepine (neben Alprazolam u.a. Diazepam) häufiger alleine und deutlich öfter in funktionaler Absicht genommen, angefangen vom „Runterkommen“ von anderen Drogen über Entspannung vom Alltag bis hin zur durchaus häufigen Selbstmedikation bei Angststörungen und Depressionen. Personen mit psychischen Vorbelastungen weisen auch – nicht nur in Bezug auf Benzodiazepine, sondern auch auf Opioide – am ehesten regelmäßige und ggf. problematische Gebrauchsmuster auf. Es ist zu vermuten, dass der in Repräsentativerhebungen zu beobachtende Anstieg der Konsumerfahrung seit etwa 2015 nicht nur mit Popkultur, sondern auch mit der Corona-Pandemie und anderen Krisen zu tun haben könnte, die höhere psychische Belastungen und Störungen bei jungen Menschen zur Folge hatten. Abgesehen von Abhängigkeit sind vor allem Überdosisrisiken ein wichtiges Thema, vor allem wenn Mischkonsum betrieben wird.

Für die Prävention wird empfohlen, vor allem zielgruppenspezifische Informationen bereit zu stellen, die auf die spezifischen Risiken der Substanzen hinweisen. Dabei wird die Erprobung von neuen, an die heutige digitale Realität angepassten Methoden vorgeschlagen. Die Drogenhilfe sollte sich auf eine weiterhin kleine, aber zunehmende Gruppe junger Menschen einstellen, die Probleme mit dem Konsum von Sedativa entwickeln.

1 Einleitung

Seit einigen Jahren ist, häufig mit Werken bekannter deutscher und internationaler Rapper assoziiert, der Konsum von medizinischen Opioiden und Benzodiazepinen ein Thema in der Jugendkultur geworden. Häufig genannte Stoffe bzw. Zubereitungen sind hier Tilidin, „Lean“ bzw. „Purple Drank“ (Getränk, das Hustensaft mit Codein und Promethazin enthält) sowie Xanax® (Alprazolam). Die Berichterstattung darüber hat zuweilen den Tenor, dass es sich um neue „Trenddrogen“ handle, deren Konsum weite Kreise von Jugendlichen betreffen würde. Die Datenlage dazu ist schmal: In der letzten veröffentlichten Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys (Erhebung 2021) zeigt sich eine zuletzt nahezu stagnierende 12-Monats-Prävalenz von „Schlaf- und Beruhigungsmitteln“ bei Erwachsenen, wobei die Werte in früheren Jahren teils deutlich höher lagen. In den jüngeren Altersgruppen ging die 12-Monats-Prävalenz zuletzt sogar leicht (nicht signifikant) zurück; lediglich die mindestens wöchentliche Einnahme solcher Stoffe stieg zuletzt, auf niedrigem Niveau, leicht an, bei 25-39-Jährigen (nicht bei 18-24-Jährigen) auch signifikant (Rauschert et al. 2023). In den jüngsten Erhebungen des lokalen Monitoring-Systems Drogentrends (MoSyD) in Frankfurt war ein deutlicher Anstieg der Lebenszeiterfahrung mit psychoaktiv wirkenden Medikamenten insgesamt zu beobachten, mit Opioiden als am häufigsten genannter Medikamentengruppe – allerdings ebenfalls auf eher niedrigem Niveau und eher geringer Prävalenz von Benzodiazepinen (Werse et al. 2023)¹. Aus Ausgehsszenen gibt es unterschiedliche Meldungen über die Verbreitung dieser Substanzen; am ehesten wird dabei auf den funktionalen Konsum von Benzodiazepinen nach langen Partynächten zum „Runterkommen“ von stimulierenden Substanzen verwiesen (ebd.). Aus Beratungsstellen wird seit einiger Zeit über verstärkte Anfragen zu diesen Stoffen berichtet, teilweise auch über Fälle problematischen Konsums in der betreffenden Altersgruppe².

Teilweise wird bei entsprechenden Berichten konstatiert, dass sedierende Drogen in die aktuelle, von Krisen und Unsicherheit geprägte Zeit passen würden, z.B. in Verbindung mit den ‚Lockdowns‘ in der Corona-Pandemie (Plett 2021); teilweise wurde aber auch „Wohlstandsverwahrlosung“ als Grund diagnostiziert (Faulhaber 2021).

Weitgehende Unklarheit bestand indes über diverse Fragen, die dieses Phänomen betreffen. Auf diese Fragen Antworten zu liefern, war ein zentrales **Ziel** des vorliegenden Projektes:

- Wie viele junge Menschen konsumieren tatsächlich Benzodiazepine und Opioide?
- Welches sind die zentralen Motive für den Konsum von sedierenden Medikamenten?
- Welche Rolle spielt dabei die Einbindung in die Jugend- bzw. Popkultur?

¹ Näheres zu diesen Daten sowie weitere Resultate aus dieser Erhebung: siehe 4.4.

² Quelle sind hier zum einen anekdotische Berichte von Mitarbeiterinnen aus der Beratung in unterschiedlichen Regionen Deutschlands. Zum anderen zeigen aktuelle Zahlen aus der Auswertung der hessischen Suchthilfe, dass die Gruppe der Klienten/Klientinnen mit Sedativakonsum als Hauptproblem in den letzten Jahren deutlich angewachsen ist, allerdings ebenfalls auf niedrigem Niveau (neu aufgenommene Klienten/Klientinnen: 2016: n=10, 2022: n=57, in ganz Hessen); gleichzeitig ist der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in dieser Gruppe angestiegen (HLS 2023).

- Welche riskanten oder intensiven Konsummuster werden betrieben und in welcher Häufigkeit?
- Welche Substanzen von Konsumerfahrungen werden außerdem in welcher Intensität konsumiert?
- Gibt es Schwerpunkte im Hinblick auf Soziodemographie, Geographie (u.a. Stadt vs. Land), Interessen o.ä.?

Hierzu liefern wir mit dem vorliegenden Bericht erste Erkenntnisse für Deutschland.

Auch aus dem Ausland gibt es zu neuerem jugendkulturell propagierten Konsum sedierender Substanzen nur sehr wenig Forschung (als Ausnahme seien Palamar 2019 und Tettey et al. 2020 genannt). Gleichzeitig besteht, wie von europäischen Kolleginnen und Kollegen verlautete, ein hohes internationales Interesse an der Thematik; diverse Forschungsinstitute aus Europa arbeiten derzeit an Anträgen für die Bearbeitung ähnlicher Fragen.

Die Ergebnisse der für das Projekt durchgeführten Forschungen bilden die Basis für bundesweit verwendbare Empfehlungen für die Prävention, die als ein zentrales Resultat der Studie zu verstehen sind. Dabei geht es sowohl um Inhalte und Wege, wie sinnvoll und behutsam universelle Prävention hinsichtlich spezifischer Risiken der betreffenden Stoffe betrieben werden kann, als auch um selektive Prävention für in den Erhebungen identifizierte Risikogruppen und indizierte Prävention bzw. Schadensminderung (Harm Reduction) für bereits Konsumierende.

Zur Projektstruktur und Verantwortlichkeiten:

Dr. Bernd Werse (Soziologe) war verantwortlich für die Leitung und Koordination des Projektes, arbeitete maßgeblich an den Erhebungsinstrumenten mit, führte einen Teil der qualitativen Interviews selbst durch und übernahm auch den größten Teil der qualitativen Analyse sowie einen Teil der quantitativen Auswertungen (auch für die MoSyD-Daten). Zudem hat er diesen Abschlussbericht maßgeblich koordiniert und mehrheitlich geschrieben und ist verantwortlich für die Präsentation der Resultate, etwa auf Konferenzen.

Dr. Gerrit Kamphausen war hauptverantwortlich für Konzeption, Durchführung, Dissemination, Analyse und Berichtserstellung für die quantitative Online-Befragung. Zudem hat er die Forenanalyse durchgeführt.

Jennifer Martens hat die Mehrheit der qualitativen Interviews akquiriert und selbst durchgeführt, außerdem die Vorauswertung sowie einen Teil der Analyse und Berichtserstellung vorgenommen.

Rüdiger Schmolke als externer Mitarbeiter hat die Diskussionsrunden zu Präventionsempfehlungen organisiert und durchgeführt und deren Ergebnisse ausgewertet und in Empfehlungen transferiert. Zudem hat er durch zahlreiche Kontakte die qualitativen und quantitativen Erhebungen unterstützt.

2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

2.1. Design und methodische Vorgehensweise

Da es sich um ein relativ neues und hierzulande nahezu unerforschtes Phänomen handelte, bot sich ein explorativer Ansatz an, der zwecks besserem Verständnis von Zusammenhängen qualitative Methoden enthält, bei dem aber auch quantitative Daten erhoben wurden, um Abschätzungen von Ausmaßen und Schwerpunkten vornehmen zu können. Daher wurde mit einem Mixed-Methods-Ansatz (Tashakkori & Teddlie 2003) mit einem Schwerpunkt auf einer Onlineerhebung gearbeitet; im Folgenden sind unter a-c die dazu verwendeten Forschungsmodule näher beschrieben. Modul d befasst sich mit der Umsetzung der Ergebnisse in konkrete Empfehlungen für Prävention und Schadensminderung.

a) Onlinebefragung mit Targeted Sampling

Für die quantitative Erforschung wurde eine anonyme Onlinebefragung verwendet, die mit einer gezielten Ansprache von relevanten Personen arbeitete. Solch ein „Targeted Sampling“ wurde schon vor längerer Zeit als Methode zur Erforschung von schwer zugänglichen Populationen empfohlen (Watters & Biernacki 1989) und war auch hier das Mittel der Wahl. Um einerseits ausreichend Konsumerfahrene zu erreichen, andererseits eine grobe Abschätzung des Umfangs des Konsums von Opioiden und Benzodiazepinen unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen vornehmen zu können, wurden als Zielgruppe alle 14- bis 30-Jährigen, die Erfahrungen mit illegalen Drogen und/oder psychoaktiven Medikamenten haben, angesprochen. Als Ziel der Studie wurde angegeben, dass mehr über Konsummuster von jungen Menschen, die Erfahrungen mit illegalen Drogen bzw. psychoaktiven Medikamenten haben, herausgefunden werden soll, um realistischere und differenziertere Vorstellungen von Substanzkonsum in der Öffentlichkeit zu erzielen. Daneben wurde auch der Schwerpunkt auf Benzodiazepine und Opioide erwähnt, zumal dieser Fokus beim Ausfüllen schnell deutlich wurde. Wir gingen von einem ausreichenden Anreiz aus, eine nennenswerte Gesamtstichprobe zu erzielen (mehr als 2000 Personen). Letztlich war zwar die Gesamtstichprobe mit 1.148 14-30-Jährigen deutlich kleiner, aber die Teilstichprobe der Sedativa-Erfahrenen war mit $n=628$ deutlich größer als erwartet. Mit den Resultaten der Erhebung kann innerhalb der Gruppe der Konsumerfahrenden eine grobe Abschätzung des Ausmaßes von Benzodiazepin- und Opioidkonsum vorgenommen werden. Denjenigen, die Erfahrungen mit Benzodiazepinen bzw. Opioiden haben, wurden weiterführende Fragen hierzu gestellt. Mit diesen Daten können Aussagen über geographische und soziodemographische Schwerpunkte des Konsums sowie Motivlagen, soziokulturelle Aspekte, anderweitigen Substanzkonsum unter den Benzodiazepin- und Opioidkonsumierenden u.a. gemacht werden. Die entsprechenden Daten wurden mittels deskriptiver Statistik und bewährten statistischen Tests ausgewertet.

Zur Dissemination der Online-Erhebung wurden zum einen Kontakte zu Trendscouts aus der MoSyD-Erhebung sowie Mitarbeitende und Peers aus Party-Präventionsprojekten genutzt, mit dem Ziel, dass sich der Aufruf „viral“ verbreitet. Die Kontakte zu diesen Organisationen wurden

v.a. über den Kooperationspartner, der wichtige Funktionen im Berliner Safer-Nightlife-Netzwerk SONAR und im Safer-Nightlife-Bundesverband Sonics einnimmt, ermöglicht. An diese Organisationen wurden auch Papierflyer geschickt, die auf Veranstaltungen verteilt wurden. Darüber hinaus wurden Soziale Medien auch direkt zur Verbreitung genutzt, außerdem relevante Online-Foren, Organisationen (Prävention, Suchthilfe, Aktivismus u.a.) sowie einzelne relevante „Influencer“: neben verschiedenen auf Social Media bzw. in Podcasts zum Thema Drogen Aktiven konnte auch ein Rapper dazu motiviert werden, den Aufruf weiterzuverbreiten.

b) Qualitative Interviews mit Konsumerfahrenden

Ergänzt werden die Erkenntnisse durch qualitative Interviews mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Konsumerfahrung aufweisen. Hier ging es um die Ergründung näherer Zusammenhänge zwischen jugendkultureller Orientierung, soziodemographischen und psychosozialen Faktoren, Konsummotivation und Konsummustern. Nach dem Muster des „theoretischen Sampling“ (Glaser & Strauss 1967) sollten dabei exemplarisch unterschiedliche Typen Konsumierender mit unterschiedlichen Bedingungen erreicht werden. Dabei wurde einerseits den in der Online-Erhebung Befragten die Möglichkeit gegeben, sich für ein solches Interview zu melden; andererseits war auch hier das Netzwerk aus der Peer-Prävention (siehe a) ein wichtiger Multiplikator, das Befragte vermitteln konnte. Zudem wurde die MosyD-Schulbefragung genutzt, um Personen mit relevanter Konsumerfahrung eine Kontaktmöglichkeit für ein qualitatives Interview anzuzeigen.

Die Interviews wurden teilweise online geführt; letztlich konnte die Mehrheit der Gespräche ‚offline‘, also face-to-face durchgeführt werden. Die erhobenen Daten wurden einer eingehenden qualitativen Inhaltsanalyse mithilfe entsprechender Analysesoftware (MaxQDA) unterzogen.

c) Qualitative Analyse von Forenthreads

Zusätzlich wurden exemplarisch Forenthreads qualitativ analysiert, die sich mit dem Konsum der besagten Stoffe beschäftigen. Dafür wurde das Forum von eve-rave.ch verwendet, wo sich zumeist stark in der Drogenthematik Belesene in detaillierten Diskussionen austauschen. Die Suche nach anderen themenbezogenen Foren ergab keine Ergebnisse, bei denen eine Analyse sinnvoll gewesen wäre.

Auch hier wurde eine qualitative Inhaltsanalyse der Daten vorgenommen.

d) Sekundäranalyse von Repräsentativdaten aus der lokal gestützten MoSyD-Befragung

Da die Analyse der Forenthreads (c) nur wenig brauchbare Ergebnisse erbrachte und die Abschätzung der Verbreitung relevanter Substanzen mittels Modul a nur bedingt möglich ist, wurden als zusätzliches Modul zur Erkenntnisgewinnung relevante Daten aus der lokal gestützten repräsentativen MoSyD-Schulbefragung sekundär ausgewertet. Ohnehin wurden anlässlich des BOJE-

Projekts zusätzliche Fragen zu Benzodiazepinen und Opioiden in den MoSyD-Fragebogen aufgenommen. Mit der Analyse stehen zusätzliche Erkenntnisse zum Konsum der relevanten Stoffe in einer Repräsentativstichprobe unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur Verfügung.

e) *Transfer der Forschungsergebnisse in Präventionsempfehlungen*

Für diesen Teil des Projektes war hauptsächlich der Kooperationspartner (Auftragnehmer) verantwortlich; er übernahm auch die Organisation der Aktivitäten. Vorläufige Ergebnisse aus den Befragungen wurden zunächst im Rahmen zweier Fokusgruppeninterviews mit Erkenntnissen von Expertinnen und Experten zum Thema abgeglichen. Die Fokusgruppenerhebung diente zudem dazu, Handlungsempfehlungen für die Präventionsarbeit zu generieren und diese in Grundzüge für ein Schulungsmanual für Präventionsfachkräfte einfließen zu lassen.

Die befragte Gruppe setzte sich interdisziplinär aus Fachkräften aus Prävention und Beratung sowie Wissenschaft zusammen. Neben übergreifenden Empfehlungen zur universellen Prävention konnten durch die Zusammensetzung der Gruppe auch schadensminimierende Botschaften abgeleitet werden, die im Rahmen der selektiven und der indizierten Präventionsarbeit hohe Relevanz besitzen. Die Fokusgruppeninterviews wurden jeweils digital durchgeführt. Um eine Diskussionsgrundlage zu schaffen, wurde den Expertinnen und Experten im Vorfeld der Fokusgruppenbefragung gemeinsam mit einigen wesentlichen vorläufigen Resultaten der Studie ein kurzer halbstandardisierter Fragebogen mit Einschätzungsfragen zugesendet.

Für Fachkräfte wird eine auf der Internetpräsenz des CDR verfügbare Präsentation zu Schulungszwecken sowie ein Factsheet mit den wichtigsten Erkenntnissen und Botschaften für die Präventionsarbeit entwickelt, das auch Empfehlungen für geeignete Distributionsstrategien und -methoden (v.a. in Sozialen Netzwerken) enthält.

Die in von Partyprojekten (z.B. Mindzone München, Drugscouts Leipzig, SONAR Berlin) bereits entwickelten Substanzinformationsflyern enthaltenen Botschaften werden im Rahmen eines Netzwerktreffens der Projekte mit den von BOJE gemachten Präventionsempfehlungen abgeglichen und es werden ggf. Ergänzungen abgeleitet. Zudem wird ein Modellflyer für Jugendliche entwickelt, der von Präventionsfachstellen adaptiert und ggf. weiterentwickelt werden kann. Die Studienergebnisse, das Factsheet, die Präsentation und der Modellflyer werden Fachkräften in Onlineschulungen sowie auf Fachkongressen vorgestellt.

2.2 Ziele

Wie in Abschnitt 1 erwähnt, beschäftigte sich die Studie mit einem bislang hierzulande nahezu unerforschten Thema, weshalb von ihr explorative Erkenntnisse zu grundlegenden Fragen hinsichtlich des Konsums von Benzodiazepinen und Opioiden bei jungen Menschen und deren soziokultureller Einbettung erwartet werden konnten. Im Folgenden (Tabelle 1) sind die Ziele und deren Operationalisierung wie im Projektantrag angegeben dargestellt.

Tabelle 1: Operationalisierung der Ziele

Übergeordnete(s) Ziel(e)	Wie wird die Zielerreichung gemessen?
Erkenntnisse zu Verbreitung, Bezugsquellen und Konsummotiven bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Benzodiazepine und/oder medizinische Opioide konsumieren	Stichprobe in der quantitativen Erhebung; zu erwarten sind mindestens 2.000 Konsumerfahrene, von denen ein kaum abzuschätzender Anteil auch Erfahrungen mit Benzodiazepinen bzw. Opioiden hat.
Exemplarische Erkenntnisse zu Zusammenhängen von Konsum, sozialer Lage und (jugend-)kulturellen Identitätskonstruktionen	Qualitative Interviews (mind. 10), Analyse von Forenthreads (mind. 5)
Fundierte Empfehlungen zur Prävention	Handlungsempfehlungen und Schulungsmaterial für Präventionsfachkräfte
Teilziele	Wie wird die Zielerreichung gemessen?
Erkenntnisse zu Verbreitung und Konsummustern der Substanzen	Anzahl der Befragten (s.o.), Konsumkennzahlen im quantitativen Datensatz
Erkenntnisse zur regionalen Verteilung bzw. Stadt-Land-Verteilung	Angaben zu Wohnorten und Bundesländern im quantitativen Datensatz
Erkenntnisse zu soziodemographischen Schwerpunkten des Konsums	Angaben zu Alter, Bildung, Migrationshintergrund, Elternhaus etc. im quantitativen Datensatz, Erkenntnisse zu Zusammenhängen aus Interviews und Forenthreads
Erkenntnisse zu Motiven für den Konsum	Angaben zu Motivlagen, inklusive jugendkultureller Einbettung, aus quantitativer Befragung und Interviews
Erkenntnisse zu Konsumrisiken und deren Wahrnehmung	Angaben zu entsprechenden Fragen in quantitativer Befragung, Interviews und Forenthreads
Bewertung der Ergebnisse zur Entwicklung von Präventionsempfehlungen	Digitale Expertinnen-/Expertenrunde (Fokusgruppe) zur Diskussion und Verwertung der Resultate (4-7 Teilnehmende)
Empfehlungen zur universellen Prävention	Vorschläge für entsprechende Passagen in Materialien zur Prävention (Factsheet, online & auf Papier), Entwicklung eines Modellflyers für Jugendliche
Empfehlungen zur selektiven und indizierten Prävention bei vulnerablen und bereits konsumierenden jungen Menschen	Vorschläge für entsprechende Passagen in Materialien zur Prävention und Harm Reduction (Factsheet, online & auf Papier)

Übergeordnete(s) Ziel(e)	Wie wird die Zielerreichung gemessen?
Erkenntnisse zu Verbreitung, Bezugsquellen und Konsummotiven bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Benzodiazepine und/oder medizinische Opioide konsumieren	Stichprobe in der quantitativen Erhebung; zu erwarten sind mindestens 2.000 Konsumerfahrene, von denen ein kaum abzuschätzender Anteil auch Erfahrungen mit Benzodiazepinen bzw. Opioiden hat.
Exemplarische Erkenntnisse zu Zusammenhängen von Konsum, sozialer Lage und (jugend-)kulturellen Identitätskonstruktionen	Qualitative Interviews (mind. 10), Analyse von Forenthreads (mind. 5)
Fundierte Empfehlungen zur Prävention	Handlungsempfehlungen und Schulungsmaterial für Präventionsfachkräfte
Schulung zur Prävention von Opioid- und Benzodiazepinkonsum bei jungen Menschen	Präsentation (mind. 3 Online-Termine) und Fact-sheet zur Schulung relevanter Fachkräfte

Zielpopulation der Forschung waren Jugendliche und junge Erwachsene mit Konsumerfahrungen mit den entsprechenden Substanzen. Zielpopulation für die Präventionsempfehlungen sind Fachstellen bzw. Fachkräfte für Prävention im gesamten Bundesgebiet.

Als ‚Nebenziel‘ der Studie konnten nähere Erkenntnisse zu Konsummustern und -erfahrungen mit illegalen Drogen und psychoaktiven Medikamenten generell erwartet werden. Dadurch, dass die Onlinebefragung (2.1a) alle jungen Menschen mit entsprechenden Konsumerfahrungen anspricht und detailliert Konsumhäufigkeiten bezogen auf Lebenszeit, 12 Monate und 30 Tage erfragt werden, könnten in einem zusätzlichen Fachartikel z.B. Erkenntnisse über ‚Herauswachsen‘ aus regelmäßigen oder intensiven Gebrauchsmustern behandelt werden (siehe auch Kemmesies 2004).

3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Im Folgenden stellen wir dar, wie sich die Durchführung der einzelnen Studienteile im Vergleich zum ursprünglichen Zeit- und Arbeitsplan gestaltet hat.

a) (Onlinebefragung): Die im Antrag angestrebte Zahl an Teilnehmenden (2000) wurde nicht erreicht. Allerdings konnten deutlich mehr Personen aus der „Kernzielgruppe“ (Jugendliche und junge Erwachsene mit Benzodiazepin-Konsumerfahrungen) erreicht werden als erwartet (n=628). Daher konnten bessere Auswertungen für die im Fokus des Interesses stehende Zielgruppe vorgenommen werden als geplant. Der hohe Anteil an Sedativa-Erfahrenen, der vermutlich zumindest teilweise darin begründet ist, dass wir beim Aufruf zur Erhebung im Sinne von Transparenz

den Hauptfokus erwähnten, erschwert allerdings eine Einschätzung darüber, wie weit solche Konsumerfahrungen bzw. -muster verbreitet sind. U.a. daher haben wir mit der MoSyD-Sekundärauswertung eine weitere Datenquelle hinzugenommen. Der Zeitplan der Erhebung und der Auswertung verschob sich um einige Wochen.

b) (Qualitative Interviews) Die angestrebte Zahl an Teilnehmenden wurde um 50% übererfüllt, u.a., da Modul c weniger Erkenntnisse erbrachte als erwartet. Zudem wurde die Gelegenheit genutzt, eine gesamte Freundesgruppe von fünf Jugendlichen vor Ort mittels Einzelinterviews zu befragen, was zusätzliche Erkenntnisse zu möglichen kollektiven Konsummustern und -dynamiken innerhalb einer Kleingruppe einbrachte.

c) (Forenanalyse) Wie in 2.1c erwähnt, erbrachte die Forenanalyse weniger Erkenntnisse als gedacht, zumal lediglich ein relevanter Thread in einem Forum ausfindig gemacht werden konnte. Deswegen wurden zusätzliche qualitative Interviews sowie eine Sekundärauswertung (d) mit einbezogen.

d) (Sekundäranalyse) Wie in 2.1d erwähnt, wurde dieses Modul zusätzlich aufgenommen, um eine zusätzliche Datenquelle zur Abschätzung der Verbreitung von Benzodiazepinen und Opioiden unter jungen Menschen zur Verfügung zu haben.

e) (Präventionsempfehlungen) Hier wurde die Zielgröße übererfüllt, da nicht nur ein digitales Fokusgruppen-Interview mit 4-7 Teilnehmenden, sondern (auch angesichts von Terminkollisionen der potenziell Teilnehmenden) zwei Runden mit insgesamt 9 Befragten durchgeführt wurden.

Meilensteine:

M1 (Erhebungsinstrumente erstellt): Der Leitfaden für qualitative Interviews war frühzeitig fertiggestellt, so dass die ersten Interviews planmäßig begannen. Die Erstellung des Online-Fragebogens dauerte länger als geplant; daher startete die Erhebung zwei Monate später.

M2 (Erhebungsabschluss): Die qualitativen Interviews konnten planmäßig Ende April beendet werden; die Onlinebefragung musste, da sie zwei Monate später als geplant begann, eineinhalb Monate später beendet werden (es zeichnete sich ab, dass das Potenzial der zu Befragenden ausgeschöpft war).

M3 (Expertenrunden): Wie oben erwähnt, wurden zwei statt einer Online-Runde durchgeführt; diese fanden etwa zum anvisierten Zeitpunkt, rund zwei Monate bzw. eineinhalb Monate vor dem ursprünglich geplanten Projektende, statt.

M4 (Online-Schulungen): Die erste dieser Schulungen hat erst nach Ende der Laufzeit am 28.11.2023 stattgefunden, da sich die Auswertung der Ergebnisse sowie die Erstellung der Präventionsempfehlungen verzögerte. Es ist geplant, auch nach Projektende noch mehrere Schulungen für Präventionsfachkräfte durchzuführen, einerseits auf Kongressen, andererseits im Rahmen mindestens eines weiteren Online-Termins.

Was die Rekrutierung von Befragten für qualitative Interviews angeht, so konnte durch die Nutzung diverser Kontaktmöglichkeiten (v.a. unterschiedliche Mitarbeitende aus Prävention und Beratung, Online-Aufrufe auf Social Media sowie eine Kontaktmöglichkeit innerhalb der Mo-SyD-Schulbefragung) die Zielgröße relativ schnell erreicht und letztlich übererfüllt werden. Schwieriger gestaltete sich die Rekrutierung für die Onlinebefragung, für die noch mehr Disseminationsmöglichkeiten genutzt bzw. ausprobiert wurden (neben den oben genannten u.a. Papierflyer, wiederholte Aufrufe in Social Media, Nutzung von für das Thema relevanten „Influencern“). Z.B. wurde das Management mehrerer Rapper angeschrieben, die in der Vergangenheit durch die Thematisierung relevanter Substanzen sowie nachfolgender Distanzierung aufgefallen waren; hierauf gab es keine Antworten. Immerhin verbreitete letztlich ein weniger bekannter Rapper (der in seinen Texten keine Sedativa, sondern vor allem Cannabis erwähnt) unseren Aufruf. Ursprünglich erwarteten wir, eine deutlich größere Stichprobe von Personen zu erreichen, die mehrheitlich eher geringe Erfahrungen mit illegalen Drogen und/oder Medikamenten (z.B. gelegentlich Cannabis Konsumierende) haben. Da wir aber im Sinne der Transparenz und Glaubwürdigkeit im Aufruf nicht verschwiegen, was der Hauptfokus der Untersuchung ist, nahmen in erster Linie Personen teil, die Erfahrungen mit mehreren psychoaktiven Substanzen haben, insbesondere (auch) Benzodiazepinen und Opioiden. Für das hauptsächliche Erkenntnisinteresse der Studie ist es letztlich von Vorteil, mit über 600 Personen eine große Teilstichprobe mit einschlägigen Erfahrungen erreicht zu haben. Letztlich konnten somit sowohl in der quantitativen als auch in der qualitativen Erhebung mehr Personen Auskünfte zu ihren Konsumerfahrungen geben als erwartet bzw. geplant.

4 Ergebnisse

4.1 Quantitative Onlinebefragung

4.1.1 Durchführung, Stichprobe und Darstellung

Für die Online-Erhebung wurde ein Fragebogen erstellt, der den Schwerpunkt auf den Konsum von Benzodiazepinen, Opioiden und dem Mischgetränk Lean/Purple Drank bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (zwischen 14 und 30 Jahren) legt, unter Berücksichtigung von Bezügen zu aktueller Jugendkultur und Rap-Musik. Neben gängigen Konsumkennzahlen wurden weitere Themenbereiche abgefragt, z.B. Bezugsquellen, individuelle Probleme mit dem Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten.

Da auch die Prävalenzen anderer Drogen erhoben wurden und die gesamte Gruppe junger Menschen mit Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen und/oder psychoaktiven Medikamenten angesprochen wurde, lässt der Gesamtdatensatz Vergleiche mit Konsumierenden derselben Altersgruppe zu, die zwar keine der relevanten Drogen konsumieren, wohl aber andere Drogen. Wie in Abschnitt 3 erwähnt, nahmen weit überwiegend Personen mit eher umfangreichen Konsumerfahrungen teil und nur wenige, die lediglich Cannabis konsumieren oder nur experimentellen Konsum anderer Substanzen aufweisen; hier unterscheidet sich die Stichprobe deutlich

von der Gesamtheit der 14-30-Jährigen mit Konsumerfahrungen. Die untersuchte Stichprobe re-präsentiert also junge Menschen, die mindestens gelegentlich unterschiedliche psychoaktive Substanzen konsumieren. Da sich die Befragung zwar an 14- bis 30-Jährige richtete, in das Befra-gungsmodul aber kein Alterslimit eingebaut war, nahm zudem eine gewisse Anzahl älterer Teil-nehmender teil. Auch hier sind Vergleiche möglich, wurden aber nur in Kurzform durchgeführt, zumal es sich bei den Älteren um eine vergleichsweise heterogene Gruppe handelt.

Die Rekrutierung erfolgte größtenteils über das Internet, teilweise verstärkt durch Personen mit großer Reichweite in sozialen Medien einerseits und Mitarbeitenden der Drogenhilfe mit persön-lichen Kontakten zu potenziellen Teilnehmenden andererseits; zudem wurden über Party-Prä-ventions-Projekte Papierflyer verteilt.

Der Fragebogen war vom 02.12.2022 bis zum 24.05.2023 online erreichbar. Insgesamt haben 1.788 Personen den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Zieht man jene hinzu, die den Fragebogen bis einschließlich der Angaben zu Alter und Geschlecht ausgefüllt haben, aber bei den anderen abge-fragten soziodemographischen Angaben die Befragung abgebrochen haben, bleiben nach weite-rer Bereinigung 1.854 gültige Fälle für die Auswertung. Die im Folgenden vor allem präsentierte Hauptzielgruppe der Personen bis einschließlich 30 Jahre umfasst 1.148 Fälle; von diesen hat mehr als die Hälfte mindestens einmal eine der projektrelevanten Drogen konsumiert (n= 628).

Der Datensatz hat einige Limitationen. Die Daten sind aufgrund der Art der Erhebung und der Anwerbung nicht repräsentativ; dafür konnte aber im Unterschied zu einer etwaigen Repräsen-tativbefragung eine große Teilstichprobe von Personen mit relevanten Konsumerfahrungen un-tersucht werden. Die Wege, über welche die Befragten erreicht wurden, führen vermutlich zu ei-nem gewissen „Bias“ hin zu besonders onlineaffinen Personen (insbesondere, was drogenbezo-gene Inhalte betrifft); darüber hinaus ist generell von einem „Bildungs-Bias“ dahingehend auszu-gehen, dass, nicht nur bei Online-Befragungen, Menschen mit geringer Bildung seltener an Be-fragungen teilnehmen (Bandilla et al. 2009). Darüber hinaus enthalten die gängigen Konsum-kennzahlen keine direkten Hinweise auf Misch- und Wechselkonsum, was zu einer Unterschät-zung der eigentlichen Frequenz insbesondere des täglichen Konsums führen kann. Zudem wur-den Teilnehmenden ohne Konsum der projektrelevanten Drogen deutlich weniger Fragen ge-stellt, insbesondere was die Modalitäten des Benzodiazepin- und Opioidkonsums betreffen; diese Fragen waren der Subgruppe der Teilnehmenden mit Konsum der relevanten Drogen vorbehal-ten.

Im Folgenden werden zunächst in aller Kürze einige Ergebnisse für den gesamten Datensatz (in-klusive der über 30-Jährigen) präsentiert. Darauf folgt die ausführliche Darstellung der Haupt-zielgruppe der 14- bis 30-Jährigen. Darin sind wiederum Daten zur besonders im Fokus stehen-den Subgruppe der Opioid- und/oder Benzodiazepinerfahrenen enthalten. Für einige wesentliche Resultate wurden zudem hier Gruppenvergleiche mit den älteren Befragten vorgenommen. Während des gesamten Projektablaufs wurde auf geschlechtsbezogene Unterschiede geachtet; hierzu folgt zum Abschluss ein eigenes Kapitel.

Was die hauptsächlich im Erkenntnisinteresse stehenden Substanzen betrifft, so ist Folgendes zu beachten: a) In der Sammelkategorie „Benzodiazepine u.a.“ sind neben Benzodiazepinen im eigentlichen Sinne auch die ähnlich wirkenden „Z-Drugs“ (z.B. Zolpidem) und Pregabalin und andere Gabapentinoide (z.B. Lyrica®) sowie das über dieselben Rezeptoren wirkende GHB/GBL enthalten (im Fragebogen: „Nicht verschriebene Benzodiazepine („Benzos“, z.B. Valium, Xanax) u.ä. Downer“). b) „Lean“ wurde in einer eigenen Antwortkategorie abgefragt, da es sich um eine Mischung von Wirkstoffen handelt, bei denen zwar in der Regel von Codein, einem Opioid, als Hauptwirkstoff auszugehen ist, aber es auch aus anderen Wirkstoffkombinationen bestehen kann (die im Fragebogen auch abgefragt wurden). In der „ursprünglichen“, in den USA seit den 1990er Jahren bekannten Variante wird Sprite® mit Bonbons und einem in den USA legal erhältlichen Hustensirup der Firma Wockhardt®, der als Wirkstoffe Codein und das ebenfalls sedierend wirkende Promethazin enthält, vermischt. Dieser Sirup ist in Europa nur als teurer illegaler Import erhältlich, sodass von Interesse war, welche Mischungen hierzulande verwendet werden.

4.1.2 Ergebnisse der Gesamtstichprobe (inklusive älterer Befragter)

In diesem Kapitel werden knapp die wichtigsten Konsumkennzahlen für die gesamte Stichprobe (einschließlich Personen über 30 Jahre) vorgestellt. Diese Zahlen stellen auch die Basis für Vergleiche mit der Hauptzielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen dar, die im Hauptabschnitt 4.1.3 enthalten sind.

4.1.2.1 Soziodemographische Angaben

Das gesamte Sample enthält 1854 gültige Fälle. Davon sind 78% männlich, 20% weiblich und 2% divers. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden beträgt 31 Jahre (Median 28 Jahre), bei einer Spannweite von 15 bis 79 Jahren. Es sind alle Bundesländer vertreten; die fünf häufigsten sind Nordrhein-Westfalen (15%), Bayern (13%), Baden-Württemberg (13%), Berlin (11%) und Hessen (10%). Die meisten Teilnehmenden leben in Städten mit mehr als 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (46%). Als höchsten Bildungsabschluss geben 36% das Abitur an, 28% die Realschule und 25% einen Hochschulabschluss sowie 9% einen Hauptschulabschluss. Sowohl einen fehlenden Schulabschluss (2%) als auch eine Promotion (<1%) geben nur wenige Teilnehmende an. Die meisten Antwortenden sind ledig und ohne festen Partner oder Partnerin (44%) oder ledig und in Partnerschaft (38%). 13% sind verheiratet, 3% geschieden und ohne neue Partnerschaft und 2% geschieden und in neuer fester Beziehung.

4.1.2.2 Substanzkonsum

Die Konsumkennzahlen der gängigsten Drogen für die gesamte Stichprobe zeigen die höchsten Werte für Cannabis, Alkohol, Ecstasy, Amphetamin und Kokain. Weitere Drogen wurden zwar abgefragt, sind aber für diesen Berichtszweck zu vernachlässigen. Bei Alkohol wurde keine Lebenszeitprävalenz erhoben, dafür aber, ob die Teilnehmenden während der letzten 30 Tage betrunken waren. Dies trifft im Gesamtsample auf 45% von allen Teilnehmenden zu. Unter den

Drogen, die für das Projekt besonders relevant sind, sind die Prävalenzen praktisch gleich für Benzodiazepine und Opioide, bei deutlich geringeren Werten für Lean (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Prävalenzraten der gängigsten Drogen und Alkohol (gesamte Stichprobe), %

	Lebenszeit	12 Monate	30 Tage
Cannabis	99	88	74
Ecstasy	70	34	16
Amphetamin	68	36	22
Kokain	63	35	20
Opioide	36	21	14
Benzodiazepine u.a.	36	20	13
Lean	18	7	3
Alkohol	-	85	74

Die Konsumkennzahlen der für das Projekt relevanten Drogen wurden zusätzlich gesondert und detailliert erfragt. Bei Benzodiazepinen sind bezogen auf die Lebenszeitprävalenz Diazepam (24%), Lorazepam (22%) und Alprazolam (20%) die gängigsten Varianten der Stoffgruppe, gefolgt von Clonazepam (9%) sowie ähnlichen Beruhigungs- und Schlafmitteln wie Z-Drugs, GHB (o.ä.) (jeweils 9%) und Pregabalin (8%)

In der Stoffgruppe der Opioide sind Tilidin (Lebenszeit: 29%), Codein (22%) und Tramadol (20%) die am häufigsten genannten Varianten, gefolgt von Oxycodon (15%). Weniger relevant sind die „klassischen“ Vertreter dieser Stoffgruppe: Opium (bzw. Mohnkapseln), Morphin und Heroin weisen hier jeweils 9% Lebenszeitprävalenz auf.

Die generellen Konsumkennzahlen für Lean fallen im Vergleich zu den o.g. Kategorien von Sedativa vergleichsweise gering aus. Innerhalb der Gruppe der verschiedenen Lean-Mischungen sind die Originalwirkstoffe (Codein mit Promethazin) am gängigsten, wobei diese Mischung ohne den US-Original-Hustensirup mit 7% Lebenszeitprävalenz etwas häufiger genannt wird als diese mit dem Original (6%). 5% geben an, dass ihnen die Mischung zum Konsumzeitpunkt unbekannt war; darüber hinaus werden von jeweils wenigen befragten andere Mischungen angegeben.

In Abschnitt 4.1.3.2 zur Hauptzielgruppe junger Menschen sind detaillierte Angaben zu weiteren konsumierten Opioiden, Benzodiazepinen und Lean-Mischungen enthalten.

4.1.3 Ergebnisse der Hauptzielgruppe (bis einschließlich 30 Jahre)

Dieses Kapitel enthält detaillierte Angaben zu allen Themen des Fragebogens für die projektrelevante Altersklasse bis einschließlich 30 Jahre. Zusätzlich sind Berechnungen einiger signifikanter Unterschiede zwischen der Hauptzielgruppe und den älteren Befragten enthalten.

