



Das Aufkommen neuer Drogen und Beschaffungswege im Internet, sowie deren Auswirkungen auf die Arbeit mit Suchtkranken

Masterarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts

Vorgelegt von

Johannes Hiersche

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2021 – 0405 - 9

Fachbereich: Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang: Beratung

Im Wintersemester 2021

Erstprüfer: Prof. Dr. Werner Freigang

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. habil. Barbara Bräutigam

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Theoretische Grundlagen	3
1.1 Abhängigkeit	3
1.2 Diagnostische Kriterien	4
1.3 Drogen	7
1.3.1 Art und Wirkung	10
1.3.1.1 Sedierende Substanzen	11
1.3.1.2 Aktivierende Substanzen	11
1.3.1.3 Halluzinogene	12
2 Epidemiologie	14
2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung	14
2.2 Trends des Drogenkonsums in Deutschland	16
2.2.1 Alkohol	16
2.2.2 Tabak	17
2.2.3 Medikamente	18
2.2.4 Illegale Drogen	19
2.2.5 Neue Psychoaktive Substanzen	23
2.3 Gesundheitliche und soziale Folgen	25
3 Das Internet	30
3.1 Internetentwicklung	31
3.2 Internet als Erwerbsmarkt	32
3.3 Darknet	33
3.3.1 Drogenmärkte im Internet	35

4	Das Deutsche Suchthilfesystem	38
4.1	Struktur	39
4.2	Versorgungssituation	42
4.2.1	Ambulante Beratung und Betreuung	43
4.2.2	Stationäre Behandlung und Betreuung	45
4.3	Digitalisierung der Suchthilfe	47
5	Sucht und Drogenpolitik in Deutschland	49
5.1	Historie der Sucht und Drogenpolitik	49
5.2	Internationale Drogenpolitik und Entwicklung	52
5.3	Aktueller Stand und Entwicklung in Deutschland	54
5.3.1	Das neue psychoaktive Substanzen Gesetz	56
6	Auswirkung der Befunde auf die Arbeit mit Suchtkranken Menschen	58
7	Literaturverzeichnis	67

Einleitung

Gibt es eine Entwicklung beim Auftreten neuer Drogen und deren Beschaffungswege im Internet in Deutschland und hat diese Auswirkungen auf die Arbeit mit Suchtkranken Menschen?

Der Konsum von Drogen ist ein weltweites Phänomen, welches seit Jahrtausenden Teil der menschlichen Geschichte ist. Chronischer Abusus von Suchtsubstanzen kann zu einer Abhängigkeit mit weitreichenden sozialen und somatischen Folgen führen. Neben den allgemein bekannten Drogen wie: Alkohol, Marihuana, Kokain, LSD oder Heroin, kommt es auch vermehrt zum Missbrauch von bestimmten Medikamenten, welche legal vom Arzt verschrieben oder illegal auf dem Schwarzmarkt erworben werden.

Ein besonderes Phänomen ist die Entwicklung von neuen psychoaktiven Substanzen oder die leichte chemische Veränderung bekannter Drogen, so dass diese unter anderem nicht mehr vom BtmG erfasst werden und somit legal verkauft werden dürfen. Grob zusammengefasst werden diese Substanzen unter dem Namen Designerdrogen oder Neue psychoaktive Substanzen (NPS). Hinter den Begriffen verbirgt sich eine Vielzahl an unterschiedlichen, meist synthetisch hergestellten Drogen, die ihren Wirkmechanismus bei Konsum beibehalten oder diesen sogar verstärkt haben.

Die folgende Masterarbeit befasst sich mit der aktuellen Entwicklung des Drogenkonsums, deren Beschaffungswege über das Internet in Deutschland und deren mögliche Auswirkungen auf die Arbeit mit Suchtkranken. Nach der Definition grundlegender Begriffe, werden epidemiologische Konsumtrends und deren soziale und gesundheitliche Folgen aufgezeigt. Im Anschließenden Kapitel geht es um die neue Beschaffungsmöglichkeit: das Internet. Es wird aufgezeigt wie das Internet sich von einer Idee, zu einem der größten Umschlagsplätze für Drogen entwickeln konnte. Der weitere Verlauf der Arbeit befasst sich mit dem deutschen Suchhilfesystem, sowie der politischen Entwicklung und deren Maßnahme gegen die Sucht.

Ziel der Arbeit ist es, durch wissenschaftliche, teils internationale Publikationen und veröffentlichte Statistiken Informationen über neue psychoaktive Substanzen aufzuarbeiten und darzustellen, so dass die Epidemiologie der NPS im Vergleich zu anderen Suchtsubstanzen abgebildet, der neue Hauptvertriebsweg über das Internet erklärt, das Suchthilfesystem in Deutschland charakterisiert und die Maßnahmen der Politik aufgezeigt werden, um die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Arbeit mit suchtkranken Menschen zu diskutieren.

1 Theoretische Grundlagen

Drogen, Alkohol und Medikamentenabhängigkeit stellen keine neuen Themen innerhalb des wissenschaftlichen Diskurses dar. Um die vorliegende Arbeit in einen fundierten Rahmen einzubetten wird der aktuelle Forschungsstand ausschnittsweise dargestellt und Zentrale Begriffe definiert. Der klinisch relevante Gebrauch und -missbrauch von stoffgebundenen Substanzen in Deutschland steht hierbei im Mittelpunkt.

1.1 Abhängigkeit

Der Begriff Sucht leitet sich aus dem Wort „siech“ ab, was so viel bedeutet wie krank. Dieser Ursprung ist besonders deutlich an Wörtern zu erkennen, wie Gelbsucht oder Schwindsucht. Der Begriff lässt sich durch unterschiedliche Perspektiven, wie zum Beispiel der medizinischen, psychologischen oder soziologischen, unterschiedlich beschreiben. Die Gemeinsamkeit des Zwanghaften Verhaltens haben diese jedoch gemein. Aufgrund der Vielfalt des Suchtbegriffes und dessen negativer Besetzung, hat die Weltgesundheitsorganisation in dem Jahr 1964 den Begriff *Sucht*, durch die Termini *Missbrauch*, beziehungsweise *schädlicher Gebrauch* und eben auch *Abhängigkeit* ersetzt (vgl. Barth 2016, S. 29ff).