4.1.3.1 Soziodemographische Angaben

Die Teilstichprobe der Hauptzielgruppe der bis einschließlich 30 Jahre alten Teilnehmerinnen und Teilnehmer enthält 1148 gültige Fälle (62% von gesamt). In dieser Teilstichprobe sind 75% männlich, 22% weiblich und 3% divers. Sowohl das durchschnittliche Alter als auch der Median

beim Alter beträgt 24 Jahre, bei einer Spannweite von 15 bis 30 Jahren. Die Anteile für die fünf am häufigsten genannten Bundesländer unterscheiden sich nur unwesentlich von der Gesamtstichprobe: Nordrhein-Westfalen (15%), Bayern (14%), Baden-Württemberg (12%), Berlin (12%) und Hessen (11%). Berlin ist somit am deutlichsten überrepräsentiert, da der Anteil an der deutschen Gesamtbevölkerung lediglich 4,4% beträgt³; dies könnte möglicherweise u.a. in der Rekrutierung über Kreise, die von der Berliner Party-Prävention erreicht werden, begründet sein. Ansonsten gibt es überwiegend geringe Abweichungen von der Verteilung der Gesamtbevölkerung; lediglich Hessen ist mit 11% vs. 7,6% in der Gesamtbevölkerung etwas deutlicher über-, NRW (15% vs. 21,5%) und Niedersachsen (6% vs. 9,6%) etwas stärker unterrepräsentiert. Zudem haben 3,6% der Teilnehmenden aus dem Ausland teilgenommen, am häufigsten aus Österreich (1,7%) und der Schweiz (0,8%). Was die Wohnortgröße betrifft, so leben mit 47% fast die Hälfte in einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern, 24% in einer Mittelstadt (20.000-100.000 Einwohnern/ Einwohnerinnen) und 28% in einer Kleinstadt oder einem Dorf. Das Bildungsniveau ist minimal abweichend von der Gesamtstichprobe. Als höchsten Bildungsabschluss geben 41% das Abitur an, 27% die Realschule und 22% einen Hochschulabschluss sowie 8% einen Hauptschulabschluss. Einen fehlenden Schulabschluss (3%) oder eine Promotion (<1%) geben nur wenige Teilnehmende an. Eine große Mehrheit in dieser Altersgruppe ist ledig; 53% als Single und 44% in einer festen Beziehung (verheiratet: 3%, geschieden: 0,6%).

4.1.3.2 Substanzkonsum

Cannabis ist auch in der Hauptzielgruppe der Studie die Droge mit der höchsten ausgewiesenen Lebenszeitprävalenz (allerdings wurde die Alkohol-Lebenszeitprävalenz nicht erhoben). Bei der 12-Monats-Prävalenz und der 30-Tages-Prävalenz ist Alkohol jeweils knapp vor Cannabis das meistkonsumierte Rauschmittel (siehe Tabelle 3). 56% geben an, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal betrunken gewesen zu sein, das sind 69% von jenen Teilnehmenden, die während der letzten 30 Tage Alkohol konsumiert haben. Bezüglich Trunkenheit zeigen sich signifikante Unterschiede bei den dichotomisierten Altersgruppen: Befragte bis 30 Jahre waren in den zurückliegenden 30 Tagen mit 56% weitaus häufiger betrunken als ältere Befragte (27%; $\chi^2=141,8$; $p<0.001$).

³ Eigene Berechnungen aus <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-nichtdeutsch-laender.html>

Tabelle 3: Zentrale Prävalenzraten der abgefragten Drogenkategorien (Befragte bis 30 Jahre); %

	Lebenszeit	12 Monate	30 Tage
Alkohol	-	91	80
Cannabis	99	89	74
Ecstasy	74	41	19
Amphetamin	69	43	26
Kokain	65	44	18
Opioide	42	27	17
Benzodiazepine u.a.	41	27	18
Lean	27	10	5
Benzodiazepine, Opiode und/oder Lean	55	37	26
Benzodiazepine & Opiode & Lean	19	7	3

Opioide und Benzodiazepine weisen unter den maximal 30-Jährigen nahezu identische Werte auf, während der Konsum von Lean deutlich seltener angegeben wird (siehe Tabelle 3). Bei der Lebenszeitprävalenz dieser Drogenkategorien gibt es jeweils einen signifikanten Unterschied zwischen den maximal 30-Jährigen und den älteren Befragten: die jüngeren weisen jeweils deutlich höhere Werte auf (Benzodiazepine: 41% vs. 26%; $\chi^2=42,951$; Opiode: 42% vs. 26%; $\chi^2=50,156$; Lean: 27% vs. 3%; $\chi^2=167,175$; jeweils $p<0.001$). Auch bei der 30-Tages-Prävalenz liegen die Werte der Hauptzielgruppe jeweils signifikant höher. Dies trifft auch auf die übrigen abgefragten Substanzen zu, mit Ausnahme von Cannabis.

55% haben mindestens eine der projektrelevanten Drogenarten (entweder Benzodiazepine oder Opiode oder Lean oder mehrere davon) mindestens einmal im Leben genommen, bezogen auf 30 Tage sind es 26 Prozent. 19% haben alle drei projektrelevanten Drogenarten (Benzodiazepine *und* Opiode *und* Lean) mindestens einmal im Leben genommen, bezogen auf 30 Tage sind es drei Prozent (siehe Tabelle 3).

Alprazolam ist in der Hauptzielgruppe nicht nur das Benzodiazepin mit der höchsten Lebenszeitprävalenz, sondern auch der einzige Vertreter dieser Stoffgruppe, der eine zweistellige 30-Tages-Prävalenz (10%) aufweist. Knapp dahinter folgen bei Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenz etwa gleichauf Diazepam und Lorazepam. Außer diesen Substanzen weisen nur Clonazepam, Pregabalin (samt Stoffgruppe) und Zolpidem (samt Stoffgruppe) bei der Lebenszeitprävalenz mindestens zehn Prozent auf, aber auch bei allen weiteren abgefragten Substanzen gibt es jeweils einige Befragte mit Konsumerfahrungen (siehe Tabelle 4). Zudem weist die Sammelkategorie „andere Benzodiazepine“ bei der Lebenszeitprävalenz 11% auf, bei der 30-Tages-Prävalenz 3%. Weitere 7% geben an, mindestens einmal ein Benzodiazepin konsumiert zu haben, von dem sie die genaue Bezeichnung nicht wissen (siehe Tabelle 4). Es gibt also einige wenige Stoffe, die deutlich höhere Prävalenzraten aufweisen – allen voran das häufig in Rapper-Kreisen thematisierte Alprazolam (Xanax®), aber auch mit anderen Benzodiazepinen und artverwandten Stoffen liegen durchaus nennenswerte Konsumerfahrungen vor.

Tabelle 4: Prävalenzraten Benzodiazepine und ähnlicher Stoffe (Befragte bis 30 Jahre); %

Benzodiazepine	Lebenszeit	12 Monate	30 Tage
Oxazepam	7	3	1
Diazepam	27	13	6
Lorazepam	26	13	7
Flunitrazepam	3	<1	<1
Alprazolam	28	17	10
Clonazepam	12	6	3
Midazolam	4	1	<1
Clonazolam	4	<1	<1
Etizolam	4	1	<1
Bromazolam	6	3	1
Pregabalin etc.	10	6	4
Zolpidem etc.	10	5	3
GHB, GBL etc.	9	4	3
Unbekannte Benzodiazepine	7	3	1
Andere Benzodiazepine	11	5	3

Im Vergleich der Lebenszeitprävalenzen mit den älteren (über 30-jährigen) Befragten fällt vor allem ein weitaus höherer Wert für Alprazolam bei der Hauptzielgruppe auf (28% vs. 8%; $\chi^2=111,4$; $p<0,001$). Auch bei den anderen vergleichsweise häufig genannten Stoffen zeigen sich signifikante, aber weitaus weniger deutliche Unterschiede (z.B. Diazepam: 27% vs. 20%; $\chi^2=10,3$; $p<0,01$).

Bei den Prävalenzraten für einzelne Opioide liegt Tilidin klar auf Rang 1: mehr als ein Drittel der Befragten hat Konsumerfahrungen, 12% haben in den letzten 30 Tagen konsumiert. Dahinter folgen Codein mit 27% bzw. 5% sowie mit jeweils etwas niedrigeren Werten Tramadol und Oxycodon (siehe Tabelle 5). Daneben weisen auch Morphin, Opium/Mohnkapseln und Heroin nennenswerte Lebenszeitprävalenzen auf, und auch diverse andere Opioide, inklusive Fentanyl und Substitutionsmitteln, wurden zumindest von einigen Befragten konsumiert, ebenso wie nicht in der abgefragten Liste enthaltene Opioide (Tabelle 5).

Tabelle 5: Prävalenzraten Opioiden (Befragte bis 30 Jahre), %

Opioiden	Lebenszeit	12 Monate	30 Tage
Opium/Mohnkapseln	8	3	<1
Codein	27	11	5
Tilidin	36	22	12
Pethidin	<1	<1	<1
Tramadol	24	11	4
Morphin	10	5	2
Heroin	8	4	3
Methadon	4	1	1
Buprenorphin	4	2	<1
Oxycodon	19	10	6
Oxymorphon	1	-	-
Hydrocodon	2	<1	-
Hydromorphon	6	3	2
Fentanyl	6	3	1
Unbekannte Opioiden	2	<1	<1
Andere Opioiden	8	5	2

Beim Vergleich der Hauptzielgruppe mit den älteren Befragten zeigen sich bei den besonders relevanten Substanzen Tilidin (36% vs. 18%; $\chi^2=72,6$), Codein (26% vs. 14%; $\chi^2=42,9$) und Oxycodon (19% vs. 8%; $\chi^2=41,5$; jeweils $p<0,001$) deutlich höhere Lebenszeitprävalenzraten in der Gruppe bis einschließlich 30 Jahre, wogegen es bei Heroin, Morphin und Substitutionsmitteln keine signifikanten Differenzen gibt bzw. die Werte teilweise bei den Älteren geringfügig höher liegen.

Was die Verteilung unterschiedlicher Lean-Mischungen betrifft, so dominiert die Mischung der originalen Wirkstoffe (Codein und Promethazin) stark, wobei Mischungen ohne den eigentlichen Hustensaft aus den USA etwas häufiger sind als solche, in denen (angeblich) das „Original“ verwendet wurde. Insgesamt geben 64% der Lean-Erfahrenen an, mindestens einmal Lean in dieser Mischung (mit und/oder ohne US-Hustensaft) konsumiert zu haben. Beim Konsum bekannte Mischungen, die nicht in der Liste abgefragt wurden, und zum Konsumzeitpunkt gänzlich unbekanntes Mischungen werden ebenfalls relativ häufig genannt. Mischungen von Promethazin mit anderen Opioiden oder mit Benzodiazepinen sind zumindest bedingt relevant, andere konkret abgefragte Mischungen, etwa unter Verwendung von Dextromethorphan, werden kaum konsumiert.

Im Vergleich mit den älteren Befragten zeigen sich nicht nur bei Lean generell, sondern auch bei den einzelnen Mischungen sehr deutlich höhere Werte in der jüngeren Hauptzielgruppe (z.B. „Original Lean“: 9% vs. 1%; $\chi^2=54,4$; $p<0,001$).

Tabelle 6: Prävalenzraten verschiedener Lean-Mischungen (Befragte bis 30 Jahre), %

	Lebenszeit	12 Monate	30 Tage
Original Lean: Codein/Promethazin	9	4	2
Original Mischung ohne US-Hustensaft	11	6	3
Andere Wirkstoffe 1: Benzodiazepin/Promethazin	3	1	<1
Andere Wirkstoffe 2: Opioide/Promethazin	4	2	1
Andere Wirkstoffe 3: Codein/Dextromethorphan	1	<1	<1
Andere Wirkstoffe 4: Benzo/ Dextromethorphan	<1	-	-
Andere Wirkstoffe 5: Opioide/ Dextromethorphan	1	<1	<1
Andere Wirkstoffe 6: Promethazin/Dextromethorphan	<1	<1	<1
Andere Mischung bekannt	6	3	1
Unbekannte Mischung	7	3	1

Für die gängigsten Drogenkategorien wurde auch die Konsumfrequenz in den letzten 30 Tagen abgefragt. Tabelle 7 zeigt die entsprechenden Häufigkeiten der Kategorien zur Konsumfrequenz; gefragt wurden jeweils diejenigen Teilnehmenden, die den Konsum einer jeweiligen Droge während der letzten 12 Monate angegeben haben, in Kategorien (von keinmal in den letzten 30 Tagen bis täglich). Dabei ist die variierende Fallzahl zu beachten: so beziehen sich die Anteile für die Konsumhäufigkeit von Cannabis z.B. auf eine etwa neunmal so große Gruppe wie die Konsumhäufigkeit von Lean.

Tabelle 7: Konsumfrequenz gängiger Drogen während der letzten 30 Tage (Befragte bis 30 Jahre), %, bezogen auf Befragte mit 12-Monats-Prävalenz

	Cannabis n=1020	Ecstasy n=466	Amphetamin n=492	Kokain n=504	Opioide n=306	Benzos n=309	Lean n=116
Keinmal	16	53	38	42	36	35	52
1-5 Mal	22	44	46	44	33	40	37
6-10 Mal	9	2	7	7	12	12	7
>10 Mal, nicht täglich	17	<1	6	6	8	6	3
täglich	36	-	2	2	12	7	1

Es zeigt sich, dass die meisten mit 12-Monats-Prävalenz die jeweiligen Drogen in den letzten 30 Tagen nicht oder nur selten genommen haben. Cannabis ist eine Ausnahme, denn dieses wird von etwas mehr als der Hälfte der Personen aus der entsprechenden Subgruppe mehrmals pro Woche oder täglich konsumiert. Ecstasy ist dabei die Substanz mit der insgesamt geringsten Konsumfrequenz unter denjenigen mit 12-Monats-Konsum: mehr als die Hälfte haben gar nicht in den letzten 30 Tagen konsumiert und nur sehr wenige mehr als fünfmal im zurückliegenden Monat. Etwas mehr regelmäßig Konsumierende gibt es bei Amphetamin und Kokain; bei Opioiden und Benzodiazepinen geht die Verteilung noch etwa mehr in Richtung häufiger Konsummuster, wengleich auch hier diejenigen, die in den letzten 30 Tagen gar nicht oder maximal fünfmal konsumiert haben, deutlich in der Mehrheit sind (siehe Tabelle 7). Auch täglicher Konsum von

Benzodiazepinen oder Opioiden ist dabei merklich häufiger als der von Amphetamin oder Kokain. Konsum von Lean während der letzten 30 Tage wird wiederum insgesamt vergleichsweise selten angegeben, und auch häufiger Konsum ist selten (Tabelle 7).

Der aktuelle Konsum von Opioiden und Benzodiazepinen lässt sich genauer nach Konsumfrequenz während der letzten 30 Tage aufschlüsseln, wobei in der nachfolgenden Tabelle 8 nur jene Substanzen enthalten sind, bei denen mehr als 100 Teilnehmende Angaben gemacht haben.

Tabelle 8: Konsumfrequenz der meistkonsumierten Benzodiazepine und Opioiden (Befragte bis 30 Jahre), %, bezogen auf Befragte mit 12-Monats-Prävalenz

	Alprazolam n=200	Lorazepam n=152	Diazepam n=151	Tilidin n=247	Tramadol n=127	Codein n=120	Oxycodon n=119
Keinmal	44	50	52	47	65	53	47
1-5 Mal	37	38	38	32	28	38	32
6-10 Mal	10	5	2	12	3	5	8
>10, nicht täglich	6	5	5	3	3	3	9
täglich	4	2	3	7	2	<1	4

Bei jeder dieser Substanzen ist die Antwortkategorie „keinmal“ während der letzten 30 Tage die häufigste, gefolgt von maximal fünfmaligem Konsum im letzten Monat. Mindestens zehnmaliger Konsum in den letzten 30 Tagen ist bei Alprazolam, Tilidin und Oxycodon häufiger als bei den anderen Vertretern der beiden Stoffgruppen (addiert zwischen 10 und 13 Prozent), während täglicher Konsum bei Tilidin den höchsten Wert erzielt. Auch bezogen auf die Einzelsubstanzen konsumiert also jeweils der größte Teil der Befragten diese nur experimentell oder gelegentlich. Zumindest bei den ohnehin am häufigsten konsumierten Sedativa gibt es aber jeweils eine nennenswerte Gruppe mit häufigem bis intensivem Konsum.

Ergänzend zu den Fragen zum Substanzkonsum wurden weitere Aspekte zum Verständnis des individuellen Konsumverhaltens und -umfelds abgefragt.

Eine wichtige Frage, u.a. im Hinblick auf Konsumrisiken, betrifft anwesende Personen beim Konsum; diese wurde allen Befragten mit Sedativa-Konsumerfahrungen gestellt. 12% geben an, immer allein zu konsumieren, 24% konsumieren meistens allein, ebenfalls 24% geben „mal so, mal so / halb-halb“ an. 16% konsumieren meistens mit anderen und 24% immer mit anderen gemeinsam. Alle Befragten wurden nach Erfahrungen mit intravenösem Konsum gefragt; vier Prozent geben an, jemals im Leben i.v. konsumiert zu haben, wobei davon etwas mehr als die Hälfte dies nicht während der letzten 30 Tage getan hat. Hier geben Befragte mit Sedativa-Erfahrung signifikant häufiger eine entsprechende Erfahrung an (7% vs. 1%; $\chi^2=23,8$; $p<0,001$), aber auch in dieser Gruppe hat eine Mehrheit nicht in den letzten 30 Tagen i.v. konsumiert. Sechs Personen (1% der Sedativa-Erfahrenen) konsumieren täglich intravenös.

Auf die Frage hin, ob die Befragten Kontakt zu einer ‚offenen Szene‘ haben, geben 56% an, dass dies nicht der Fall ist. 28% haben seltenen und 16% regelmäßigen Kontakt zur Szene. Dabei zeigen sich zwar signifikante Unterschiede zwischen Sedativa-Erfahrenen und anderen Befragten ($\chi^2=20,1$, $p<0,001$), die aber nur bei der Antwortkategorie „regelmäßig“ relativ deutlich ausfallen: 20% der Konsumerfahrenen gegenüber 11% der übrigen Befragten haben regelmäßig Kontakt, während bei seltenem Kontakt zu Szene mit 29% vs. 27% praktisch kein Unterschied vorliegt. Unklar ist hierbei, wie der Kontakt zur Szene ausgestaltet ist. Denkbar ist z.B., dass ein Teil der Befragten nur zum Kauf bestimmter Substanzen die Szene aufsucht, oder dass der Szenekontakt in keinem Zusammenhang zum eigenen Konsumverhalten steht, etwa, weil die Befragten in der Nähe einer Szene wohnen oder arbeiten. Gerade der nennenswerte Anteil der Befragten ohne Benzodiazepin- und Opioiderfahrung mit Szenekontakten legt dies nahe. Die o.g. Ergebnisse zu Substanzkonsum und intravenösem Konsum deuten zudem darauf hin, dass auch unter denjenigen mit Erfahrungen nur ein kleiner Teil typische Erfahrungen und Gebrauchsmuster von ‚offenen Szenen‘ aufweist.

4.1.3.3 Situationen, Motive und kulturelle Aspekte

Um zusätzlich zu Konsumerfahrungen und -mustern Näheres über die Modalitäten des Substanzgebrauchs zu erfahren, wurde nach Situationen, in denen die relevanten Drogen konsumiert wurden und nach Motiven für den Konsum gefragt. Es wurde jeweils eine standardisierte Liste mit Möglichkeit zur Mehrfachnennung für Situationen und Motive erstellt und allen Teilnehmenden mit Lebenszeitprävalenz der jeweiligen für das Projekt relevanten Drogenart präsentiert.

Sowohl Benzodiazepine als auch Opioide werden am häufigsten beim „Chillen“ mit Freunden und Freundinnen genommen; dies betrifft jeweils etwa vier von fünf Befragten (Tabelle 9). Ebenfalls eine jeweils (deutliche) Mehrheit gibt „allein zu Hause“ als Konsumort an. Jeweils etwas mehr als 40% nehmen Opioide oder Benzodiazepine (auch) auf einer Party, gefolgt von Alltagssituationen. Beim Sex sowie in der Schule bzw. bei der Arbeit erreichen mittlere Werte, während Musik machen, Sport und sonstige Situationen nur für wenige Konsumierende relevant sind. Die Rangfolge der Häufigkeiten unterscheidet sich nicht zwischen Opioiden und Benzodiazepinen, sondern nur die prozentuale Verteilung, wobei die größte Differenz mit lediglich sechs Prozentpunkten beim Konsum allein zu Hause besteht. Die Konsumsituationen für Lean zeigen ebenfalls dieselbe Rangfolge nach Häufigkeit, aber mit teils deutlich geringeren prozentualen Häufigkeiten (siehe Tabelle 9). Hier gab es weniger Mehrfachnennungen, was mit den bei Personen mit Konsumerfahrungen geringeren Konsumhäufigkeiten zu tun haben dürfte.

Tabelle 9: Konsumsituationen für Benzodiazepine, Opioide und Lean (Befragte bis 30 Jahre), %, bezogen auf Befragte mit Lebenszeitprävalenz

	Benzodiazepine (n=473)	Opioide (n=486)	Lean (n=307)
Chillen	78	81	83
Allein zu Hause	71	65	39
Party	43	41	24
Alltagssituationen	38	37	15
Sex	29	33	12
Schule/Arbeit	29	30	10
Musik machen	12	13	9
Sport	8	12	3
Andere Situationen	8	6	2

Für Benzodiazepine wurden am häufigsten sonstige Settings angegeben. Bei Betrachtung der entsprechenden offenen Antworten fällt zunächst auf, dass die häufigste Einzelnennung (n=8) „Reisen“ ist, dreimal davon explizit auf Flüge bezogen. Sieben Personen gaben an, Benzodiazepine zum Schlafen zu verwenden, ebenso viele verwiesen auf „Afterpartys“ bzw. „Runterkommen“ von anderen Drogen. Hier offenbart sich eine Überschneidung sowie eine Differenzierung der Situationen: mehrere Personen gaben an, die Substanzen zu konsumieren, um nach Stimulanzienkonsum schlafen zu können; mehrere andere verwiesen auf zu starke Wirkungen nach dem Konsum von (u.a.) Psychedelika, die mittels von Benzodiazepinen „gekillt“ wurden. Zudem gab es drei Personen, die die Sedativa vor schwierigen Situationen (z.B. vor einem Trennungsgespräch) konsumieren, sowie drei, die auf Angst- bzw. Panikstörungen oder Sozialphobien verwiesen. Auch hier gibt es Überschneidungen, etwa: „Fast alles was neu ist und wichtig mache ich auf Downern, da sonst die erwähnte Störung dafür sorgt das ich eine Panik attacke oder anderst geartete Angst Störung erleide.“⁴ Bei den sonstigen Antworten für Opioide sind die Antworten weitaus breiter gestreut; „Runterkommen“ von anderen Drogen wird z.B. nur dreimal, Schlafen nur einmal genannt, während auffällig ist, dass eine Vielzahl von eher angenehm konnotierten Umfeldern bzw. Situationen genannt wird, etwa „Kuscheln mit Partner“, „Waldspaziergang“, „Urlaub“, „Zocken und Chillen“ u.a. Für Lean schließlich gab es nur sehr wenige Einzelnennungen bezüglich sonstiger Settings.

Auch für die Motive zum Konsum wurden standardisierte Items abgefragt. Bei Benzodiazepinen dominieren die Motive „um besser schlafen zu können“, „um mich besser entspannen zu können“, „um den Alltag zu vergessen“, „weil es sich körperlich gut anfühlt“ und „um Angst entgegenzuwirken“. Es folgen „um von anderen Drogen runterzukommen“, „für ein besseres Wohlbefinden / Selbstmedikation“ und „um Glücksgefühle zu erleben“. Weniger relevant sind „weil ich dann Musik anders höre und Dinge anders wahrnehme“, „weil ich mich dann meinen Freund*innen stärker verbunden fühle“, „weil Freund*innen es auch tun“ sowie sonstige Gründe (siehe Tabelle 10).

⁴ Originalzitat aus Fragebogen, Fehler nicht korrigiert.

Tabelle 10: Konsummotive für Benzodiazepine, Opioide und Lean (Befragte bis 30 Jahre), %, bezogen auf Befragte mit Lebenszeitprävalenz

Motiv	Benzodiazepine (n=473)	Opioide (n=486)	Lean (n=307)
Weil es sich körperlich sehr gut anfühlt	45	57	43
Um mich besser entspannen zu können	49	49	36
Um den Alltag zu vergessen und abzuschalten	46	42	24
Um besser schlafen zu können	51	32	16
Um Glücksgefühle zu erleben	32	45	33
Um Angstzuständen entgegenzuwirken	43	23	13
Für besseres gesundheitliches Wohlbefinden/ Selbstmedikation	32	27	17
Um von anderen Drogen runterzukommen	39	18	8
Weil ich dann Musik anders höre und Dinge anders wahrnehme	19	22	17
Weil ich mich dann meinen Freund*innen stärker verbunden fühle	7	9	8
Weil Freunde bzw. Freundinnen von mir es auch tun	6	9	12
Andere Gründe	15	22	21

Die Häufigkeiten der Motive der bis 30-Jährigen für den Opioidkonsum unterscheiden sich in Teilen von jenen für Benzodiazepine. Bei Opioiden ist das meistgenannte Motiv aus der standardisierten Skala „weil es sich körperlich gut anfühlt“, gefolgt von „um mich besser entspannen zu können“, „um Glücksgefühle zu erleben“ sowie „um den Alltag zu vergessen“. Im mittleren Bereich rangieren u.a. „um besser schlafen zu können“ und „um von anderen Drogen runterzukommen“; nur wenig genannt wird „weil Freunde und Freundinnen es auch tun“ und „weil ich mich dann meinen Freund*innen stärker verbunden fühle“ (siehe Tabelle 10). Während bei Benzodiazepinen kompensatorische und funktionale Motive eine größere Rolle spielen, steht beim Opioidkonsum das Erleben und Genießen der Wirkungen etwas stärker im Vordergrund. Die größten Differenzen zeigen sich bei den als Selbstmedikation zu deutenden Gründen „besserer Schlaf“ und „gegen Angstzuständen“ sowie beim funktionalen Einsatz zum „Runterkommen“ von anderen Drogen; diese werden deutlich öfter für den Benzodiazepinkonsum genannt.

Für den Konsum von Lean zeigt sich ebenfalls eine abweichende Verteilung der Häufigkeiten der Motive. Wie bei den Opioiden insgesamt wird „weil es sich körperlich gut anfühlt“ am häufigsten genannt, gefolgt von „um mich besser entspannen zu können“ und „um Glücksgefühle zu erleben“ – beide sind aber bereits lediglich im mittleren Bereich, was die Häufigkeit der Zustimmung betrifft. Nur selten genannt werden „um von anderen Drogen runterzukommen“ und „weil ich mich dann meinen Freund*innen stärker verbunden fühle“, auffällig ist jedoch, dass das Motiv „weil Freunde und Freundinnen es auch tun“ im Vergleich zur Häufigkeit der Nennung dieses Motivs bei Opioiden und Benzodiazepinen häufiger genannt wird (siehe Tabelle 10). Während

also soziale Motive insgesamt nur selten explizit genannt werden, spielen sie bei Lean relativ betrachtet eine etwas größere Rolle.

Auch bei den Motiven lohnt sich ein näherer Blick auf die sonstigen, im offenen Antwortfeld angegebenen Gründe. Bei den Benzodiazepinen wird mit Abstand am häufigsten eine Antwort nach dem Muster „Neugier“, „einmal ausprobieren“ etc. genannt (n=26), gefolgt von einer Antwort, die auf Spaß bzw. Genuss hindeutet (n=7). Mehrere Antworten beziehen sich auf die Bearbeitung psychischer Probleme, z.B. Depressionen (n=4), aber auch Angststörungen oder komplexere psychische Problemlagen, bis hin zu „Leben erträglich machen“. Daneben wurde jeweils dreimal „Langeweile“ und die Anwendung als Notfallmedikament bei zu starker Psychedelika-Wirkung genannt. Bei Opioiden gibt es mit 50 Nennungen noch deutlich mehr, die auf Neugier/Ausprobieren verweisen. Neun Befragte geben an, dass sie Opioide gegen (bestimmte) Schmerzen einsetzen und ebenfalls neun Personen meinen, dass ihnen (bestimmte) Opioide mehr Energie geben bzw. bei Arbeit, Studium etc. helfen. Acht Befragte verweisen hier auf angenehme Gefühle (Euphorie, Spaß, Zufriedenheit); umgekehrt nennen vier Personen die Bekämpfung von Leid bzw. unangenehmen Gefühlen. Ebenfalls jeweils vier Befragte geben „Langeweile“ oder eine körperliche Abhängigkeit als Konsumgrund an. Bei Lean schließlich, mit deutlich weniger Nennungen insgesamt, dominiert „Neugierde/nur probiert“ noch stärker (n=42). Ansonsten erzielte nur eine weitere Kategorie mehr als zwei Nennungen: Spaß bzw. angenehme Gefühle mit sieben Nennungen. Erwähnenswert ist, dass bei Lean (lediglich) zwei Befragte Rap bzw. Popkultur als Motiv angeben; bei den anderen beiden Sedativa-Kategorien gibt keine einzige Person eine derartige Antwort.

Zusätzlich zu Konsumsituationen und Motiven wurde die mögliche Zustimmung zu standardisierten Items, die sich auf einfache kulturelle Aspekte des Konsums beziehen (z.B. Musikpräferenzen), abgefragt. Der Grad der Zustimmung zu einem jeweiligen Item drückt sich im Mittelwert der metrischen Skalierung (von 1 – 5) und den Prozentwerten der Nominalskalierung aus. Niedrige Mittelwerte drücken dabei eine größere Zustimmung aus als höhere Mittelwerte, während höhere Prozentwerte auch häufigere Zustimmung bedeuten (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Kultureller Kontext; Zustimmung von 1 – 4; Mittelwerte und Antworten im Zustimmungsbereich in % (Befragte bis 30 Jahre)

	Mittelwert	Zustimmung
Ich höre sehr gerne Techno/House/Elektro	1,9	73%
Ich höre sehr gerne internationalen Rap	2,3	59%
Ich höre sehr gerne deutschen Rap	2,3	59%
Sedierende/beruhigende Drogen wie Opioide oder Benzodiazepine passen gut in die heutige Zeit	2,9	38%
Ich höre sehr gerne Trap bzw. Cloud Rap	2,9	33%
Ich mag es, wenn in Musikvideos Drogen präsentiert oder konsumiert werden	3,0	27%
Ich bin durch bestimmte Rapper*innen oder Musiker*innen auf bestimmte Drogen aufmerksam geworden	3,3	23%
Ich bin durch bestimmte Influencer/YouTuber/Twitch-Streamer o.ä. auf bestimmte Drogen aufmerksam geworden	3,3	21%
Ich interessiere mich dafür, welche Drogen bekannte Rapper*innen oder Musiker*innen konsumieren	3,4	16%
Opioide gehören zu meinem Lifestyle	3,8	7%
Benzodiazepine gehören zu meinem Lifestyle	3,8	6%

Den in Tabelle 11 abzulesenden Antworten zufolge hat das Item „Ich höre gerne Techno/House/Elektro“ die höchste Zustimmung in der Hauptzielgruppe, gefolgt von „Ich höre gerne internationalen Rap“ bzw. „Ich höre gerne deutschen Rap“. Zusammengenommen sind es 74%, die eine Neigung zu (internationaler und/oder deutscher) Rapmusik haben; diese fällt etwas höher aus als in der deutschen Gesamtbevölkerung in dieser Altersgruppe⁵. Höher und auch deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung ist die Zustimmung zu Techno und ähnlicher elektronischer Musik⁶. Die Items „sedierende/beruhigende Drogen wie Opioide oder Benzodiazepine passen gut in die heutige Zeit“ und „Ich höre gerne Trap bzw. Cloud Rap“ erreichen mittlere Zustimmungswerte. Auf den nächsten Rängen folgen mehrere Aussagen, die auf den direkten Zusammenhang von Popkultur-Interesse und eigenem Konsum hindeuten; so gibt mehr als ein Viertel an, dass sie die Repräsentation von Drogen in Musikvideos mögen und jeweils mehr als 20% stimmen Aussagen zu, dass sie durch bekannte Personen aus der Popkultur auf bestimmte Substanzen aufmerksam wurden. Zusätzlich gibt rund jede bzw. jeder Achte an, sich für den Konsum bekannter Rapper bzw. Musikerinnen zu interessieren. Die Aussagen, dass Benzodiazepine bzw. Opioide zum eigenen Lifestyle gehören, erfahren die geringsten Zustimmungsraten (siehe Tabelle 11).

Die Teilstichprobe der maximal 30-Jährigen mit Konsum der projektrelevanten Drogen (Benzodiazepine, Opioide und/oder Lean, n=628; siehe Tabelle 12) zeigt jeweils höhere Anteile zustimmender Antworten zu allen Aussagen (sowie niedrigere Mittelwerte bezüglich der Skala).

⁵ Vgl. MIZ 2023: hier gaben zuletzt 71,5% der 14-19-Jährigen und 61,6% der 20-29-Jährigen an, mindestens „gerne“ HipHop/Rap zu hören.

⁶ MIZ 2023, „Techno, House, Dance“ (und damit etwas weiter gefasst als in unserer Erhebung): 14-19-J.: 58,3%, 20-29-Jährige: 54,9%.

Insbesondere dem Statement, dass sedierende/beruhigende Drogen wie Opioide oder Benzodiazepine gut in die heutige Zeit passen, wird dabei mehr als doppelt so häufig zugestimmt wie von Befragten ohne entsprechende Konsumerfahrung. Außerdem wird (nachvollziehbarerweise) jeweils weitaus häufiger den Aussagen zugestimmt, dass Sedativa zum jeweiligen Lifestyle gehören. Zudem geben deutlich mehr Konsumerfahrene eine Vorliebe für das Rap-Subgenre Trap an, in dem die relevanten Substanzen wohl am häufigsten thematisiert werden. In geringerem Ausmaß gilt dies auch für deutschen Rap, aber auch die anderen abgefragten Musikstile erreichen etwas höhere Anteile.

Tabelle 12: Kultureller Kontext; Zustimmung von 1 – 4; Antworten im Zustimmungsbereich, %, Befragte bis 30 Jahre, nach Konsumerfahrung mit Opioiden, Benzodiazepinen und/oder Lean

	Ohne Konsum- erf. (n=520)	Mit Konsum- erf. (n=628)	Chi ² & Sig. ^a
Ich höre sehr gerne Techno/House/Elektro	70	75	4,2*
Ich höre sehr gerne internationalen Rap	56	63	5,3*
Ich höre sehr gerne deutschen Rap	52	65	18,0***
Sedierende/beruhigende Drogen wie Opioide oder Benzodiazepine passen gut in die heutige Zeit	21	52	115,5***
Ich höre sehr gerne Trap bzw. Cloud Rap	25	40	26,1***
Ich mag es, wenn in Musikvideos Drogen präsentiert oder konsumiert werden	19	34	29,0***
Ich bin durch bestimmte Rapper*innen oder Musiker*innen auf bestimmte Drogen aufmerksam geworden	17	27	16,3***
Ich interessiere mich dafür, welche Drogen bekannte Rapper*innen oder Musiker*innen konsumieren	10	20	19,9***
Ich bin durch bestimmte Influencer/YouTuber/Twitch-Streamer o.ä. auf bestimmte Drogen aufmerksam geworden	21	22	0,1 n.s.
Opioide gehören zu meinem Lifestyle	1	12	48,2***
Benzodiazepine gehören zu meinem Lifestyle	1	9	37,8***

^a * = p<0,05, ** = p<0,01, *** = p<0,001, n.s.= nicht signifikant

Auch unter Konsumerfahrenden erzielt indes Techno/House/Elektro die höchste Zustimmung unter den abgefragten Stilen, wobei sich für internationalen und deutschen Rap zusammengenommen mit 78% noch eine etwas höhere Rate an Befragten mit (gewisser) Vorliebe zeigt. Auffällig sind auch die merklich höheren Werte für die Aussagen, die auf direkte Verbindungen von Popkultur und Substanzen abzielen, abgesehen von der Aussage „ich bin durch bestimmte Influencer/YouTuber/Twitch-Streamer o.ä. auf bestimmte Drogen aufmerksam geworden“ (nicht signifikant). Wer die relevanten Drogen konsumiert (hat), gibt also nicht selten Einflüsse von Musik/Popkultur an und neigt deutlich häufiger dazu, Sedativakonsum als Zeitgeistphänomen zu betrachten.

Betrachtet man schließlich Zusammenhänge mit dem Alter, so wird deutlich, dass es wiederum Aussagen sind, die auf direkte Verbindungen von Popkultur und Substanzkonsum abzielen, denen Jüngere eher zustimmen: Unter den maximal 30-Jährigen mit Sedativaerfahrung ist es die Aussage, durch Influencer (u.a.) auf bestimmte Substanzen aufmerksam gemacht worden zu sein, welche die stärkste positive Korrelation mit dem Alter aufweist (d.h., mit steigendem Alter steigt der Wert auf der vierstufigen Skala, sprich, die Zustimmung sinkt mit zunehmendem Alter): $r=0,23$ ($p<0,001$). Ebenfalls deutliche entsprechende Korrelationen zeigt sich für das Interesse am Konsum bekannter Rapper u.a., die Aussage, durch bestimmte Rapper u.a. auf Drogen aufmerksam geworden zu sein sowie die Vorliebe für Drogen in Musikvideos (jeweils $r=0,14$, $p<0,001$). Ansonsten zeigen sich entsprechende Korrelationen für eine Vorliebe für den (eher „jungen“) Musikstil Trap ($r=0,12$, $p<0,01$) sowie die Aussage, dass Sedativa in die heutige Zeit passen ($r=0,10$, $p<0,01$).

4.1.3.4 Mit dem Konsum assoziierte Probleme

Was eventuell erlebte individuelle Probleme aufgrund des Konsums von Benzodiazepinen, Opioiden und Lean betrifft, wurde nach akuten, mittel- und langfristigen sowie sozialen Problemen gefragt. Den Befragten wurde dabei eine Liste möglicher direkter pharmakologischer bzw. toxi-kologischer Neben- bzw. Nachwirkungen vorgelegt, die für alle drei Substanzkategorien gemeinsam beantwortet werden sollte. 150 Personen haben Angaben zu akuten Problemen gemacht. Am häufigsten werden Kreislaufprobleme und Erbrechen genannt, dicht gefolgt von Hautaus-schlag und „unangenehmer Comedown / beginnender Entzug“; alle diese Probleme werden von jeweils mehr als 10% der Konsumentfahrenden genannt (siehe Tabelle 13).

Auch Verstopfung, Kopf- und Bauchschmerzen erzielen nennenswerte Anteile, und auch schwerwiegendere Folgen wie Atemnot, Bewusstlosigkeit/Koma und Delirium werden von meh-reren Prozent genannt; 1% ($n=9$) geben sogar einen Atemstillstand an.

Als sonstige akute Folgen werden am häufigsten Übelkeit (ohne Erbrechen) sowie „Black-out“/„Filmriss“/Amnesie genannt (jeweils $n=6$). Drei Befragte geben Krampf- bzw. epileptische Anfälle an; darüber hinaus gab es diverse weitere nur von Einzelnen genannte, nicht selten schwerwiegende Probleme, inklusive zweimal Herzstillstand. Ein Befragter geht auf explizit auf unterschiedliche Nachwirkungen bei Opioiden und Benzodiazepinen ein: „Ein Opiat-Kater = kein Antrieb für 1-3 Tage, Benzo-Kater = Einschränkungen der Kognition im Langzeit- und Kurz-zeitgedächtnis für 1-2 Tage“.

Tabelle 13: Akute Probleme beim Konsum von Benzodiazepinen, Opioiden und/oder Lean, % , Befragte bis 30 Jahre

	Anteil an allen Befragten mit Konsumerfahrung ($n=628$)	Anteil an jenen, die mindestens ein akutes Problem angeben ($n=150$)
Kreislaufprobleme	13	53
Erbrechen	12	50

	Anteil an allen Befragten mit Konsumerfahrung (n=628)	Anteil an jenen, die mindestens ein akutes Problem angeben (n=150)
Hautausschlag	11	45
Unangenehmer „Come-down“/beginnender Entzug	11	45
Verstopfung	9	38
Kopfschmerzen	8	34
Bauchschmerzen	8	34
Atemnot	5	20
Bewusstlosigkeit/Koma	4	16
Delirium	4	17
Atemstillstand	1	6
Andere	6	26
Keine Antwort	-	4

Insgesamt 111 Personen machten Angaben zu mittel- bis langfristigen Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum der projektrelevanten Substanzen gemacht. Dabei wird am häufigsten die Kategorie „Abhängigkeit/Entzug/Craving“ genannt, gefolgt von „Depression“ und „Schlafstörungen“. Ebenfalls von einem gewissen Anteil wird Gewichtsverlust/Mangelerscheinungen angegeben. Infektionskrankheiten werden von niemandem der Teilnehmenden genannt, Injektionsschäden nur sehr selten.

Tabelle 14: Mittel- bis langfristige Probleme beim Konsum von Benzodiazepinen, Opioiden und/oder Lean, % , Befragte bis 30 Jahre

	Anteil an allen Befragten mit Konsumerfahrung (n=628)	Anteil an jenen, die mindestens ein mittel-/langfristiges Problem angeben (n=111)
Abhängigkeit/Entzug/Craving	14	81
Depression	13	72
Schlafstörungen	12	69
Gewichtsverlust / Mangelerscheinungen	7	41
Injektionsschäden	1	5
Infektionskrankheiten	-	-
Andere psychische Probleme	5	31
Andere physische Probleme	3	16
Keine Antwort	-	2

Bei den sonstigen Antworten nennen fünf Befragte Angst-/Panikstörungen und jeweils vier Konsumerfahrene Gedächtnis-/Kognitionsprobleme bzw. Depressionen/Anhedonie, nachdem die Wirkung abgeklungen ist. Für Letzteres gibt ein Befragter an „naja hatte depressionen schon vor dem konsum, wenn ich nuechtern bin kommen sie wieder (...)“. Diverse andere Befragte berichten über andere Probleme nach dem Absetzen, z.B. emotionale Störungen oder Aggressionen, bis

hin zu Suizidalität. Bei den anderen physischen Problemen zeigen sich keine Symptome, die von mehr als einer Person genannt wurden.

Soziale Probleme wurden von 88 Teilnehmenden benannt. Bei weitem am häufigsten sind Konflikte mit Partner oder Partnerin bzw. der Familie allgemein, gefolgt von Konflikten mit dem Gesetz, welche nur etwas häufiger sind als Konflikte am Arbeitsplatz oder in der Schule, Universität o.ä. Einige wenige Befragte nennen auch Wohnungsprobleme (siehe Tabelle 15). Bei den wenigen sonstigen Antworten dominieren Probleme mit Freunden (n=6) bzw. – sehr ähnlich – soziale Isolation bzw. Abschottung (n=5).

Tabelle 15: Soziale Probleme beim Konsum von Benzodiazepinen, Opioiden und/oder Lean, %, Befragte bis 30 Jahre

	Anteil an allen Befragten mit Konsumerfahrung (n=628)	Anteil an jenen, die mindestens ein soziales Problem angeben (n=88)
Konflikte mit Partner/Partnerin/Familie	10	74
Konflikte mit dem Gesetz / mit der Polizei	5	36
Konflikte in der Schule o.ä.	5	33
Konflikte am Arbeitsplatz	5	33
Wohnungsprobleme	3	21
Andere	3	21
Keine Antwort	-	3

4.1.3.5 Nutzung der Hilfs- und Informationsangebote und bevorzugte Maßnahmen zu Hilfe und Prävention

Alle Teilnehmenden wurden gefragt, welche Hilfsangebote sie bisher mindestens einmal wahrgenommen haben. Insgesamt geben 60% der bis 30-Jährigen an, bisher keine solche Angebote genutzt zu haben. Das häufigste tatsächlich genutzte Angebot sind Internetforen mit Fokus auf Schadensminimierung, gefolgt von Besuchen bei der örtlichen Drogenberatung. Auffällig ist darüber hinaus der relativ hohe Wert für die stationäre Entgiftung. Alle anderen Angebote werden vergleichsweise selten genutzt (siehe Tabelle 16).

Vergleicht man die befragten mit und ohne Sedativa-Erfahrung, so zeigen sich bei den meisten Kategorien höhere Werte bei denjenigen, die mindestens einmal Benzodiazepine, Opioide oder Lean konsumiert haben. Besonders groß ist der Unterschied bei der generell relativ oft genannten örtlichen Drogenberatung sowie bei diversen eher selten genannten, üblicherweise erst bei schwerwiegenden Abhängigkeitsproblemen genutzten Hilfsangeboten wie ambulante Suchtbehandlung, Entgiftung, Selbsthilfe oder Rehabilitation (siehe Tabelle 16). Angebote zur Schadensminimierung, die sich zumeist vor allem an ‚offene‘ urbane Szenen von Drogen konsumierenden Personen richten (niedrigschwellige Angebote und „Streetwork“), werden insgesamt nur von sehr wenigen Befragten genutzt. Dies kann als weiterer Hinweis darauf gewertet werden, dass wir weit überwiegend eine Zielgruppe außerhalb solcher Szenen erreicht haben (siehe auch 4.1.3.2).

Tabelle 16: Bisherige Nutzung gängiger Hilfsangebote (Mehrfachnennung möglich), %, Befragte bis 30 Jahre, nach Konsumerfahrung mit Opioiden, Benzodiazepinen und/oder Lean

	Ohne Konsum- erf. (n=520)	Mit Konsum- erf. (n=628)	Chi ² & Sig. ^a	Gesamt
Keine in Anspruch genommen	72	50	53,3***	60
Internetforen mit Harm Reduction- Bezug	16	25	15,6***	21
Örtliche Drogenberatung	8	25	57,5***	17
Engiftung (stationär)	2	12	35,0***	8
Telefonisches Beratungsgespräch	1	7	25,1***	5
Ambulante Suchtbehandlung	2	8	25,1***	5
Selbsthilfegruppe	1	7	19,9***	4
Rehabilitation (stationäre Suchtbe- handlung)	1	6	19,6***	4
Onlineberatung	2	4	6,7**	3
Niedrigschwellige Hilfen vor Ort	1	2	2,3 n.s.	2
Straßensozialarbeit/„Streetwork“	0,4	2	7,8**	2
Andere	5	6	0,2 n.s.	5

^a * = p<0,05, ** = p<0,01, *** = p<0,001, n.s.= nicht signifikant

Ebenfalls alle Teilnehmenden wurden nach den subjektiv für am besten befundenen Maßnahmen zur Verbesserung von Drogenhilfe gefragt; hier konnten bis zu drei Items ausgewählt werden. Unter den maximal 30-jährigen Befragten werden die Kategorien „Entkriminalisierung/Legalisierung“, „akzeptierende Information/Harm Reduction“ und „gesamtgesellschaftliche Maßnahmen (z.B. Reduzierung von Armut, mehr Freizeitangebote)“ am häufigsten genannt. Auch niedrigschwellige Maßnahmen vor Ort erzielen einen nennenswerten Anteil. Demgegenüber werden abstinenzorientierte ambulante oder stationäre Maßnahmen sowie Abschreckungskampagnen nur selten als beste Maßnahmen genannt (siehe Tabelle 17).

Dabei gibt es fast keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragten mit und ohne Sedativa-Erfahrung; lediglich abstinenzorientierte stationäre Behandlungen werden von den Konsumerfahrenen etwas häufiger genannt (13% vs. 8%; Chi²=6,3, p<0,05). Weit überwiegend sprechen sich die Befragten also für akzeptierende Maßnahmen mit ganzheitlicher Perspektive sowie die Liberalisierung der drogenpolitischen Bedingungen aus.

Tabelle 17: Subjektiv beste Maßnahmen zur Verbesserung von Drogenhilfe und Prävention, %, Befragte bis 30 Jahre (bis zu drei Nennungen möglich)

Entkriminalisierung / Legalisierung	83
Akzeptierende Information / Harm Reduction	57
Gesamtgesellschaftliche Maßnahmen	53
Niedrigschwellige Maßnahmen vor Ort	39
Abstinenzorientierte stationäre Behandlung	11
Abstinenzorientierte ambulante Behandlung	8
Abschreckungskampagnen	5
Weiß nicht	2

4.1.3.6 Bezugsquellen und Social Supply

Was die Bezugsquellen für die projektrelevanten Drogen betrifft, so wurde zunächst nach den jemals benutzten Quellen mit Möglichkeit zur Mehrfachnennung gefragt und anschließend nach der zuletzt genutzten Quelle. Die Angaben beziehen sich jeweils auf diejenigen Teilnehmenden, welche eine Angabe zum Konsum der jeweiligen Droge gemacht haben.

Die Rangfolge der Häufigkeit der jemals genutzten Bezugsquellen ist für alle relevanten Drogen größtenteils dieselbe (Tabelle 18). Unterschiede bei der Häufigkeit der genutzten Quellen gibt es zwischen Lean und den beiden übrigen Kategorien; die fast durchweg niedrigen Werte hängen vermutlich wiederum mit der insgesamt geringeren Konsumerfahrung bzw. -frequenz von Lean zusammen. Die Werte von Benzodiazepinen und Opioiden ähneln sich hingegen jeweils stark. Freunde bzw. Freundinnen und Bekannte werden in allen Drogenkategorien am häufigsten genannt, gefolgt von Privatdealern. Bei Benzodiazepinen und Opioiden folgt die Kategorie „Internet/Darknet“, während bei Lean die Erschleichung von Rezepten folgt. Bei „Internet/Darknet“ ist zu beachten, dass es nicht nur illegalen Onlinehandel im engeren Sinne gibt, sondern auch Online-Shops im Ausland, welche die dort teils rezeptfreien Medikamente auch nach Deutschland verschicken. Illegaler Erhalt aus einem Krankenhaus oder einer Apotheke sowie die Nutzung von Messenger-Apps zur Bestellung sind als Bezugsquellen bedingt relevant. Straßendealer werden häufiger konsultiert als Dealer in Clubs, welche bei diesen Substanzen kaum relevant sind.

Bei Betrachtung der sonstigen Antworten fällt auf, dass der Bezug über die Familie insgesamt am häufigsten genannt wird; bei Opioiden gibt es hier 11, bei Benzodiazepinen und Lean jeweils 5 Nennungen; hier gibt es z.B. Nennungen wie „Oma“ oder auch „aus dem Medikamentenschrank (*des Elternhauses*)“. Zum Teil wurde angegeben, dass diese „geklaut“ wurden; es gab aber auch andere Fälle, etwa „von der Oma als Hustenmittel bekommen“. Es ist unklar, wie viele derer, die „Freunde/Bekannte“ als Bezugsquelle angeben, sich auch auf (Groß-)Eltern mit Rezept beziehen. In der qualitativen Befragung war diese Bezugsquelle eine relativ häufig genannte⁷. Ebenfalls relativ oft bei „sonstige“ angegeben wurde, dass die jeweiligen Stoffe dem/der Befragten selbst ver-

⁷ Leider war uns dieser Beschaffungsmodus bei Konstruktion des Fragebogens nicht bewusst, weshalb sie nicht explizit als Antwortkategorie aufgenommen wurde

schrieben wurden (teils mit dem Zusatz, dass diese nach der ursprünglich vorgesehenen Medikation zu Rauschzwecken verwendet wurden; Benzodiazepine: n=7, Opioide: n=4, Lean: n=6). Hier ist zu beachten, dass die Grenze zwischen regulären und „erschlichenen“ Rezepten (siehe Tabelle) fließend sein dürfte (etwa, wenn tatsächliche Beschwerden beim Arzt übertrieben dargestellt werden).

Tabelle 18: Jemals benutzte Bezugsquellen, %, Befragte bis 30 Jahre (Mehrfachnennungen)

	Benzodiazepine (n=473)	Opioide (n=486)	Lean (n=307)
Freunde/Freundinnen/Bekannte	67	69	58
Privatdealer	46	51	35
Internet/Darknet	25	23	9
Rezept erschlichen	15	15	12
Straßendealer	13	13	4
Illegal aus Krankenhaus/Apotheke	13	11	4
Messenger	10	10	6
Ausland	6	5	5
Clubdealer	3	4	<1
Social Media	3	3	3
Schlafmohn angebaut	-	2	-
Andere	5	5	5

Mit Blick auf die zuletzt genutzte Bezugsquelle zeigt sich die Dominanz des Erhalts durch Freunde und Freundinnen oder Bekannte sowie Privatdealer noch etwas deutlicher (Tabelle 19): jeweils rund drei Viertel der Befragten geben diese Quellen als zuletzt genutzte an. Ansonsten erreicht nur die Bestellung von Benzodiazepinen im Internet (inklusive Darknet) zehn Prozent.

Tabelle 19: Zuletzt genutzte Bezugsquellen, %, Befragte bis 30 Jahre (Einfachnennung)

	Benzodiazepine (n=473)	Opioide (n=486)	Lean (n=307)
Freunde/Freundinnen/Bekannte	45	47	49
Privatdealer	23	24	25
Internet/Darknet	10	9	6
Rezept erschlichen	7	6	9
Illegal aus Krankenhaus/Apotheke	5	4	1
Straßendealer	3	4	<1
Andere	3	2	4
Messenger	2	2	2
Ausland	2	<1	2
Social Media	<1	<1	1
Clubdealer	-	<1	-
Schlafmohn angebaut	-	<1	-

Ansonsten ist „Rezept erschlichen“ eine von zumindest gewissen Anteilen genutzte Quelle, während alle anderen Optionen bei allen projektrelevanten Drogen von maximal fünf Prozent der jeweiligen Teilstichprobe angegeben werden.

U.a. angesichts dessen, dass Freundinnen bzw. Freunde und Bekannte die mit Abstand am häufigsten genutzte Bezugsquelle sind, liegt es nahe, auch nach dem Anteil unentgeltlichen Erhalts der projektrelevanten Drogen zu fragen. Die Kategorie „immer unentgeltlich“ ist zwar bei allen drei Drogen die größte, nimmt man jedoch „immer gekauft“ und „meistens gekauft“ zusammen und stellt dies „immer unentgeltlich“ und „meistens unentgeltlich“ gegenüber, dann entfällt der jeweils größere Anteil auf die Kategorien, bei denen zumindest meistens gekauft wird; hinzu kommen 12-17%, die etwa gleich oft kaufen und unentgeltlich von anderen partizipieren (siehe Tabelle 20). Bei Betrachtung der Befragten, welche die betreffende Substanzart bislang *nur* von Freunden, Freundinnen oder Bekannten beschafft haben, zeigen sich erwartungsgemäß vor allem höhere Werte für „immer unentgeltlich“ (Benzodiazepine: 58%, Opioide: 60%, Lean: 56%). Allerdings gibt es auch nennenswerte Gruppen in diesen relativ kleinen Teilstichproben (Benzodiazepine: n=143, Opioide: n=134, Lean: n=114), welche die Substanzen meistens oder immer gekauft haben (Benzodiazepine: 21%, Opioide: 18%, Lean: 23%). Auch beim Bezug über gut bekannte Personen wird also nicht selten für die sedierenden Substanzen bezahlt.

Tabelle 20: Anteile entgeltlichen und unentgeltlichen Bezugs bei der Beschaffung von Sedativa, %, Befragte bis 30 Jahre

	Benzodiazepine (n=473)	Opioide (n=486)	Lean (n=307)
Immer unentgeltlich	27	27	33
Meistens unentgeltlich	12	14	7
Etwa gleich oft	17	15	12
Meistens gekauft	24	27	18
Immer gekauft	20	17	31

4.1.4 Ergebnisse nach Geschlecht (bis einschließlich 30 Jahre)

4.1.4.1 Soziodemographische Angaben

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse nach Geschlecht aufgeschlüsselt präsentiert. Zumeist geht es dabei um den Vergleich zwischen weiblichen und männlichen Befragten. Wenn nötig, werden signifikante Unterschiede zwischen Teilnehmerinnen und Teilnehmern berechnet, wobei sich angegebene Signifikanzwerte generell auch auf Teilnehmende beziehen, die als Geschlecht „divers“ angegeben haben; wegen der geringen Fallzahlen und deshalb geringen Aussagekraft der Anteile sind aber zumeist keine Prozentanteile für das dritte Geschlecht angegeben.

In der Stichprobe der maximal 30-Jährigen befinden sich 257 Teilnehmerinnen (22%), 859 Teilnehmer (75%) und 32 „diverse“ Personen (3%). Das Durchschnittsalter der Frauen beträgt 24,5 Jahre (Männer: 24,0, Diverse: 23,2). Auch bei den Frauen sind alle Bundesländer vertreten, mit

teils starken Abweichungen von den übrigen Befragten: Vor allem Berlin ist bei ihnen mit 23% stark überrepräsentiert (Männer: 8%); zudem ist der Anteil von sächsischen Teilnehmerinnen mit 9% merklich höher als bei Teilnehmern (5%). Umgekehrt ist v.a. Bayern bei den Frauen deutlich unterrepräsentiert (8%, Männer: 16%). Knapp zwei Drittel (63%) der Frauen leben in Großstädten (über 100.000 Einw.; Männer: 42%) – insgesamt ist bei der Wohnortgröße ein starker signifikanter Geschlechterunterschied festzustellen ($\chi^2=39,0$, $p<0,001$). Außerdem haben die befragten Frauen im Schnitt eine höhere Bildung: 31% haben mindestens einen Hochschulabschluss (Männer: 19%) und 24% einen Haupt- oder Realschulabschluss (Männer: 39%; $\chi^2=31,2$, $p<0,001$). Auch beim Familienstand bzw. Beziehungsstatus gibt es einen signifikanten Geschlechterunterschied: mit 57% sind deutlich mehr Frauen als Männer (40%) ledig, aber in fester Beziehung ($\chi^2=25,0$, $p<0,01$). Bei Betrachtung der folgenden Daten ist also zu beachten, dass es sich bei der weiblichen Teilstichprobe um eine tendenziell urbanere und gebildetere Gruppe handelt als bei den Männern bzw. Jungen.

4.1.4.2 Substanzkonsum

Tabelle 21 enthält die Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenzraten der wichtigsten Drogen inklusive der drei unterschiedlichen Sedativa-Kategorien; aus Gründen der besseren Lesbarkeit sind die Signifikanzniveaus in der Tabelle nur mittels Sternchen angegeben. Bereits bei der Lebenszeitprävalenz gibt es einige signifikante Unterschiede: so wird der Konsum von Ecstasy ($\chi^2=18,4$), Amphetamin ($\chi^2=21,9$) und Kokain ($\chi^2=17,5$) von Frauen deutlich häufiger angegeben als von Männern und Diversen. Demgegenüber wird die Lebenszeiterfahrung mit Lean von Frauen signifikant seltener angegeben ($\chi^2=20,5$).

Tabelle 21: Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenzraten der gängigsten Drogen nach Geschlecht (%)

	Lebenszeit				30 Tage			
	♀	♂	♀	Sig. ^a	♀	♂	♀	Sig. ^a
Cannabis	99	99	100	n.s.	63	77	81	***
Ecstasy	84	71	69	***	28	16	28	***
Amphetamin	81	66	69	***	42	21	31	***
Kokain	76	62	56	***	34	24	9	***
Opioide	39	43	47	n.s.	15	18	19	n.s.
Benzodiazepine u.a.	43	41	38	n.s.	21	17	9	n.s.
Lean	17	30	13	***	2	6	0	**
Alkohol	-	-	-	-	90	88	96	n.s.
Benzo Opioid Lean	53	55	53	n.s.	27	26	19	n.s.
Benzo & Opioid & Lean	13	21	13	**	<1	3	0	n.s.

^a * = $p<0,05$, ** = $p<0,01$, *** = $p<0,001$, n.s.= nicht signifikant

Bei der 30-Tages-Prävalenz von Cannabis zeigen sich signifikant niedrigere Werte für befragte Frauen ($\chi^2=20,8$), während Amphetamin ($\chi^2=45,3$), Ecstasy ($\chi^2=21,0$) und Kokain ($\chi^2=16,2$) von Frauen auch in den letzten 30 Tagen häufiger konsumiert wurden. Auch bei Lean gibt es bei

der 30-Tages-Prävalenz einen signifikanten Unterschied ($\text{Chi}^2=11,125$). Keine signifikanten Differenzen gibt es hingegen bei den Prävalenzraten für Alkohol sowie für Opioide und Benzodiazepine (siehe Tabelle 21).

Bei den detaillierten Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenzraten der projektrelevanten Drogen zeigen sich nahezu keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Lediglich bei der 30-Tages-Prävalenz von GHB/GBL (etc.) zeigt sich ein gewisser Zusammenhang ($\text{Chi}^2=9,6$, $p<0,01$); hier liegt bei Frauen mit 4% ein höherer Wert vor als bei Männern (2%; Diverse: 9%). Bei allen anderen von zumindest gewissen Anteilen konsumierten Sedativa zeigen sich keine geschlechtsbezogenen Unterschiede. Tabelle 22 enthält exemplarisch die entsprechenden Kennzahlen derjenigen Substanzen, für die bei allen Geschlechtern mindestens 10% Lebenszeitprävalenz vorliegen; auf die Darstellung der Signifikanz wurde aufgrund der fehlenden signifikanten Differenzen verzichtet.

Tabelle 22: Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenzraten der gängigsten Sedativa nach Geschlecht (%)

	Lebenszeit			30 Tage		
	♀	♂	☿	♀	♂	☿
Diazepam	26	28	25	7	6	3
Lorazepam	28	25	25	9	6	3
Alprazolam	26	28	22	11	9	13
Clonazepam	12	11	13	2	3	0
Codein	23	28	16	2	6	3
Tilidin	32	37	38	9	12	9
Tramadol	21	25	22	2	5	0
Oxycodon	19	19	28	5	5	13

4.1.4.3 Sonstige geschlechtsbezogene Unterschiede

Die Zustimmung zu den kulturbezogenen Aussagen ist in der Gruppe der Teilnehmerinnen bis 30 Jahre zumeist etwas geringer als bei Männern und Diversen (bzw. höhere Durchschnittswerte bei metrischer Skalierung). Dies gilt jedoch nicht für „Ich höre sehr gerne Techno/House/Elektro“ und „Benzodiazepine gehören zu meinem Lifestyle“, die als einzige von Frauen im Vergleich zum allgemeinen Sample bis einschließlich 30 Jahre häufiger genannt werden, im Fall der Vorliebe für elektronische Musik deutlich und signifikant ($\text{Chi}^2=20,605$) – ein Hinweis darauf, dass die befragten Frauen sowie Diversen in der Tendenz eher dem Techno-Party-Umfeld zuzurechnen sind als die Männer (siehe Tabelle 23). Bei mehreren weiteren Aussagen, bei denen die Zahlen für die Männer vor denen der Frauen liegen, erreichen diese Unterschiede ebenfalls statistische Signifikanz: Internationaler Rap wird von Teilnehmerinnen und Diversen bis einschließlich 30 Jahre signifikant seltener angegeben als von Männern ($\text{Chi}^2=14,333$), Trap/Cloud Rap wird ebenfalls seltener von Frauen und Diversen sehr gerne gehört ($\text{Chi}^2=8,469$). Ebenfalls signifikant weniger Nennungen bei Frauen finden sich bei den Items „durch Musiker

auf bestimmte Drogen aufmerksam geworden“ ($\chi^2=11,655$) und „durch Influencer auf bestimmte Drogen aufmerksam geworden“ ($\chi^2=21,509$). Und auch die Zustimmung zu Drogen in Musikvideos ist bei Teilnehmerinnen und Diversen geringer als bei Teilnehmern (8,275) – der Einfluss popkultureller Vorbilder scheint also in der Tendenz für Männer relevanter zu sein. Die beobachteten Geschlechterunterschiede ändern sich im Übrigen nicht, wenn man sich nur diejenigen betrachtet, die mindestens einmal Sedativa konsumiert haben.

Tabelle 23: Kultureller Kontext; Zustimmung von 1 – 4; Antworten im Zustimmungsbereich, %, Befragte bis 30 Jahre, nach Geschlecht

	♀	♂	♀	Sig. ^a
Ich höre sehr gerne Techno/House/Elektro	83	69	84	***
Ich höre sehr gerne deutschen Rap	54	61	47	n.s.
Ich höre sehr gerne internationalen Rap	51	63	44	***
Sedierende/beruhigende Drogen wie Opioide oder Benzodiazepine passen gut in die heutige Zeit	36	38	38	n.s.
Ich höre sehr gerne Trap bzw. Cloud Rap	26	36	28	*
Ich mag es, wenn in Musikvideos Drogen präsentiert oder konsumiert werden	20	29	25	*
Ich bin durch bestimmte Rapper*innen oder Musiker*innen auf bestimmte Drogen aufmerksam geworden	16	25	13	**
Ich interessiere mich dafür, welche Drogen bekannte Rapper*innen oder Musiker*innen konsumieren	15	16	3	n.s.
Ich bin durch bestimmte Influencer/YouTuber/Twitch-Streamer o.ä. auf bestimmte Drogen aufmerksam geworden	11	24	28	***
Benzodiazepine gehören zu meinem Lifestyle	8	5	3	**
Opioide gehören zu meinem Lifestyle	7	7	13	n.s.

^a * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$, n.s. = nicht signifikant

Im Folgenden werden signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei Angaben zu weiteren Themen benannt. An der jeweiligen Rangfolge der Häufigkeit der Items einzelner Fragen ändert sich bei den einzelnen Geschlechtern dadurch nichts.

Bei den Situationen, in denen die projektrelevanten Drogen konsumiert werden, findet sich ein signifikanter Unterschied bei Sport ($\chi^2=7,1$, $p < 0,05$): diese ohnehin selten genannte Situation wird von Frauen und Diversen für den Opioidkonsum noch seltener angegeben als von Männern. Gleiches gilt bei Opioiden für die Situation „Musik machen“ ($\chi^2=6,9$, $p < 0,05$). Alleiniger Konsum von Lean zuhause ist bei Frauen signifikant seltener als bei Männern und Diversen ($\chi^2=7,5$, $p < 0,05$). Ansonsten gibt es keine signifikanten Geschlechterunterschiede bei den Konsumsituationen.

Bei den Motiven zeigen sich lediglich bei zwei Items bei Benzodiazepinen signifikante Unterschiede; diese werden von Frauen weitaus häufiger genommen als von Männern, „um von anderen Drogen runterzukommen“ (♀: 60%, ♂: 32%, ♀: 50%, $\chi^2=29,1$, $p < 0,001$) und „um besser schlafen zu können“ (♀: 70%, ♂: 45%, ♀: 42%, $\chi^2=21,3$, $p < 0,001$).

Frauen (44%) geben signifikant seltener Probleme mit dem Konsum der projektrelevanten Drogen an als Männer (58%) und Diverse (59%, $\text{Chi}^2=8,5$, $p<0,05$), während sich bei den konkret genannten Problemen lediglich das Item „Konflikte mit dem Gesetz / der Polizei“ signifikant unterscheidet: Frauen sind hiervon weniger betroffen als Männer ($\text{Chi}^2=6,6$, $p<0,05$). Zudem geben Frauen (59%) signifikant häufiger einen zumindest gelegentlichen Kontakt zu einer offenen Szene an als Diverse (41%) oder Männer (40%; $\text{Chi}^2=34,2$, $p<0,001$).

Bezüglich der für wichtig befundenen Maßnahmen zu Prävention und Behandlung findet sich ein signifikanter Unterschied für die Nennung einer abstinenten ambulanten Behandlung: diese wird von Frauen häufiger angegeben ($\text{Chi}^2=14,3$, $p<0,01$). Ähnliches gilt für niedrigschwellige, akzeptierende Angebote für Konsumierende vor Ort ($\text{Chi}^2=12,1$, $p<0,01$), während das Item „Entkriminalisierung / Legalisierung von Drogen“ signifikant seltener ausgewählt wird, aber mit 67% auch bei den Frauen das insgesamt am häufigsten ausgewählte Item ist ($\text{Chi}^2=67,6$, $p<0,001$). Was die bereits genutzten Hilfsangebote betrifft, so geben Frauen signifikant häufiger an, niedrigschwellige Angebote zur Schadensminimierung genutzt zu haben, wenngleich dieses Item auch bei ihnen mit 4% nur sehr selten ausgewählt wurde ($\text{Chi}^2=8,2$, $p<0,05$).

Was die jemals genutzten Bezugsquellen angeht, so zeigt sich für Opioide, dass Frauen und Diverse signifikant häufiger Freunde bzw. Freundinnen und Bekannte angeben ($\text{Chi}^2=7,2$, $p<0,05$). Ähnliches gilt für den Bezug von Benzodiazepinen über bekannte Personen ($\text{Chi}^2=10,5$, $p<0,05$), während bei dieser Stoffgruppe der Bezug über das Internet/Darknet von Frauen seltener genannt wird ($\text{Chi}^2=11,7$, $p<0,01$). Die Quelle „illegal aus dem Krankenhaus/einer Apotheke“ wird von Frauen für Benzodiazepine etwas häufiger genutzt als von Männern und Diversen ($\text{Chi}^2=6,2$, $p<0,05$). Bei Lean nutzen Frauen seltener als Männer und Diverse Privatdealer bzw. Dealerinnen ($\text{Chi}^2=10,2$, $p<0,05$) und häufiger Freunde bzw. Freundinnen und Bekannte ($\text{Chi}^2=6,4$, $p<0,05$).

Auch bei den zuletzt genutzten Bezugsquellen gibt es bei Benzodiazepinen einen Geschlechterunterschied ($\text{Chi}^2=37,124$, $p<0,01$), was hauptsächlich wieder an der häufigeren Nutzung von Freunden bzw. Freundinnen und Bekannten bei Frauen (54%) und Diversen (64%, Männer: 42%) liegt, während Männer vor allem Privatdealer und das Internet nutzen. Bei Opioiden und Lean gibt es bei der Frage nach den zuletzt genutzten Bezugsquellen keine signifikanten Unterschiede.

4.1.5 Diskussion

Es wurde eine ausreichend große Stichprobe an Befragten erreicht, um die geplanten Auswertungen des Datensatzes vorzunehmen. Von insgesamt knapp 2000 Teilnehmenden ($N=1854$) liegen gültige Daten vor, davon sind 62% bis maximal 30 Jahre alt ($n=1148$). Dies ist die eigentliche Zielgruppe, von der wiederum 55% ($n=628$) Erfahrung mit mindestens einmaligem Konsum einer der projektrelevanten Drogen (Benzodiazepine, Opioide, Lean) haben.

Mit Blick auf die gängigen Konsumkennzahlen nach Zeitintervallen (Lebenszeit, 12 Monate, 30 Tage) zeigt sich, dass Alkohol und Cannabis die meistkonsumierten Drogen sind, gefolgt von

gängigen Partydrogen und Kokain. Das gilt für alle (Teil-)Stichproben, wobei Frauen höhere Konsumraten für Partydrogen aufweisen. Der Konsum projektrelevanter Drogen liegt bei Benzodiazepinen und Opioiden etwa gleichauf, bei deutlich geringeren Prävalenzen für den Konsum von Lean, das wiederum eher von Männern als von Frauen konsumiert wurde. Die Ergebnisse zu den zentralen Prävalenzraten deuten darauf hin, dass Sedativa unter drogenaffinen jungen Menschen (Personen, die in aller Regel Erfahrungen mit illegalen Drogen außer Cannabis und/oder psychoaktiven Medikamenten haben) eine nennenswerte Verbreitung aufweisen, Benzodiazepine in etwa gleichem Maße wie Opioide. Einschränkend muss bei dieser Einschätzung Art und Verlauf der Rekrutierung einberechnet werden: Es wurden insgesamt weniger Personen mit Drogenerfahrung erreicht als erwartet, und aufgrund der Offenheit der Erwähnung von Sedativa als Hauptfokus könnten Erfahrungen mit Opioiden und Benzodiazepinen überrepräsentiert sein. Zur näheren Erkundung der Verbreitung bieten sich Repräsentativbefragungen an (siehe 4.4). In der relevanten Teilstichprobe der maximal 30-Jährigen liegen signifikant höhere Prävalenzraten als bei den älteren Befragten für genau diejenigen Benzodiazepine und Opioide vor, die mit der kultursoziologischen Fragestellung des Projekts assoziiert sind: Alprazolam, Tilidin und Oxycodon sowie die Mischdroge Lean bzw. deren Hauptwirkstoff Codein.

Bei der Frage nach kulturbezogenen Zusammenhängen zeigt sich einerseits eine eher geringe Zustimmung zu Aussagen, die auf einen unmittelbaren Zusammenhang von Musik/Popkultur mit Substanzkonsum hindeuten. Andererseits steigt diese Zustimmung mit Eingrenzung der Zielgruppe merklich: Teilnehmende mit aktuellem Konsum der projektrelevanten Drogen stimmen den einzelnen Items häufiger zu; zudem ist die Zustimmung umso höher, je jünger die Befragten sind. Für Jungen bzw. Männer sind die Verbindungen zur Popkultur signifikant wichtiger als für die weiblichen Befragten.

Daraus lässt sich schließen, dass Zusammenhänge zwischen Konsum und Popkultur (insbesondere Rap) einerseits zwar nur bei einer Minderheit junger Drogenkonsumierender eine Rolle spielen, andererseits aber auch nicht obsolet sind. Insgesamt sind mit diesen Daten keine Rückschlüsse auf eine etwaige Kausalität des Konsums der projektrelevanten Drogen möglich, aus der sich drogenpolitischer oder therapeutischer Handlungsbedarf ableiten ließe, wohl aber ein Bedarf an zielgerichteter Sekundärprävention. Dabei zeigen sich ambivalente Ergebnisse im Hinblick auf bekannte Umfelder urbaner ‚offener‘ Drogenszenen: Zum einen geben bemerkenswert viele Befragte an, gelegentlich oder gar regelmäßig Kontakte zu einer solchen Szene zu haben; unklar ist hier indes, wie dieser Kontakt ausgestaltet ist. Zum anderen sind typische Praktiken und Erfahrungen aus derartigen Szenen in der Stichprobe kaum prävalent; dies betrifft Heroinkonsum und intravenöser Konsum insgesamt, außerdem typische gesundheitliche Auswirkungen (Injektionsschäden und Infektionskrankheiten) sowie Kontakte zur niedrigschwelligen Drogenhilfe. Es handelt sich also um eine andere Art von drogenbezogenem Umfeld, das sich angesichts sonstiger Konsummuster und popkultureller Vorlieben in nennenswertem Maße mit Partyszenen mit elektronischer Musik überschneidet. In jedem Fall unterscheidet sich die Untersuchung stark von stereotypen offenen Szenen. Hervorgehoben sei aber auch, dass sich Settings

und Motive für den Konsum von Benzodiazepinen und Opioiden recht deutlich von typischen Parametern für Drogenkonsum im Partykontext unterscheiden: zwar spielen insbesondere bei Opioiden auch das (gemeinsame) Genießen der psychoaktiven Wirkungen, teils mit popkulturellen Assoziationen, eine Rolle, aber funktionale, kompensatorische und teils ‚selbsttherapeutische‘ Konsumgründe kommen bei den Sedativa offenbar eine deutlich größere Bedeutung zu.

4.2 Qualitative Interviews

4.2.1 Stichprobe

Zwischen September 2022 und April 2023 wurden insgesamt 15 qualitative Interviews mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Benzodiazepin- oder/und Opioiderfahrung geführt. Die Befragten wurden über unterschiedliche Zugänge erreicht: Einige Befragte meldeten sich über Social-Media-Aufrufe, einige weitere in Reaktion auf ein Textfeld, das sich in der tabletgestützten Frankfurter MoSyD-Schulbefragung (siehe 4.4) öffnete, wenn der/die Betreffende entsprechende Konsumerfahrungen hatte und einige weitere wurden über dem Team bekannte Präventions- oder Beratungsstellen (direkt oder indirekt) vermittelt. Zu letzteren gehört auch eine Gruppe von miteinander befreundeten Jugendlichen (Nr. 11-15; Tabelle 24), die nacheinander befragt wurden. Eigentlich galt es zu vermeiden, dass miteinander bekannte Personen befragt werden, aber da die Mindeststichprobengröße ohnehin bereits erfüllt war, entschieden wir uns für diese Serie von fünf Interviews, die interessante Einblicke in Peergroup-Dynamiken und individuelle Unterschiede von gemeinsam Konsumierenden bieten (siehe Textbox 1).

Tabelle 24 enthält einen Überblick über die geführten Interviews. Fünf der 15 Interviewten sind weiblich, zehn männlich. Was das Alter betrifft, wird die Zielgruppe der Jugendlichen (ab 16 Jahren) und jungen Erwachsenen bis 30 Jahre komplett abgedeckt. Die konsumierten Substanzen präsentieren sich als ausgesprochen heterogen: Bereits bei den ausprobierten nicht-sedierenden illegalen Drogen gibt es teils große Unterschiede. Zudem haben neun Befragte Konsumerfahrungen sowohl mit Benzodiazepinen als auch mit Opioiden, vier haben nur Opioide und zwei nur Benzodiazepine konsumiert; teilweise beschränkt sich die Konsumerfahrung dabei nur auf eine Substanz, teilweise wurde eine breite Spanne an Sedativa ausprobiert (siehe Tabelle 24). Auch das Ausmaß der Konsumerfahrung unterscheidet sich deutlich, wobei nur eine Person (mit 16 Jahren eine der beiden jüngsten in der Stichprobe) über lediglich ein Konsumexperiment berichtete; alle anderen haben wiederholt entsprechende Substanzen konsumiert. Was den „drogenkulturellen Hintergrund“ betrifft, so wurde seitens der Interviewerin und dem Interviewer entsprechend der Angaben der Befragten eine Einschätzung vorgenommen, die in Tabelle 1 enthalten ist. Ausgangspunkt ist hier die Beobachtung, dass Benzodiazepine und Opioide einerseits explizit seit einigen Jahren durch Rapper in der Jugendkultur zum Thema gemacht wurden, der Konsum dieser Substanzen andererseits aber auch in anderen kulturellen Zusammenhängen – etwa zum ‚Runterkommen‘ auf Technopartys – oder ohne kulturelle Bezüge stattfinden kann. Ebendiese Spannweite findet sich auch in der Stichprobe, wobei ein Schwerpunkt auf Bezug zu (Deutsch-)Rap

auszumachen ist. Schließlich enthält die Tabelle jeweils eine Kurzbeschreibung von Konsumbiographie und -muster. Auch hier ist ein breites Spektrum zu beobachten: so haben aus nachvollziehbaren Gründen sämtliche Minderjährigen in der Stichprobe bislang jeweils nur eine kurze Historie, was den Konsum psychoaktiver Substanzen generell angeht, wogegen einige andere bereits längere Erfahrungen mit den relevanten Substanzen haben. Einige haben den Konsum bereits wieder eingestellt. Zudem unterscheidet sich die Regelmäßigkeit des Gebrauchs: während einige Befragte regelmäßige Konsummuster bis hin zur Abhängigkeit entwickelten, weisen andere nur experimentellen oder sporadischen Konsum – teilweise aber von diversen unterschiedlichen Substanzen – auf.