Ein Konsumverhalten, welches zu einer psychischen oder physischen Gesundheitsstörung führt, wird in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen als *schädlicher Gebrauch* definiert. Wenn dagegen ein starkes Verlangen nach einer bestimmten Substanz vorliegt, welches mit einer reduzierten Kontrolle über den Gebrauch einhergeht, spricht man versimpelt von *Abhängigkeit*. Besonders deutlich wird dies, bei einem anhaltenden Substanzkonsum, trotz bekannter negativer Folgen, eines Individuums. Hierunter fallen zum Beispiel: die Reduktion sozialer Kontakte, Entzugssymptome, Toleranzsteigerung und immer kürzere Intervalle der Abstinenzzeit (vgl. Dilling u.a. 2015, S. 110).

Eine weitere Form der Klassifizierung des Begriffes, ist die Unterscheidung zwischen Substanzgebundener oder -ungebundener Sucht. Unter die Substanzungebundene Abhängigkeit fallen die Süchte, welche nicht durch den Konsum von Drogen gekennzeichnet sind. Die Gemeinsamkeit aller Formen der Abhängigkeit charakterisiert sich durch ein Verlangen nach einem bestimmten Zustand. Dieses Bedürfnis kann durch den Konsum von psychotropen Substanzen oder aber eben auch durch die Ausführung bestimmter Verhaltensweisen befriedigt werden (vgl. Barth 2016, S. 51f) Der vorliegende Text befasst sich hierbei ausschließlich mit der substanzgebundenen Form der Abhängigkeit.

Durch die wiederholte Einnahme einer Substanz können sich negative Konsequenzen manifestieren, die zu einem fehlangepassten Konsummuster eines Individuums führen können. Beispiele für diese nachteiligen Konsequenzen sind das zuführen von psychotropen Stoffen in unangemessenen Situationen (z.B. Arbeit, Schule) oder das Auftreten von sozialen Problemen, wie wiederholte Differenzen mit einer nahestehenden Person aufgrund des Konsums. Insgesamt kann man zusammenfassen, dass sich durch Substanzabhängigkeit einen Bund an körperlicher, kognitiver und / oder behavioraler Phänomene definiert, welche den Konsum den Vorrang vor allen anderen Tätigkeiten des Lebens gibt (vgl. Scheithauer u.a. 2008, S. 151).

1.2.1 Diagnostische Kriterien

Das Wort Diagnose leitet sich vom griechischen *diágnesis* ab, was übersetzt werden kann mit: *Unter- / Entscheidung aus Urteil / Erkenntnis*. Diagnosen sind Aussagen über einen Sachverhalt, sie soll beschreiben und feststellen (vgl. Laging (a) 2018, S. 152). Das Diagnostische und Statistische *Manual Psychischer Störungen* (DSM-V) und die zehnte Ausgabe der *International Classification of Diseases* (ICD-10) sind die meistgenutzten Klassifikationssysteme, zur Diagnose von Substanzmittelmissbrauch und Abhängigkeit.

Um eine Diagnose einem Individuum zuzuordnen, besitzen beide Systeme eine unterschiedlich große Anzahl an Kriterien, die zuzurechnen, beziehungsweise zu bestätigen sind.

Während im DMS-IV noch zwischen den Kategorien Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen unterschieden wurde. Hat die Neuauflage, das DSM-V, bei pathologischem Konsum eine andere Form der Kategorisierung gewählt. Das DSM-V unterscheidet bei der Diagnose: Störung im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigem Verhalten, zunächst zwischen zehn verschiedenen Substanzklassen, die sowohl legale als auch Illegale Substanzen umfassen: Alkohol, Coffein, Cannabis, Halluzinogene, Inhalanzien, Opioide, Mediamente, Stimulanzien, Tabak und anderen/unbekannten Substanzen (vgl. American Psychiatric Association 2015, S. 482). Die letzte Kategorie bezieht sich unter anderem auf neue psychoaktive Substanzen (NPS), also neuartige Drogen oder bereits bekannte Substanzen, deren chemische Struktur leicht verändert wurde.

Des Weiteren unterscheidet das DSM-V zwischen Substanzkonsumstörungen und Substanzinduzierten Störungen (vgl. ebd. S. 483ff). Bei einer Substanzkonsumstörung gibt es vier Kriterien: Kontrollverlust, soziale Beeinträchtigung, riskanter Konsum und pharmakologische Kriterien, mit insgesamt elf Merkmalen: „(1) Konsum in größeren Mengen und über längere Zeiträume als beabsichtigt; (2) anhaltender Wunsch, den Konsum zu beenden bzw. zu kontrollieren und erfolglose Versuche der Konsumreduktion; (3) großer Zeitaufwand für Erwerb, Konsum der Substanz oder Erholung von Konsum; (4) Suchtverlangen; (5) Versagen bei Rollenaufgaben; (6) Fortsetzung des Konsums trotz andauernder oder wiederkehrender sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme; (7) Aufgabe oder Einschränkung wichtiger sozialer oder beruflicher oder Freizeitaktivitäten aufgrund des Substanzkonsums; (8) wiederholter Konsum in Situationen mit körperlicher Gefährdung (9) Fortführung des Konsums trotz andauernder oder wiederkehrender psychischer oder körperlicher substanzassozierter Probleme; (10) Toleranzentwicklung; (11) Entwicklung eines Entzugssymptoms“ (Mühlig 2019).