Tabelle 24: Übersicht über die qualitativ interviewten Personen^a

Nr.	Code-name	Geschlecht	Alter	Benzos & Opioide	Illegale Drogen	Drogenkult. Hintergrund	Kurzbeschreibung
1.	Anna	w	23	Tilidin, Diazepam, Tramadol, Oxycodon, Fentanyl, Alprazolam, Lorazepam	Cannabis, Speed, Kokain, Ecstasy, MDMA	Fashion/Party-Szene & Deutschrap	Erstkonsum mit 17, exzessiver Konsum mit 18 im Zusammenhang mit damaligem Partner; ehemaliger Partner schwer abhängig, psychisch krank (Selbstmedikation) und verkaufte selbst, ist inzwischen verstorben. Sie selbst konsumiert nicht mehr. Konsum hängt viel mit Lifestyle und Prestige zusammen (Designerkleidung, Trap-Musik, Kunst/Fashion-Szene). Benzo-Konsum oft nach dem Feiern zum Schlafen.
2.	Felix	m	25	Lorazepam, Alprazolam, Clonazepam, Flunitrazepam, Diazepam, Tilidin, Kratom	MDMA, Speed, Kokain, Ketamin, LSD	/	Erstkonsum mit 23, Selbstmedikation (soziale Ängste), Binge-Konsum, Konsum v.a. alleine, Bezugsquelle harte Drogenszene, inzwischen nur noch Konsum von Kratom
3.	Lana	w	17	Tilidin, Alprazolam, Diazepam, Codein	Cannabis, Kokain, Ecstasy	Deutschrap	Erstkonsum mit 15; Grund: Tilidin soll die Wirkung von Gras verstärken; inzwischen kein Konsum mehr. Bezugsquellen: Medikamente für Verwandte und Privatdealer
4.	Lara	w	16	unbekannt (wahrscheinlich Diazepam)	Cannabis, Ecstasy	/	Einmaliger Konsum mit bester Freundin mit 16 aus Neugier-> Medikamente von der Mutter. Würde aber nochmal konsumieren – beschreibt den Erstkonsum als "besten Tag ihres Lebens"
5.	Philipp	m	21	Codein, Tilidin, Oxycodon, Diazepam, Alprazolam, Heroin, Tramadol, Rohypnol, Pregabalin, Morphium, Kratom	Cannabis, MDMA, LSD, Lachgas, Pilze, Ketamin, 2CB, Speed, Kokain	Deutschrap	Erstkonsum mit 17, insgesamt sehr viel mit Drogen experimentiert und sich informiert, wichtige Faktoren für Konsum ADHS, Depressionen, Angst und Suchtaffinität, Tilidin als zentrale Substanz (nicht nur für ihn persönlich, sondern auch Jugend allgemein), im Zusammenhang mit Tilidinkonsum auch gewalttätig geworden, inzwischen kein Konsum mehr -> nutzt Kratom als Substitut

6.	Anne	w	25	Alprazolam, Lorazepam, Diazepam	Kokain, Cannabis, Speed, MDMA, Ecstasy,	Techno/Party-Szene	Erstkonsum um nach dem Feiern besser einschlafen zu können, da sie sind nach dem Konsum von Kokain und Speed Panikattacken und Angstzustände bekommen hat. „Bewusster“ Erstkonsum mit 22 „aus Spaß“. Nach schlechter Erfahrung 2022 kein Konsum mehr, betont aber, dass sie v.a. aus mangelnder Verfügbarkeit nicht mehr konsumiert, aber nochmal gerne würde. Große Hemmschwelle bzgl. Opiaten. Seitdem sie einmal Kokain gemeinsam mit Benzos genommen hat, will sie Kokain nur noch in der Kombi konsumieren.
7.	Fritz	m	30	Tilidin, Tramadol, Fentanyl, Heroin, Lorazepam, Kratom, Diazepam, Hydro-morphon	Cannabis, Speed, Ecstasy, LSD, MDMA, Ketamin	Techno/Party-Szene	Erstkonsum mit 25 = Konsum meist nach dem Feiern, „um sich einen gemütlichen Tag zu machen“, beschreibt sich als sehr drogenaffin/-interessiert, kein Interesse an Benzos. da Wirkung „uninteressant“ (Benzos interessant für Personen mit Angststörungen), Opioidkonsum teilweise Ersatz fürs Kiffen, Bezugsquelle Substitutions-Szene, Freundin arbeitet in einer Apotheke (konsumiert aber weniger als er), Kratom wird unkritischer als andere Opioide gesehen und oft täglich konsumiert
8.	Tom	m	24	Alprazolam, Clonazepam, Codein	„Spice“ (synth. Cannabinoide), Cannabis, MDMA, LSD, Kokain	/	lange Abneigung/Hemmschwelle gegenüber Benzos/Opioiden -> durch Spicekonsum ist die Schwelle gesunken, da er das jeweilige „High“ sehr ähnlich findet. Erstkonsum infolge von Todesfall -> dreitägiger Mischkonsum von Spice und Clonazepam. Lean wird mit bestimmten Prestige verbunden + Konsum wird in Instagramstorys gezeigt (z.B. Storys, in denen Benzos, Promethazin und Codein gemischt werden; auch + Oxycodon), konsumiert selbst nicht mehr. Viel gefälschtes Codein im Umlauf, ist gegen die „Dämonisierung“ von Deutschrap
9.	Lukas	m	19	Bromazepam, Codein, Alprazolam, Oxycodon	Cannabis, Pilze, LSD, Amphetamine,	Deutschrap	Verschriebene Antidepressiva haben Hemmschwelle gegenüber Medikamenten sinken lassen, konsumiert meist nur in den Sommermonaten gemeinsam mit Freunden, fühlt sich verstanden von Texten aus dem Underground-Deutschrap -> spielt auch weiterhin wichtige Rolle bei Konsum unter Jugendlichen, gefälschte Tabletten definitiv im Umlauf, seien potenter in der Wirkung -> werden aber auch klar als gefälscht deklariert, große Überschneidungen zur Techno/Rave-Szene

10.	Esther	w	26	Alprazolam, Clonazepam, Tilidin, Oxycodon, Tramadol, Heroin, Etizolam, Codein, Promethazin (auch als Lean)	Speed, GBL, MDMA, Ketamin, Kokain, Cannabis	Anfangs Feiern auf Hip-Hop, später eher Techno, privat auch Trap u.a.	Drogen-Initiation v.a. in der Techno-Feierszene; Speed & GBL lange als bevorzugte Feierdrogen. Erste Erfahrungen mit Benzos und Opioiden im Lockdown, privat mit Freunden, teils zuhause, teils mit langen "Tilidin-Spaziergängen". Benzos zunächst eher als Mittel zum Zweck in Clubs o.ä.
11.	Tim	m	16	Tilidin, Kratom	Cannabis	Deutschrap	Frühzeitig mit 15 Alkohol & Cannabis mit Freunden, dazu Rap gehört, etwas später Tilidin (immer in Kombi mit Gras, oft auch mit Alkohol), irgendwann sehr regelmäßig. Interessiert an Benzos. Sedativa u.a. zur Selbstmedikation gegen Depression verwendet
12.	DS	m	17	Tilidin, Codein	Cannabis	Deutschrap	Ähnliche Konsummuster wie Tim (auch „cannabisabhängig“), allerdings seit einiger Zeit etwas abgerückt von Tilidin. Einmal Codein probiert, sonst sei es „zu teuer“
13.	Rex	m	17	Tilidin	Cannabis, Kokain, MDMA	Deutschrap	Kifft nicht ganz so regelmäßig, sieht zu, seinen Konsum insgesamt mehr unter Kontrolle zu haben. Ansonsten gleiches Muster wie oben: Tilidin mit Alkohol und/oder Cannabis mit Freunden. Ebenfalls interessiert an Benzos, will Tilidin zukünftig weglassen
14.	Bruno	m	17	Tilidin, Tramadol	Cannabis, Kokain, Speed, MDMA	Deutschrap	ähnliche Konsummuster wie seine Freunde: kifft täglich, Tilidin zu Cannabis und teilweise Alkohol. Einmal Tramadol ausprobiert. Tilidin war bei ihm zeitweise fast täglich, will reduzieren
15.	Snenz	m	17	Tilidin	Cannabis	Deutschrap	ähnliche Konsumententwicklung wie bei den obigen, aber insgesamt reflektierter und vorsichtiger, z.B. was Mischkonsum betrifft. Hatte eine Phase mit ziemlich häufigem Konsum, z.Z. aber gar kein Tilidin

^a Interviewpartner 11-15 (grau hinterlegt) sind miteinander bekannt und haben häufig gemeinsam Tilidin konsumiert

Textbox 1: Fünf Interviews einer gemeinsam konsumierenden Freundesgruppe

Über eine Beratungsstelle in einer Großstadt bot sich die Möglichkeit, einen dort bekannten opioidkonsumierenden Jugendlichen zu interviewen, der für diesen Termin in Aussicht stellte, noch mehrere Freunde für Einzelinterviews zum vereinbarten Termin mitbringen zu können. Diese Möglichkeit wurde genutzt, u.a. um Einblicke in gruppenbezogene Konsumdynamiken zu gewinnen. Im Folgenden sind Erkenntnisse zu dieser Frage wiedergegeben.

Es handelt sich um eine Gruppe männlicher Mittelschichts-Jugendlicher aus einer deutschen Großstadt, bis auf eine Ausnahme Gymnasiasten. Ursprüngliche Kontaktperson und gleichzeitig der Jüngste aus dieser Freundesgruppe (die im Übrigen fast ausnahmslos von „Kollegen“ sprachen, wenn sie Freunde bzw. Mitkonsumierende erwähnten) ist der 16-jährige Tim, der offenbar auch eine der ‚treibenden Kräfte‘ hinter dem gemeinsamen Tilidin-Konsum war. Dieser Befragte erwähnt seine seit einiger Zeit bestehenden Depressionen, die als wesentliche Motivation, diverse psychoaktive Substanzen zu konsumieren, angegeben werden. In diesem Zusammenhang formuliert er auffällig selbstbewusst seinen Willen, Drogen zu konsumieren, auch solche, die er noch nicht probiert hat wie etwa Benzodiazepine.

Alle Befragten hatten vor ihrem Tilidin-Konsum Alkohol und Cannabis, nicht selten in Kombination, konsumiert und dabei mehr oder weniger regelmäßige Konsummuster entwickelt, deren Häufigkeit sich nach Person und Zeitpunkt in der Biografie recht deutlich unterscheidet. Weitgehend übereinstimmend nennen die Befragten Deutschrapp als Inspiration für das Ausprobieren von Tilidin (u.a. den gleichnamigen Musiktitel von Capital Bra & Samra). Die Verfügbarkeit ist einerseits über Diebstähle von Familienmitgliedern einzelner Freunde, andererseits über einen ansonsten Cannabis verkaufenden Dealer gegeben. Der Tilidin-Konsum findet weit überwiegend im Rahmen von Treffen mehrerer Freunde statt, in der Regel in Form von Mischkonsum mit Alkohol und/oder Cannabis. Dabei gibt es zumeist außer Musikhören und Gesprächen keine Aktivitäten; im Zentrum steht das gemeinsame Erleben der durch den Mischkonsum teils sehr intensiven Rauschzustände.

Eine Zeitlang wurde diese Praxis offenbar von keinem der Betroffenen nennenswert hinterfragt. Mit der Zeit gab es indes mehrfach kritische Situationen, in der einzelne Mitglieder der Freundesgruppe teils schwere Überdosis-Symptome entwickelten; zudem stellte sich bei manchen eine Gewohnheit des Tilidin-Konsums ein. Zum Zeitpunkt der Interviews zeigt sich ein breites Spektrum an Bewertungen und Problematisierungen: Der o.g. Tim gibt trotz der geäußerten Motivation, seine Depressionen demnächst im Rahmen einer Therapie behandeln zu lassen, nahezu durchweg positive Bewertungen seines Substanzkonsums ab, inklusive dem Aspekt der Selbstmedikation. DS und Bruno äußern den Wunsch, den Tilidinkonsum zu reduzieren, vor allem wegen der einsetzenden Gewohnheit. Rex, der offenbar stärker durch elterliche Erziehung beeinflusst ist als seine Freunde, hat u.a. aufgrund von familiären Konflikten den Wunsch, zukünftig auf Tilidin zu verzichten. Snenz schließlich – der einzige bereits in Ausbildung befindliche Nicht-Gymnasiast – hat bereits seinen Tilidin-Konsum eingestellt und berichtet dabei über einen sukzessiven Prozess der Bewusstwerdung der Gefahren von Mischkonsum, Überdosen und Abhängigkeit.

Insgesamt zeigen diese Beobachtungen zunächst die Bedeutung des Zusammenspiels von kulturellen Vorbildern und Peer-Dynamiken für den Initialkonsum auf. Trotz der zumeist gemeinsamen Konsumpraxis sind allerdings große Unterschiede in Gebrauchsmustern, Bewertungen und Gefährdungen in der befragten Gruppe feststellbar, die offenkundig mit Unterschieden in Charakteren und familiären Einflüssen zusammenhängen. Gerade diejenigen, die keine Einflüsse von Elternhaus o.ä. erwähnten, erschienen in der Gesamtschau am ehesten als gefährdet, längerfristige Substanzprobleme zu entwickeln.

4.2.2 Ergebnisse

Im Folgenden werden die wesentlichen Resultate der qualitativen Auswertung präsentiert, sortiert nach den wichtigsten Kategorien, die sich im Zuge der Analyse ergeben haben. Dabei gehen wir entsprechend der Vorannahmen über den möglichen Einfluss von Popkultur sowie Peergroup-Einfluss zunächst auf derartige Aspekte als Hintergrund für den Konsum ein, um dann zu individuellen Motiven überzugehen, bevor der Konsum und die Substanzen selbst thematisiert werden, für die daraufhin noch Bezugsquellen, negative Erfahrungen, Genderaspekte und Informationsstand behandelt werden. Illustriert werden die Ausführungen mit Zitaten einzelner Befragter, deren individuelle Spezifika in Tabelle 24 nachgelesen werden können. Die Befragten sind jeweils mit dem Codenamen und ihrem Alter bezeichnet.

4.2.2.1 Popkulturelle Vorbilder und Images

Wie eingangs erwähnt, wurde von zumindest einer gewissen Bedeutung popkultureller Vorbilder für die Konsummotivation ausgegangen. Tatsächlich spielen solche zumindest für den Teil der Befragten eine Rolle, die ihren drogenkulturellen Hintergrund in der Deutschrapp-/Hip Hop-Szene verorten. Insbesondere besonders junge Befragte fühlen sich von ihren „Idolen“, die über den Gebrauch von Benzodiazepinen und/oder Opioiden rappen, zum Konsum verleitet bzw. geben an, dass sie aktiv durch die Musik Lust auf den Konsum bekämen:

„Es gibt einen Song, der heißt Tilidin. (I: Von Capital Bra?) Ja. Das fanden wir halt... Das, in diesem, mäßig, in diesem Film zu sein von diesem Lied da, das heißt, es gibt eine Art, mäßig, ein anderes Gefühl, weil dann fühlt man sich wie in diesem Song. Ähm, aber ich bin auf jeden Fall... Ich glaube, ich habe auf jeden Fall Tilidin daher kennengelernt. Also das hörste, hört man ja sehr oft in den Songs, und dann irgendwann fragt man sich, was das ist.“ (DS, 17 J.)

Im weiteren Verlauf berichtet dieser Befragte u.a. über seinen Eindruck, dass die Thematisierung unter Rappern den Konsum von Opioiden in gewissem Maße „normalisiert“ habe. In dieselbe Richtung argumentiert eine weibliche, ebenfalls jugendliche Befragte:

„Ich höre schon Rap, auch, wo die darüber singen. Ich finde schon... Also es macht es halt alles so ein bisschen normaler, würde ich sagen. Ja, es macht es nicht so abschreckend jetzt. Wie keine Ahnung. Wenn man an Heroin denkt und Hauptbahnhof. Das ist ja noch mal was Anderes. Ja, es ist schon ein bisschen normalisiert.“ (Lana, 17 J.)

Hier bestätigt sich also, was sich in der Tendenz auch in der Onlinebefragung (4.1.3.3) abzeichnete: Jüngere Konsumierende fühlen sich eher als ältere unmittelbar durch popkulturelle Vorbilder motiviert, bestimmte Sedativa auszuprobieren. Mehrfach wird dabei, wie bereits im obigen Zitat von „DS“, die Auffassung geäußert, dass Musik und Drogenwirkung eine Art Synthese eingehen. Dies trifft auch auf den im Folgenden Zitierten zu, der zunächst – wohl im Zusammenhang mit seinen starken anderweitigen Konsummotivationen – dem Einfluss popkultureller Vorbilder eine eher geringe Bedeutung beimisst:

„(I: Welche Rolle spielt denn so der Bezug zur Musik?) Ich würde sagen gar nicht so eine große Rolle. Aber einfach dadurch, dass man es so oft hört, will man es mindestens einmal ausprobiert haben, um zu wissen, das war auch bei mir bei Tilidin so, wenn ich mehr Tilidin genommen habe, habe ich mehr Songs über Tilidin gehört, weil ich einfach irgendwie... Man kann sich besser identifizieren mit der Musik.“ (Tim, 16 J.)

Abgesehen von den diversen genannten Beispielen, in denen insbesondere besonders bekannte Protagonisten aus dem deutschen Straßen-Rap namentlich genannt wurden (neben Capital Bra und Samra wurden u.a. Mitglieder von 187 Straßenbande erwähnt), gab es einen Interviewpartner, der nicht nur explizit auf die Bedeutung von Deutschrapp für Opioid- wie auch Benzodiazepinkonsum (auch seinen eigenen) verweist, sondern sich dabei gleichzeitig explizit vom „Mainstream“ abgrenzt. Hier handelt es sich um ein auch aus anderen jugendkulturellen Szenen bekanntes Muster, mit dem sich Personen im Sinne eines besonders profunden Verständnisses bzw. einer gewissen Avantgarde-Haltung positionieren. In diesem Fall spricht der Befragte auch Haltungen von ‚Underground‘-Rappern zu Drogenkonsum an, in Abgrenzung zu mittlerweile (zumindest offiziell) ‚geläuterten‘ bekannteren Rappern:

„Also ich finde schon, dass Deutschrapp eine große Rolle spielt. Was so Benzos und so angeht. Und das auch, das tut es schon lange und das tut es auch weiterhin. Also klar, es gibt natürlich Rapper, die haben früher, die haben so sehr viel Musik zu dem Thema gemacht. Die sind jetzt aber mittlerweile auch alle ein bisschen mehr im Mainstream angekommen und deswegen machen die das nicht mehr so zum großen Thema. Ich kann mir aber vorstellen, dass die das wahrscheinlich immer noch konsumieren, aber einfach auch ich weiß nicht, sie mittlerweile zu bekannt sind und dass sie damit keine Probleme haben wollen. Aber es gibt halt so ganz viel Underground Rap, den ich vor allem höre. Ich habe aber auch erst mit dem Konsum von so Benzos und so, so angefangen richtig, diese Art von Deutschrapp zu hören, auch den Underground-Deutschrapp. Da geht es aber nicht nur drum, dass die über Drogen rappen, sondern ich mich allgemein so sehr verstanden fühle von diesen, von diesen Künstlern, weil da geht es halt nicht nur um Benzos, sondern auch so wie sagt so Sachen wie, dass die Polizei scheiße ist und ja so Themen, die für mich eine große Rolle spielen. Und ich fühle mich sehr, sehr verstanden.“ (Lukas, 19 J.)

Generell wird mehrfach darauf verwiesen, dass unter Rappern schon seit Langem unterschiedliche Drogen glorifiziert werden, angefangen mit Cannabis. Die im Folgenden Zitierte äußert dazu eine differenzierte Meinung, die insbesondere auf den Umstand verweist, dass trotz des Status von Deutschrapp als ‚Mainstream‘ für Jugendliche nur Minderheiten junger Menschen die diversen propagierten Substanzen konsumieren:

„Also für mich war es zum Beispiel Kiffen, hat's auch auf jeden Fall cooler gemacht, wenn ich auf Lieder gehört habe, aber alles andere nicht, weil das halt schon härtere Sachen sind. (...) Ich glaube nicht, dass es einfach, nur weil ich sehe, wie die Leute aus meiner Schule, zum Beispiel, dass die da, die hören auch so Musik wie ich, aber die machen das nicht. Und ich denke nicht, dass das da einen so stark dazu verleitet, sowas“ (Lana, 17 J.)

Einige der älteren Befragten (ab etwa 24 Jahren) verneinen für sich selbst eher einen entsprechenden Einfluss, diskutieren aber umso stärker, weshalb Rap gerade auf den Konsum von Jüngeren Einfluss nehme. Auch von ihnen wird auf die generelle Thematisierung von Drogen im Hip Hop bzw. Rap verwiesen. Als entscheidender Unterschied zu „früher“ wird die Präsenz und Nutzung von Social Media genannt. Insbesondere diverse „Underground“-Rapper würden ihren Konsum und den damit verbundenen Lifestyle mit ihren Fans teilen. Eine Befragte äußert dabei die Sorge, dass vor allem jüngere Fans den Konsum unreflektiert adaptieren würden:

„Das ist auch nicht, dass das zurückgeht, sondern dass seitdem, seitdem es eben so in den, in Rap-songs, in den sozialen Medien so verharmlost wird, dass da irgendwie schon so die, ja die Angst oder so, das hat sehr stark so normalisiert für junge Leute zu sagen okay „ich bin auf ner Party und ich nehme Codein“ und macht sich gar nicht bewusst, das sind Opiate (...)“ (Anne, 25 J.)

Die Sorge der Befragten besteht in erster Linie darin, dass sich einige Konsumierende nicht darüber bewusst seien, was genau konsumiert werde. Im weiteren Verlauf des Interviews spricht sie auch die Art und Weise, wie konsumiert werde, an, insbesondere im Hinblick auf „Lean“: „Nicht nur Codeintropfen konsumieren, sondern dann Sirup mit Sprite und alles“ – in (Deutsch-)Rap-Videos wird insbesondere die in den USA etablierte unter dem Namen „Lean“ bekannte Mischung von Codein- und Promethazin-haltigem Hustensaft mit Sprite nicht selten stark ästhetisiert dargestellt; auch der in der „Originalversion“ enthaltene Hustensirup der US-Firma Wockhardt hat dabei einen Kultstatus. Auch ein anderer Befragter geht näher auf dieses spezielle Phänomen ein:

„Das Lean [ist] mit einem bestimmten Prestige verbunden. Und zum Beispiel auch, dass manche Leans, die auch teurer als andere sind. Also für die oberste Gesellschaft, die Elite der Verkäufer sind. (...) zum Beispiel habe ich gesehen, die machen mit Pillen, Promethazin und Codein auch eine Mischung. Oder mit Oxy [Oxycodon], wenn die stärker wollen.“ (Tom, 24 J.)

Hier wird also darauf verwiesen, dass das oftmals als prestigeträchtig angesehene Lean in unterschiedlichen Mischungen angeboten werden kann. Ein weiterer Befragter – der älteste in der Stichprobe – verweist, ähnlich der erwähnten Thematisierung von Lean, im Zusammenhang mit Benzodiazepinen darauf, dass eine Idealisierung seitens Rappern eine Erwartungshaltung bei potenziell Konsumierenden erzeugen kann, die seiner Ansicht nach von der Drogenwirkung kaum eingelöst werden könne:

„Da glaube ich, dass viel über die Popkultur passiert, dass die Leute halt einfach nur den Namen im Ohr haben und dann ist es ein bisschen Attitüde, was die anzieht. Die wissen vielleicht gar nicht, warum sie das konsumieren wollen. Ja, ja, anders kann ich mir das auch nicht erklären, warum das mit Xanax so durch die Decke geht und so eine große Nachfrage nach der Substanz, weil ich die so langweilig finde. Ja, ich kann mir das einfach nicht vorstellen, dass wenn man den Leuten am Papier nüchtern die Wirkeigenschaften zeigen würden, dass sie da genauso Bock drauf hätten, wenn das nicht schon so vorromantisiert wäre.“ (Fritz, 30 J.)

Außerhalb der popkulturellen Einflüsse von Deutschrap, die wie gezeigt nicht nur die überwiegend jugendlichen ausgewiesenen Fans des Musikstils betreffen, werden Benzodiazepine und Opioide häufig noch stark mit den medizinischen Wirkungen assoziiert:

„Was mich auch ganz doll stört und das höre ich auch immer noch von erwachsenen Leuten, die Ende 20 sind sind ja, das sind ja keine Drogen, das wird ja vom Arzt verschrieben‘ (...) wenn du dich mal ein bisschen damit beschäftigst, dann weißt du auch, dass das kein Arzt, der zumindest bei Verstand ist, länger als zwei Wochen verschreiben würde. Und dir das niemals jeden Tag, so jeden Tag eine kleine Tavor zum Einschlafen“ (Anna, 23 J.)

Diese Interviewpartnerin spricht hier also eine gewisse Verharmlosung von Sedativa angesichts ihrer üblicherweise medizinischen Verwendung an. Es gibt aber auch den umgekehrten Fall: Eine Befragte berichtet aus ihrem Freundeskreis über eine besondere Abneigung gegenüber bestimmten Sedativa: „wenn die dann etwas zu Benzos hören, sind sie so ‚Was, oh nein, voll die Junkie-Drogen‘“ (Anne, 25 J.). Die Verwendung in ‚harten‘ Drogenszenen steht hier also dem ansonsten oft „medizinischen“ Image von Benzodiazepinen entgegen.

Was abgesehen von den Images als „Rapper-Drogen“, unproblematische Medizin oder auch „Junkie-Drogen“ nicht im Hinblick auf Vorstellungen von Sedativa thematisiert wird, ist das Bild von Drogen für die ältere Generation, das angesichts von weitaus höheren Verschreibungszahlen unter älteren Menschen naheliegender wäre. Mehrere Befragte sprechen durchaus an, dass insbesondere Benzodiazepine in dieser Altersgruppe sehr leicht verschrieben werden:

„Die Ärzte, insbesondere zu den älteren Leuten, geben Xanax sehr, sehr, sehr leicht. Ja. Also, es ist fast, fast normal, dass zum Beispiel deine Oma ein paar liegen hat oder die Oma von deinem Freund. (Tom, 24 J.) – „...also meine Oma kriegt es verschrieben, aktuell sogar. (...) Aber meine Mutter hat gesagt, das hat meine Oma dümmer gemacht, also in ihrem Kopf“ (Rex, 17 J.)

Derartige Wahrnehmungen spielen in den Interviews aber am ehesten eine Rolle, wenn es um mögliche Quellen für Opioide oder Benzodiazepine geht (4.2.2.5). Ein etwaiges Image als „Oma-Droge“ o.ä. wird von keinem der Befragten erwähnt.

4.2.2.2 Szenen und Umfelder

Wie eingangs erwähnt und in Tabelle 24 ablesbar, lässt sich ein großer Teil der Interviewten entsprechend ihrer Vorlieben zumindest dem erweiterten Kreis der Deutschrap-/Hip Hop-Szene zuordnen. Ein weiteres jugendkulturelles Umfeld, in denen sich die qualitativ Befragten teilweise bewegen, ist die Techno-/Feier-Szene, in der vor allem ‚Partydrogen‘ wie Ecstasy/MDMA, Speed/Amphetamin, Kokain und Ketamin eine zentrale Rolle spielen. Auch wenn hier nicht von einem homogenen Umfeld auszugehen ist und es diverse Untergruppierungen und Abstufungen gibt, so ist dieser kulturellen Sphäre das Modell des durch zumeist stimulierend wirkende Drogen unterstützten nächtelangen „Feierns“ zu elektronischer Musik gemein.

In diesem Umfeld ist es seit Jahren zumindest bei einem Teil der Konsumierenden gängige Praxis, als Abschluss einer Partynacht bzw. eines Partywochenendes u.a. Benzodiazepine zu konsumieren, um schlafen zu können (siehe 4.2.2.3). Insofern hatten einige der Befragten – analog zu einem erheblichen Anteil der online Befragten (4.1.3.3) – mit dieser popkulturellen Einbindung erstmalige Kontakte zu Benzodiazepinen oder ggf. auch Opioiden, die sich angesichts ihres funktionalen Charakters gänzlich von der Idealisierung in der Rap-Szene unterscheidet. Gleichzeitig ist aber nicht (mehr) von einer strikten Trennung der beiden popkulturellen Bereiche auszugehen. So geht ein Befragter davon aus, dass es unter den besagten Szenen mittlerweile zu großen Überschneidungen komme:

„Und dann natürlich, dass irgendwie Hip Hop-Künstler mittlerweile auch Techno-Beats in ihren aktuellen Songs verwenden. Und dadurch vermischt sich halt ganz viel, auch musikalisch. Und dadurch vermischen sich auch, denke ich, die Leute untereinander.“ (Lukas, 19 J.)

Letzteres spiegelt sich in der Stichprobe ansatzweise wider, indem einige Personen enthalten sind, die je nach Gelegenheit beide Musikarten hören bzw. im Fall diverser Deutschrap-Anhängerinnen bzw. –Anhänger auch bereits ‚Partydrogen‘ in Clubs mit elektronischer Musik konsumiert haben (siehe Tabelle 24). Was die besagten Überschneidungen dieser Umfeldler betrifft, so gibt eine weitere Befragte (die sich selbst in beiden popkulturellen Bereichen bewegt) eine etwas vorsichtigere Einschätzung zum Ausdruck:

*„Ich würde sagen, an sich sind es schon zwei recht separate Geschehnisse. Also vor allem eben Techno-Veranstaltungen werden jetzt nicht so krass von irgendwie Trap- oder Rap-Hörer*innen besucht, glaube ich. Aber kann schon sein, dass dann privat die Leute halt irgendwie natürlich andere Musik hören, aber sich dann vielleicht nicht so stark damit identifizieren, so dass es dann halt einfach dann, hört man halt die Mucke, aber das hat dann keine Konsum-Auswirkung in dem Sinne (...) Also ich würde sagen, bei allen, die wirklich auch so, die halt auch selber irgendwie Rapper sind oder eben selber irgendwie in dem Bereich Musik machen, dass da sich irgendwie das Feier-Verhalten oft mehr in so einem privaten Kontext halt irgendwie ausdrückt. (...) bei den meisten... Technoszene-Leuten ist dann alles, was privat ist, ist dann halt vielleicht mal ne After-hour, nach dem Club, dass man dann irgendwie noch chillt so, aber dass mal wirklich mal so eine Homeparty irgendwie geschmissen wird so, ähm kommt irgendwie auch nicht mehr so oft vor. (...) Wenn ich feiern gehen will, gehe ich halt in den Club“ (Esther, 26 J.)*

Hier wird also ein grundsätzlich unterschiedliches Ausgeh- bzw. „Feier“-Verhalten von Rap- und Technoszene thematisiert, nach dem sich bei Rap-Fans weitaus mehr im privaten Bereich abspielt, was als zusätzlich förderlicher Faktor für den Konsum sedierender Drogen angesehen werden kann. Im Techno-Umfeld hingegen erscheint die übliche Szenerie, auf (halb) öffentlichen Partys exzessiv zu tanzen, eher mit dem Konsum der herkömmlichen ‚Partydrogen‘ kompatibel. Dennoch gilt es nochmals hervorzuheben, dass nicht von einer klaren Trennung der

popkulturellen Sphären auszugehen ist. Bei den Befragten handelt es sich um eine generell drogenaffine Stichprobe, bei der konkreter Konsum und Aktivität u.a. von der unmittelbaren Peergroup, aber auch von Gelegenheiten abhängig ist.

Offenbar noch wichtiger als popkulturelle Bezüge sind mitkonsumierende Freunde bzw. Freundinnen oder Bekannte. Generell ist es in der Wissenschaft unumstritten, dass gerade bei (Post-)Adoleszenten die Peergroup zumeist eine wichtige Rolle beim Substanzkonsum spielt (z.B. Palmentien & Harring 2010). Besonders eindrücklich wird dies durch die Berichte der fünf befreundeten Jugendlichen bestätigt, die Tilidin stets gemeinsam konsumiert haben:

„Alles war gut, alles war schön und dann habe ich es auch angefangen, teilweise öfter zu nehmen, aber auch nie alleine. Also immer, wenn ich mit Freunden unterwegs war“ (Rex, 17 J.) – „Ich habe es paarmal auch alleine gemacht, aber mit Freunden ist es einfach witziger, weil man merkt es ja auch, wenn ein anderer Kollege von dir auf dieser Wirkung ist (...) Ähm, was so halt alles witzig macht. Und wenn du halt mit Kollegen bist, dann bist du halt viel entspannter auch, weil du weißt, du bist in der Umgebung, in der du sein möchtest, wenn du auf dieser Droge bist“ (DS, 17 J.)

Auch ein weiterer Interviewpartner schildert, dass er Benzodiazepine und Opioide „fast nie alleine“ konsumiert, weshalb er seinen Konsum auch größtenteils auf die Sommermonate verlagert, wenn er sich draußen mit Freunden aufhält und „eine gute Zeit“ hat (Lukas, 19 J.). Bei den übrigen Befragten stellt sich die Einbindung in eine Peergroup indes als weniger wichtig dar. Vielmehr wird mehrfach über den Einfluss einzelner bekannter Personen berichtet, die vor allem für den Erstkonsum von großer Bedeutung waren. So berichtet eine Interviewpartnerin von einer Freundin, die sie durch Berichte ihrer eigenen Erfahrung mit Benzodiazepinen letztlich zum eigenen Konsum motivierte:

„Ja und dann hat sie das nur mal ausprobiert, aber halt nur ohne Mischkonsum und sie meinte, dass sie sich entspannt gefühlt hat und einfach pudelwohl und so alles hat dann in dem Moment gepasst“ (Lara, 16 J.)

Eine weitere Befragte (Anna, 23 J.) hat sedierende Drogen in erster Linie unter dem Einfluss ihres ehemaligen Freundes konsumiert, der in kurzer Zeit, im Zusammenhang mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen, extreme Konsummuster insbesondere mit Benzodiazepinen entwickelte („über 15 Valium am Tag“). Zeitweise trug dies auch bei ihr zu (weitaus geringerem) Konsum bei, den sie aber nach Beendigung der nach ihren eigenen Worten „toxischen Beziehung“ einstellte. Wenngleich sie weiterhin (v.a. Party-) Drogen konsumiert, distanzierte sie sich in der Folge auch von Kreisen, in denen Sedativa konsumiert werden, was darauf hindeutet, dass die Vorliebe für bestimmte Substanzen durchaus kleingruppenspezifisch sein kann, wobei an dieser Stelle offenbleiben muss, ob sich Personen in entsprechenden Umfeldern eher gegenseitig in ihren Konsumvorlieben beeinflussen oder sich einzelne Personen eher gezielt bestimmten Umfeldern zuwenden. Gruppenbezogene Vorlieben werden auch von einer weiteren Befragten thematisiert:

*„Also in meinem Umfeld, glaube ich, kommt es wirklich auf die Kreise drauf an (...) Es gibt auch einen Kreis von mir, Freundeskreis, von mir, die auf jeden Fall Kokain oder sonst für welche Up-pers nehmen würden, aber halt zum Beispiel totale Abneigung haben Benzos gegenüber. Und andere Gruppen halt gar nicht. Und andere Gruppen, die sowieso mit beidem nichts am Hut haben“
(Anne, 25 J.)*

Schließlich berichtet ein Befragter auch davon, dass bestimmte Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum eine Person auch dazu bringen können, sich von einer Gruppe abzuwenden, was in diesem Fall nicht mit einer etwaigen Abwendung vom Konsum der entsprechenden Substanzen verbunden ist. Philipp bezieht sich hier auf einen Abend, an dem er mit mehreren anderen in einer Kneipe Mischkonsum mit Alkohol und Opioiden betrieb:

*„Dann bin ich halt in meinem Zustand rausgegangen und hab mich ziemlich krass übergeben. Auch vor den ganzen Leuten und so. Und saß dann erstmal in der Ecke, komplett schielend und konnte auch nur noch verschwommen sehen und hab so geheult und abwechselnd gekotzt. Und dann ist mir aufgefallen, also auch in dem Zustand, dass so sechs-sieben-acht Freunde von mir drinnen waren, die ich auch schon länger kannte aus der Schulzeit, und eine Stunde lang niemand rausgekommen ist. Und geguckt hat, ob was ist oder so. (...) Diese Erfahrung hat ziemlich dazu beigetragen, dass ich mich langsam von den Leuten entfernt habe und dementsprechend auch ein bisschen mehr mit anderen Leuten rumgegangen habe, die mir mehr gutgetan haben“
(Philipp, 21 J.)*

4.2.2.3 Konsummotive

Was die Gründe für den Gebrauch sedierender Substanzen betrifft, so sei zunächst insbesondere für Erstkonsum bzw. Probiierphase auf Neugierde verwiesen, die auch in anderen Erhebungen zum Konsum bestimmter Drogen häufig eine wichtige Rolle spielt (etwa Werse et al. 2023). Hier handelt es sich nahezu um eine Konstante insbesondere bei jungen Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen eine gewisse Affinität zu psychoaktiven Substanzen aufweisen. Eine Befragte formuliert dies folgendermaßen:

„Wenn es etwas war, was mich interessierte, was ich noch nicht genommen habe, habe ich das auch einfach nur so konsumiert um zu wissen, wie der Rausch ist. Aber das habe ich mit vielen Drogen so am Anfang gemacht, dass ich das einfach gemacht habe, um zu wissen, wie fühlt sich der Rausch an, um auch einfach wissen, wie fühlt sich dein Körper denn so an?“ (Anna, 23 J.)

Abgesehen davon, dass man zumindest bei einem Großteil der Befragten von einer grundsätzlichen Neugierde als wichtigen Grund für die bisherigen Konsumerfahrungen ausgehen kann, formulieren mehrere besonders junge Befragte auch eine Neugierde auf Substanzen, die sie zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht probiert haben. Auf die Frage hin, weshalb sie, etwa auf Benzodiazepine, neugierig sind, konnten sie zumeist keine weiteren Angaben machen („einfach

mal fühlen so, wie es ist“; Rex, 17 J.). Diese Personen machen im Hinblick auf ihre Neugierde teilweise auch keinen Unterschied zwischen sehr unterschiedlich wirkenden Drogen, neben Sedativa z.B. Kokain oder Ecstasy.

Ebenfalls vor allem in einer frühen Konsumphase von besonderer Bedeutung ist der in 4.2.2.2 näher behandelte Peer-Einfluss, wie von mehreren Befragten angesprochen. Ein Jugendlicher aus der Gruppe der fünf befragten Freunde berichtet, wie sich der soziale Einfluss bei ihm äußerte; bei ihm fand der Konsum von Tilidin stets innerhalb der konsumierenden Gruppe statt:

„Das war auch eher so, ich würde es Richtung Gruppenzwang nennen, weil die Kollegen nehmen das alle und ich wollte dann nicht so sagen nee, und alle sind dann in ihrem Trip und ich bin halt nicht da und stehe daneben und denk mir so, was soll das jetzt. Aber dann, wo ich die auch genommen habe, da habe ich immer gemerkt, es waren so entspannte Abende, hab über Themen geredet, über die man eigentlich nie redet, nüchtern oder auch alkoholisiert nicht, aber so, wo man über Gott und die Welt nachdenkt und Gesprächsthemen raushört, die man eigentlich nie hört von anderen Leuten. Und das fand ich auch teilweise etwas Besonderes von meinen Freunden über solche Themen reden zu können. Und weil ich das davor nicht kannte, weil man davor nie über so was geredet hat.“ (Snenz, 17 J.)