Die Diagnose Substanzgebrauchsstörung wird durch elf verschiedene Symptome beschrieben. Sobald mindestens zwei dieser Merkmale innerhalb eines Jahres zutreffen, lässt sich bereits eine Störung Diagnostizieren. Allerdings gibt es beim

DSM-V die Möglichkeit die Ausprägung der Symptomatik zu spezifizieren. Wenn mehr als 6 Merkmale erfüllt sind, liegt eine schwere Gebrauchsstörung vor, bei vier bis fünf eine moderate und bei zwei bis drei eine milde (vgl. Hoch / Gantner 2019, S. 5f). Statt der Kategorie des Polysubstanzkonsums, soll jeder Konsum einer Substanz einzeln betrachtet werden.

Bei dem ICD-10 wird eine abweichende Einteilung vorgenommen. Für den Bereich der Suchthilfe sind insbesondere die Formkreise F10 – F19, sowie andere häufig komorbiditäte Formkreisen, wie F 43 (Traumata oder F60 (Persönlichkeitsstörung) von Bedeutung. Die Unterscheidung zwischen Substanzkonsum und -induzierte Störungen erfolgt ähnlich, jedoch besteht die Trennung zwischen Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch weiterhin. Ein Abhängigkeitssyndrom liegt dann vor, wenn drei oder mehrere der folgenden Kriterien innerhalb eines Jahres auf ein Individuum vorliegen: „(1) Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren (2) Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums (3) Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome und durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden (4) Nachweis einer Toleranz. Um die ursprüngliche durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (5) Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen (6) Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmung in Folge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen.“ (Dilling u.a. 2015, S. 115)

Die Kriterien 1 und 2 weisen auf die zentralen Merkmale einer psychischen Abhängigkeit, der verminderten Kontrollfähigkeit und/oder dem Kontrollverlust, hin. Die Merkmale 3 und 4 sind die Kennzeichen einer körperlichen Abhängigkeit. Das fünfte Kriterium zielt auf die Interessenzentrierung eines Individuums auf den Konsum ab. Das letzte, Merkmal konzentriert sich auf die Schäden, sowohl körperliche als auch psychische. Eine Substanzbezogene Abhängigkeit muss nicht zwangsweise mit

einer körperlichen Abhängigkeit einhergehen und kann auch ohne die Erfüllung des Kriteriums diagnostiziert werden (vgl. Laging (a) 2018, S. 156)

Eine Abhängigkeit muss nicht immer mit einer deutlichen Beschränkung oder Minderung der sozialen Funktionalität und Gesundheit einhergehen, wenn schadensrestringierende Bedingungen gegeben sind. Aufgrund individueller Gegebenheiten müssen bei einer Diagnose Sucht immer mehrere, jedoch nicht alle Kriterien erfüllt werden. Jede Abhängigkeitsentwicklung einer Person ist daher als individuell zu betrachten.

1.2 Drogen

Seit Jahrtausenden nutzen Menschen unterschiedlichste Substanzen oder bestimmte Verhaltensweisen, um sich in rauschartige Zustände zu versetzen. Eine Substanz wird dann zur Drogen, wenn diese durch ein Individuum als Mittel zum Zweck benutzt wird und sie durch eine Form des Konsums zu einer Bewusstseinsveränderung, beziehungsweise körperlichen Reaktion führt (vgl. Kuntz 2005, S. 103). Erstmals bestätigt wurde das Wort *drouge* 1600 in Frankreich. Der Begriff bezeichnete damals Gewürze oder pharmazeutische Produkte. Im mittelniederdeutschen entwickelte sich gleichzeitig der Begriff *drögevate*, ein Begriff ursprünglich für Behälter, zu der Abkürzung *Droge*, welche wiederum ein medizinisches Produkt beschreibt, dass sich in einem Behälter befindet, woraus sich die Bedeutung und Herkunft des heutigen Begriffs Drogen herleitet könnte (vgl. Pfeifer, Braun 2000, S. 244). Die WHO beschreibt den Begriff Drogen, als eine Substanz welche durch die Zuführung in einen lebendigen Organismus, dessen Funktionen zu verändern vermag (vgl. WHO 1994, S. 34). Somit umfasst diese allgemeine Drogendefinition alle Genussmittel, egal ob legal, illegal, natürlich oder künstlich hergestellt.

Der Konsum von Drogen kann durch einen Gebrauch oder einem Missbrauch gekennzeichnet sein. Der Gebrauch definiert sich durch die Bezeichnung jeglichen Konsums von Drogen. Er soll neutral als Begriff für jede Einnahme von Drogen

stehen, unabhängig von der Bewertung einzelner Professionen oder Moralen. Er sollte wertfrei verwendet werden und dient lediglich zur Beschreibung. Der Drogenmissbrauch dagegen ist abhängig von unterschiedlichen Wertungen, wie gesellschaftlichen, fachspezifischen und persönlichen Vorstellungen (vgl. Loviscach 1996, S. 20).

Weiter werden die Begriffe dadurch unterschieden, dass der Konsum einer Substanz durch ein Individuum, zu mehr negativen als positiven Folgen für sich und/oder die Gesellschaft führt. Die Ausprägung von Ge- oder Missbrauch ist abhängig von der Quantität des Konsums, der Qualität der Substanz, der Toleranz des Individuums und den Vorstellungen der Gesellschaft. Weitere Merkmale währen ob Mischkonsum betrieben wird oder die Art der Einnahme. (vgl. ebd. S. 21)

Der Übergang von einem missbräuchlichen Drogenkonsum hin zu einer Abhängigkeit lässt sich nicht klar bestimmen. Kommt zu einem länger andauernden Gebrauch einer Droge ein zwanghaftes Verhalten dazu, welches nur schwer kontrollierbar ist spricht man von Abhängigkeit (siehe Kapitel 1.2).

In Europa umfasst der Drogenkonsum ein weites Spektrum an Substanzen. Außerdem gibt es unter Suchtmittelbenutzern, im europäischen Raum, meist eine polyvalente Konsumeinstellung, mit sehr speziellen Konsummustern. Die Droge Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Substanz und liegt teils über dem fünffachen des Konsums anderer bekannter illegaler Substanzen. Wobei die legale Droge Alkohol die am häufigsten konsumierte Substanz überhaupt darstellt, gefolgt vom Tabak. (vgl. EMCDDA 2021, S. 12)

Um die Vielfalt an unterschiedlichen Substanzen zu kategorisieren, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Die wohl gängigste ist die schon erwähnte Einteilung in illegale und legal Drogen.

Legal Drogen definieren sich dadurch, dass der Besitz, Handel und Konsum ab einem bestimmten Alter erlaubt ist. Beispiele währen Alkohol, Nikotin, Koffein und rezeptfreie Medikamente, sowie weitere Substanzen, wie künstliche Cannabinoide die vom Betäubungsmittelgesetz (BtMG) nicht erfasst sind.

Unter dem Begriff Illegale Drogen werden verschiedene Klassen psychotroper Substanzen zusammengefasst. Hierbei ist der Besitz, Erwerb, Handel und die Herstellung nach dem BtMG verboten. Ausnahmen bilden verschreibungspflichtige

Medikamente, die medizinisch genutzt werden dürfen, allerdings für andere Individuen ohne medizinische Verschreibung illegal sind. Beispiele für verbreitete illegale Drogen sind Cannabis, LSD, Kokain, Amphetamine und Heroin.

Das Bundesministerium für Gesundheit, trifft auf Grundlage einer Empfehlung eines Expertenausschusses, die Entscheidung welche Droge als illegal und legal gilt. Damit eine Änderung des BtMG vollzogen werden kann, braucht es einen Beschluss des Bundeskabinetts, sowie der Zustimmung des Bundesrates. Ausschlaggebend für diese Entscheidung können die potenzielle Gefahr für die Gesellschaft, sowie das Missbrauchspotential der Substanz sein. Auch die Europäische Beobachtungstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) kann solch einen Prozess anstoßen, jedoch gelten auch Verträge mit der UN, weshalb bestimmte Substanzen nicht einfach so legalisiert werden können. (vgl. Bäumer 2010)

Da die Einteilung in illegale und legale Drogen nichts über die Gefährlichkeit oder zum Beispiel das Abhängigkeitspotential aussagt, ist diese Kategorisierungsform eine gesellschaftliche Bewertungs- und Sanktionsweise von Drogen- oder missbrauch (vgl. Blum 2002, S. 79) Illegale psychoaktive Substanzen werden in Deutschland im allgemeinen Sprachgebrauch in *weiche* und *harte* Drogen klassifiziert. Hiermit ist das bei Konsum der Substanz verbundene Risiko ausschlaggebend für die Einteilung. Allerdings hängt die Folgewirkung einer Droge mehr von dem *harten* oder *weichen* Konsummuster ab und meist weniger von der Substanz selbst. (vgl. Freitag / Hurrelmann 1999, S. 24)

Das Betäubungsmittelgesetz unterteilt Drogen in *nicht verkehrsfähige, verkehrsfähige, (Anlage I zu § 1 Abs. 1 BtMG) verkehrsfähige aber nicht verschreibungspflichtige* (Anlage II zu § 1 Abs. 1 BtMG) und *verkehrsfähige und verschreibungspflichtige* (Anlage III zu § 1 Abs. 1 BtMG) Betäubungsmittel. Wenn man die legalen Drogen Alkohol und Nikotin zu den Genussmitteln zählt und somit außenvor lässt, sind alle Substanzen nichtverkehrsfähige Betäubungsmittel, denen vom Gesetz keine therapeutische Wirkung zugesprochen wird. Daraus ergibt sich das diese Stoffe nicht ärztlich verschreibbar sind und somit illegal. (vgl. Blum 2002, S. 84)

Eine Besonderheit stellen die neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) dar. Die Drogen, welche auch als Legal Highs, Research Chemicals oder Desingerdrogen bezeichnet werden, werden künstlich hergestellt. In der Regel wird die chemische

Struktur von bestimmten bekannten illegalen Substanzen leicht verändert, wodurch diese nicht mehr von der deutschen und / oder europäischen Gesetzgebung erfasst und somit legal gehandelt werden dürfen. Der ursprüngliche Zweck und die eigentliche Wirkung der Substanz bleibt dabei vorhanden oder wird sogar verstärkt. Ähnlich wie bei den chemischen Vorbildern kann der Konsum von NPS schwere Folgen nach sich ziehen. Abhängig vom Wirkstoff, der Konsumart und Menge kann es zu Übelkeit, Herzrasen oder Orientierungsverlust kommen, bis hin zu Halluzinationen oder dem Versagen von Vitalfunktionen. Auch Todesfälle, bei denen der Konsum einer oder mehrerer Substanzen nachgewiesen werden konnte, sind in Europa bereits aufgetreten (vgl. Bundesgesundheitsministerium (a) 2021).

1.3.1 Art und Wirkung

Die vielfältigen Möglichkeiten der Kategorisierung eignen sich für unterschiedliche Vorhaben. Eine weitere Art der Einteilung nach Wirkweise, jedoch nicht nach hart und weich, ist die der sedierenden, aktivierenden und halluzinogenen Substanzen. Diese Kategorisierung stützt sich auf das Konsumverhalten. Sie geht von zwei Gruppen von Konsumenten aus. Die erste Gruppe ist die, die durch den Konsum einer Substanz sich absondern, vergessen und sedierend euphorisieren wollen. Die zweite dagegen mit der Absicht sich aufzuputschen und aktivierend zu euphorisieren. Die halluzinogene Wirkung einer Substanz ist stark mit Dosis der Einnahme verbunden und kann sehr stark schwanken. Drogen, bei denen die halluzinogene Wirkung jedoch im Vordergrund steht, können sowohl sedierend als auch aktivierend sein und werden deshalb gesondert gelistet. (vgl. Weilemann 2013, S.484)