Hier verbindet sich der Peer-Einfluss also mit der wahrgenommenen Wirkung, indem der Betreffende seine Wahrnehmung zum Ausdruck bringt, dass bestimmte Arten von Gesprächen nur in der speziellen Stimmung nach dem Opioidkonsum stattfinden. Eine andere Interviewpartnerin schildert, wie Konsumgewohnheiten – hier zunächst bezogen auf Cannabis – und Gruppenzugehörigkeit ineinandergreifen und in derselben Gruppe auch Erfahrungen mit anderen Substanzen gemacht werden:

„Also ich hab halt jeden Tag gekiffed (...) Ich war halt auch mit vielen Leuten so befreundet oder in Kontakt, die so damit auf jeden Fall auch in Kontakt waren. Und irgendwie wurde mir gesagt, dass es halt angenehm ist, wenn man kiffed und dann Tilidin nimmt.“ (Lana, 17 J.)

Zudem sei an dieser Stelle nochmals erwähnt, dass, wie bereits dargelegt, der Einfluss durch popkulturelle Vorbilder bei einem signifikanten Teil der Interviewten eine Rolle spielt, insbesondere dergestalt, dass Thematisierungen durch Rapper o.ä. Neugierde auf bestimmte Substanzen wecken (siehe 4.2.2.1). Auch hier ist auffällig, dass ein solcher Kontext vor allem bei den jugendlichen Befragten bzw. für frühe Phasen des Konsums relevant ist.

Ein eigentlich offensichtlicher Grund für den Substanzkonsum ist das Genießen der Wirkungen, oft im Kontext mit der Gemeinschaft gut bekannter Personen und/oder im Zusammenhang mit Musik oder anderen Settingfaktoren. Im folgenden Abschnitt wird näher auf die Wirkungswahrnehmung eingegangen.

Insgesamt sechs Befragte berichten über einen funktionalen Konsum, um nach einem langen (Techno-)Feierwochenende nach hohem Konsum von aufputschenden Substanzen wieder von diesen Drogen „runterzukommen“ und schlafen zu können.

„Ich habe sehr viel mit Leuten zu tun bzw. zu tun gehabt, die viel feiern gehen und so, und Benzos waren ein sehr wichtiger Aspekt beim Schlafen gehen. Ich habe sehr viele Menschen kennengelernt, die die Wirkung null interessiert und nie diese Angstgelöstheit gebraucht haben oder das aus Trend gemacht haben oder wie bei Alkohol dieses Scheißegal-Gefühl wollten, sondern weil die sehr viel Amphetamin oder Meth oder Kokain konsumiert haben und auch eine Arbeit hatten, die die täglich gemacht haben und nur so strukturiert bekommen haben und sonst durchgemacht hätten. Das ist auf jeden Fall ein wichtiger Aspekt. Also wo viel Konsum auch stattfindet“ (Philipp, 21 J.)

Während Philipp nur in der dritten Person von einer solchen Art von Konsum redet, geben diverse andere an, dass sie zumindest zeitweise Benzodiazepine selbst quasi nur in einem derartigen Modus genommen haben. Dabei wird mehrfach darauf verwiesen, dass ein etwaiges Genießen der Wirkungen keine Rolle spielt, sondern die Stoffe dafür genutzt werden, um sich mittels Ermöglichung von Schlaf wieder fit für Arbeit, Schule o.ä. zu machen. Eine Interviewpartnerin verweist dabei auch auf die Funktion als „Notfallmedikament“, wenn man sich vom Rausch anderer Substanzen überfordert fühlt:

„Mittel zum Zweck, falls ich mal irgendwie nicht klarkomme oder irgendwas halt mega unangenehm ist. So, und dann hat man halt immer so einen Notfall-Xan dabeigehabt.“ (Esther, 26 J.)

Während es sich bereits hier um einen funktionalen Substanzkonsum handelt, verweisen diverse weitere Befragte auf eine andere Art solcher Konsummotive: Sie möchten sich mit dem Konsum von negativen Gefühlen wie beispielweise infolge von Stress auf der Arbeit ablenken. Das betrifft teilweise auch jugendliche Befragte, die sedierende Drogen ansonsten überwiegend gemeinsam mit anderen konsumieren:

„Einfach um runterzukommen, wenn ich mal absolut abschalten will, weil, wenn du halt nur einen Joint rauchst, das ist halt schon eine sehr entspannende Wirkung, aber wenn du das mit Tildin machst, ist es halt ne ganz andere Welt. Und äh, um auf dieses Level zu kommen manchmal, wenn ich dieses Gefühl jetzt, boah, jetzt, das wäre richtig entspannt (...) manchmal in Stresssituationen oder einfach in einer Situation, in der du einfach nicht sein willst, oder die langweilig ist. Dann denkst du dir schon, ja, jetzt das wäre, dieses Gefühl wäre schon sehr, sehr krass... sinnvoll.“ (DS, 17 J.)

Mehrfach wird dabei auf krisenhafte Situationen, etwa Todesfälle in der Familie, Trennungen oder Arbeitsplatzverlust verwiesen, wo Sedativa ebenfalls als eine Art Notfallmedikament konsumiert werden, um vom seelischen Stress abzulenken. Vor allem bei Benzodiazepinen gibt es aber auch das Muster, dass diese genommen werden, um auch in Freizeitsituationen „lockerer“ zu werden. Die angstlösende Wirkung wird hier genutzt, um besser in Gesellschaft zurechtzukommen. Zwei Befragte verweisen dabei auf eine ähnlich enthemmende Wirkung, wie andere sie bei Alkohol verspüren. Dabei gibt es Abstufungen von einer leichten sozialen Enthemmung bis hin zur manifesten Bekämpfung von Angstzuständen in Umfeldern mit vielen Menschen. Hier zeigt

sich ein fließender Übergang zu einem weiteren Konsummotiv, dem der Selbstmedikation. Mehrere Befragte geben Phasen und Zustände von sozialer Unsicherheit oder depressiven Verstimmungen an, teils im Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation, in denen verstärkt Benzodiazepine oder Opioide konsumiert werden. In Extremform berichtet das die im vorherigen Abschnitt zitierte Anna für ihren Exfreund, der seine diversen schweren psychischen Erkrankungen mit großen Mengen an Sedativa (erfolglos) zu bekämpfen suchte. Aber auch unter den Befragten selbst gibt es zwei, die offen darüber reden, dass sie aktiv Selbstmedikation betreiben; darunter einer der beiden jüngsten Teilnehmenden:

„Jetzt gerade... ist eigentlich der Zustand, dass ich so zwei, dreimal die Woche eine nehme, wenn ich von dem vielleicht mehrere auch mal bekomme, dann nehme ich die auch alleine oder während der Schule, einfach weil es so eine entspannende Wirkung auf mich hat. Und so ne... Es fühlt sich bei mir auf Tilidin einfach an, als wären meine Depressionen weg. Und ich glaube, das ist einer der Hauptgründe. Also bei Gras so in nem leichten, in ner leichten Stärke würde ich auch sagen, aber bei Tilidin einfach so, als wär es komplett weg. Und das hat mich natürlich sehr angefixt. Und deswegen bin ich jetzt gerade dabei, dass ich auch schon, wenn ich es mal zwei Tage nicht genommen habe, also... Ich habe ein sehr, sehr, sehr starkes Verlangen. Und kann fast nur noch daran denken.“ (Tim, 16 J.)

Wie in Textbox 1 geschildert, stand dieser Interviewpartner zum Zeitpunkt des Gesprächs kurz davor, eine Therapie zu beginnen, bringt aber gleichzeitig eine positive, wenngleich auch (im Hinblick auf Craving) ambivalente Haltung gegenüber Opioiden als Selbsttherapie zum Ausdruck. Bei einem weiteren Befragten sind es Angststörungen, die er als hauptsächliche Motivation für den Benzodiazepin-Konsum angibt:

„Vor allem Alprazolam. Aber das war eben sehr angstlösend und da war mir dann auch bewusst, dass ich unter sozialen Ängsten leide. Und da hab ich dann auch viel bewusster gemerkt, wie so gewisse Sorgen, Gedanken und Ängste dadurch verschwinden. (Felix, 25 J.)

Da diese Art von Selbsttherapie aber des Öfteren aus dem Ruder gelaufen ist, insbesondere was Nebenwirkungen betrifft, distanziert sich Felix mittlerweile von dieser Art von Konsummotivation. Festzuhalten gilt in jedem Fall, dass es im Hinblick auf enthemmende, euphorisierende und angstlösende Wirkungen ein Kontinuum gibt, das vom reinen Genießen der Wirkung bis hin zur Behandlung konkreter Störungsbilder gibt; mehrheitlich sind die geschilderten Motive irgendwo zwischen diesen Polen anzusiedeln.

4.2.2.4 Substanzen und Wirkungen

Wie schon an der Verteilung der Konsumerfahrungen in Tabelle 1 abzulesen, ist die am häufigsten genutzte sedierende Substanz in der Stichprobe Tilidin. Dies spiegelt sich auch in den Interviewaussagen wider: Tilidin wird mit Abstand am häufigsten von allen Stoffen thematisiert; etwa dreimal so oft wie die beiden quantitativ dahinter rangierenden Stoffe Codein und Alprazolam.

Einschränkend ist dabei anzumerken, dass die befragte Freundesgruppe (Textbox 1), in der Tilidin die nahezu ausschließlich konsumierte sedierende Droge ist, maßgeblich zu diesen häufigen Nennungen beigetragen hat. Aber auch fast alle anderen Interviewten außer zweien haben Konsumerfahrungen mit dem Opioid. Ein Befragter gibt seine Auffassung dazu wider, weshalb Tilidin aus seiner Sicht besonders stark verbreitet ist:

„Tilidin ist, wie man weiß einer der zentralsten Sachen, wenn es um die Jugend geht und jetzt in der Generation. Ich würde auch behaupten, was am verfügbarsten ist, was man immer mitbekommt. Ich hab mit sehr vielen Leuten rumgegangen - pseudofreundschaftlich – die auch Drogen verkauft haben. Es war immer am billigsten und am verfügbarsten und vor allem gab es immer am meisten Ärzte, die Rezepte verschrieben haben“ (Philipp, 21 J.)

Unter den Opioiden ist Codein (inklusive Lean) die am zweithäufigsten genannte Substanz. Dabei wird überwiegend davon berichtet, dass die Substanz in Form von Tropfen oder Sirup konsumiert wurde, teilweise wurde auch eine Mischung daraus hergestellt, die dem aus den USA bekannten „Original Lean“ ähnelt, etwa mit Sprite. Lediglich eine Befragte gibt an, die originale Mischung probiert zu haben, wobei ihre Bewertung der Effekte aber negativ ausfällt:

„Dann hatte das auch mal ein Freund als Lean halt gekauft, also wo es dann schon mit Promethazin gemischt ist. Also Promethazin empfinde ich als viel zu stark, so dass ich finde, also davon schläft man einfach einen Stein und bringt mir zum Beispiel gar nichts“ (Esther, 26 J.)

Andere Opioide werden nur von Einzelnen oder einigen wenigen Befragten genannt. So erwähnen fünf Befragte Oxycodon, allerdings überwiegend unter dem Zusatz, dass die Wirkung als zu stark empfunden wird bzw. dass man sich daher darum bemühen musste, die Tabletten in kleine Teile aufzuteilen. Ebenfalls fünf Befragte haben Tramadol ausprobiert, was zumeist als eher schwach wahrgenommen wurde, in einem Fall auch mit „stimulanten Effekten“. Drei Personen haben auch Heroin probiert, wobei es in allen Fällen bei einmaligem oder seltenem Gebrauch blieb. Daneben gibt es Einzelnennungen von Fentanyl, Morphinum und Hydromorphon. Drei Befragte nutzen Kratom als Substitut für Opioide; einer von diesen berichtet, dass er damit eine gute und milde Form der (Selbst-)Medikation gegen Ängste und andere psychische Störungsbilder gefunden habe.

Unter den Benzodiazepinen ist Alprazolam die deutlich meistgenannte Substanz. Das hängt vermutlich u.a. mit dem gewissen ‚Kultstatus‘ zusammen, den die Substanz durch die Thematisierung in der Popkultur innehat. Dabei wird etwas häufiger von „Alprazolam“ bzw. „Alpra“⁸ geredet als von „Xanax“ bzw. „Xan“, aber auch der Markenname aus den USA ist in gewissem Maße verbreitet. Ein Befragter geht in diesem Zusammenhang auf ‚unwissende‘ Konsumierende ein, welche den Stoff aus popkulturellen Vorbildern kennen:

⁸ In Deutschland ist die Substanz entweder unter dem Markennamen Tafil® oder unter der Substanzbezeichnung als Generikum erhältlich, aber nicht unter dem Markennamen „Xanax“.

„Mir ist aufgefallen, dass Leute oft nach einem bestimmten Präparat suchen, wenn die sag ich mal Downer haben wollen oder Benzos. Dann wollen die zum Beispiel genau Xanax haben, auch wenn man denen Alprazolam zu einem viel besseren Preis anbietet. Das kapieren die gar nicht, dass das derselbe Stoff ist. Nach der Brand sind die auf der Suche“ (Fritz, 30 J.)

Was die Nennungen einzelner Benzodiazepine betrifft, folgt bereits mit gewissem Abstand Diazepam, das von vier Befragten konsumiert wurde; größtenteils beschränkt sich der Benzodiazepin-Konsum in der Stichprobe auf diese beiden Präparate. Darüber hinaus gibt es Einzelnennungen von Rohypnol® (Flunitrazepam), Bromazepam, Rivotril® (Clonazepam), Tavor® (Lorazepam) und Etizolam.

Im Hinblick auf die Wirkung des häufigsten konsumierten Opioids Tilidin (zuweilen in Rapperkreisen auch „Darby“ genannt) gehen die Wahrnehmungen auseinander. Bereits in den vorigen Abschnitten wurde darauf verwiesen, dass ein häufiger Modus der gemeinsame Konsum mit Freundinnen bzw. Freunden in privatem Umfeld („Chillen“) ist, bei dem die Kombination aus entspannender und euphorisierender, teils auch enthemmender Wirkung mit dem sozialen Aspekt positiv wahrgenommen wird. Die wahrgenommene Wirkung selbst beschreibt ein Interviewpartner wie folgt:

*„Es war ähnlich wie so ein leichter Cannabisrausch das erste Mal und der hat mir direkt erzählt, da kommt so ein Juck-Gefühl und so was und hat mir ein bisschen was über die Wirkung erzählt, der Typ, der mir das gegeben hat, und ich habe tatsächlich nicht viel davon gespürt, aber es hat auf jeden Fall einen sehr angenehmen Effekt auf mich gehabt, einen sehr beruhigenden Effekt (...) Das hat mir einfach gefallen. Ist auch so eine Euphorie dabei gewesen, direkt beim ersten Mal.“
(Tim, 16 J.)*

Zumeist gehen die Befragten auf derartige beruhigende Effekte der Substanz ein, welche z.B. gut in ein entspanntes Zusammensein mit anderen passen würden. Erwähnt werden aber auch die schmerzstillenden und in gewissem Maße enthemmenden Effekte; zwei Personen sprechen auch die Gerüchte an, nach denen sich manche Menschen mittels Tilidin auf Schlägereien o.ä. vorbereiten. Eine andere Interviewpartnerin berichtet auch über Aktivitäten nach Tilidin-Konsum, die nicht dem oft genannten Muster gemeinsamen „Chillens“ entsprechen:

„...dass wir dann regelmäßig auch... Also als man dann auch wieder rausgehen durfte, halt irgendwie auch zu so Tilidin-Spaziergängen gegangen sind (...) Es ist irgendwie gar nicht so was, was dich irgendwie so in die Couch drückt oder dass man nur chillen will, sondern, also ich finde, es gibt ja auch irgendwie noch so, so einen Antrieb, so dass man eigentlich Bock hat, was zu machen, weiß nicht, ein bisschen draußen durch die Stadt zu steppen, so und irgendwie, weiß nicht, wir sind da teilweise 25 Kilometer einfach nur gelaufen (lachen) und einfach weil's Spaß gemacht hat. Und weil dir ist ja auch warm irgendwie und weiß ich nicht so, du bist halt irgendwie einfach mit einem Kumpel unterwegs und es braucht gar nicht viel, so dass du halt irgendwie Spaß hast“ (Esther, 26 J.)

Als weiteres Beispiel für eine wahrgenommene Wirkung von Tilidin gibt ein Befragter „luzide Träume“ an:

„Ich war am Schlafen, aber hab mich wie wach gefühlt, also, dass ich noch aktiv bin und dass ich noch total Herr meiner Sinne bin, also, dass ich eigentlich weiß, was ich mache, obwohl ich im Bett lag. Das war ziemlich geil, kann man sagen. Also für mich da in dem Moment“ (Rex, 17 J.)

Ähnliche Erfahrungen zwischen Sedierung und Aktivität werden für die Wirkung anderer Opioide berichtet. Auch bei den Benzodiazepinen gibt es unterschiedliche Bewertungen der wahrgenommenen Wirkungen. Mehrfach wird über ein in gewissem Maße auch euphorisierendes Gefühl allgemeiner Zufriedenheit berichtet, „einfach pudelwohl, alles hat in dem Moment gepasst“ (Lara, 16 J.). Nicht wenige andere Befragte verneinen aber eine Rauschwirkung im engeren Sinne. So berichtet Fritz, der an einer früheren Stelle des Interviews auf die seiner Meinung nach große Bedeutung der Popularisierung von „Xanax“ in der Popkultur, auch was die Wirkungserwartung betrifft, verweist:

„Und ja, ich sehe es heute auch noch so, dass die sehr wenig Rauschpotenzial haben, bei mir vor allem. Und ich glaube, die meisten Leute, die dem noch etwas abgewinnen können, da geht es auch irgendwie um irgendwie Angststörungen oder irgendein Defizit, wodurch es das Ganze dann interessant macht und ich hab einfach so ein Defizit nicht“ (Fritz, 30 J.)

Bei Benzodiazepinen gehen die Bewertungen der Wirkung mithin noch stärker auseinander als bei Opioiden; wie bei den Konsummotiven deutet aber vieles darauf hin, dass diese Substanzen nicht selten in funktionaler Absicht genommen werden, wobei die Grenze zwischen ‚freizeitmäßiger‘ Entspannung und Abstand vom Alltag bis hin zur Selbstmedikation, etwa gegen Angststörungen oder Schlafprobleme, fließend sind.

4.2.2.5 Beschaffungsquellen und Verfügbarkeit

Die Wege, über die Sedativa besorgt werden, können sehr unterschiedlich aussehen. Relativ häufig ist dabei der Modus, sich die Substanzen über zumeist ältere Verwandte wie Eltern oder Großeltern zu beschaffen; diese werden dann häufig noch unter Freunden weiter verteilt. Dabei ist teilweise nicht klar, ob dies zuweilen auch mit dem Einverständnis der betreffenden Personen betrifft, zumeist ist aber die Rede davon, dass die Medikamente gestohlen werden. Dies war z.B. in der Gruppe der befragten Freunde die wichtigste Quelle für Tilidin:

„Dann kam ein neuer Freund sozusagen in die Freundesgruppe von uns rein und dessen Vater bekommt Tilidin verschrieben, sehr viel auch und auch 200 Milligramm, also die stärksten Tabletten, und der hat uns dann ab und zu welche gegeben kostenlos oder gegen einen kleinen Geldbetrag einfach (...) manchmal hatte der Vater dann nichts mehr da oder so, da muss man halt immer schauen, wie viel da ist und wie viel er uns gibt einfach. (...) (I: Also dieser Vater hat das verschrieben bekommen und äh, sein Sohn ihm das quasi...) Geklaut. (I: Geklaut, und das hat den Vater

jetzt auch nicht groß gestört?) Er hat das nicht gemerkt. (I: Okay) Gut, seine Eltern haben es irgendwann gemerkt und haben dann auch das Tilidin versteckt. Er hat es trotzdem sich rausgenommen, das Versteck gefunden und einfach weiter gemacht sozusagen. Aber ja, er beklaut ihn immer noch“ (Tim, 16 J.)

Auch mehrere andere Befragte berichten über ältere Verwandte als Quellen, etwa „dann hab‘ ich das gefunden, im Medizinschrank von meiner Mutter“ (Anna, 23 J.). Eine solche Beschaffungsquelle scheint dabei für Benzodiazepine noch etwas verbreiteter zu sein als für Opioide, wie diverse Interviewpartner schildern; siehe etwa das „Oma“-Zitat von Tom in 4.2.2.1 sowie folgende Aussage:

„Und es kommt schon auch immer wieder vor, dass so Freunde bei Großeltern Medikamente klauen. So, dann kommt einer auf die Idee. Gucken mal bei meiner Oma im Bad im Schränkchen und oft wird dann auch etwas gefunden“ (Lukas, 19 J.)

Der bereits zuvor erwähnte Exfreund der Befragten Anna hatte Kontakte zu älteren Menschen offenbar gezielt gesucht und dies nicht nur für eigenen Konsum, sondern auch zwecks Weiterverkauf genutzt.

„...Kontakte mit 60-jährigen alten Frauen, die hießen dann in seinem Handy ‚Oxy Regina‘ und das war dann eine russische alte Omi, die seit 30 Jahren schwere Rückenprobleme hat und sich neben ihrer kleinen Rente irgendwie was dazu verdient. Das war dann irgendwie, für eine Dia hat er halt 60 Cent und dann irgendwie für eine Oxy [Oxycodon] ‚nen Zehner, und die kannst du ja nochmal achteln wegen der Potenz und für dementsprechend das Fünffache, Zehnfache weiterverkaufen. Oder der hat dann halt so ein Valium für einen Fünfer weiterverkauft und für 60 Cent eingekauft“ (Anna, 23 J.)

Unklar ist dabei, ob es sich bei diesem Distributionsmodus um einen Einzelfall handelt – es ist aber vorstellbar, dass auch andere, die mit Benzodiazepinen oder Opoiden handeln, dafür ältere Menschen ansprechen.

Wie den obigen Ausführungen zu entnehmen, werden die über ältere Verwandte beschafften Substanzen häufig im Freundeskreis weitergegeben, teils unentgeltlich, teils auch gegen zumeist geringe Geldbeträge. Auch sonst werden Freunde bzw. Freundinnen und Bekannte oft als Versorgungsquelle genannt, wobei den Befragten oft nicht klar ist, woher diese Personen die Substanzen beschafft haben. Symptomatisch hierfür ist die Aussage einer Jugendlichen: „Das weiß ich nicht und interessiert mich ehrlich gesagt auch nicht“ (Lara, 16 J.).

Ähnliches ist bei der dritten relativ häufig verwendeten Quelle zu beobachten, der Beschaffung über Dealer, die ansonsten auch andere Substanzen, z.B. Cannabis, verkaufen. Zumeist bezieht man sich hier auf Privatdealer, also Personen, die in der eigenen Wohnung verkaufen. Mehrfach wird davon berichtet, dass diese ggf. erst auf Nachfrage sozusagen ihr Sortiment erweitern und dann auch bemerkenswert schnell Opioide oder Benzodiazepine beschaffen können.

„Was natürlich oft sehr ausschlaggebend ist bei Dealern generell, ist die Verfügbarkeit und das Angebot, was doch relativ groß ist. Dass die Palette auch größer ist als das, was man anfänglich sucht. Und mir wurde nichts angedreht per se, also das ist mir noch nie passiert. Ich habe dann eigenständig nachgefragt, weil ich natürlich informiert darüber und Interesse hatte in meiner, ich sage mal ‚Suchtphase‘“ (Philipp, 21 J.)

Mehrere Befragte nennen auch das Darknet oder Social Media als mögliche Quellen für Sedativa. Allerdings wird bis auf zwei Ausnahmen nur über andere berichtet, die derartige Quellen genutzt haben, was angeblich „mega einfach“ sei, insbesondere über einschlägige Telegram-Gruppen in Großstädten. Die zwei Personen, die tatsächlich Onlinequellen genutzt haben, sind Anne (25 J.), die sich einmal Benzodiazepine über einen ihr bereits bekannten Dealer beschafft hatte, der „in seinen Instagramstories damit geworben hatte“, dass er nun auch diese Stoffe im Angebot habe. Ein weiterer Interviewter (Felix, 25 J.) hatte sich einmalig über einen Online-Shop ein zu diesem Zeitpunkt noch legales „Research Chemical“-Benzodiazepin besorgt, mit dem er aber eher negative Konsumerfahrungen machte.

Eine weitere mögliche Beschaffungsquelle sind gefälschte Rezepte. Dabei kann kein Interviewpartner über eigene Erfahrungen mit der Einlösung komplett gefälschter Rezepte berichten, aber mehrfach werden Bekannte angesprochen, bei denen dieser Weg aber öfters auch nicht funktionierte, da in den Apotheken Verdacht geschöpft wurde. Ein Interviewter berichtet von einem Geschäftsmodell mit gefälschten Rezepten:

„Tatsächlich wurde mir vor kurzem von einer Bekannten angeboten. Die hat gefälschte Rezepte. Und da hat man, da zahlt man 60 € für ein Rezept. Und dann kann man da quasi, damit kann man sich aufschreiben, egal was man will und wie viel man will. Und das wurde mir auch schon öfters angeboten. Aber das habe ich noch nie gemacht. Also ich weiß nicht, wie gut das dann auch wirklich klappt, aber ich denke schon, dass es klappt, weil es immer wieder angeboten wird. (Lukas, 19 J.)

Während in diesem Fall unklar ist, woher genau der Rezeptvordruck kam, berichtet Esther über die Abzweigung von Blanko-Rezepten aus Arztpraxen:

„Wenn, dann haben wir das immer über ein Rezept bekommen. Also dann halt mit Freunden uns halt ein Rezept besorgt, war auch ein richtiges Rezept. Also, ja. Ich glaube, sie hat irgendwie einfach... eins, also sie hat mehrere aus einer Praxis bekommen mit dem Stempel drauf und da konnte man dann quasi draufdrucken, was man halt will. Da gibt's so kleine Drucker extra dafür. Ähm. Und dann konnte man da halt irgendwie einfach draufschreiben, was man möchte so. Und auch nie unter unserem Namen, sondern unter irgendeinem Namen. Und dann geht man halt zur Apotheke und holt sich das. (Esther, 26 J.)

In diesem Fall ging es um Codein. Möglicherweise wird, da es sich um ein eher schwach wirksames Opioid handelt, hier seitens der Apotheken weniger sorgfältig auf die ausgestellten Rezepte

geachtet – wobei die Regelungen für Tilidin ähnlich sind (BtmG, Anlage III) und Benzodiazepine überwiegend keinen betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften unterworfen sind.

Vereinzelt werden auch eigene medizinische Verschreibungen der Substanzen erwähnt, bis auf eine Ausnahme bezogen auf bekannte Personen, welche die Stoffe dann weiterverteilen. Zwei Befragte erwähnen dabei Ärzte bzw. Ärztinnen mit besonders laxer Verschreibungspraxis; vermutet wurde hier, dass sich mancher Arzt damit einen Nebenverdienst erwirtschaftet. Zwei weitere Befragte berichten, sich Benzodiazepine auf der ‚offenen Drogenszene‘ und dort konkret unter den Substituierten zu besorgen; neben Diazepam und Alprazolam vor allem das dort besonders verbreitete Clonazepam (Rivotril®). Einer dieser beiden hatte sich gezielt dorthin gewendet, weil ihm seine Konsumgewohnheit in seinem eigenen, eher sozial unauffälligen Umfeld peinlich wurde:

„Das war zu sehr mit Scham behaftet. Und im Nachhinein denke ich auch, war das auch sonst nicht mehr angenehm, wenn jemand, der so scheinbar so mitten im Leben steht, sich so von Sinnen schießt. Dann hole ich mir das lieber von Leuten, denen es schlechter geht und man fühlt sich dabei noch besser, als das bei jemandem zu holen, der das schon jahrelang im Schrank stehen hat. Und es ist eben extrem günstig. Wenn man mal Kontakte zur Szene hat, kommt einem das extrem günstig vor“ (Felix, 25 J.)

Der Befragte nutzte hier sozusagen das ‚soziale Gefälle‘ zu den Szeneangehörigen in gewissem Maße zur Rechtfertigung vor sich selbst. Bemerkenswert ist an diesem Zitat auch die Einschätzung, dass die Preise innerhalb der Szene besonders niedrig seien. Vermutlich zeigen sich hier Effekte von über lange Zeit eingeschliffenen Routinen bei der illegalen Beschaffung von psychoaktiven Medikamenten – insgesamt sind Benzodiazepine innerhalb entsprechender Szenen relativ leicht erhältlich (vgl. Werse & Kamphausen 2023).

Demgegenüber stufen einige Befragte die Verfügbarkeit von Benzodiazepinen als eher schwierig ein. Die Verfügbarkeit steigt aber offenbar mit der Größe der Stadt; in Großstädten seien Substanzen wie Alprazolam eher leicht verfügbar, was möglicherweise wiederum mit der Präsenz ‚offener Szenen‘ zu tun haben könnte. Unter den Opioiden ist Tilidin offenbar die Substanz mit der leichtesten Verfügbarkeit:

„Ich würde behaupten, was am verfügbarsten ist, was man immer bekommt. Ich habe mit sehr vielen Leuten rumgehangen – pseudofreundschaftlich – die auch Drogen verkauft haben. Es war immer am billigsten und am verfügbarsten und vor allem gab es immer Ärzte, die Rezepte geschrieben haben.“ (Philipp, 21 J.)

Dass Tilidin das deutlich am häufigsten verschriebene Opioid in Deutschland ist, wird von einer Studie aus dem Vorjahr bestätigt (Glaeske 2022). Wenn Tilidin von Dealern verkauft wird, sind die Preise dennoch beachtlich: die Befragten geben zwischen 5 € pro Tablette bei Abnahme mehrerer Tabletten bis zu 15 € für eine einzelne Tablette an. Wie am obigen Zitat von Anna erkennbar, wird das wesentlich stärkere Oxycodon zu deutlich höheren Preisen gehandelt, zumal hier

eine einzelne Tablette für bis zu zehn Einzeldosen verwendet werden kann. Für Codein wird mehrfach erwähnt, dass die Substanz teilweise sehr teuer gehandelt wird, insbesondere wenn es sich um Importe des originalen für Lean verwendeten US-Hustensirup (mit Promethazin) handelt. Deshalb beschränken sich Konsumerfahrungen mit diesem Opioid oftmals auf Gelegenheiten, in denen Verschreibungen bekannter Personen die Quelle sind.

4.2.2.6 Konsummuster

Was den generellen Erstkonsum von psychoaktiven Substanzen angeht, so zeigen sich in der Stichprobe ähnliche Muster wie man sie von anderen Erhebungen zum Thema kennt (etwa Kemmesies 2004): zumeist wurde zuerst Alkohol und/oder Tabak ausprobiert, dann Cannabis und in der Folge eine oder mehrere weitere Substanzen. In den meisten Fällen ging dabei der Gebrauch von ‚Partydrogen‘ wie etwa MDMA oder Amphetamin dem Gebrauch von Sedativa voraus. Es gibt aber auch Ausnahmen wie etwa bei den meisten aus der fünfköpfigen Freundesgruppe, in der vor allem Tilidin konsumiert wird.

Auch die Erstkonsumsituation von Sedativa folgt zumeist gängigen Mustern, die von anderen Drogen bekannt sind, indem etwa ein Freund die Droge erstmals besorgt und diese bei einer Zusammenkunft oft spontan erstmals gemeinsam probiert wird. Dabei wird die Wirkung je nach Set und Setting unterschiedlich wahrgenommen; so berichtet Philipp (21 J.) nach seinem ersten Codein-Konsum von einem „sehr schönen und geborgenen Abend (...) was viele beschreiben: dieses besonders Sorgenfreie; die Wärme. Also so, wie man es sich vorstellt“. Demgegenüber empfand Anna (23 J.), die Opiode, in diesem Fall Tilidin, erstmals „total unreflektiert auf einem Festival“ konsumierte, die Wirkung als „mega scheiße. Mir hat alles gejuckt und ich habe das gar nicht geschnallt, diesen Rausch dazu.“

Beim Erstkonsum von Benzodiazepinen gibt es eine ähnliche Spanne von Situationen und Wahrnehmungen; so berichtet z.B. Lara (16 J.), die einzige Befragte mit bislang nur einmaliger Sedativa-Erfahrung, davon, dass sie gemeinsam mit ihrer Freundin, welche das Medikament von ihrer Mutter besorgt hatte, den „geilsten Tag meines Lebens“ hatte und sie die Wirkung sehr genossen hätten. Sie wie auch diverse andere Befragte berichten aber auch von Amnesie gleich beim allerersten Benzodiazepinkonsum – mehrere Stunden, an die sie sich nicht erinnern kann. Drastischer fiel die Erstkonsumsituation bei Philipp (21 J.) aus, der ebenfalls im jugendlichen Alter einen Blister (10 Tabletten) Diazepam erwarb, eine davon konsumierte und sich später an eine deutlich längere Zeit nicht erinnern konnte – u.a. hatte er in dieser Zeit offenbar alle Tabletten geschluckt.

Generell zeigt sich unter den 15 Befragten eine breite Spanne an Konsumerfahrungen von nur einzelnen Experimenten mit illegalen Drogen außer Cannabis sowie psychoaktiven Medikamenten bis hin zu großen Spektren an probierten Substanzen oder auch zeitweise intensivem Sedativakonsum inklusive Entzugssymptomen (siehe Tabelle 24). Da die Konsummuster nicht nur heterogen, sondern auch im Zeitverlauf unterschiedlich ausfielen, seien im Folgenden nur einige

Schlaglichter auf individuelle Fälle präsentiert. Ein Mitglied der fünfköpfigen Freundesgruppe berichtet – mittlerweile mit Distanz, da er bereits mehrere Monate zuvor nicht konsumiert hatte – von einer raschen Steigerung des Konsums im jugendlichen Alter:

„Da kam einer dazu und meinte, ey, ich habe das dabei, und da waren wir auch dabei, so war das. Und dann waren wir da auch dabei und das ging dann ganz schnell in die Abhängigkeit, will ich sogar sagen, da war dann echt jedes Wochenende, wo bleibt die Tilidin... Jetzt kommt, Jungs, wird ein entspannter Abend... Und es wurde dann auch unter der Woche. Also, angefangen hat es mit Wochenenden, der Konsum. Aber das wurde dann auch ganz schnell an einem Mittwochabend, da war die Arbeit mal stressig, da nimmt man dann ne Tilidin, und das hat sich dann immer so gesteigert“ (Snenz, 17 J.)

Im Unterschied zu diesem mehr oder weniger regelmäßigen Konsummuster beschreibt ein weiterer Befragter Phasen, in denen er über längere Zeit quasi kontinuierlich unter dem Einfluss von Benzodiazepinen stand:

„Es war so ähnlich, wie wenn jemand so Binge-Eating-Anfälle hat zwischendurch. Ich hab‘ auch immer wieder nichts konsumiert. Aber wenn ich mir etwas genommen habe, ist es immer im Desaster geendet. Und vor allem bei etwas mit so einer langen Halbwertszeit wie Clonazepam und meiner psychischen oder halt generell bei mir diese Enthemmtheit, sehr schnell, sehr stark und die Erinnerungslücken oder ganze erinnerungsfehlende Tage... Also wenn man das konsumierte und ich wache dann auf und man ist immer noch im gleichen Zustand. Es ist dann schwierig, dass man so runterkommt und realisiert, was gewesen ist. Und dann habe ich halt wieder was geholt“ (Felix, 25 J.)

Bei diesem Muster handelt es sich indes um eine Ausnahme; über derartige mit ‚Quartalstrickern‘ vergleichbare ‚Binges‘ berichtet keine andere befragte Person. Wie Felix hier anspricht, hängen diese Schübe offenbar mit psychischen Problemen zusammen. Bei Philipp (21 J.), der die wohl intensivsten Drogenerfahrungen in der Stichprobe erlebte, äußerte sich der Versuch der Kompensation psychischer Probleme dagegen eher in sehr regelmäßigem, zeitweise täglichem Opioidkonsum (sowie dem Gebrauch anderer Substanzen). Bei den meisten übrigen Befragten findet der Konsum von Benzodiazepinen und/oder Opioiden entweder in Abständen statt oder es gab bislang ohnehin eher wenige Konsumgelegenheiten.

Schließlich sei an dieser Stelle auf das Thema Mischkonsum eingegangen. Mit Abstand am häufigsten wurden sowohl Benzodiazepine als auch Opioide mit Alkohol und/oder Cannabis konsumiert. Einige Befragte, die Mischkonsum mit Benzodiazepinen und Alkohol und/oder Cannabis betreiben, nennen als Grund hierfür eine Verstärkung der Wirkung der Benzodiazepine. Teilweise ergab sich laut den Erzählungen der Interviewten auch der Sedativakonsum aus Situationen heraus, in denen die/der Betreffende bereits alkoholisiert war – eine besonders riskante Kombination. Ein Befragter (Tim, 16 J.) gibt an, dass er in den allermeisten Fällen Tilidin mit Alkohol und Cannabis konsumiere, da sich diese Substanzen für ihn „perfekt ergänzen“. Andere

Mitglieder der Freundesgruppe hingegen vermeiden wegen den teils unangenehmen Folgen mittlerweile insbesondere die Kombination mit Alkohol; selbiges berichtet eine weitere Befragte:

„Alkohol habe ich am Anfang mit Tilidin gemischt, aber dann hat so ein Freund von mir gesagt, dass man das auf gar keinen Fall machen soll. Ja, dann haben wir nur noch gekiffert und Tilidin oder Alprazolam dazu genommen“ (Lana, 17 J.)

Neben weiterem Mischkonsum mit Kokain geben einzelne Befragte auch gemeinsamen Konsum von Benzodiazepinen und Opioiden an. Ein Extrembeispiel schildert Philipp (21 J.), der an einem Abend Alprazolam, Tilidin, Cannabis, Alkohol, Codein und Oxycodon in größeren Mengen konsumierte, ab einem gewissen Punkt nur noch verschwommen sehen konnte und sich den ganzen Abend übergeben musste.

Abschließend sei an dieser Stelle nochmals erwähnt, dass Mischkonsum im Partykontext mit Stimulanzien (Amphetamine, Ecstasy, Kokain) stattfindet; allerdings werden die Benzodiazepine in der Regel nicht in zeitlicher Nähe zu den anderen Substanzen konsumiert, sondern am Ende der ‚Partynacht‘, um schlafen zu können (siehe 4.2.2.3).

4.2.2.7 Negative Folgen

Die Befragten schildern eine Vielzahl von negativen Begleiterscheinungen. Dabei werden bei Opioiden am häufigsten akute Probleme durch die Wirkung der Substanzen geschildert, angefangen mit zu erwartenden Symptomen wie Müdigkeit inklusive „nicht-mehr-aufstehen-können“, außerdem Vergesslichkeit oder auch Überempfindlichkeit gegenüber zu starken optischen oder akustischen Reizen („Deswegen fallen für mich halt Opiate auch eher nicht so in den Clubkontext“; Esther, 26 J.). Häufig wird auch über Übelkeit und Erbrechen während der akuten Wirkung berichtet, wobei es hier deutliche Abstufungen gibt: so berichtet ein Befragter „Dann wird mir oft sehr schlecht und oft muss ich dann einfach kurz kotzen und danach geht es wieder“ (DS, 17 J.). Auch andere Befragte haben entsprechende Erfahrungen gemacht, an die sie sich schon gewöhnt haben; sie wissen bereits, dass es ihnen nach dem Erbrechen dann bessergeht und sie die Wirkung genießen können. Aus der gleichen Freundesgruppe wird aber auch, insbesondere, aber nicht ausschließlich nach Mischkonsum, über unangenehmere Übelkeitssymptome berichtet; so z.B. an einem Abend, als vor dem Tilidinkonsum Hasch-Brownies gegessen wurden. Ein Befragter, der am besagten Tag selbst kein Tilidin genommen hatte, berichtet:

„Plötzlich ging es dem einen schon gar nicht mehr gut. Der lag da und hat wirklich rumgeschrien wie ein Geistesgestörter, also der war richtig am Sack, den haben wir dann ins Bett gebracht und es wurde dann auch besser mit der Zeit und plötzlich haben mehrere Kollegen einfach angefangen, wie im Strahl zu kotzen. Also die haben in die Wohnung gekotzt, ins Bad, die Dusche. Also das war ziemlich hart und ich saß da auf meinem Brownie und ich wollte helfen, aber es ging einfach nicht. Und war halt ne perplex Situation für mich in dem Moment, weil, was soll ich machen... Und seitdem habe ich kein Tilidin mehr konsumiert, bis heute“ (Rex, 17 J.)