1.4.1.1 Sedierende Substanzen

Sedierende Substanzen werden umgangssprachlich als *Downer* bezeichnet, ein englischer Begriff, der mit *runter* übersetzt werden kann. Ihnen wird eine beruhigende, entspannende und angstlösende Wirkung zugeschrieben. Hierzu zählen zum Beispiel Sedativa (Beruhigungsmittel), Anxiolytika (Angstlöscher), Hypnotika (Schlafmittel) und Analgetika (Schmerzmittel) oder auch Opiate (vgl. Auf dem Hövel, 2008). Durch die Einnahme solcher Stoffe wird der natürliche Körperzyklus heruntergefahren. Durch einen übermäßigen Konsum, insbesondere bei polyvalenten, besteht die Gefahr von einer übermäßigen, bis hin zu lebensbedrohlichen, Reaktion wie Atemdepression oder Dämpfung der Herzfrequenz. Durch eine längerfristige Einnahme und einer Toleranzsteigerung kann es unter anderem auch zu Schlafstörungen kommen, bei der ohne den Konsum der psychotropen Substanz es schwer fällt sich zu entspannen. Gerade dort besteht die Gefahr zu einer Ausbildung der Abhängigkeit (vgl. Broscheit, Kranke 2008, S. 135ff).

1.4.1.2 Aktivierende Substanzen

Der Gegenspieler der *Downer* ist der *Upper*, englisch *rauf*. Als solche werden psychotrope Substanzen bezeichnet, welche eine aufputschende Wirkung zugeschrieben wird. Andere Synonyme wären Stimulanzien oder Aufputschmittel. (vgl. Auf dem Hövel, 2008) Hierzu zählen zum Beispiel Noradrenalin-Ausschüttler (Amphetamine, Ephedrin), Dopamin Wiederaufnahmehemer (Kokain), Adenosin-Antagonisten (Coffein) und Nicotin-Agonisten (Nikotin) (vgl. Brosch 2000, S. 665f). Mögliche Folgen des Konsums solcher Substanzen können eine erhöhte Herzfrequenz, Blutdruck, Körpertemperatur und Atemfrequenz sein. Auch Symptome wie Nervosität, Erregtheit, Gereiztheit, Unruhe oder Augenflackern bis hin zu Muskelkrämpfen können Zeichen einer Einnahme sein (vgl. Schubothe 1961, S. 1217) Der Konsum führt dazu, dass der Körper seine Energiereserven aktiviert

und das Individuum unter psycho-physiologischen Stress gerät. Auch ein Grund weshalb *upper* zum Beispiel auch im Sport als Doping eingesetzt werden oder allerdings auch im Alltag durch exemplarisch die Tasse Kaffee am Morgen (vgl. Brosch 2000, S. 665f).

Ein weit verbreitetes Phänomen ist das sogenannte Mischen von aktivierenden und sedierenden Substanzen. Dabei wird die anregende Wirkung von aufputschenden Substanzen durch *downer* wieder gedämpft. Ein Beispiel für einen solches Konsummuster ist das Feiern am Wochenende mit Stimulantien und um schlafen zu können dann die Einnahme von sedierend wirkenden Drogen. Dieses Schemata lässt sich allerdings auch schon bei alltäglichen Situationen wiedererkennen. Wenn ein Individuum morgens Kaffee zum Aufstehen trinkt und Medikamente oder Alkohol zum Schlafen gehen, lässt sich ein ähnliches Konsummuster, wenn auch mit legalen Substanzen, beobachten.

1.4.1.3 Halluzinogene

Halluzinogene Drogen sind psychotrope Substanzen, welche Veränderungen im Denken und Perzeption bewirken und somit zu einer starken Veränderung der Wahrnehmung der Realität führen können (vgl. Stangl, 2021) Das Wort stammt von dem Lateinischen Begriff (h)alucinatio ab, welcher so viel bedeutet wie *gedankenlos reden* oder *Träumerei* (vgl. Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaft)

Als Halluzinogene werden also psychedelische, bewusstseinserweiternde Substanzen bezeichnet, welche die Wahrnehmung eines Individuums verzerrn und sensorische Bilder ohne sensorischen Input erzeugen können. Diese Sinneswahrnehmungen können in optischer, akustischer oder taktiler Form auftreten. Von der Person, die unter Einfluss einer solch Substanz steht, können die Sinnestäuschungen meist nicht von der Realität getrennt werden. Allerdings stellt sich damit kein kompletter Realitätsverlust ein, sondern eher eine bedingte Veränderung von real Existierenden Begebenheiten (vgl. Stangl, 2021).

Halluzinogene lassen sich nach Stoffgruppen kategorisieren. Zu den bekanntesten Vertretern zählen die *Psychedelika*, wie LSD, Psilocybin oder DMT, welche in höherer Dosierung zu einem psychedelischen Rauschzustand (Trip) führen. Die zweite Gruppe ist die der *Dissoziativa*, wie Ketamin, PCP, oder Lachgas. Zu ihrer halluzinogenen Wirkung kommt eine gewünschte dissoziative, die vor allem auf einer antagonistischen Aktivität an NDMA-Rezeptoren im Gehirn beruht. Der dritte Verbund ist der der *Delirantia*, diese haben die Eigenschaft einen Zustand zu erzeugen, ähnlich einem Delirium. Zu ihren bekanntesten Vertretern zählen der Stechapfel oder der Fliegenpilz. Die Wirkung ist geprägt durch gedankliche Dissoziation, Verwirrung, Desorientation und dem Auftreten von Halluzinationen, die jedoch vom Individuum meist nicht als solches erkannt werden (vgl. Blom 2009, S. 215f).

Wenn bei einem Konsum von Halluzinogenen negative Einflüsse oder auch Unwohlsein entsteht, kann es zu einer negativen Akutwirkung kommen. Diese sind geprägt von Angstzuständen, Panikattacken oder Paranoia. Auch Langzeiteffekte wurden beobachtet, bei denen selbst Tage nach dem Konsum psychotische Effekte wieder auftreten können (umgangssprachlich auch *flash-back* genannt). (vgl. Stangl, 2021)

2 Epidemiologie

Die Epidemiologie untersucht die Häufigkeit von Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder anderen gesundheitsbezogenen Merkmalen einer Personengruppe. Außerdem werden die Beziehungen zu möglichen Ursachen aufgezeigt, wobei keine Kausalität bewiesen wird, sondern lediglich die Korrelationswahrscheinlichkeit sehr hoch ist, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt sind. (vgl. Umweltbundesamt, 2018)

Um ein umfassendes Bild der Drogensituation in Deutschland darzustellen ist es notwendig sowohl Konsumveränderung bei legalen und illegalen Drogen als auch bei neuen psychoaktiven Substanzen aufzuzeigen. Die Aufteilung nach legalen, Alkohol, Tabak und Medikamenten und Illegalen, sowie insbesondere neuer psychotroper Substanzen, erfolgt aufgrund der vereinfachten Darstellungsmöglichkeit.

2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Auf den Substanzkonsum gingen, in der Europäischen Union im Jahr 2015, 18,2 % aller verlorenen Lebensjahre auf den Konsum von Tabak, 8,2 % auf den Konsum von Alkohol und 1,8 % auf den Konsum illegaler Drogen zurück (vgl. Anderson 2016, S. 283) Durch den Epidemiologischen Suchtsurvey liegen seit dem Jahr 1980, in Deutschland Daten zum Substanzkonsum und seit den 1990er Jahren Daten zu den Indikatoren des klinisch relevanten Substanzkonsums in der Bevölkerung vor. Durch Screening-Methoden, wie zum Beispiel dem *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), können Hinweise auf einen klinisch relevanten Konsum erfasst werden. Durch das *Statistische Manual Psychischer Störungen* (DSM-IV) werden substanzbezogene Störungen dokumentiert. Hierbei bieten sich verschiedenste Möglichkeiten der Analyse.

„Menschen müssen die Risiken von Alkoholkonsum kennen, das ist Aufgabe der Gesundheitspolitik. Dies gilt in Pandemie-Zeiten umso mehr. In belastenden Situationen wird Alkohol häufig als vermeintlicher Stresslöser genutzt. Das kann schnell zur Gewohnheit werden und birgt langfristig die Gefahr einer Abhängigkeit“ (Raiser 2021, S.1).

Ethanol gehört zu der chemischen Gruppe der Ethylalkohole und wird umgangssprachlich vereinfacht als Alkohol bezeichnet (duden-online o.d.). Das Zellgift wird durch die Vergärung von Zucker hergestellt. In geringen Mengen wirkt Alkohol meist euphorisierend oder enthemmend, in großen Mengen jedoch sedierend (vgl. Barth 2016, S. 67f). Für die meisten in Deutschland lebenden Menschen gehört der Alkoholkonsum zum Alltag, wie zum Beispiel das Glas Wein zum Essen oder ein Bier zum Feierabend. Der europäische Vergleich zeigt, dass Deutschland, mit dem fünfhöchsten Pro-Kopf-Verbrauch, mit 12,8 Litern reinem Alkohol ein Hochkonsumland ist. Der Europäische Durchschnitt liegt bei 9,5 Litern Alkohol (vgl. Ahrens, 2020).

Auch Tabak gehört zu den meistgenutzten Alltagsdrogen. Das durchschnittliche Alter des ersten Tabakkonsums beträgt 15,5 Jahre (vgl. Orth / Merkel, 2019). Deutschland hat im internationalen Vergleich gesehen wenig Tabakkonsumenten. Mit rund 306 Millionen Tabakkonsumenten war China im Jahr 2018 das Land mit den meisten Tabaknutzern Weltweit (WHO 2019, S.72). Die höchste Konsumprävalenz bezogen auf die erwachsene Gesamtbevölkerung hat dagegen der Inselstaat Nauru mit 52,1%. (ebd. S. 44). Deutschland mit 28,0% (ebd. S. 46) liegt knapp über dem europäischen Durchschnitt von 26,3% (ebd. S. 48).

Medikamente nehmen sowohl eine legale als auch illegale Rolle ein (Kapitel 1.2). Häufig wird ihr Abhängigkeitspotential unterschätzt, besonders wenn es durch die vermeidliche Sicherheit einer vom Arzt verschriebenen Substanz, zu einer Fehleinschätzung im Abhängigkeitspotential derer kommt (vgl. Andreas-Siller, 1993, S. 32). Werden bestimmte Medikamente über einen längeren Zeitraum in hoher Dosierung eingenommen, kann der Gebrauch einer solcher Substanzen zu einer Abhängigkeiten führen. Wird dies ohne eine medizinische Notwendigkeit getan, spricht man von Medikamentenmissbrauch. (Elsesser 2005, S. 10) Ein therapeutischer Nutzen von Medikamenten setzt voraus, dass diese vorschriftsgemäß eingenommen werden. Wenn beispielsweise Analgetika, sowohl

Opioid als auch andersartige, über einen längeren Zeitraum eingenommen werden, kann dies zu medikamenteninduzierten Kopfschmerzen führen und somit die Einnahme weiterer Medikamente begünstigen (vgl. Atzendorf 2019, S. 578). Viele Menschen sind auf ihr Aussehen und auf ihre Figur bedacht. Durch die Einnahme von unterschiedlichsten Medikamenten, wie Anorektika, die Substanzen wie zum Beispiel Aminorex oder Cathin enthalten können, wirken Appetitzügelnd und beruhen auf der Hemmung des Hungerzentrums (vgl. Kaulen, 2011). Mithilfe dieser Wirkung versuchen Menschen ein bestimmtes Ziel, zum Beispiel ein Wunschgewicht, zu erreichen. Auch die regelmäßige Einnahme von Aufputsch-, Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln kann dazu gehören. (vgl. Andreas-Siller, 1993, S. 32)

Laut den aktuellen Bevölkerungssurveys haben in Deutschland 2018, 15,2 Mio. Erwachsenen Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert (vgl. Atzendorf, 2019, S. 2). Die beliebteste Substanz, mit dem am Abstand höchsten Konsum, nimmt Cannabis mit einer 12-Monate-Prävalenz von 7,1 % unter den 18- bis 64-Jährigen ein (vgl. Orth / Merkel 2020, S. 16). Besonders beeindruckend erscheint dies bei einer Prävalenz von 8,3 %, bezogen auf 12 Monate, von illegalem Drogenkonsum unter Erwachsenen, insgesamt. Der Anteil der 18- bis 64-Jährigen, die im gleichen Zeitraum eine andere illegale Droge konsumiert haben, liegt bei 2,4 % (Karachaliou 2020, S. 11).