Während hier vermutlich der Mischkonsum mit Cannabis auslösender Faktor war, berichtet ein weiteres Mitglied der Freundesgruppe über einen Übelkeitsanfall im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, der nicht nur im akuten Moment Grund zur Besorgnis auch für seine Freunde war, sondern in der Folge offenbar insgesamt eine Art Unverträglichkeit auslöste:

„...mit dem Alkohol war halt immer Übelkeit. Und dann dachte ich gut, dann lass den Alkohol halt weg. Und dann wurde mir aber auch trotzdem übel ohne Alkohol und dann wusste ich ja nicht, kam das jetzt vom Alkohol, kommt's von der Tilidin, und dann wusste ich halt, das ist die Tilidin, von der mir schlecht wird, ohne Alkohol, ganz klar.“ (Snenz, 17 J.)

Während solche Abstufungen von Übelkeitszuständen die wesentliche akute selbst erlebte negative Folge von Opioidkonsum darstellt, werden derartige Symptome nach dem Benzodiazepinkonsum nicht berichtet. Hier sind im Hinblick auf akute Folgen Erinnerungslücken vorherrschend. Felix (25 J.) berichtet darüber, wie er sowohl bei Alprazolam als auch bei einem als „Research Chemical“ beschafften Benzodiazepin irgendwann bei jedem Konsum solche „Blackouts“ erlebte. Auch andere Befragte berichten über solchen temporären Amnesien (siehe z.B. Zitat „Lara“ in 4.2.2.6). Eine weitere Interviewpartnerin (Anne, 25 J.), berichtet über ein Wochenende, an dem sie es gemeinsam mit einer Freundin „ziemlich übertrieben“ hätte mit Alprazolam- in Verbindung mit starkem Cannabiskonsum; nach diesen zwei Tagen erlebte sie einen intensiven Zustand der Verwirrung bzw. Desorientierung in der Öffentlichkeit, aus dem sie sich von ihrem Freund „retten“ lassen musste.

Auch von psychosozialen Problemen berichten einige der Interviewten. Demnach sei es bei jenen, die einen regelmäßigeren Konsum entwickeln, nicht unüblich, sich abzuschotten, innere Leere zu verspüren, eine gewisse Empathielosigkeit oder auch ein sehr ichbezogenes Verhalten zu entwickeln. Eine weitere Beobachtung (bei anderen Konsumierenden) machte eine Befragte:

„Ich will jetzt nicht Störung sagen, aber auf jeden Fall das Defizit, was man normalerweise mit dem Medikament eben bekämpfen möchte, also wie so soziale Angststörung oder sowas, dass sich das dann irgendwann sogar eher dadurch entwickelt, dass man das Medikament nimmt, wenn man es halt eigentlich nicht braucht“ (Esther, 26 j.)

Umgekehrt ist solches bei einzelnen Befragten zu beobachten, die tatsächlich im Zusammenhang mit sozialen Ängsten einen regelmäßigen Konsum entwickelten und bei denen nach Absetzen der Benzodiazepine die Störungen umso heftiger zutage traten.

Eine andere psychosoziale Problematik trat bei mehreren Mitgliedern der fünfköpfigen Freundesgruppe auf: Als ihre Eltern von ihrem Konsum mitbekamen, führte dies zu Konfliktsituationen in der Familie, die sich aber offenbar insgesamt eher positiv auswirkten, zumal diejenigen, die mit ihren Eltern darüber redeten, auch von einem vertrauensvollen Verhältnis berichteten, was ihre zunehmend kritische Haltung zum Tilidinkonsum bekräftigte.

Was das Thema Abhängigkeit betrifft, so ist zunächst kurz wiederum eine Beobachtung von Esther (26 J.) über andere Konsumierende erwähnt: sie hatte von Bekannten mitbekommen, dass sie

eine GBL-Abhängigkeit mit Benzodiazepinen „bekämpften“ und damit eine neue Abhängigkeit entwickelten, auch im Zusammenhang mit der o.g. Beobachtung, dass solche Personen oftmals unterschwellige psychische Defizite mit ihrem Konsum bekämpfen. Ähnliches ist für Tim (16 J.) zu beobachten, der im Zusammenhang mit Selbstmedikation seiner Depressionen, wie in 4.2.2.3 zitiert, von einem „sehr, sehr starken Verlangen“ nach Tilidin berichtet. Ansonsten gibt es einen weiteren Interviewpartner (Philipp, 21 J.), der ebenfalls im Zusammenhang mit diversen psychischen Störungen zeitweise einen abhängigen Konsum von Tilidin entwickelte, aber nicht über Entzugssymptome berichtet. Und schließlich sei an dieser Stelle nochmals Felix (25 J.) erwähnt: wie in 4.2.2.6 erwähnt, erlebte er keine Abhängigkeit im engeren Sinne, sondern „Binges“ mit exzessivem Sedativakonsum – auch diese im Zusammenhang mit psychischen Problemen. Vereinzelt wurden bei Personen im Bekanntenkreis Entzugserscheinungen beobachtet. Der extremste von den Interviewten erwähnte Fall betrifft wiederum eine Person, die offenbar im Zusammenhang mit massiven psychischen Problemen unkontrollierte Konsummuster entwickelt hatte: der ehemalige Partner von Anna (23 J.), der letztlich in Folge eines Drogencocktails an seinem Erbrochenem erstickte.

4.2.2.8 Gender

Was die Verbreitung sedierender Drogen unter männlichen und weiblichen Jugendlichen angeht, so berichten die Angehörigen aus der Freundesgruppe, dass sie sich zwar ohnehin in einem rein männlichen Freundeskreis bewegen, aber bei Mädchen generell eher auf Ablehnung stoßen:

*„Alle die ich sozusagen kenne, alle weiblichen Personen, sagen, sie finden das scheiße, wenn Leute das nehmen und sagen, das sollte man nicht nehmen und sie haben auch keinen Bezug dazu“
(Tim, 16 J.)*

Einzelne weibliche Befragte hingegen nehmen nur wenige Unterschiede in der Konsumpraxis beider Geschlechter wahr:

*„Also ich kenne viele Mädchen, die so ab und zu zum Beispiel kiffen, aber ich kenne wenige Jungs, die das nur ab und zu machen. Aber sonst? Generell eigentlich nicht so einen großen Unterschied“
(Lana, 17 J.)*

Mehrheitlich wird auch von den volljährigen Interviewten eher von einem männlichen Übergewicht beim Konsum von Sedativa ausgegangen, so wie auch beim Konsum anderer Drogen Männer tendenziell eher in der Mehrheit sind. Ein Befragter (Fritz, 30 J.) differenziert hier, indem er einerseits seine eigene „Bubble“ erwähnt, in der sich „gleichermaßen Männer und Frauen“ befinden, er aber vermutet, dass generell „Männer eher dazu neigen oder das exzessiver treiben“. Mehrfach wird darauf eingegangen, dass Sedativa in der Popkultur eher als männliches Phänomen wahrgenommen werden. Dies habe wiederum Auswirkungen darauf, wie Männer und Frauen gegenüber anderen bzw. in der Öffentlichkeit mit ihrem Konsum umgehen:

„Ich glaube es sind schon eher männlich gelesene Personen, die halt irgendwie regelmäßig konsumieren. Allerdings stelle ich mir da gerade die Frage, ob die das vielleicht einfach bisschen mehr raushängen lassen. Also ob es da einfach noch mehr zelebriert wird. Also das habe ich jetzt definitiv bemerkt. Dann, dass das irgendwie, dass einfach mehr gefeiert wird, dass man halt irgendwie Xans dabei hat oder so oder dass man sich irgendwelche Pillen besorgt und auch also, wenn man sich auch die ganze Rapszene anschaut, sind eigentlich 90 % der Artists sind männlich so. Und klar... es gibt natürlich auch super viele weibliche Rapperinnen mittlerweile, aber da wird es halt eigentlich nie in den Texten thematisiert. Und bei den männlichen Artists ist das halt schon irgendwie... Also da habe ich echt Bock, eigentlich mal so eine kleine Statistik zu erstellen. So wie oft wird irgendwie Xannies poppen oder irgendwie Pills oder keine Ahnung, so irgendwie so diesen Konsum, äh, Erfahrungen, halt irgendwie thematisiert werden“ (Esther, 25 J.)

In der Tat wäre es von Interesse, eine quantitative Textanalyse von Raptexten vorzunehmen, um zu prüfen, wie sich – nicht nur im Hinblick auf Sedativa – das Verhältnis von Drogen-Repräsentation ggf. zwischen Rappern und Rapperinnen unterscheidet.

Was den Konsum von weiblichen Personen selbst angeht, so vermutet eine Befragte (Anna, 23 J.), dass sich dieser gerade bei Benzodiazepinen stark auf Frauen konzentrieren würde, die „mit ihrer Gefühlswelt nicht klarkommen und sich raushauen oder betäuben“. Die sonstigen Beobachtungen aus den Interviews wie auch der Onlinebefragung deuten indes darauf hin, dass auch regelmäßigem Konsum von Männern häufig psychische Probleme zugrunde liegen.

4.2.2.9 Informationsstand und Schadensminderung

Insbesondere die jugendlichen Befragten berichten nahezu durchweg darüber, bei ihrem Erstkonsum nur wenig über Opioide bzw. Benzodiazepine gewusst zu haben. So antwortet ein Mitglied der Freundesgruppe auf die Frage, wie gut er vor seinem ersten Gebrauch informiert gewesen ist:

„Ganz ganz schlecht. Auch das mit dem Alkohol, da habe ich mich auch informiert, dann auch den Kollegen gesagt, das hätte viel schlimmer enden können, auch mit dem Tod im aller schlimmsten Fall. Und es war einfach ein ganz großer Fehler. Ich hab‘ eigentlich Glück gehabt, dass ich jetzt noch hier sitzen kann. Ganz ehrlich, weil es auch einfach dumm war, sowas zu nehmen ohne irgendwas davor zu wissen (...) Weil das so spontan war, würde ich sagen, dass er spontan um die Ecke kam, ey Jungs, ich hab‘ hier Tilidin, und keiner, eigentlich würde ich sagen, keiner bis auf paar Ausnahmen wusste wirklich was es ist. Hab halt gesehen Tablette, okay, er nimmt es jetzt. Und er meint halt, davon kriegt man nen Rausch. Und wir dachten halt gut, ziehen wir halt nach, und es war vollkommen dumm“ (Snenz, 17 J.)

Mehrere seiner Freunde berichten Ähnliches. Je nach Grundeinstellung und aktuellem Konsumverhalten fällt die nachträgliche Bewertung unterschiedlich aus: während der zitierte Snenz sehr ernst über die damalige Unvorsichtigkeit redet, spielen andere die Situation eher herunter. Was

die generelle Informiertheit betrifft, so erwähnt ein weiteres Mitglied der Freundesgruppe sogar, dass er beim Erstkonsum die einzigen ‚Informationen‘ aus Raptexten hatte:

„Ich wusste, es kam in manchen Rapsongs vor. Ich kannte den Begriff, aber ich wusste nicht, dass es zum Beispiel ein Opiat ist. Und ich wusste nicht, dass es stark abhängig machen kann und alles Mögliche. Da habe ich dann immer... Je mehr ich konsumiert habe, habe ich mich mehr damit informiert“ (Tim, 16 J.)

Dem Muster, sich erst zu informieren, wenn die Droge bereits genommen wurde, folgte auch eine andere jugendliche Interviewpartnerin, in diesem Fall bezogen auf Benzodiazepine:

„Also direkt davor nicht. Wir haben es relativ leichtsinnig, also nicht ganz leicht leichtsinnig, aber auch jetzt nicht so komplett vorbereitet. Aber dann, als wir das genommen haben und wir nichts gespürt haben, weil wir zu früh irgendwie was erwartet haben, haben wir dann auch nachgelesen und geguckt“ (Lara, 16 J.)

Wie bereits Tim oben andeutet, haben sich praktisch alle Befragte spätestens nach dem Erstkonsum näher über die Substanzen und assoziierte Risiken informiert. Zumeist wird dabei angegeben, dass zunächst „gegoogelt“ wurde, wobei zum Teil Websites wie www.gute-frage.net konsultiert wurden, man oft aber durchaus auch auf hochwertigere Quellen geachtet habe, die von Foren wie eve-rave.ch über Videos und Social-Media-Beiträgen von ‚Drogen-Influencern‘ sowie Fachbüchern bis hin zu Präventionsseiten wie Drugcom.com reichen.

Generell wird für Konsumierende im eigenen Umfeld mehrfach angegeben, dass man sich oft nicht ausreichend informieren würde:

„Also ich habe nicht den Eindruck, dass sich viele wirklich gut informieren. Also mein Freund schon mal gar nicht so. Und diese andere Freundin von mir, die immer Lust hat Sachen auszuprobieren. Also keine Ahnung. Die hätte uns beinahe so ein komisches äh, so ein Methadon-Mittel einmal fast verabreicht, weil sie meint, das wäre eine gute Idee und sie hätte diese Pille irgendwo gefunden. Hätten wir dann nicht gegooget, dass das irgendwie, keine Ahnung, wie, stark wie Heroin ist und es nur für Leute ist, die lange abhängig sind“ (Anne, 25 J.)

Was Strategien zur Risiko- und Schadensminderung angeht, so berichten mehrere Interviewte, dass sie oder Bekannte von ihnen möglichst nicht zu viel (oder gar nichts) von den jeweiligen Substanzen zu Hause lagern. Ansonsten geben einige an, dass sie nach den ersten ‚uninformierten‘ Konsumgelegenheiten ein Bewusstsein dafür entwickelt haben, wieviel von einer bestimmten Substanz konsumiert und ggf. mit anderen Stoffen kombiniert werden kann. Ein älterer Befragter – er ist aber die Ausnahme in der Stichprobe – nennt für sich eine ausgeklügelte Harm-Reduction-Strategie:

„Also ich wiege mir wirklich jede Dosis von jeder Substanz, die ich konsumiere, immer ab oder bereite es mir daheim soweit vor wie es geht, wenn ich außer Haus konsumieren will. Und dann stelle ich mir auch immer Timer für Substanzen, wann ich welche Substanzen eingenommen habe, damit ich nicht irgendwann aus dem Bauchgefühl raus entscheide, ob ich nachlegen möchte

oder wenn es irgendwie noch Wechselwirkungen zum anderen Stoff geben kann, damit man ungefähr weiß, ob der andere schon aus'm Blut raus ist“ (Fritz, 30 J.).

4.2.3 Diskussion

Die hier präsentierten Stichprobe repräsentiert einen Ausschnitt der Gesamtheit junger Menschen, die zumindest gelegentlich Sedativa konsumieren. Im Sinne „theoretischen Samplings“ (Dimbath et al. 2018) finden sich in der Stichprobe Personen mit teilweise sehr unterschiedlichen Hintergründen, Charakteristika und Konsumerfahrungen: es sind Jugendliche ab 16 und junge Erwachsene bis 30 Jahre vertreten, männliche und weibliche Personen; teilweise verlief ihre Drogeninitiation eher über den Partydrogenkontext, teilweise motiviert durch die Rap-Jugendkultur und teilweise auch (weitgehend) ohne jugendkulturelle Hintergründe. Die Konsumerfahrungen reichen von bloßem experimentellen Konsum bis hin zu zeitweiliger körperlicher Abhängigkeit. Das Gesamtbild ist somit weitgehend konsistent mit dem aus der Onlinebefragung (4.1) gewonnenen.

Weitgehende Einigkeit herrscht darüber, dass die Thematisierung im Deutschrap ein wesentlicher Faktor dafür war, dass seit einigen Jahren die zuvor in sozial unauffälligen Kreisen von (Post-) Adoleszenten kaum verbreiteten Sedativa mittlerweile eine nennenswerte Rolle spielen. Einige Befragte geben sogar eine direkte Verbindung insofern an, als sie durch Raptexte, die Opioide oder Benzodiazepine thematisieren, auf die selbigen aufmerksam und neugierig wurden. Offenbar hat diese Thematisierung im Zuge dessen, dass Jugendkulturen heute häufig nur noch als wenig trennscharf empfunden werden, auch weitere Kreise gezogen, wie die erhöhte Probierbereitschaft für Sedativa seitens einiger Befragter, deren Drogenaffinität eher Techno-Party-typisch geprägt ist, andeutet. Gerade was fortgesetzten und möglicherweise problematischen Gebrauch angeht, spielt der kulturelle Kontext aber allenfalls eine untergeordnete Rolle: praktisch alle Befragten, die wiederholten riskanten Konsum bzw. eine manifeste Problematik mit Opoiden und/oder Benzodiazepinen aufweisen, berichten auch über eine diagnostizierte psychische Störung. In diesen Fällen ist der Konsum als Selbstmedikationsversuch zu deuten. Es gibt aber auch einen großen Graubereich zwischen rein spaßorientierten und kompensatorischen, ggf. selbstmedikationsorientierten Motiven. Eine Interviewpartnerin assoziiert das möglicherweise gewachsene Bedürfnis nach den Wirkungen von Sedativa mit den zunehmenden Krisen auf der Erde:

„Als Kompensation für irgendwelche emotionale Ungewissheit... Auch irgendwie... Perspektivlosigkeit irgendwie gerade für die neue oder aktuelle junge Generation. (...) dass keiner so richtig weiß, so, die Welt geht gefühlt halt unter, so alles nur noch am Arsch politisch gesehen, klimatechnisch, alles wird irgendwie wird einfach immer schlechter und dann sucht man sich halt irgendwie so... so ne Auszeit so. Wo halt früher vielleicht einfach mal tanzen gehen gereicht hat, um sich mal kurz aus der Realität zu flüchten, ähm, ist es jetzt halt vielleicht irgendwie noch mehr auch so im Alltag, dass man so... okay, irgendwie weiß ich grade gar nicht so richtig, was ich mit mir anfangen soll. Und dann ist es halt irgendwie so eine sehr leichte... Ja so eine leichte Art und Weise, das halt irgendwie zu unterdrücken. Einfach das Aktuelle bisschen besser zu machen, bisschen angenehmer.“ (Esther, 26)

Die Befragte liefert an dieser Stelle eine Art Fortführung gängiger Interpretationen des Sedativa-Phänomens unter Jugendlichen (etwa: Deutschlandfunk 2021): nicht selten wurde in den Medien die Coronapandemie dafür verantwortlich gemacht, dass beruhigende Drogen an Popularität gewonnen haben; seither haben sich die Krisen auf der Welt eher ausgeweitet.

Für einen gewissen Teil der Jugendlichen mag die krisenhafte Gesamtlage auch tatsächlich ein Faktor für erhöhte Provierbereitschaft sein. Dabei gilt es aber zu bedenken, dass die Erfahrungen der hier befragten Personen darauf hindeuten, dass, sofern keine psychische Problematik vorliegt, die mit den Sedativa bearbeitet wird, und ein gefestigtes soziales Umfeld gegeben ist, die Mehrzahl der jungen Menschen, die Benzodiazepine oder Opioide konsumieren, ihren oft erlebnis- bzw. spaßorientierten Konsum ohne Hilfe von außen wieder reduzieren oder einstellen können.

4.3 Forenanalyse

Der BOJE-Projektantrag enthält eine Analyse von Internetforen bezüglich der projektrelevanten Drogen und der Fragestellung nach kulturellen Aspekten des Konsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dazu wurde als wichtigstes bestehendes deutschsprachiges Drogenforum eve-rave.ch ausgewählt. Gerade die Frage nach kulturellen Hintergründen hat sich jedoch insofern als schwierig erwiesen, als dafür nicht themen-, sondern nutzerspezifische Analysen durchgeführt hätten werden müssen. Hierauf wurde mit Blick auf Persönlichkeitsrechte der etwaig betroffenen Nutzerinnen bzw. Nutzer von Foren (auch bezogen auf Pseudonyme) verzichtet. An dieser Stelle sei nur erwähnt, dass es im untersuchten Forum ohnehin nur sehr wenige klar erkennbare Zusammenhänge gibt, z.B. wenn als Profilbild ein Bild eines (z.B. an Drogen verstorbenen) Rappers gewählt wird. Ein solcher Zusammenhang lässt allerdings keine Aussage über die sonstige Art und Weise der Nutzung des Forums der betreffenden Personen zu; es kann sich z.B. auch um einen Moderator oder eine Moderatorin mit vergleichsweise hoher Sachkenntnis handeln. Insgesamt wurde wegen dieser Einschränkung der Analysehorizont deutlich eingeschränkt.

Statt nutzerspezifischen Analysen wurde im besagten Drogenforum nach Themen geordnet analysiert. Dazu wurden Threads, die sich auf die projektrelevanten Drogen beziehen (z.B. „Tilidin-Sammelthread“) identifiziert und inhaltlich gesichtet. Auf diese Weise wurde teils selektiv, teils zufällig eine Stichprobe erstellt. Auf eine vollständige qualitative Kodierung wurde verzichtet, ebenso wie auf nutzerspezifische Auswertungen. Auffällig waren die große Fülle der Themen und die teils langen abgedeckten Zeiträume insbesondere der Sammelthreads.

Dabei zeigt sich eine präventive Bedeutung des Forums und der darin enthaltenen Themen rund um die projektrelevanten Substanzen. Inhaltlich geht es u.a. um konsumspezifisches Wissen bezüglich der Wirkung der jeweiligen Drogen und einen möglichst sicheren bzw. schadensminimierten Umgang damit. Dies beinhaltet neben individuellen Erfahrungsberichten auch häufig grundlegende Fragen nach Pharmakologie und Toxikologie der Substanzen, meist auch in spezifisch individuellen Konsumsituationen und Zusammenhängen. Dazu gehören Fragen nach Dosierung, Mischkonsum, Applikationsformen, teils im Zusammenhang mit bestimmten Alltagssituationen. Konkrete Beispiele für solche Fragen sind die

Wirkung von Naloxon in Tilidin, die Aufhebung der Retardierung von Oxycodon-Tabletten oder der Einsatz von Krampflösern bei Entzugserscheinungen von Benzodiazepinen. Darüber hinaus zeigen sich deutliche Elemente der Selbsthilfe unter Konsumierenden (vor allem in Bezug auf Schadensminderung) und peer-group-basierter Sekundärprävention.

Die Vorteile dieser Art der selektiven und indizierten Prävention und des Potenzials zur Harm Reduction liegen auf der Hand: Informationen sind schnell und größtenteils verlässlich erhältlich, sowohl durch Nachlesen in „Sammelthreads“ als auch durch die Möglichkeit, selbst vom eigenen Konsum zu berichten und individuelle Fragen zu stellen. Daher überrascht es nicht, dass Drogenforen mit Bezug zu Harm Reduction diejenigen Informationsquellen sind, die in der quantitativen Befragung dieses Projekts aus der abgefragten Liste an Hilfsmaßnahmen am häufigsten genannt wurde (4.1.3.5)⁹.

Durch den Verzicht auf nutzerspezifische Auswertungen bleiben die Hinweise auf das eigentliche Forschungsthema diffus und wenig aussagekräftig, so dass hier als Fazit nur ganz allgemein auf kultursoziologische Sinn- und Bedeutungszuschreibungen und (Un-)Wertvorstellungen, die eine spezifische Verbindung von Drogenkonsum und Musikvorlieben zulassen oder sogar begründen können, verwiesen sei. Diese können auch unter Bedingungen der sozialen Ausgrenzung, des Verbots und der Forderung nach Abstinenz entstehen bzw. davon geprägt sein. Im Übrigen sei auf die qualitativen Interviews (4.2) sowie die Sonderauswertung aus der lokalen repräsentativen Schulbefragung (4.4) verwiesen.

4.4 Sonderauswertung der Daten aus dem „Monitoring-System Drogentrends“ (MoSyD)

4.4.1 Datengrundlage

Die im Folgenden präsentierten Daten entstammen der repräsentativen Schulbefragung, die jährlich im Rahmen der lokalen Drogen-Monitoringstudie MoSyD in Frankfurt durchgeführt wird. In der Studie, die extern vom Drogenreferat der Stadt Frankfurt gefördert wird, werden jedes Jahr rund 1.500 Schülerinnen und Schüler befragt, von denen rund 1.000 der Hauptzielgruppe der 15- bis 18-Jährigen angehören. In der letzten Erhebung Ende 2022/Anfang 2023 wurden insgesamt 1.446 Personen erreicht, davon 957 15- bis 18-Jährige. Die folgenden Ausführungen beziehen sich einerseits auf die Hauptzielgruppe der 15- bis 18-Jährigen; entsprechend der Zielgruppe der BOJE-Studie wurden aber auch Zahlen für 19- bis 30-Jährige ausgewertet. Zu beachten ist, dass die Zahlen für die maximal 18-Jährigen repräsentativ für Schülerinnen und Schüler in der betreffenden Altersgruppe an Frankfurter Schulen sind (und auch mit wenigen Ausnahmen alle aus dieser Altersgruppe eine Schule besuchen). Die Zahlen für über 18-Jährige sind nicht im eigentlichen Sinne repräsentativ, da ein wesentlicher Teil in dieser Altersgruppe keine Schule mehr besucht. Repräsentativität kann also nur für die Zielgruppe der 19- bis 30-Jährigen beansprucht werden, die eine öffentliche Schule besuchen. Zudem rekrutiert sich der Großteil aus der Gruppe der 19- bis 30-Jährigen (im Jahr 2022 69%) aus Personen, die maximal 22 Jahre alt sind; das Durchschnittsalter beträgt 21,9 (2022) – es handelt sich also überwiegend um junge Erwachsene im engeren Sinne. Was den Zeitverlauf

⁹ Einschränkung sei erwähnt, dass in der abgefragten Liste keine weiteren online verfügbaren Informationen als Auswahlmöglichkeit angegeben waren.

betrifft, so bietet diese Teilstichprobe aber eine gute Grundlage, um die entsprechende Entwicklung bei jungen Erwachsenen nachzuzeichnen.

Weitere Spezifika bezüglich Methoden und Stichprobe sind in Wersé et al. 2023 nachzulesen.

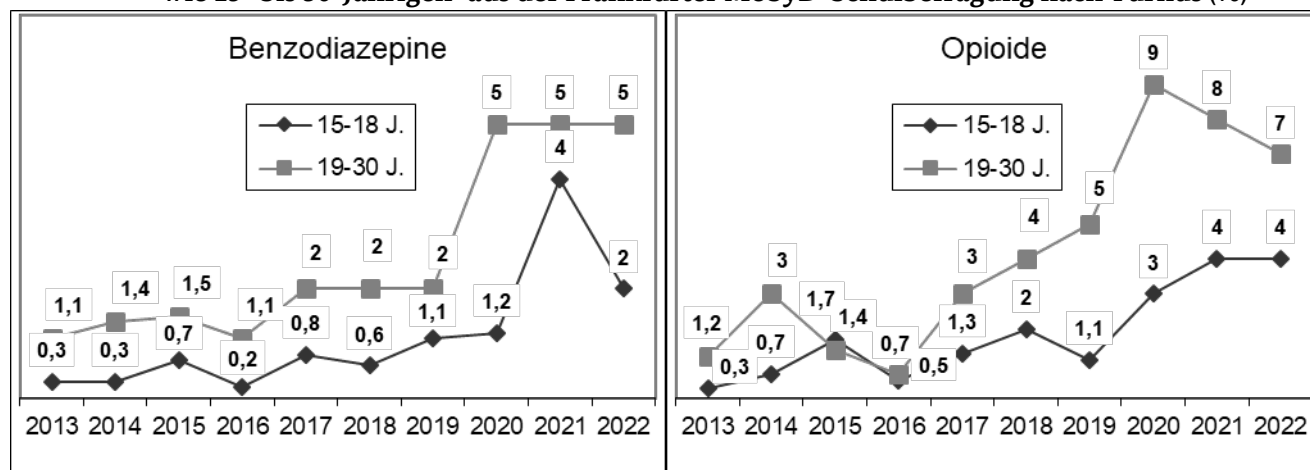
Was den Konsum von Benzodiazepinen und Opioiden betrifft, so beschränkt sich die im verwendeten Fragebogen enthaltene Frage („Haben Sie schon einmal nicht vom Arzt verschriebene Medikamente eingenommen, um einen Rausch zu erzielen oder andere psychoaktive Wirkungen?“) auf den Konsum von vier Kategorien tatsächlich psychoaktiv wirksamer Substanzen (Opioide, Benzodiazepine, Dextromethorphan und Methylphenidat). Die hier präsentierten Resultate beschränken sich auf Benzodiazepine und Opioide. Dabei kann, zumindest was die Lebenszeitprävalenz betrifft, auf die Entwicklung im Zeitverlauf der letzten zehn Jahre (seit 2013) zurückgegriffen werden. In der aktuellen Erhebung (2022) wurden anlässlich der BOJE-Studie weitere Fragen zu Benzodiazepinen und Opioiden aufgenommen.

Zu beachten ist weiterhin, dass es sich um eine Repräsentativstichprobe aus einer deutschen Großstadt handelt. Vergleiche mit einzelnen Schulbefragungen in anderen Großstädten in der Vergangenheit haben gezeigt, dass die Zahlen für legale und illegale Drogen für die fragliche Altersgruppe zumeist ähnlich ausfallen. Insofern kann angenommen werden, dass sich die Zahlen und insbesondere die Entwicklung im Zeitverlauf in anderen deutschen Städten ähnlich gestalten. Betont sei aber nochmals, dass die Zahlen lediglich für die Gruppe der 15- bis 18-Jährigen im engeren Sinne repräsentativ sind.

4.4.2 Prävalenz

Im Jahr 2022 geben 4% der 15- bis 18-Jährigen an, mindestens einmal im Leben Opioide konsumiert zu haben; 2% haben Benzodiazepine ausprobiert. Die 30-Tages-Prävalenz liegt bei Opioiden bei 2%, bei Benzodiazepinen bei 1%. Bei den 19- bis 30-Jährigen fällt die Lebenszeitprävalenz mit 7% (Opioide) und 5% (Benzodiazepine) jeweils höher aus (siehe Abbildung 1), während bei der 30-Tages-Prävalenz mit 2% bzw. 1% dieselben Werte wie bei den maximal 18-Jährigen erreicht werden.

Abbildung 1: Lebenszeitprävalenz von Benzodiazepinen und Opioiden unter 15- bis 18-Jährigen sowie 19- bis 30-Jährigen^a aus der Frankfurter MoSyD-Schulbefragung nach Turnus (%)



^a 19- bis 30-Jährige: nicht im engeren Sinne repräsentativ, aber aussagekräftig, was den Turnusvergleich betrifft. Angaben unter 2% sind mit einer Nachkommastelle dargestellt.

Über den gesamten Turnus seit 2013 zeigen sich jeweils hoch signifikante Veränderungen (Abbildung 1): Konsumerfahrung mit Benzodiazepinen ist bei den 19- bis 30-Jährigen im Jahr 2020 deutlich auf einen neuen Höchstwert von 5% gestiegen, der sich seither nicht geändert hat ($\text{Chi}^2=71,2$; $p<0,001$). Auch bei den 15- bis 18-Jährigen lässt sich eine zunehmende Tendenz ablesen, die allerdings weniger eindeutig ausfällt, zumal der Anteil nach einem deutlichen Anstieg 2021 zuletzt wieder zurückgegangen ist, aber etwas höher liegt als in den Vorjahren ($\text{Chi}^2=94,2$, $p<0,001$). Was die Opioiden betrifft, so ist die Lebenszeitprävalenz abgesehen von gewissen vorherigen Schwankungen insbesondere seit 2017 angestiegen und erreichte im Fall der über 19-Jährigen im Jahr 2020 mit 9% einen Höhepunkt; seither ist sie wieder leicht gesunken ($\text{Chi}^2=123,3$; $p<0,001$). Bei den 15- bis 18-Jährigen wurde 2021 und 2022 mit jeweils 4% der höchste Wert erzielt ($\text{Chi}^2=93,8$; $p<0,001$). Wie sich die 30-Tages-Prävalenz beider Stoffgruppen langfristig geändert hat, kann mit den vorliegenden Daten nicht genau geklärt werden. Im Vergleich zum Vorjahr ist die 30-Tages-Prävalenz von Benzodiazepinen bei den 15- bis 18-Jährigen von 2% auf 1% ($\text{Chi}^2=4,0$; $p<0,05$) und bei den älteren Befragten von 3% auf 1% zurückgegangen ($\text{Chi}^2=6,4$; $p<0,05$). Die entsprechende Kennzahl für Opioiden ist bei 15- bis 18-Jährigen gleichgeblieben (2%; $\text{Chi}^2=0,4$; n.s.), während sie bei den 19-30-Jährigen von 4% auf 2% gesunken ist ($\text{Chi}^2=5,2$; $p<0,05$).

Was den Geschlechtervergleich angeht, so gibt es eine gewisse Tendenz zu mehr Konsumerfahrungen unter männlichen Befragten, die aber nur in einzelnen Jahren auch statistische Signifikanz erreicht. Bei den 15- bis 18-Jährigen gab es im Hinblick auf Benzodiazepine nur in einem Jahr (2019) einen signifikanten Geschlechterunterschied; auch aktuell ist die Lebenszeitprävalenz mit 2,6% (Schüler) vs. 2,3% (Schülerinnen) praktisch gleich verteilt. Mit Opioiden lagen 2015, 2017 und 2018 bei den Schülern signifikant höhere Konsumerfahrungen vor; in der letzten Erhebung (2022) ist der Wert für Schülerinnen hingegen mit 3,9% sogar leicht (nicht signifikant) höher als derjenige der Schüler (3,0%). Rechnet man die Werte aller Jahre seit 2013 zusammen, liegt bei den Schülern ein signifikant höherer Wert vor (2,2% vs. 1,3%; $\text{Chi}^2=10,4$; $p<0,01$).

Bei den jungen Erwachsenen gab es mehrere Jahre mit höheren Lebenszeitprävalenzen für Benzodiazepine bei Männern, sodass auch der Anteil in allen Jahren zusammengefasst merklich höher liegt (3,0% vs. 1,6%; $\text{Chi}^2=14,7$; $p<0,001$). Aktuell (2022) erreicht der Unterschied keine Signifikanz (5,9% vs. 4,1%). Selbiges gilt für die Konsumerfahrung mit Opioiden, bei denen aktuell zwar kein signifikant höherer Wert bei den Schülern vorliegt (8,6% vs. 5,3%), aber der Unterschied bezogen auf alle Jahre zusammengenommen Signifikanz erreicht (4,5% vs. 2,8%; $\text{Chi}^2=2,6$; $p<0,001$).

Zur Einordnung der o.g. Zahlen seien an dieser Stelle Prävalenzraten einiger anderer Substanzen in den jeweiligen Altersgruppen wiedergegeben: Bei den 15- bis 18-Jährigen liegt die Lebenszeitprävalenz für Cannabis aktuell – nach zuletzt starkem Rückgang – bei 26% (zuvor lag er seit 2002 zwischen 29% und 46%). Die zusammengefassten illegalen Drogen außer Cannabis erreichen in dieser Altersgruppe mit 6% einen neuen Tiefststand (zuvor: zwischen 8% und 14%); auch die Werte für Einzelsubstanzen sind zuletzt überwiegend deutlich gesunken und liegen für Ecstasy, Speed, Kokain, LSD und psychoaktiven Pilzen bei jeweils 2%. Etwas anders sieht es bei den 19- bis 30-Jährigen aus: Zwar sind auch hier die Lebenszeitprä-

valenzraten für Cannabis und die zusammengefassten anderen illegalen Drogen zuletzt deutlich zurückgegangen, allerdings nach jeweils besonders hohen Werten im Vorjahr; hier werden im Jahr 2022 mittlere Werte erreicht und die Entwicklung ist insgesamt uneinheitlich (aktuell: Cannabis: 51%, illegale Drogen außer Cannabis: 20%). Die am häufigsten ausprobierten Einzelsubstanzen nach Cannabis sind hier Kokain (13%), Ecstasy (11%) und Amphetamin (10%). Während also bei den Jugendlichen Opioide mittlerweile häufiger ausprobiert werden als irgendeine illegale Droge außer Cannabis und Benzodiazepine etwa auf demselben Niveau liegen wie gängige „Partydrogen“, sind letztere unter jungen Erwachsenen weiterhin weiter verbreitet, insbesondere im Vergleich zu Benzodiazepinen.

Zusätzlich zu den generellen Fragen zur Prävalenz von Sedativa wurden im Jahr 2022 anlässlich des BOJE-Projekts offene Fragen dazu gestellt, welche Substanz die Befragten bei der letzten Gelegenheit konsumiert hatten (bezogen auf alle 15- bis 30-Jährigen). Dabei sind die niedrigen Fallzahlen zu beachten; zudem fällt auf, dass nennenswerte Anteile der (vorgeblich) Konsumerfahrenen hier „keine“ bzw. „nichts“ angaben: Bei den Opioiden betrifft dies 17 der 59 Personen, die hier eine Angabe machten, bei den Benzodiazepinen 5 von 42. Diese Anteile könnten möglicherweise ein Hinweis darauf sein, dass die Prävalenzraten höher ausfallen als sie tatsächlich sind, da zumindest ein Teil dieser Befragten bei der Frage nach der Prävalenz möglicherweise – versehentlich oder absichtlich – eine Falschangabe gemacht hat. Bei den Angaben zu Benzodiazepinen dominiert klar Xanax® (Alprazolam) mit 19 Nennungen. Jeweils sechs Personen gaben hier Valium® (Diazepam) oder Tavor® (Lorazepam) an; zudem gab es einige wenige Einzelnennungen. Vier Befragte gaben an, „keine Ahnung“ zu haben, welche konkrete Substanz sie konsumiert hatten. Bei den Opioiden wurde am häufigsten Tilidin genannt (19 Nennungen), gefolgt von Codein (12); hinzu kommen zwei Nennungen für „Hustensaft“ (wobei nicht klar ist, ob dieser Hustensaft Codein oder andere Opioide enthielt). Sechs Personen nannten Oxycodon und drei Befragte Tramadol; darüber hinaus gab es einige Einzelnennungen. Vier Personen gaben an, nicht zu wissen, was genau sie konsumiert hatten.

4.4.3 Bezugsquellen

Die zweite im Jahr 2022 zusätzlich aufgenommene Frage für Sedativa-Erfahrene war die nach den Bezugsquellen. Hierfür waren jeweils Antwortkategorien vorgegeben. Bei den Benzodiazepinen wurde die Antwort „selbst ärztlich verschrieben bekommen (gegen tatsächliche oder vorgetäuschte Symptome)“ mit 15 Nennungen am häufigsten genannt, gefolgt von „von Freund*innen oder Verwandten bekommen, die ein Rezept hatten“ (13 Nennungen) und „Dealer“ (8 Nennungen) sowie „von Freund*innen oder Verwandten bekommen, ohne zu wissen, woher die es haben“ (5 Nennungen). Zwei Personen kreuzten „über ein gefälschtes Rezept oder von Freund*innen mit gefälschten Rezept“ an. Diejenigen, die hier „sonstige“ ankreuzten, gaben entweder nichts, „keine“ oder „keine Ahnung“ an, abgesehen von einem Befragten, der „gefunden“ ins Antwortfeld schrieb. Auch bei den Opioiden wurde die Antwort „selbst ärztlich verschrieben bekommen“ mit 20 Nennungen am häufigsten genannt, gefolgt von „von Freund*innen bekommen, ohne zu wissen, woher die es hatten“ (12 Nennungen), Dealern (8 Nennungen) sowie Bekannten oder Verwandten mit Rezept mit 6 Nennungen. Hier kreuzten mit 27 Personen vergleichsweise viele „sonstige“ an;

bei der darauffolgenden offenen Frage machten nur zwei Personen eine konkrete Angabe, nämlich „Apotheke“ bzw. „Apotheke Frankreich“. Acht Personen notierten hier „keine Angabe“ o.ä.; zudem meinten vier Personen, dass sie es nicht (mehr) wüssten und ebenfalls vier Personen machten eine Angabe nach dem Muster „keine“, eine davon mit der Angabe „keine, ich kenne die Droge nicht mal hahah“ – ein weiterer Hinweis darauf, dass ein gewisser Teil hier Falschangaben gemacht haben dürfte.