2.2 Trends des Drogenkonsums in Deutschland

2.2.1 Alkohol

„Während der Coronapandemie gibt es Hinweise auf veränderten Alkoholkonsum. In Zeiten von Kontaktbeschränkungen wird Zuhause mehr getrunken. Bislang liegen jedoch kaum belastbare Studien zu diesem Thema vor.“ (Raiser 2021, S. 12)

Aufgrund der Beschränkungen im Zuge der Coronakrise, vielen viele Absatzmärkte von alkoholischen Getränken, wie etwa die Gastronomie oder der Veranstaltungsbereich weg. Insbesondere der Pro-Kopf-Verbrauch ist seitdem stark gesunken. Während im Jahr 2009 noch 139 Liter Pro-Kopf verbraucht wurden, sank der Alkoholkonsum bis zum Jahr 2019 um mehr als 10 Liter auf 128,5 (vgl. Ahrens, 2020). Trotz des sinkenden Konsums sind in Deutschland, nach DSM-IV alkoholbezogener Störungen, immer noch 1,6 Mio. Menschen Alkoholabhängig und rund 1,4 Mio. konsumieren Alkohol missbräuchlich. Somit besitzen 5,9 % der Menschen in Deutschland zwischen 18 – 64 Alkoholbezogene Störung. (vgl. Atzendorf 2019, S. 2) Zu alkoholbedingten Todesfällen ist dadurch das nur Todesfälle die 100% auf den Alkoholkonsum zurückgehen gezählt werden, schwierig Valide Zahlen zu nennen, weshalb man davon ausgeht das es eine hohe Dunkelziffer an Todesfällen, bedingt durch Alkohol gibt. Es gibt mehr als 200 Erkrankungen, die durch den Alkoholkonsum mitverursacht werden. (vgl. Rummel, 2021, S. 16)

Besonders bedeutsam werden die Schäden, die durch Alkoholkonsum verursacht werden, durch die Morbidität. Im Jahr 2019 war die dritthäufigste Hauptdiagnose in Krankenhäusern in Deutschland, nach dem nach ICD-10, eine *Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol*. Bei den männlichen Individuen lag Diagnose, mit 212.802 Behandlungsfällen 2019, sogar auf den zweiten Platz. Insgesamt lässt sich zwar ein Rückgang von 1,8 % der gesamten Fällen zum Vorjahr 2018 verzeichnen. Vergleicht man jedoch die Zahlen von dem Jahr 2000, mit dem Jahr 2019, gibt es einen beeindruckenden Anstieg von 13,1 %. Auch bei den Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 – 15 Jahren, die 2019 wegen einer Alkoholvergiftung stationär behandelt werden mussten, gab es einen Anstieg von 8,1 % zum Vorjahr. (Statistisches Bundesamt, 2021)

2.2.2 Tabak

Der Anteil der Menschen die Tabaksubstanzen konsumieren ist seit Jahrzehnten rückläufig. Während 1976 der Anteil der rauchenden Bevölkerung in Deutschland

bei 61,8 % lag, liegt er 2019 nur noch bei 21,2 %. (vgl. Orth / Merkel 2019, S. 20) Im Jahr 2018 konsumierten 29,9 % der Männer und 26 % der Frauen (vgl. WHO 2019, S. 49, 68) Tabak. Gingend im Jahr 2012 - 18,42 % der Todesfälle in Deutschland auf das Rauchen zurück, sind es im Jahr 2018 dagegen nur noch 13,3 % (vgl. Deutsches Krebsforschungsinstitut 2020). Dies entspricht ungefähr 127.000 Menschen, die durch das Inhalieren der Substanz gestorben sind, ungefähr 60000 weniger als im Jahr 1990 (vgl. WOID 2018)

Durch den stetigen Anstieg der Verbraucherpreise für Tabakwaren in Deutschland, zuletzt ein Anstieg von 4,89 % im Jahr 2020 im Gegensatz zum Vorjahr (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021), greifen immer weniger Menschen zu der teuren Variante, der Fertigzigarette und mehr zu dem Verbrauch von Feinschnitt, umgangssprachlich auch *selbstgedrehte Zigaretten* genannt. Dies lässt sich auch durch die Coronabedingten-Maßnahmen erklären. Da viele Urlaubsreisende, im Jahr 2019, nicht in die Nachbarländer fahren konnten, griffen viele zu anderen preisgünstigen Alternativen. Hierzu zählen auch neue Varianten wie die E-zigarette. (vgl. DHS 2021, S. 2).