4.4.4 Diskussion

Die präsentierten Zahlen deuten darauf hin, dass insbesondere der Konsum von nicht verschriebenen Opioiden unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen seit der zweiten Hälfte der 2010er Jahre tatsächlich an Relevanz gewonnen hat; mit Abstrichen und zu einem etwas späteren Zeitpunkt gilt dies auch für Benzodiazepine. In den Jahren zuvor beschränkten sich entsprechende Konsumerfahrungen noch auf sehr wenige junge Menschen. Die Zahlen deuten aber auch darauf hin, dass der Höhepunkt dieser Entwicklung bereits überschritten sein könnte. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei den Jugendlichen in einem ähnlichen Bereich wie die der am häufigsten konsumierten illegalen Drogen außer Cannabis. Allerdings ist einschränkend zu vermuten, dass sich ein Teil dieser kleinen Teilstichproben von Personen stammt, die absichtliche oder unabsichtliche Falschangaben machten, möglicherweise motiviert durch die verstärkte Thematisierung von sedierenden Substanzen in der Popkultur. Daher ist unklar, ob das Ausmaß des Konsumanstieges durch die Zahlen richtig repräsentiert wird.

Die Angaben zu den (vorgeblich) konsumierten konkreten Substanzen bestätigen weitgehend die Erkenntnisse aus der Onlinebefragung und den qualitativen Interviews: während bei den Opioiden Tilidin dominiert, gefolgt von Codein und Oxycodon, ist Alprazolam das am ehesten konsumierte Benzodiazepin, gefolgt von Diazepam und Lorazepam.

Bemerkenswert sind die Angaben zur Beschaffung: hier wurden auf Basis der Erkenntnisse der qualitativen Interviews andere Antwortkategorien vorgegeben als bei der Onlinebefragung. Tatsächlich werden Opioiden und Benzodiazepine häufig durch eigene Verschreibungen beschafft – wir hatten nicht erwartet, dass derartige Verschreibungen im betreffenden Alter überhaupt von nennenswerter Relevanz sein könnten. Zudem spielen Freunde, Freundinnen, Bekannte oder Verwandte mit Rezept (etwa Eltern oder Großeltern) vor allem bei der Beschaffung von Benzodiazepinen, aber auch von Opioiden eine wichtige Rolle.

4.5 Empfehlungen für die Prävention (Ergebnisse der Fokusgruppen-Befragung von Expertinnen und Experten)

Im Folgenden sind die Resultate des entsprechenden Projektmoduls wiedergegeben. Diese Resultate werden zunächst ausführlich in Form einer Beschreibung von Ablauf und Inhalten der Fokusgruppen-Befragungen, die mit relevanten Expertinnen und Experten auf Basis vorläufiger Ergebnisse der Erhebungen durchgeführt wurden, wiedergegeben. Darin enthalten sind als Endergebnis dieser Befragungen auch die endgültigen Empfehlungen für die Prävention. Diese sind zusätzlich als Anhang 1 in der Formatierung enthalten, in der sie auch an die relevanten Personen und Institutionen verschickt wurden und werden.

4.5.1 Zusammenfassung

Im Rahmen der Studie wurden im Juli und August 2023 Fachkräfte mit besonderer Expertise zum Thema befragt. Die Befragung erfolgte im Rahmen von zwei Online-Fokusgruppen (9 Teilnehmende). Die Befragten arbeiteten in den Feldern Telefonhotline, Suchtprävention (inkl. Streetwork/aufsuchende Arbeit im Sozialraum sowie sog. Partyprojekte), Drogen- und Suchtberatung, therapeutische Wohngemeinschaften und ambulante Therapie mit jungen Menschen.

Die Interviews dienten dazu, Eindrücke zur Verbreitung von Benzodiazepinen und Opioiden unter jungen Menschen sowie zu Konsummotiven und Konsummustern aus der Sicht von Personen zu erhalten, die professionell mit dem Thema zu tun haben. Daneben dienten sie der Diskussion der Ergebnisse der zuvor realisierten qualitativen und quantitativen Erhebungen. Vorrangiges Ziel war jedoch die gemeinsame Erarbeitung von Präventionsempfehlungen zum Thema.

4.5.2 Stichprobe

Im Juli und August 2023 wurden 9 Personen mit besonderer Expertise aus Prävention, Beratung und Therapie befragt. Die Befragung erfolgte im Rahmen von zwei Online-Fokusgruppen. Dabei wurde ein Sample aus Personen verschiedener Settings und Arbeitsbereiche zusammengestellt, denen in ihrer Arbeit (auch) junge Menschen mit Benzodiazepin- und Opioiderfahrungen begegnen bzw. deren Angebot sich (auch) an diese richtet.

4.5.3 Ziele und Ablauf der Gruppeninterviews

Vorrangiges Ziel der Befragung war die gemeinsame Ermittlung von Präventionsempfehlungen zum Thema. Daneben dienten die Interviews der Überprüfung und Diskussion der Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Erhebungen unter jungen Menschen mit Benzodiazepin- und Opioiderfahrungen.

Die rekrutierten Experten und Expertinnen wurden im Vorfeld über die Inhalte und Ziele der Interviews unterrichtet. Mit den meisten Teilnehmenden wurden kurze Vorgespräche zur Beurteilung der Aussagefähigkeit zum Thema durchgeführt. Alle Fokusgruppen-Teilnehmenden füllten vorab einen Kurzfragebogen aus, um unterschiedliche Einschätzungen abzubilden. Zudem wurden sie bereits vorab dazu befragt, ob sie bereits vorhandene Aufklärungsmaterialien und -methoden kannten und verwendeten. Darüber hinaus wurden die Teilnehmenden gebeten, besonders hervorzuhebende Aspekte zum Thema vorab per Mail oder per Sprachmitteilung zu übermitteln. Diese Vorab-Erkenntnisse wurden während der Interviews eingebracht und thematisiert und flossen in die Ergebnisse ein.

Zur Durchführung der Fokusgruppen-Interviews wurde ein Leitfaden erstellt. Die Fokusgruppenbefragungen folgten folgendem Ablauf:

- Begrüßung, Erläuterung der Forschungsgruppe und der Studienziele;
Einholen der Zustimmungserklärung der Teilnehmenden
- Eingangsdiskussion zur Verbreitung, zu Risikogruppen und prioritären Risikobotschaften

- Input: ausgewählte bisherige Studienergebnisse (Kurzpräsentation der qualitativen/quantitativen Befragungen), Rückmeldung der Teilnehmenden, Diskussion
- Ableitung von Präventionsempfehlungen (universell, selektiv, indiziert, strukturell)
- Priorisierung der Präventionsempfehlungen, Zusammenfassung

Für die Fokusgruppen war eine Dauer von 90 Minuten vorgesehen. Tatsächlich dauerten die Gespräche 91 bzw. 96 Minuten. Die Ergebnisse wurden mit Zustimmung der Teilnehmenden aufgezeichnet und automatisch transkribiert. Die Audio-Aufzeichnungen wurden nach der Transkription vernichtet.

4.5.4 Aussagen / Ergebnisse der Fokusgruppen

4.5.4.1 Einschätzungen zu Substanzen und Konsummustern

Die Teilnehmenden erhärteten die Beobachtung, dass Benzodiazepine und Opiode im Vergleich zu etwa fünf Jahren vor der Befragung unter jungen Menschen eine deutlich höhere Attraktivität und Verfügbarkeit aufweisen.

Die zunehmende Verbreitung des Opioidkonsums unter jungen Menschen wird zeitlich vor einer Zunahme des Benzodiazepinkonsums eingeordnet: Den im Opioid-Bereich dominierenden Substanzen Tilidin und Lean wurde die stärkste Zunahme in den Jahren 2017 und 2018 beobachtet. Die deutlichste Zunahme des Konsums von Benzodiazepinen wurde vor allem während der Covid-19-Pandemie 2020 und 2021 beobachtet.¹⁰

Einzelne Teilnehmende äußerten die These, dass der Höhepunkt des Tilidin-Konsums unter jungen Menschen seit etwa 2018 überschritten und der Benzodiazepin-Konsum seit der Beendigung der Kontaktbeschränkungen im Rahmen der Pandemie im Jahr 2021 ebenfalls im Sinken begriffen sei. Die meisten Teilnehmenden äußerten jedoch die Wahrnehmung, dass sich seit den genannten Jahren die Zunahme der Verbreitung zwar verlangsamt, aber insgesamt doch fortgesetzt habe.

¹⁰ Dies stimmt weitgehend mit den Beobachtungen aus der MoSyD-Schulbefragung (4.4) überein.



Abbildung 2: Beispiel für Repräsentation von Benzodiazepinen in der Alltagskultur (Bild: Rüdiger Schmolke/privat)

Alle Teilnehmenden betonten ihren selektiven Blick auf das Geschehen, der auch durch die massenmediale Verarbeitung des Phänomens geprägt sei, weshalb sie die Konsumtrends nicht zuverlässig beurteilen könnten.

4.5.4.2 Beschaffung und Verfügbarkeit

Befragte aus Metropolen geben an, dass sich Konsumierende häufig über Messengerdienste (Telegram), Social Media (Instagram, TikTok) bzw. klassische Arten profitorientierten Handels (örtliche Dealer) versorgen. Daneben werde von Apotheken auf eine Vielzahl von Rezeptfälschungen verwiesen (v.a. zur Beschaffung von Tilidin und Pregabalin), die z.T. sehr professionell produziert würden und daher schwer zu erkennen seien.

4.5.4.3 Konsummotive

Die Teilnehmenden geben eine Vielfalt von Konsummotiven an, darunter Neugierde, der Einfluss der Jugendkulturen (insbesondere der Rap-Kultur für Opioide), Abschalten und Selbstmedikation. Die Rap-Szene wird von den Teilnehmenden als stilprägend für die Verbreitung von Opioiden unter Jugendlichen (v.a. Tilidin, Codein und Lean) seit etwa 2015, in verstärktem Maße seit 2017 gesehen. Einige Teilnehmenden hatten Hinweise darauf, dass die eigene Nähe zur Rap-Kultur für viele jugendliche Konsumierende aber zunehmend keine Rolle bei der Entscheidung für den Konsum mehr spiele. Andererseits gehe man nach wie vor von deutlich erhöhten Konsumprävalenzen aus: In Teilen der Rap-Szene für beide Substanzgruppen; in der Technoszene beschränkt auf die zunehmende Verbreitung von Benzodiazepinen

und (in Teilen) auf GBL¹¹. Klassischerweise beschränke sich der Benzodiazepin-Konsum in der Technoszene auf das „Runterkommen“ und die Alltagsbewältigung nach dem intensiven Einsatz aufputschender oder psychedelischer Substanzen.

Bei den Konsummotiven und der Entscheidung für den Konsum zeigten sich auch deutliche milieuspezifische Unterschiede: Während ein Teil der jungen Menschen ein sehr gutes Grundwissen zu Substanzrisiken zeige und eine individuelle Risikoabwägung betreibe, zeigten sich viele andere Konsumierende uniformiert über die Wirkungsrichtung der Substanzen, deren (zum Teil sehr unterschiedlicher) Wirkdauer, Mischkonsumrisiken etc. „Xannies“ (Alprazolam), Tilidin und Lean werden oft den „Partydrogen“ zugeordnet, obwohl sie sich in der Wirkrichtung und dem Risikoprofil deutlich von den üblicherweise so bezeichneten Substanzen (Amphetamine, MDMA etc.) unterscheiden. Abhängigkeitsrisiken seien oftmals kaum bekannt oder werden im Vergleich zu Heroin oder Meth-amphetamin (fälschlicherweise) als deutlich geringer eingeschätzt.

Exemplarisch berichtete eine Expertin der Drogenberatung über eine (weibliche) Jugendliche mit problematischen Cannabiskonsummustern, die sich der spezifischen Substanzrisiken von Opioiden nicht bewusst war: *„Also, ich hab’ jetzt ne 15-Jährige in Beratung wegen Cannabis und dann kam sie ganz stolz in die Beratung und hatte mit Cannabis aufgehört. Aber seit einer Woche nimmt sie Tramadol aus dem Schrank ihrer Mutter und war ganz schockiert, [...] dass das ein Problem sei.“* [Fokusgruppe 2, ab Min. 49:05]

Für die Generation der heutigen jungen Erwachsenen wird insgesamt eine höhere Verfügbarkeit psychoaktiver Substanzen konstatiert als dies in den Vorgängergenerationen der Fall war. Zum Teil wird ein enger Zusammenhang zwischen der gestiegenen Zahl der psychischen Belastungen (insbesondere Angststörungen) und einer höheren Attraktivität und Verbreitung von Benzodiazepinen angenommen (hohe Funktionalität). Dabei wird kritisch diskutiert, ob die im Zuge der Pandemie gestiegene Zahl von Angststörungen ein Fakt ist oder vor allem die Bereitschaft zunehme, diese zuzugeben und zu thematisieren. Geschlechter-/Genderunterschiede spielten selektiv nach Ansicht der Teilnehmenden ebenfalls eine bedeutende Rolle. So sei die Risikobereitschaft bei Jungen/Männern oft deutlich höher ausgeprägt. Nicht selten konsumierten diese auch hohe Dosierungen und gingen zu einem regelmäßigen Gebrauch über, obwohl ihnen Überdosierungs- und Abhängigkeitsrisiken durchaus bewusst seien. Im Gegensatz hierzu sei bei Mädchen bzw. -Frauen eher das Motiv der Selbstmedikation bei multiplen Problemlagen und die schnelle Entwicklung eines Abhängigkeitsmusters beobachtet worden.

4.5.4.4 Negative Folgen

Von den Teilnehmenden wurden insbesondere die hohen Abhängigkeitsrisiken in den Vordergrund gerückt, die vielen Konsumerfahrungen für eine längere Dauer ihres Konsums nicht bewusst gewesen seien.

¹¹ Hier ist anzumerken, dass der Konsum von GHB bzw. GBL zwar in der Online-Befragung in der Kategorie Benzodiazepine und ähnliche Substanzen abgefragt wurde, aber nicht im engeren Sinne Gegenstand der vorliegenden Untersuchung war.

Eine Expertin berichtete von einer Jugendlichen, die Entzugssymptome beim Absetzen von Benzodiazepinen für eine längere Zeit nicht mit dem Substanzkonsum in Verbindung gebracht hatte, bis sie in der Drogenberatungsstelle über Entzugssymptomatiken aufgeklärt wurde.

Mehrere Teilnehmende berichteten darüber, dass der Konsum einer ganzen Reihe von Jugendlichen an einer Schule bzw. in einer Peergroup erst dann thematisiert und in der Folge auch bearbeitet wurde, als bereits eine Reihe von Vorfällen zu Problemen geführt habe (Koordinationsstörungen und Blackouts während der Schulzeit, Ohnmachtsanfälle auf Partys und ähnliches). Zum Teil führten die Teilnehmenden dies auf Ahnungslosigkeit bzw. Unwissenheit von Eltern und Lehrkräften zurück, die den Konsum trotz deutlicher Hinweise oft erst spät erkennen würden.

Teilnehmende aus dem Setting Drogenberatung und -therapie berichteten zudem davon, dass die Pandemie die soziale Isolation einer Untergruppe von Menschen deutlich verstärkt habe. Bei wiederum einem Teil dieser Gruppe spiele der Benzodiazepinkonsum eine Rolle, indem er einerseits zu einer subjektiven Entlastung und einer Bewältigung der akuten Ängste beitrage, andererseits aber die Hürden nochmals erhöhe, sich in direkten Kontakt mit anderen zu begeben. Benzodiazepin Konsumierende "versteckten" sich geradezu zuhause und gingen kaum oder gar nicht mehr nach draußen. So sei es zum Teil schwer, Benzodiazepine gebrauchende Menschen, die Beratung zunächst telefonisch oder per Chat wahrnehmen bzw. mit den Einrichtungen zunächst telefonisch in Kontakt treten, zu einem Gespräch in der Beratungsstelle zu bewegen, das generell als effektiver erscheine.

4.5.5 Präventionsempfehlungen

4.5.5.1 Universelle Prävention – Ergebnisse aus den Fokusgruppen

In diesem Abschnitt geht es um Maßnahmen, die sich grundsätzlich an die allgemeine Bevölkerung richten, z.B. im Setting Schule oder durch massenmediale Informationsvermittlung.

Übereinstimmend sahen die Teilnehmenden ein hohes Aufklärungs- und Wissensdefizit in der allgemeinen Bevölkerung. Insbesondere in Bezug auf Jugendliche und junge Erwachsene sei hieraus ein Präventionsauftrag abzuleiten. Dabei seien die spezifischen und die besonders hohen Substanzrisiken beider Substanzgruppen herauszustellen und in jugendgerechten Formaten zu transportieren. Bislang stünden kaum jugendgerecht aufbereitete Informationsmaterialien zur Verfügung. Diese müssten für Jugendliche ansprechend gestaltet sein, kurz und bündig wichtigste Informationen enthalten und die Hauptrisiken hervorheben.

Die Präsenz von „Benzos“ und Opioiden in den Jugendkulturen und teilweise auch in der Alltagskultur bringe einen steigenden Austauschbedarf mit sich. Dabei sollten auch jüngere Jugendliche angesprochen werden.

Teilnehmende aus Party-Projekten berichteten von einem hohen Bedarf und guten Erfahrungen mit substanzorientierten Informations- und Reflexionsangeboten für volljährige Schülerinnen und Schüler. Hier herrsche auch besonders hoher Bedarf, da den meisten Jugendlichen das Thema Substanzkonsum/Sucht zuletzt in der achten oder neunten Jahrgangsstufe begegne, das Interesse an eigenen Konsumerfahrungen

und Konsumreflexion aber in der Oberstufe nochmals deutlich ansteige. Projektstage böten eine gute Gelegenheit, Grundwissen zu vermitteln, Konsumreflexion zu üben und auf relevante Informationsquellen zu verweisen.



Die [Berliner Fachstelle für Suchtprävention](#) hat ihre Postkarten-Serie um einen [Opioide-Flyer](#) erweitert, der schon auf der Frontseite die Nähe der Stoffe zu Heroin erwähnt, um das Risikobewusstsein derjenigen zu schärfen, die sich hierüber bislang nicht im Klaren sind. Die entsprechende [Postkarte zu Benzodiazepinen](#) adressiert auf der Frontseite deren hohes Abhängigkeitsrisiko. Zudem wurde anlässlich der Aktionswoche der Initiative gegen Medikamentenmissbrauch (s.u.) eine [Postkartenserie](#) aufgesetzt, die junge Menschen zur Reflexion bestärkt.

Abbildung 3: Flyer der Fachstelle für Suchtprävention Berlin

Die Teilnehmenden aus den Präventionsfachstellen merkten hierzu an, dass qualitativ hochwertige Projekte möglichst passgerecht an den Bedarfen der Jugendlichen orientiert geplant, mit einer klaren und realistischen Zielsetzung verbunden sein und substanz- und lebenskompetenzorientierte Themen verbinden müssten. Eine Expertin verwies hierbei auf sehr gute Erfahrungen mit Peer-Projekten an Schulen, die allerdings sehr ressourcenintensiv in der Umsetzung seien.

Textbox 2: Beispiele dafür, wie auf hohem fachlichen Niveau junge Menschen erreicht werden können

[Folge 3: Benzodiazepine](#) von [Psychoaktiv – Der Alkohol und Drogen Podcast](#) sowie [„Ecstasy, Benzos und G: Sind alle nur noch drauf?“](#) des Spotify-Podcasts [„Wissen Weekly“](#). Beide Kanäle erreichen durch ihre Präsenz in den Sozialen Medien (v.a. Instagram) eine hohe Zahl Jugendlicher und junger Erwachsener.

Die Teilnehmenden betonten, dass Jugendliche kaum überhaupt auf bestehende pädagogische Informationsportale zugegriffen. Der Zugang zu allen Informationen im Internet erfolge fast ausschließlich über die Sozialen Medien, nur selten per Suchmaschine. Nur um einen Zugang zu konkreten Beratungs- und Unterstützungsangeboten zu finden, griffen junge Menschen auch auf Suchmaschinen zurück. Die meisten Jugendlichen abonnierten bzw. folgten bestimmten Kanälen bzw. Profilen und würden hierüber auch auf

Themen wie Konsum und Konsumrisiken aufmerksam. Das Thema Psychische Gesundheit genieße unter vielen Jugendlichen große Aufmerksamkeit und könne ggf. als Türöffner auch für die Thematisierung der Konsumrisiken von Benzodiazepinen und Opioiden dienen. In etlichen Kanälen würden die Substanzgruppen auch bereits angesprochen (siehe Textbox 2), zudem erleichtere dies der Legalstatus der Substanzen. Mit illegalisierten Substanzen möchten diese hingegen deutlich weniger in Verbindung gebracht werden. Die Kürze der Beiträge in den Sozialen Medien und das fehlende Fachwissen der Profil- bzw. Kanalbetreiberinnen bzw. -betreiber führten allerdings auch zu Oberflächlichkeit und der Reproduktion von Falschbehauptungen oder unzulässigen Pauschalisierungen. Versuche, z.B. von Drogenberatungsstellen, mit eigenen Social-Media-Profilen mehr Jugendliche und junge Erwachsene für ihre Angebote zu interessieren, könnten hingegen nicht mit in der Altersspanne beliebten Angeboten konkurrieren.

Im Zusammenhang mit der medialen Aufklärung über die Substanzgruppen betonten einige Teilnehmende, wie wichtig es sei, dass die Substanzen nicht per se "verteufelt" und die Konsumierenden - auch, wenn sie die Substanzen nicht bestimmungsgerecht einnehmen - nicht stereotypisiert, pauschalisiert und damit stigmatisiert werden dürften. Dies mindere die intrinsische Motivation zur Konsumreflexion.

Etliche Präventionsstellen integrierten die Substanzen bereits in ihre Veranstaltungen, z.B. in Schule und Jugendarbeit. Der Schwerpunkt liege hierbei auf der Wissensvermittlung, der Sensibilisierung für spezifische Risiken und die Reflexion von Konsummotivation, Folgen des Konsums und möglichen Alternativen. Spezifische (interaktive) Methoden und Materialien, die dabei zum Einsatz kommen, waren den Teilnehmenden nicht bekannt.

4.5.5.2 Empfehlungen für die universelle Suchtprävention

Um die Sensibilität der allgemeinen Bevölkerung und insbesondere von jungen Menschen zu erhöhen, muss künftig das besondere Risikoprofil beider Substanzgruppen allgemein bekannter gemacht werden. Bausteine hierzu sollten beinhalten:

- Entwicklung einer **Medienstrategie**, die die dominante Stellung Sozialer Medien für Jugendliche berücksichtigt und die Bewerbung aller anderen Maßnahmen mit dem Einsatz Sozialer Medien in Verbindung bringt. Eine Rolle sollte dabei der „Social Norms“-Ansatz spielen, indem Jugendlichen vermittelt wird, dass nur eine eher kleine Minderheit überhaupt Sedativa ausprobiert.
- Eine auch auf der Distribution von Plakaten basierende Kampagne, die sich mit großer Breitenwirkung an die jüngere allgemeine Bevölkerung richtet, wird hingegen **nicht** empfohlen. Zum einen erscheint es kaum möglich, dabei auf differenzierte Konsummotive, Risikoprofile etc. einzugehen. Zum anderen scheint es unmöglich, dass eine Kampagne nicht den defizitorientierten Blick insbesondere auf Jugendliche, die bestimmte Substanzen konsumieren, verstärkt und damit zu einer (weiteren) Stigmatisierung beiträgt, die es jungen Menschen zusätzlich erschwert, in Austausch über ihren Konsum zu treten und Hilfe anzunehmen. Zudem besteht das Risiko, ein möglicherweise schon wieder rückläufiges Minderheitenthema bei Nicht-Konsumierenden populärer zu machen.

- Die Einbeziehung der Substanzgruppen in eine substanzübergreifende Safer-Use-Kampagne erscheint gut denkbar, wenn sie zur Aneignung von Wissen und Hinweisen zur Schadens- und Risikoreduktion beiträgt.
- Besonderes Augenmerk sollte bei allen Aktivitäten darauf liegen, **stigmasensibel** sowie Reflexionsfähigkeiten und **Kompetenzen stärkend** vorzugehen.
- Entwicklung altersspezifisch attraktiver **Aufklärungs- und Informationsmaterialien und -ressourcen** für Jugendliche ab einem Alter von etwa 14 Jahren bzw. ab der achten Klassenstufe. Konkrete Vorschläge hierzu beinhalten:
 - Die Adaptierung und Weiterentwicklung von **Informationskarten und -flyern** in Form von Kurzinformation, die gebündelt wichtigste Substanzwirkungen und -risiken betonen, zur Konsumreflexion anregen und auf konkrete Unterstützungsangebote verweisen.
 - Dabei ist darauf zu achten, dass die Adressatinnen bzw. Adressaten die **Namen** der entsprechenden **Markenprodukte** sowie übliche **Szenenamen** den Substanzgruppen “Benzodiazepine” bzw. “Opioide” überhaupt richtig zuordnen können. Dies könnte zumindest zum Teil auch dazu führen, junge Menschen für die besonderen Risiken des Konsums von “Straßenheroin” und die Vermischung mit den sog. Offenen Szenen zu sensibilisieren.
 - Die verbreiteten Informationen sollten unbedingt das hohe **Abhängigkeitsrisiko** (und dessen Folgen) und die besonders hohen Risiken von **Überdosierungen** herausstellen. Dabei sollte das nochmals deutlich erhöhte Risiko im Falle des **Mischkonsums** mit Alkohol und anderen Downern deutlich werden. Um Ressourcenorientierung und Selbstwirksamkeit zu vermitteln und sich von stereotypen Darstellungen abzugrenzen, die bei einem Teil der Risikokonsumierenden zu Reaktanz führen könnten, ist dabei sicherzustellen, dass fortgesetzter Konsum nicht als sich stets in eine Richtung entwickelnder, sich zwangsläufig immer weiter problematisierender Prozess verstanden werden muss.
 - Die Erweiterung des Portals drugcom.de um den Themenbereich Benzodiazepine. Die Plattform sollte Jugendlichen und jungen Erwachsenen insgesamt stärker bekannt gemacht werden. Geeignet hierzu erscheinen die Bewerbung der Plattform auf Social Media Plattformen und der deutliche Ausbau der Social-Media-Präsenz der Plattform. Voraussetzung hierfür sollte sein, die Plattform für Interessierte inhaltlich zugänglicher und attraktiver zu machen, etwa indem konkrete Handlungsoptionen zur Risiko- und Schadensminimierung aufgenommen werden, durch die Drugcom auch auf Social-Media-Plattformen gute Ergebnisse erzielt.
 - Fachliche Konzeptionierung, Anregung und Unterstützung für den Aufbau von **Social-Media-Kanälen**, die gezielt Jugendliche ansprechen, für diese attraktiv sind, über Sedativa informieren und für Konsumrisiken sensibilisieren. Einerseits könnten diese aus dem Bereich der Suchthilfe und -prävention entstehen. Effizienter erscheinen hingegen Medienpartnerschaften insbesondere mit Role Models in den Sozialen Medien, die für die Themen psychische Gesundheit / Mental Health stehen und eine hohe Reichweite erzielen. Diese sollten mit gezielten Kooperationen und durch inhaltliche sowie finanzielle Unterstützung gezielt gefördert werden. Die Verwertung

dieser Produktionen kann z.B. durch aktive Medienarbeit und Präsenz in geeigneten Jugendformaten sichergestellt werden, z.B. dem Content-Netzwerk "funk" von ARD und ZDF, das Inhalte für 14- bis 29-Jährige produziert.

- Entwicklung von **interaktiven Methoden**, die in den Schulunterricht integriert oder zur Gestaltung von Projekttagen und -wochen sowie in Jugendarbeit und in Ausbildungssettings angewendet werden können (ab etwa Klassenstufe 8 bzw. einem Alter von 14 Jahren). Einerseits kann dabei auf positive Erfahrungen mit Parcours-Formaten wie "[Klarsicht](#)" zurückgegriffen werden. Andererseits können Methoden wie die mediengestützte Suchtprävention von "[Rebound](#)" die Grundlage bilden. Die Adaption der erarbeiteten Module sollte niedrigschwellig Lehrkräften, in der Sozialen Arbeit Tätigen und weiteren Interessierten zur Verfügung gestellt werden, z.B. über die Plattform drugcom.de (s.o.). Die Module sollten auch für bereits bestehende oder noch entstehende Peer-Projekte einfach adaptier- und umsetzbar ausgearbeitet sein und Professionellen aus den Settings Schule und Jugendhilfe in Form von Schulungen vermittelt werden.

4.5.5.3 Selektive Prävention – Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Selektive Prävention bezieht sich auf Personen mit Konsumerfahrungen und Umfeldern mit erhöhten Risikofaktoren und Prävalenzen.

In den Einschätzungen der Teilnehmenden zu Konsummotiven und Konsummustern wurden erhebliche Geschlechter-/Genderunterschiede deutlich, so dass sich hieraus ein Auftrag für die Entwicklung geschlechter- und gendersensibler suchtpreventiver Strategien und Maßnahmen ergibt.

Da die Rap-Szene von den Teilnehmenden weiterhin als stilprägend für die Verbreitung insbesondere von Opioiden unter Jugendlichen gesehen wird (v.a. Tilidin, Codein und Lean) und eine deutlich erhöhte Konsumprävalenz auch für Benzodiazepine vorliegt, macht die Gruppe der Rap-affinen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine wichtige Dialoggruppe für die selektive Präventionsarbeit aus. Hier sind Präventionsmaßnahmen bislang nicht so etabliert wie etwa im Bereich der elektronischen Tanzmusik, so dass hier auch nach neuen Wegen der Präventionsarbeit abseits der typischen Vor-Ort-Information und -Beratung ("Drogen-Infostände") gesucht werden müsste.

In der Techno-Szene selbst sehen die Teilnehmenden einen generell hohen Aufklärungsbedarf, gleichzeitig eine hohe Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Verbreitung von Information und Konsumkompetenzen durch Betreiber und Personal, das für die Aufklärung v.a. über Benzodiazepine genutzt werden sollte. Hier seien Präventionsmaßnahmen wie Infostände inkl. der Ausgabe von Safer-Use-Materialien und Schulungen für Personal und Gäste durch sogenannte Partydrogenprojekte bereits etabliert. In den Metropolregionen seien diese häufig Teil gewachsener Strukturen, die in Kooperation mit der Drogenhilfe agierten und teilweise auch von dieser getragen würden. Durch die hohe Spezifität der Zielgruppe, die bestimmte Veranstaltungen besuche oder sich für diese interessiere, sowie durch Kooperationen mit Veranstaltern gelinge Partyprojekten die Verbreitung (auch) von zielgruppengerechten Substanzinformationen per Social Media in weitaus besserer Weise als dies z.B. für Drogenberatungsstellen der Fall sei. Die bisherigen Projekte seien in ihren Strukturen zu stärken und das Angebot weiter auszubauen.

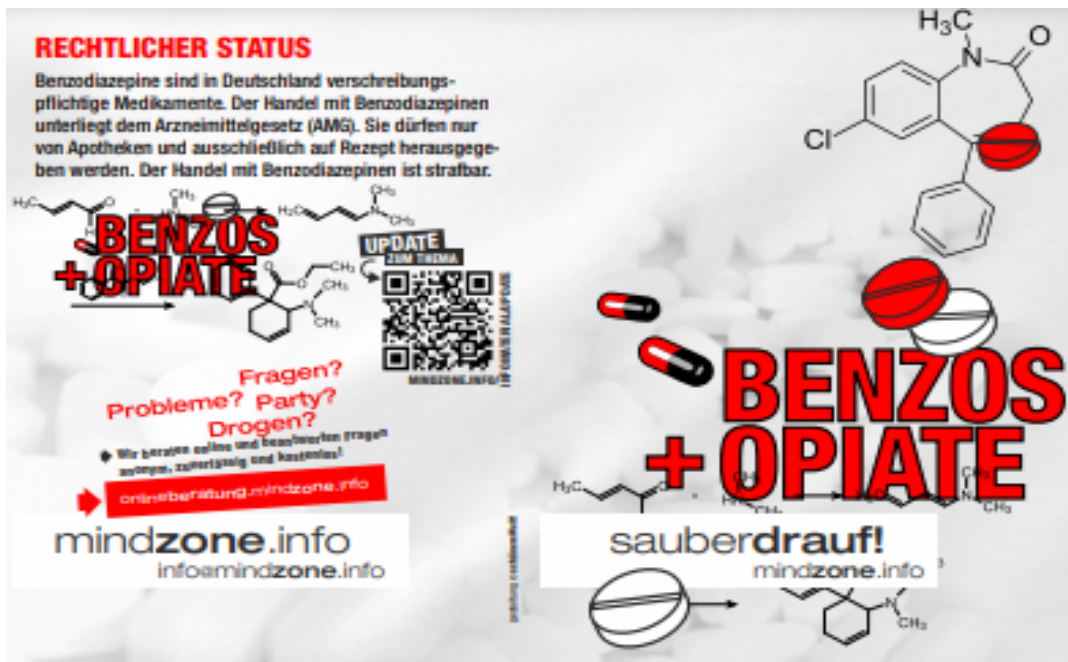


Abbildung 4: Beispiel für einen gelungenen Informationsflyer zu Sedativa (Mindzone, München)

Die Partydrogenprojekte berichteten von einer deutlich gestiegenen Nachfrage an Informations- und Beratungsanfragen - sowohl von Veranstaltern als auch von Gästen -, die mit einer steigenden Bereitschaft zur kritischen Reflexion insbesondere des Benzodiazepin-Konsums in der Szene einhergehe. Die Projekte selbst haben sich Grundwissen angeeignet und können inzwischen Grundinformationen vermitteln. Auch auf den Internetpräsenzen finden sich bei einigen Projekten (ebenso wie bei einigen Beratungsstellen) inzwischen solide Grundinformationen und Safer-Use-Hinweise. Gleichzeitig stelle auch hier die Vielzahl der Wirkstoffe und Markennamen sowie die hohe Komplexität des Themas vor Herausforderungen: Für das Party- und Festivalsetting geeignete Informationsmaterialien (Safer-Use-Flyer) stünden bislang noch nicht in gleicher Intensität zur Verfügung wie dies für klassische Partydrogen oder auch Alkohol und GBL der Fall sei. Gründe hierfür seien die Vielzahl der unterschiedlichen Substanzen und jeweils unterschiedliche Wirk- und Risikoprofile, welche die Projekte vor erhebliche Schwierigkeiten stellten, stets evidenzbasierte Informationen ausgeben zu können. Hervorgehoben wurde der Flyer zu Benzodiazepinen und Opioiden des Projekts Mindzone der Caritas München e.V., der generell als sehr gelungen, aber gleichzeitig auch als sehr umfangreich und textlastig und daher nur für einen Teil des Partypublikums geeignet erscheint. Ein Teil der jungen Menschen, die sich im Partysetting bewegen, schätze hingegen die detaillierte Darstellung und gebe positives Feedback. Verschiedene weitere Partyprojekte greifen bereits auf die Mindzone-Flyer als Referenz zurück. Als große Herausforderung für die Entwicklung von Materialien für spezifische jugend- bzw. musikkulturelle Szenen erscheint die zielgruppengerechte Gestaltung in Verbindung mit den sehr divergierenden Nachfragen. Besonders an Detailinformationen Interessierte verweisen die Projekte weniger an plakative Seiten wie Drugcom, sondern eher an Portale wie psychonautwiki.org.

Textbox 3: Sogenannte **Partydrogenprojekte** (auch „Safer-Nightlife-Projekte“) zur Gesundheitsförderung und Schadensminimierung im Club- und Partysetting entwickelten sich in Europa seit den 1990er Jahren. Von den derzeit ca. 20 staatlicherseits geförderten Projekten sind etwa ein Dutzend auch im [SONICS - Bundesverband für Safer Nightlife](#) organisiert.

Ein wichtiger Auftrag für die Prävention im Partysetting liege darin zu prüfen, ob und wie “Partydrogenprojekte” auch in die Rap-Szene hineinwirken und/oder Methoden von zusätzlichen Projekten adaptierbar sind. Bisherige Versuche, Vor-Ort-Beratung auch auf Rap-Veranstaltungen anzubieten, erzeugten bislang jedoch nicht die gleiche Resonanz wie die im Techno-Bereich. Dies hänge vermutlich damit zusammen, dass in der Rap-Szene generell weniger über Substanzkonsum gesprochen werde. Zudem fehlten Personen in den Projekten, die als Rap-Party-Peers auch aus Selbstinteresse passgerechte, attraktive Angebote entwickelten.

Die Teilnehmenden waren sich darin einig, dass jede Art von Angebotsgestaltung in Ausgehscenen sowohl bedürfnis- als auch kompetenzgerecht (z.B. Vorwissen und Lesegewohnheiten der Adressierten beachtend) und szenekompatibel ausgerichtet sein muss (z.B. Flyer-Design, Einbeziehung von Szene-Peers etc.). Auch hier gelte es, stigmasensibel zu sein und nicht in unangemessener Weise Zuschreibungen und Stereotype zu reproduzieren.

Abgesehen von den Musikszenen wird für bestimmte Milieus und Sozialräume eine höhere Prävalenz und ein weitergehender Aufklärungs- und Informationsbedarf konstatiert. In einigen migrantischen Milieus, insbesondere solchen mit muslimischem Hintergrund, wird ein höheres Informationsdefizit über die Substanzrisiken vermutet. Alle Befragten betonten jedoch, dass es schwer sei, klare Aussagen darüber zu treffen, ob Jugendliche in bestimmten Milieus und aus bestimmten sozialen Schichten eher zu einem erhöhten Konsum neigten. Einige betonten, dass man durch eine Fokussierung z.B. auf Jugendliche mit Migrationshintergrund deren Stigmatisierung Vorschub leisten könnte. Andererseits wurde geäußert, dass es wichtig sei, auch soziallagenbezogene Prävention zu entwickeln, da ein besonderes Informationsdefizit bei bildungs- und einkommensschwachen Schichten anzunehmen sei.

4.5.5.4 Empfehlungen für selektive Suchtprävention

- Adaption und Verfügbarkeit geeigneter Informationsmaterialien und -quellen über zusammenfassende Broschüren hinaus, die sich an Konsument*innen richtet.
 - Die (Online- und Print-) Materialien sollten vorrangig auf die besonderen Mischkonsum- und Abhängigkeitsrisiken sowie die hohen Risiken einer Überdosierung mit Opioiden eingehen. Bezüglich letzterem ist es denkbar, die Schweizer Internetpräsenz [Combi-Checker](#) sowie die [Mischkonsumtabelle des Berliner Partyprojekts SONAR](#) weiter zu entwickeln bzw. zu adaptieren und verfügbar zu machen.
 - Die Distribution sollte vorrangig an Präventionsfachstellen und Beratungsstellen erfolgen.

- Im Rahmen der digitalen Sozialarbeit („Digitales Streetwork“) Nutzung von Diskussionssträngen („Sammelthreads“) in einschlägigen Internetforen zur Adressierung konsumaffiner Sedativa-Gebraucherinnen und -Gebraucher, um diese auf geeignete, evidenzbasierte Informationsressourcen, Strategien und Tipps zur Risiko- und Schadensminimierung sowie Hilfsangebote hinzuweisen.
- Entwicklung von Angeboten im Bereich der Musikkulturen, insbesondere im Hinblick auf Rap-Szenen.
 - Qualifizierung und Profilierung der bereits etablierten Partyprojekte in Bezug auf Benzodiazepine und Opioide.
 - Entwicklung geeigneter Strategien und Angebote, um insbesondere in die Rap-Szene zu wirken.
 - Entwicklung von Schulungsmaterial zur Aneignung von Substanzwirkungen und Risiken beider Substanzgruppen. Durchführung kostenfreier Schulungen für Veranstalter und Personal.
 - Etablierung von Peer-Projekten auch im Bereich Rap (in Kooperation mit musikalisch und organisatorisch Aktiven), ggf. auch Ausweitung des Arbeitsfelds bereits bestehender Peer-Projekte. Entwicklung von Internetpräsenzen und Nutzung von Social Media.
 - Nutzung von Rappern bzw. Rapperinnen sowie anderer Personen aus der Szene als Multiplikatoren.
- Entwicklung von soziallagen- und sozialräumlichen Angeboten, z.B.
 - in einkommensschwachen / bildungsfernen Milieus, angegliedert an bereits fest etablierte Strukturen (z.B. Jugendzentren und Suchthilfeeinrichtungen),
 - kulturspezifisch attraktive, (nach Bedarf) mehrsprachige Materialien und niedrigschwellige Vor-Ort-Angebote.
- Einbeziehung von Geschlechter- und Genderaspekten, insbesondere bzgl. der Konsummotivationen, bei der Entwicklung aller Strategien und Maßnahmen.
- Stigmasensibilität bei der Entwicklung, z.B. durch die Reflexion von Milieu-, Szene- und Genderstereotypen.

4.5.5.5 Indizierte Prävention / Frühintervention -- Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Indizierte Prävention bezieht sich auf Risikokonsumierende und besonders belastete Populationen. In dieser Kategorie werden auch Konzepte zur Frühintervention thematisiert – dabei erhalten junge Menschen, die mit Substanzkonsum auffällig wurden, eine erste Beratung.

In Bezug auf bereits regelmäßig konsumierende bzw. abhängige junge Menschen nahmen die Teilnehmenden in der Mehrheit einen deutlichen Zusammenhang mit der generellen Zunahme der Thematisierung von sozialen Ängsten und anderen psychischen Belastungen wahr, die im Zuge der Pandemie nochmals deutlich zugenommen hätten - und wahrscheinlich auch einen großen Einfluss auf die Zunahme des Konsums hatten. Generell sei damit auch die gesellschaftliche Bereitschaft gestiegen, über psychische Belastungen zu sprechen und Informationen darüber im Internet zu finden. Dies stelle auch eine gute Chance für Präventionsprojekte und Beratungsstellen dar, mehr Menschen mit Risiko-Substanzkonsum

zu erreichen und Risiken des Substanzkonsums dialogischer zu bearbeiten. Da Benzodiazepine und Opioide auch regelmäßiger in Präventionsveranstaltungen thematisiert würden, trügen diese ihrerseits dazu bei, junge Konsumierende in entsprechende Beratungsangebote zu lotsen.

Die hohe Verbreitung des Konsums verschiedener Substanzen habe beim Berliner HaLT-Projekt dazu geführt, dass nunmehr nicht mehr (wie an anderen HaLT-Standorten nach wie vor üblich) alleine eine Alkoholintoxikation Jugendlicher Grund für ein aufsuchendes Beratungsgespräch (meist in der Klinik) sei, sondern auch die (alleinige) Intoxikation z.B. mit Benzodiazepinen oder Opioiden.

Viele Drogen- und Suchtberatungsstellen hätten in der vergangenen Dekade ihr Angebot und ihr Grundwissen über eine Reihe psychoaktiver Substanzen deutlich erweitert (z.B. Cannabis, MDMA/Ecstasy, Amphetamin/Speed, Kokain), so dass sie heute besser in der Lage seien, zielgruppengerecht zu beraten. Dies treffe aber bislang nicht in der gleichen Weise auf Benzodiazepine und Opioide zu, so dass viele Beratungsstellen sich (noch) nicht in der Lage sähen, adäquat zum Thema zu beraten.

Mehrfach wurde hier angemerkt, dass die Eltern der Jugendlichen Erkennungsmerkmale bei den Jugendlichen nicht wahrnehmen und dass sich die aus den Äußerungen der Jugendlichen abgeleitete Verschreibungspraxis der Ärztinnen bzw. Ärzte für Mitarbeitende der Drogenberatung nicht erschließe (z.B. Verschreibung erheblicher Mengen über einen langen Zeitraum, obwohl den Jugendlichen die Alltagsbewältigung auch ohne Medikation durchaus zugetraut wird).

4.5.5.6 Empfehlungen für die indizierte Suchtprävention

- Qualifizierung der Drogen-/Suchtberatung:
 - Manual und “Booster“-Programm für Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe, so dass die Drogenberatungen über ausreichende Kompetenzen auch bezüglich Benzodiazepinen und Opioiden verfügen. Neben der Vermittlung von spezifischen Substanzinformationen und dem engen Zusammenhang zwischen besonderen psychischen Belastungen und der Funktionalität von Sedativa sollte das Manual auch auf die Thematisierung ggf. ansonsten unerkannt bleibenden Konsums und die besonderen Anforderungen in der Vermittlung von Opioiden und Benzodiazepinen Konsumierenden eingehen. Hier können insbesondere auf den Umgang mit Medikamenten spezialisierte Beratungsstellen Partner sein, die bereits über spezielles Wissen und eingehende Erfahrungen im Umgang verfügen.
 - Entwicklung einer Web-Ressource für Fachkräfte aus Suchtprävention, Drogenberatung und weiterer Sozialer Arbeit, die ihnen und ihren Dialoggruppen ausgewählte, dezidierte Fachinformation vermittelt (ggf. analog zu psychonautwiki.org).
 - Qualifizierung der Beratungsstellen im Sinne eines möglichst niedrigschwelligen Zugangs zu jüngeren Personen mit Substanzproblemen. Dabei sollten auch Kompetenzen vermittelt werden, um z.B. im Zuge einer Chat- oder Telefonberatung auf besondere Belastungen und Bedürfnisse von Benzodiazepinen und Opioiden Gebrauchenden einzugehen und Hemmschwellen für einen persönlichen Besuch zu senken.

- Bedarfsorientierte Öffnung der Präventionsaktivitäten im Bereich der Frühintervention: Qualifizierung des ehemals von Bund angestoßenen Programms HaLT (Hart am Limit) für Benzodiazepin- und Opioid-Intoxikationen.
- Ggf. Entwicklung von Angeboten für spezifische, besonders belastete Gruppen, z.B. geistig behinderte Menschen und Kinder aus suchtbelasteten Familien.
- Auch im Bereich der indizierten Prävention sollte ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, alle Maßnahmen stigmasensibel und Ressourcen stärkend zu planen und umzusetzen.

4.5.5.7 Strukturelle Prävention – Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Strukturelle Prävention betrifft Ressourcen und Qualität von Prävention inkl. Multiplikatoren-Arbeit (insbesondere aus Sozialer Arbeit und Schule) sowie Eltern-/Angehörigen-Arbeit (inklusive Familienberatung).

Die Teilnehmenden waren sich einig, dass eine deutliche Verbesserung des Informationsstands, der Risikoreflexion und der Konsumkompetenz nur mit einer guten Grundausstattung der Präventionsstrukturen und -angebote zu erreichen sei. Spezifische Suchtprävention sollte an bestehende Strukturen andocken und eine Breitenwirkung insbesondere in die Netzwerke der Suchtpräventions- und Suchtberatungsstellen entfalten.

Ein Experte entwickelt seit mehreren Jahren die Berliner Awareness-Woche Medikamente weiter, die den verantwortungsvollen Gebrauch von verschreibungsfähigen Medikamenten stärkt. Dabei wurden unter anderem 2022 von acht Berliner Bezirken über 1000 Berliner Arztpraxen angeschrieben, um auf die auch außerhalb der ärztlichen Verschreibungspraxis zunehmende Verbreitung beider Substanzgruppen hinzuweisen und die Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Ein Forderungskatalog der Initiative sah außerdem bereits 2014 vor, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker zum Thema besser fortzubilden seien, dass die Krankenkassen Arztpraxen anschreiben, „...deren Indikationsstellung und/oder Dosierungsverhalten in Bezug auf die Verordnung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial nicht plausibel ist“ sowie bei „abhängigkeitserzeugenden Schmerzmitteln“ ein standardisierter Hinweis auf der Verpackung auf das Abhängigkeitspotenzial hinweisen sollte (vgl. Forderungskatalog der Berliner Initiative von 2014).

In verschiedenen Berliner Gremien werden Kooperationen der Suchtprävention und -hilfe mit Arztpraxen und Apotheken für sehr dringend gehalten, um Konsumierende besser über Abhängigkeitsrisiken aufzuklären. Blind-Anschreiben oder Aussendungen von Informationsmaterialien an Praxen oder Apotheken ergäben dabei kaum Rücklauf oder Rückmeldungen. Einzelne Apothekerinnen und Ärzte seien jedoch über einen persönlichen Kontakt gut zu erreichen und sehr aufgeschlossen. Auch über kooperierende Praxen und Apotheken würden bislang aber kaum Personen mit Medikamentenabhängigkeit in die Beratungsstellen vermittelt. Vor-Ort-Beratungsangebote (z.B. in Apotheken) hätten sich als nicht effizient erwiesen und seien aufgrund des hohen Ressourceneinsatzes bei gleichzeitiger Personalknappheit in den Beratungsangeboten nicht regelhaft umsetzbar.

Eine Expertin berichtete davon, dass eine Förderung durch den zuständigen Berliner Bezirk ermögliche, dass Lehrkräfte und sozialpädagogische Fachkräfte im Rahmen eines Fortbildungstags mit Hilfe interaktiver Methoden über Konsumtrends informiert werden, sich ein Grundwissen zu Substanzwirkungen und -risiken aneignen, die Konsummotivationen Jugendlicher erschließen und Präventionsansätze und -methoden adaptierten. Dabei werde klar, dass auch viele sozialpädagogische Fachkräfte über ein nur geringes Maß an Wissen zu den Substanzgruppen verfügten und bislang Falschinformationen verbreiteten. Durch den interdisziplinären, über verschiedene Institutionen und Settings wirkenden Ansatz und die Konzentrierung auf einen Bezirk werde zwar nur ein kleinerer Teil der Zielgruppe tatsächlich erreicht, doch ergäben sich interessante Synergieeffekte für die Präventionsarbeit im Ganzen.

Nach Ansicht aller Teilnehmenden werden vor allem dann gute Effekte in der Prävention erzielt, wenn es gelinge, eine Dynamik in einem gemeinsamen Handeln unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure zu entfalten. Allgemein wurde eingeschätzt, dass hierfür die Zeit günstig sei, da in den letzten Jahren eine größere Sensibilität für die Substanzrisiken und eine hohe Bereitschaft zur Wissensaneignung über die Substanzgruppen entstanden sei.

4.5.5.8 Empfehlungen für die strukturelle Suchtprävention

- Stärkung lokaler und regionaler Netzwerke und Strukturen:
 - Stärkung insbesondere der Strukturen für Suchtprävention und Frühintervention sowie der niedrigschwelligen Beratung.
 - Nachhaltig implementierte, interdisziplinäre kommunale und regionale Initiativen und Netzwerke zur Sensibilisierung für die besonderen Konsumrisiken von Benzodiazepinen und Opioiden in der Zusammenarbeit mindestens von Suchtprävention und -hilfe sowie Arztpraxen und Apotheken.
- Stärkung bundesweiter Netzwerke und Strukturen:
 - Aufbau und stetige Förderung einer bundesweit zuständigen, unabhängigen Stelle zum Monitoring und zur Aufbereitung und Bündelung von Fachinformationen in freier Trägerschaft (z.B. analog zu [Infodrog](#) in der Schweiz).
 - Einrichtung einer nationalen, verbändeübergreifenden Fachgruppe in Koordination des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung der Suchthilfeverbände, von Bundesärztekammer, Bundesapothekerkammer, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und weiteren Akteurinnen bzw. Akteuren.
- Systematische Entwicklung und Qualifizierung der Netzwerke und Fachgruppen, um gemeinsam Handlungsoptionen und Aktionen zu entwickeln.
- Bessere Erkennbarkeit und Hervorheben der Abhängigkeitsrisiken von Benzodiazepinen und Opioiden durch standardisierte, leicht erkennbare und verständliche Aufdrucke auf Produktverpackungen und Packungsbeilagen. Ergänzung der Packungsbeilagen durch eine leicht ins Auge fallende, in einfacher Sprache gehaltene Kurzversion der wichtigsten Risiken.

5. Gender Mainstreaming-Aspekte

Was den Projektverlauf betrifft, so ist zunächst zu erwähnen, dass BOJE hauptverantwortlich von den beiden männlichen Mitarbeitern des CDR an der Frankfurter Goethe-Universität durchgeführt wurde, ein wesentlicher Teil der qualitativen Erhebungs- und Analysetätigkeit aber von einer weiblichen studentischen Mitarbeiterin durchgeführt wurde. Bei der Ansprache der potenziell zu Befragenden für die Onlinebefragung wie auch für die qualitativen Interviews wurde (wie im Übrigen bei allen Veröffentlichungen und Arbeitspapieren) auf eine geschlechtersensible Sprache geachtet, um auch weibliche Personen angemessen anzusprechen und zu motivieren.

Generell zeigt die Erfahrung, dass gerade beim regelmäßigen Konsum psychoaktiver Substanzen männliche Personen üblicherweise in der Mehrheit sind, was umso mehr für Online-Erhebungen gilt, in denen es teils ein sehr starkes Übergewicht männlicher Teilnehmer gibt (als Beispiel sei hier Wersé & Kamphausen 2021 genannt). Daher ist es als Erfolg zu werten, dass immerhin 20% der Online-Stichprobe weiblich und 2% divers sind; in der qualitativen Stichprobe ist mit 5 von 15 Personen genau ein Drittel weiblich.

In Abschnitt 4.1.4 ist eine detaillierte Auswertung der Daten der Onlinebefragung nach Geschlecht nachzulesen, für die im Folgenden einige wichtige Resultate in Kurzform wiedergegeben sind: Die Frauen/Mädchen in der Stichprobe sind im Schnitt etwas gebildeter und wohnen häufiger in der Großstadt als männliche Teilnehmer. Es ist davon auszugehen, dass die weiblichen Teilnehmerinnen häufiger in ‚Party-Drogenszenen‘ zu verorten sind als die Teilnehmer: sie weisen höhere Prävalenzraten für typische ‚Partydrogen‘ und eine stärkere Vorliebe für Techno und ähnliche elektronische Musik auf und konsumieren Benzodiazepine deutlich häufiger, um von anderen Drogen „runterzukommen“. Beim Konsum von Sedativa gibt es hingegen kaum Geschlechterunterschiede innerhalb der Stichprobe; lediglich die (zumeist) codeinhaltige Mischung Lean wird häufiger von Männern probiert bzw. aktuell konsumiert. Für Männer ist zudem eine etwas stärkere Beeinflussung popkultureller Vorbilder bezüglich ihres Drogenkonsums zu beobachten. Ansonsten gibt es bei vielen Fragen bemerkenswert ähnliche Werte von weiblichen und männlichen Teilnehmenden; wenn signifikante Unterschiede auftreten, fallen diese oft eher gering aus.

Bei den mittels qualitativer Interviews Befragten gehen viele von einem Übergewicht männlicher Personen zumindest für regelmäßigen Konsum aus (siehe 4.2.2.8). Auch hier scheint sich die geringere Relevanz der Thematisierung von Sedativa in Raptexten für Konsumentinnen zu bestätigen. Bei den Gründen für regelmäßigen oder gar häufigen Gebrauch deutet sich an, dass diese weitgehend unabhängig vom Geschlecht überwiegend mit vorher bestehenden psychischen Problematiken zusammenhängen.

Die These der Überrepräsentation von Männern bzw. Jungen bei regelmäßigem Konsum lässt sich mit den Repräsentativdaten aus der Frankfurter MoSyD-Erhebung (4.4.2) nicht bestätigen, da die Fallzahlen bereits für die 30-Tages-Prävalenz so gering sind (und auch nur aus zwei Jahren valide Ergebnisse für Konsum in den letzten 30 Tagen vorliegen), dass Geschlechtervergleiche nicht sinnvoll sind. Konsumerfahrung liegt insbesondere bei Opioiden in der Tendenz bei männlichen Befragten höher. Insofern zeichnet sich auch hier ein Geschlechterungleichgewicht beim Konsum von Opioiden und Benzodiazepinen in der vermuteten Richtung ab.

Schließlich wurde die Kategorie Geschlecht auch bei den Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten zum Thema Prävention (4.5.) berücksichtigt. Unter den Teilnehmenden waren Frauen knapp in der Mehrheit. Die Beteiligten berichteten u.a. über unterschiedliche Erfahrungen mit männlichen und weiblichen Personen in der Beratung, u.a. was Unterschiede in der Risikobereitschaft betrifft. Da aber abgesehen davon, dass auch hier bei problematischem Konsum eine generelle Überrepräsentation von Männern konstatiert wurde, keine auffälligen genderbezogenen Unterschiede bei Gefährdungen festgestellt wurden, beschränken sich die entsprechenden Empfehlungen für die Prävention darauf, dass auf allen Ebenen der Prävention generell stigmasensibel, auch gendersensibel, vorgegangen werden sollte.

6 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Mit diesem Projekt konnte eine Vielzahl von Ergebnissen ermittelt werden. Dabei sei zunächst auf die Diskussionsteile in den entsprechenden Ergebnisabschnitten verwiesen, die im Folgenden nochmals zusammengefasst wiedergegeben sind.

In der Onlinebefragung (siehe 4.1.4) deuten die Resultate aus einer drogenaffinen jungen Zielgruppe bei allen Einschränkungen aufgrund der Selektivität der Stichprobe darauf hin, dass Benzodiazepine und Opioide – und zwar etwa gleichermaßen – eine nennenswerte Verbreitung aufweisen. Dabei sind mit Alprazolam, Tilidin und Codein diejenigen Substanzen am stärksten verbreitet, die auch an stärksten in popkulturellen Zusammenhängen (v.a. in der Rap-Szene) thematisiert werden. Popkulturelle Zusammenhänge spielen auch für beachtliche Anteile der Konsumerfahrungen eine Rolle für Motivation zum Probieren wie auch die soziokulturelle Rahmung des Gebrauchs. Für generelle Konsummotive sind indes popkulturelle wie auch soziale Aspekte nur von untergeordneter Bedeutung; neben Wahrnehmungsveränderungen und Genießen der Wirkungen sind es auffällig oft funktionale Aspekte bis hin zu (versuchter) Selbstmedikation bei psychischen Problemen, die hier im Vordergrund stehen. Bei den Befragten handelt es sich um eine Population weitgehend jenseits ‚klassischer‘ urbaner Drogenszenen: Zwar geben erhebliche Anteile Kontakte zu solchen Umfeldern an, aber Konsumpraktiken und sonstige Faktoren unterscheiden sich erheblich. Überschneidungen mit (Techno-) Partyszenen sind indes häufig, zumal nicht wenige Benzodiazepine u.a. als „Notfallmedikament“ nach dem Konsum von ‚Partydrogen‘ verwenden.

Viele dieser Befunde bestätigen sich in der qualitativen Erhebung (4.2.3), weshalb diese wesentlichen Resultate, etwa zur Verbreitung unterschiedlicher Stoffe oder auch popkultureller Rahmung an dieser Stelle nicht nochmals wiedergegeben werden. Etwas deutlicher wurde hier aber noch die Überschneidung jugendkultureller Bezugfelder sowie teilweise auch die Beliebtheit von jugendkulturellen Zuschreibungen, insbesondere in einer Population, die in erster Linie durch ihre generelle Affinität zu psychoaktiven Substanzen geprägt ist. Für regelmäßigen oder problematischen Konsum von Sedativa spielen soziale und kulturelle Hintergründe ohnehin praktisch keine Rolle, sondern in aller Regel zuvor bestehende psychische Störungen, für die der Substanzgebrauch einen Bearbeitungsversuch darstellt.

Aus der Forenanalyse lässt sich – in Kombination mit entsprechenden Resultaten aus der Onlinebefragung – in erster Linie die Schlussfolgerung ziehen, dass themenspezifische Online-Foren eine gute Quelle

für Hinweise zur Schadensminimierung sein können – allerdings vor allem für Personen, die ohnehin dazu neigen, sich umfassend über Substanzen zu informieren.

Aus der repräsentativen Schulbefragung lässt sich schließen, dass sich – wie von Expertinnen und Experten vermutet – die Verbreitung der projektrelevanten Drogenarten tatsächlich seit Mitte der 2010er Jahre unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen erhöht hat, und zwar bei Opioiden etwas früher und auch stärker als bei Benzodiazepinen. Die Lebenszeiterfahrung hat sich allerdings von sehr geringen Anteilen auf jeweils einige Prozentpunkte bei beiden Wirkstoffklassen erhöht; regelmäßiger Gebrauch ist mit den verfügbaren Zahlen kaum messbar. Die Substanzen werden auffällig häufig durch eigene Verschreibungen, Bekannte oder Verwandte (z.B. Großeltern) mit Rezept erworben oder auch unbemerkt entwendet. Schließlich seien an dieser Stelle nur kurz die umfangreichen Präventionsempfehlungen angesprochen, die für verschiedene Ebenen der Prävention und Schadensminimierung auf Basis von Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten erarbeitet wurden.

Insgesamt deutet sich auf Basis der Forschungsergebnisse an, dass Prävention und Hilfsangebote für „traditionelle“ Personen mit Opioidkonsum nicht zielgerichtet genug für die hier untersuchte Zielgruppe sind; stattdessen sollten eigene Angebote gefördert und teils auch neu eingerichtet werden. Dabei gilt es zu betonen, dass die meisten der im Rahmen von BOJE Befragten entweder nur experimentelle oder gelegentliche Konsummuster entwickelt haben oder ohne externe Hilfe häufigere Konsummuster wieder reduzieren konnte. Dennoch ist die Zielgruppe junger Personen, die Hilfe aufgrund von Sedativakonsum benötigen, sicherlich mit dem generellen Anstieg angewachsen. Deutlich wurde bei unserer Untersuchung aber der weit überwiegende Zusammenhang mit psychischen Problemlagen, für die zuweilen ein gezielter Einsatz von Medikamenten durchaus sinnvoll sein kann. Daher sollten Drogenhilfe, Psychotherapie und Medizin bei entsprechenden Fällen eng zusammenarbeiten, um sinnvolle Behandlungsformen auszuhandeln.

Im Folgenden sind, basierend auf Tabelle 1, die angestrebten Ziele und Informationen dazu, inwiefern diese erreicht wurden, angeführt.

Tabelle 25: Projektziele und deren Erreichung

Übergeordnete(s) Ziel(e)	Zielerreichung
Erkenntnisse zu Verbreitung, Bezugsquellen und Konsummotiven bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Benzodiazepine und/oder medizinische Opioide konsumieren	Stichprobe in der quantitativen Erhebung; zwar konnten mit 1148 weniger Konsumerfahrene aus der relevanten Altersgruppe erreicht werden als erwartet; dafür hatte mehr als die Hälfte (628) auch Erfahrungen mit Benzodiazepinen bzw. Opioiden. Zusätzlich liefert die MoSyD-Sekundäranalyse weitere Erkenntnisse, v.a. zur tatsächlichen Verbreitung der Substanzen.
Exemplarische Erkenntnisse zu Zusammenhängen von Konsum, sozialer Lage und (jugend-)kulturellen Identitätskonstruktionen	Qualitative Interviews: hier wurde die angestrebte Mindestanzahl von 10 deutlich übertroffen (15); demgegenüber wurde statt fünf nur eine Analyse von Forenthreads durchgeführt. Die qualitativen Interviews lieferten wesentliche Erkenntnisse zu den angestrebten Zusammenhängen.
Fundierte Empfehlungen zur Prävention	Handlungsempfehlungen und Schulungsmaterial für Präventionsfachkräfte (Präsentation) wurden erstellt und erprobt.
Teilziele	Zielerreichung
Erkenntnisse zu Verbreitung und Konsummustern der Substanzen	Durch die hohe Anzahl der Befragten mit Sedativaerfahrung konnten detaillierte Resultate zu Konsummustern ermittelt werden, die zusätzliche Sekundärauswertung ergab wichtige Erkenntnisse zur Verbreitung inklusive Trendentwicklung.
Erkenntnisse zur regionalen Verteilung bzw. Stadt-Land-Verteilung	Angaben zu Wohnorten und Bundesländern im quantitativen Datensatz deuten auf ein nur leichtes Übergewicht urbaner Regionen hin
Erkenntnisse zu soziodemographischen Schwerpunkten des Konsums	Angaben zu Alter und Bildung aus dem quantitativen Datensatz, Erkenntnisse aus Interviews und Forenthreads sowie Sekundärerhebung deuten auf tendenziell bildungsbürgerlichen Hintergrund vieler Konsumerfahrener hin; Migrationshintergrund ist eher unterrepräsentiert.

Erkenntnisse zu Motiven für den Konsum	Es gab einen Schwerpunkt im Hinblick auf Motivlagen, inklusive jugendkultureller Einbettung, in der Onlinebefragung und qualitativen Interviews; hierzu konnten zahlreiche Erkenntnisse gewonnen werden.
Erkenntnisse zu Konsumrisiken und deren Wahrnehmung	Sowohl in der quantitativen Befragung als auch Interviews wurde umfangreich über Risiken berichtet – zumeist betraf dies akute Risiken, u.a. bei Mischkonsum.
Bewertung der Ergebnisse zur Entwicklung von Präventionsempfehlungen	Hierfür fanden zwei digitale Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten zur Diskussion und Verwertung der Resultate statt mit insgesamt mehr Teilnehmenden als geplant (9 Personen).
Empfehlungen zur universellen Prävention	Umfangreiche Vorschläge für entsprechende Passagen in Materialien zur Prävention (Factsheet, online & auf Papier), Identifikation von beispielhaften Flyern für Jugendliche.
Empfehlungen zur selektiven und indizierten Prävention bei vulnerablen und bereits konsumierenden jungen Menschen	Vorschläge für entsprechende Passagen in Materialien zur Prävention und Harm Reduction (Factsheet, online & auf Papier).
Schulung zur Prävention von Opioid- und Benzodiazepinkonsum bei jungen Menschen	Präsentationen (Online- und Vor-Ort-Termine) und Factsheet zur Schulung relevanter Fachkräfte.

7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Zwischenergebnisse der Resultate wurden bereits von der Presse erfragt und zum Teil in Artikeln berücksichtigt (siehe z.B. SZ 2023). Ansonsten wurden Resultate der Studie bislang auf der Jahreskonferenz der European Society for Social Drug Research in Kopenhagen 2023 vorgestellt. Eingereicht ist ein Vorschlag für eine Präsentation auf der Konferenz der International Society for the Study of Drug Policy in Montreal 2024 (auf der 2023er Konferenz in Leuven/Belgien sollten bereits Zwischenergebnisse präsentiert werden, was aber kurzfristig abgesagt werden musste). Angenommen ist eine Präsentation auf dem Sucht-Kongress des Fachverbands Drogen- und Suchthilfe e.V. im April 2024, ebenso wie ein dreistündiger Workshop auf den Suchttherapietagen Hamburg 2024 sowie ein Vortrag bei der Fachstelle Prävention in Gelnhausen (jeweils im Juni 2024) und ein Vortrag für Präventionsfachkräfte in Wendlingen bei Stuttgart. Fest eingeplant ist eine Pressevorstellung der wichtigsten Ergebnisse nach Veröffentlichung dieses Berichtes; hierfür gibt es Absprachen mit der Pressestelle der Goethe-Universität. Es wird von einem hohen Presseinteresse ausgegangen. Ebenfalls fest eingeplant ist ein internationaler Artikel, voraussichtlich im International Journal of Drug Policy, sowie ein deutschsprachiger Artikel, z.B. in „Suchttherapie“. Weitere Veröffentlichungen, etwa in Sammelbänden, sind wahrscheinlich, ebenso wie weitere Präsentationen

auf Fachtagungen oder -konferenzen. Darüber hinaus planen wir, diesen Bericht mit seinen ausführlichen Ergebnissen online publik zu machen; auch hier rechnen wir mit einem hohen Interesse aus Fachkreisen.

Demnächst wird das Factsheet zur Prävention an die DHS, die Landesstellen für Suchtfragen, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Party-Präventionsnetzwerk Sonics sowie das Büro des Bundesdrogenbeauftragten verschickt. Auch hier gehen wir davon aus, dass dies auf reges Interesse stoßen wird und weitere Diskussionen sowie die konkrete Erstellung entsprechender Materialien nach sich ziehen wird. Auch weitere Veranstaltungen sowie Veröffentlichungen zum Thema sind wahrscheinlich.

8 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

An dieser Stelle orientieren wir uns an den Vorgaben des BMG für diesen Berichtsabschnitt, indem wir auf die jeweiligen Fragen Antworten liefern.

- Welche Erfahrungen/Ergebnisse sind für den Transfer, ggf. für die Vorbereitung und Begleitung der Gesetzgebung des BMG geeignet?

Als konkrete Anregung für Gesetzgebung ist die Empfehlung aus den Präventionsworkshops zu nennen, Warnhinweise für Medikamente mit hohem Überdosis- und Abhängigkeitsrisiko verpflichtend zu machen. Dies betrifft alle von den Befragten am häufigsten konsumierten Medikamente (Tilidin, Alprazolam, Diazepam, Oxycodon, mit Abstrichen auch Codein und ggf. weitere Opioide und Benzodiazepine). Nicht selten gab es Berichte über schwere Nebenwirkungen, insbesondere bei Mischkonsum; zudem hatten gewisse Anteile der Befragten körperliche Abhängigkeit erlebt. Insofern wären Warnhinweise auf Verpackungen, die weit über das Kleingedruckte in Packungsbeilagen hinausgehen, wünschenswert, um betroffene Patientinnen und Patienten stärker für sich selbst sowie im Hinblick auf jüngere Verwandte, die ggf. Zugriff auf die Medikamente haben, zu sensibilisieren.

Die Wahrnehmung von Konsumierenden und Fachleuten deutet zudem darauf hin, dass in der Medizin gerade an ältere Menschen oftmals relativ leichtfertig Benzodiazepine und Opioide verschrieben werden – solche Verschreibungen stellen offenbar in erheblichem Ausmaß eine Quelle für den Konsum (Post-)Adoleszenter dar. Hier wäre eine stärkere Sensibilisierung des entsprechenden Personals wünschenswert, ohne dass hierfür eine konkrete Gesetzesänderung vorgeschlagen werden kann.

- Wie wirken sich die Projektergebnisse auf die Gesundheitsversorgung/Pflege aus?

Stellenweise lässt sich ein laxer Umgang mit den projektrelevanten Medikamenten konstatieren; dies gilt umso mehr im Vergleich mit Cannabis, das seit einigen Jahren als Medikament erhältlich ist und für das weiterhin erhebliche Vorurteile und Vorbehalte in der Medizin wie auch der Allgemeinöffentlichkeit existieren (vgl. Werse 2021), obwohl weitaus geringere Überdosisrisiken und keinerlei Risiken körperlicher Abhängigkeit vorliegen. Dabei soll nicht stärkeren Restriktionen das Wort geredet werden – Benzodiazepine und Opioide sind für viele Störungsbilder wichtige und unentbehrliche Medikamente. Eine stärkere Sensibilisierung wäre aber nicht nur für junge Konsumierende wünschenswert, sondern auch für

ältere Patientinnen bzw. Patienten, bei denen Medikamentenabhängigkeit quantitativ ein weitaus größeres Thema als bei Jüngeren ist (vgl. Glaeske 2018).

Darüber hinaus sei nochmals auf die umfangreichen Empfehlungen für die Prävention verwiesen (Anhang 1), die für Arbeitsbereiche aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit relevant sind.

- Was wird nach Projektende mit den aufgebauten Strukturen passieren?

Die Mitarbeitenden der ausführenden Institution werden weiterhin eng mit dem externen Experten für Prävention zusammenarbeiten, um die Empfehlungen weiter unter relevanten Institutionen und Personen zu verbreiten und weiterzuentwickeln. Neben den bereits eingeplanten Präsentationen und Workshops ist es wahrscheinlich, dass noch weitere Veranstaltungen für Fachpublikum mit den Inhalten von BOJE stattfinden.

Wünschenswert wäre eine Fortsetzung des Projektes, im Rahmen derer konkrete Materialien für Prävention und Schadensminimierung (in Form von Flyern, Websites und Social-Media-Inhalten) entwickelt und erprobt werden, etwa in Form von Befragungen in der relevanten Zielgruppe, sowohl quantitativ als auch in Form von Fokusgruppen.

Kürzlich hat der Projektleiter eine Interessensbekundung für ein beantragtes Projekt des Centre for Alcohol and Drug Research an der Universität Aarhus (Dänemark) zu einem sehr ähnlichen Thema unterschrieben – hier bieten sich also möglicherweise internationale Anknüpfungspunkte. Auch in anderen europäischen Ländern ist die Thematik von Interesse; wir bleiben weiter im Austausch mit relevanten Kolleginnen und Kollegen.

- Weitere Implikationen der Ergebnisse (z.B. für weiterführende Fragestellungen)?

Die wichtigste Frage für die Zukunft ist zunächst diejenige, ob sich der Trend fortsetzt. Wie gezeigt, hat sich bestätigt, dass Sedativa, die bis Mitte der 2010er Jahre praktisch keine Rolle in sozial unauffälligen drogenaffinen Umfeldern von Jugendlichen und jungen Erwachsenen gespielt haben, seit einiger Zeit durchaus ein Thema sind, wenn auch nicht so dramatisch wie zuweilen in Medienberichten suggeriert: es gibt seit einiger Zeit unter jungen Menschen einige Prozent, die bereit sind, Benzodiazepine oder Opioide als ‚Freizeitdroge‘ zu probieren. Problematische Konsummuster zeigen sich indes nur bei einem kleinen Anteil, und zwar weit überwiegend bei Personen mit psychischer Vorbelastung. Für die Zukunft gilt es nicht nur zu beobachten, ob sich die Gesamtzahl der Probierbereiten weiter verändert (zuletzt zeichnete sich eher eine Stagnation oder ein leichter Rückgang ab), sondern auch, ob sich möglicherweise die Anteile derer mit problematischem Konsum ändern. Dabei ist auch von Interesse – als weitere weiterführende Fragestellung –, ob sich die vermuteten Zusammenhänge von allgemeiner Krisenlage, psychischen Problematiken und Substanzkonsum (weniger aufputschende, mehr sedierende) Drogen zukünftig bestätigen oder ändern.

9 Publikationsverzeichnis

Abgesehen von einem Pressebericht, der Erkenntnisse aus dem Projekt enthält (SZ 2023), gibt es bislang noch keine Veröffentlichungen zum Projekt.

10 Quellenverzeichnis

Bandilla, W., Kaczmirek, L., Blohm, M., & Neubarth, W. (2009). Coverage- and Nonresponse-Effekte bei Online-Bevölkerungsumfragen. In N. Jakob, H. Schoen, & T. Zerback (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet: Methodologie und Praxis der Online-Befragung* (S. 129-144). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-46471-2>

Deutschlandfunk (2021): Neue Jugenddroge Benzodiazepin - „Das Gefühl, in Watte zu liegen“. Artikel vom 5.10.2021. <https://www.deutschlandfunkkultur.de/neue-jugenddroge-benzodiazepin-das-gefuehl-in-watte-zu-100.html>

Dimbath, O.; Ernst-Heidenreich, M. & Roche, M. (2018). Praxis und Theorie des Theoretical Sampling. Methodologische Überlegungen zum Verfahren einer verlaufsorientierten Fallauswahl [49 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 19(3), Art. 34, <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-19.3.2810>.

Faulhaber, D. (2021): Jung, müde, betäubt. *Bajour*, Artikel vom 26.11.2021, online verfügbar unter: <https://bajour.ch/a/PWCaFxa2NXcYRqp/lachgas-und-benzodiazepin-jugendliche-auf-der-suche-nach-einer-pause>

Glaeske, G. (2018). Medikamentenabhängigkeit im Alter. In: Hoff, T. (eds) *Psychotherapie mit Älteren bei Sucht und komorbiden Störungen*. Psychotherapie: Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-53196-9_4

Glaeske, G. (2022): Opioidreport 2022. *Socium*, Universität Bremen. https://assets.hkk.de/fileadmin/dateien/allgemeines_uebergeordnet/reports/gesundheitsreports/2022_hkk_gesundheitsreport_opioide_web.pdf

Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick/London: Aldine Transaction.

HLS (Hrsg., 2023): *Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen. Landesauswertung der COMBASS-Daten 2022* (Autoren: Neumann, Runde, E., Kalke, J., Werse, B.). Frankfurt: Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.)

Kemmesies, U.E. (2004): *Zwischen Rausch und Realität. Drogenkonsum im bürgerlichen Milieu*. Unter Mitarbeit von Bernd Werse. Wiesbaden: VS-Verlag.

MIZ (2023): *Statistik: Bevorzugte Musikrichtungen nach Altersgruppen, 2003-2023*. Deutsches Musikinformationszentrum, Bonn. <https://miz.org/de/statistiken/bevorzugte-musikrichtungen-nach-altersgruppen> (01.11.2023)

Palamar, J. J. (2019). Use of "Lean" Among Electronic Dance Music Party Attendees. *The American journal on addictions*, 28(5), 347–352. <https://doi.org/10.1111/ajad.12897>

Palentien, C., Harring, M. (2010): Jugendliches Risikoverhalten, Drogenkonsum und Peers. In: Harring, M., Böhm-Kasper, O., Rohlf, C., Palentien, C. (eds): *Freundschaften, Cliques und Jugendkulturen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 365-384. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92315-4_17

Plett, C. (2021): Neue Jugenddroge Benzodiazepine: Locker im Lockdown. *Die Tageszeitung*, Artikel vom 26.8.2021, online verfügbar unter: <https://taz.de/Neue-Jugenddroge-Benzodiazepine/!5791470/>

Rauschert, C., Möckl, J., Wilms, N., Vetter, B., Olderbak, S., & Kraus, L. (2023). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: Trends der Prävalenz des (problematischen) Medikamentenkonsums nach Geschlecht und Alter 1995-2021. IFT Institut für Therapieforschung. <https://www.esa-survey.de/ergebnisse/kurzberichte.html>

SZ (2023): Suchtmedizin: „Da explodiert gerade was“. *Süddeutsche Zeitung*, Artikel vom 5.12.2023, <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/drogen-opioide-tilidin-heroin-rausch-1.6314617?reduced=true>

Tashakkori, A. and Teddlie, C. (eds) (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Tettey, N.-S., Siddiqui, K., Llamoca, H., Nagamine, S. & Ahn, S.. (2020). Purple Drank, Sizurp, and Lean: Hip-Hop Music and Codeine Use, A Call to Action for Public Health Educators. *International Journal of Psychological Studies*, 12: 42-52.

Watters, J. K., & Biernacki, P. (1989). Targeted Sampling: Options for the Study of Hidden Populations. *Social Problems*, 36(4), 416–430. <https://doi.org/10.2307/800824>.

Werse, B. (2021): Cannabis als Medizin: Selbstmedikation und Stigmatisierung; In: Akzept e.V. (Hg.): *8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021*. Pabst: Lengerich, 148-154.

Werse, B., Martens, J., Klaus, L. & Kamphausen, G. (2023): *MoSyD Jahresbericht 2022*. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt a.M.

Werse, B. & Kamphausen, G. (2021): Cannabis und Coronavirus SARS-CoV-2 - Eine Online-Kurzbefragung während der Kontaktbeschränkungen in der frühen Phase der Pandemie. *Suchttherapie*, 22(02): 101-106, DOI: 10.1055/a-1336-800