2.2.3 Medikamente

Es wird geschätzt, dass es in Deutschland etwa 1,5 bis 1,9 Millionen Menschen gibt, die Medikamentenabhängig sind. Eine große Rolle spielen dabei Schlaf- und Beruhigungsmittel, wie Benzodiazepine, Z-Substanzen und opioidhaltige Analgetika. Eine Hochrechnung im Deutschen Ärzteblatt zeigt auf, dass bei etwa 1,6 Millionen Erwachsenen, im Alter von 18 - 64 Jahren in Deutschland, von einer Analgetikaabhängigkeit auszugehen ist. Im Jahr 2015 wurden der Anteil, durch eine Analyse der ESA-Daten, von Gebrauchsstörungen durch opioidhaltige Schmerzmittel auf etwa 1 %, wobei der insgesamte Anteil aller Analgetika verursachten Störungen auf circa 12 % geschätzt wurde (vgl. Atzendorf 2019, S. 579). Somit ist ein Großteil der Abhängigkeitserkrankungen durch Analgetika auf nichtopioidhaltige Substanzen zurückzuführen, was sich durch, unter anderem, einer hohen Gebrauchsprävalenz erklären lässt. Diese werden entweder durch

Privatrezepte oder als apothekenpflichtige Medikamente erworben. (Soyka, 2015, S. 21f)

Die Einnahmeprävalenz von Hypnotika und Sedativa, bezogen auf 30 Tage, ist mit 2,2 % deutlich geringer als die der Analgetika mit 17,5 %. Dies spiegelt sich auch in der niedrigen Prävalenz von Abhängigkeitsstörungen wider (vgl. Atzendorf 2019, S. 582f). Bei den eingenommenen Antidepressiva und Neuroleptika wurde der Überwiegende Teil vom Arzt verschrieben. Durch einen geringen Anteil der Bevölkerungsprävalenz des täglichen Konsums, aller nichtärztlichen Medikamente, deutet darauf hin, dass ein Missbrauch dieser Substanzgruppen, außerhalb ärztlicher Betreuung mit der Ausnahme der Analgetika, eher selten ist.

Gerade bei dem Konsum von Analgetika besteht ein hohes Abhängigkeitspotential. So nehmen nach Bevölkerungsschätzungen 1,9 Millionen Menschen in Deutschland täglich eine dieser Substanzgruppe zugeordnetes Medikament zu sich, worunter sich circa 1,6 Millionen Abhängige befinden. (vgl. ebd.)

Insgesamt zeigt sich, dass der Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit sich weiter erhöhen. Auf hochgerechnet 1,6 Millionen bis 3,9 Millionen der 18 – 64 Jährigen trifft eine missbräuchliche Entwicklung, der Häufung oder unnötig hochdosierte Anwendung von nicht-opioidhaltiger Schmerzmittel, zu (vgl. Glaeske 2019, S. 25)

2.2.4 Illegale Drogen

Der Illegale Drogenkonsum in Europa spiegelt ein breites Spektrum von verschiedenen Substanzen wider. Besonders der polyvalente Drogenkonsum, der in Europa üblich ist, ist besonders schwer zu messen. Die Konsummuster reichen dabei von experimentellen, über Gewohnheit, bis hin zum missbräuchlichen, abhängigen Konsum. Um Daten über die Verbreitung des Konsums illegaler Drogen zu generieren, kann man unter anderem auf Umfragen, die Menge an sichergestellten Substanzen, der Sicherungsfälle und / oder der Auslastung von Suchthilfeeinrichtungen zurückgreifen. Selbst Abwasseranalysen werden in einigen

Ländern zur Hilfe gezogen. Aufgrund unterschiedlicher Fokusse bei der Interpretation von Daten ist es möglich, dass in verschiedenen Literaturen stark voneinander abweichende Zahlen von Konsumenten ermittelt werden können.

Wie in fast allen Europäischen Ländern ist Cannabis die beliebteste illegale Droge. In Deutschland ist der Konsum etwa fünf-mal so hoch wie bei allen anderen Illegalen Substanzen zusammen. Relativ selten, dafür aber mit einer der schädlichsten Formen des Konsums – der Injektion, ist meist der Verwendung von Heroin und anderen Opioiden geschuldet. Insgesamt nehmen auch die Belege für einen intravenösen Konsum von Stimulanzien zu. Die Art und die Form des Gebrauchs variieren jedoch stark von Land zu Land. Der Konsum aller Illegalen Drogen ist in Europa unter männlichen Individuen grundsätzlich weiterverbreitet, was durch den häufiger intensiveren und regelmäßigeren Verwendungsmustern verdeutlicht wird. (Vgl. EMCDDA 2021, S. 12).

Laut den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys belief sich die Lebenszeitprävalenz beim Konsum illegaler Drogen 2018, bei den 18 - 64 Jährigen auf 29,5 % und liegt damit 10 % höher als 2008. Bei den 12 – 17 Jährigen belief sich die Lebenszeitprävalenz 2019 auf 10,6 %, was etwa 500.000 junge Menschen entspricht. Bei den jungen Erwachsenen (18 – 25 Jahre) hat sogar jede zweite Person Erfahrungen mit Illegalen Drogen gemacht. In den letzten 12 Monaten haben circa 4,2 Millionen Erwachsene und 375.000 Jugendliche illegale Substanzen konsumiert. Der Anteil derer die im gleichen Zeitraum eine andere illegale Droge zusätzlich eingenommen haben liegt bei 2,4 % bzw. 1,1 % (vgl. Karachaliou u.a. 2021 S.6ff)

Gerade bei den 18 – 24 schwankt die 12 Monats Prävalenz seit 1990 stark. Sie stieg bis 2003 von 8 % auf 22 % an, sank in den darauffolgenden Jahren bis 2012 auf 14 % ab und steigt seitdem auf einen neuen Höchst von 25 %. Bei den Jugendlichen ist eine ähnliche, wenn auch abgeflachte Entwicklung zu beobachten (vgl. ebd. S. 9ff)

Cannabis

Sowohl unter Erwachsenen als auch unter den 12 – 17 Jährigen ist Cannabis die mit Abstand am weitesten verbreitetste Droge. Dies wird vor allem bei der 12-

Monats-Prävalenz von 7,1 % in der Allgemeinbevölkerung und 7,3 % bei den 12 – 17 Jährigen deutlich (vgl. Radtke 2021). Gerade bei Partybesucherinnen und -besuchern zeigt sie die größte Akzeptanz von Cannabis mit einer 12 Monats Prävalenz von 78 % aller konsumierten Drogen (vgl. Neumeier 2020, S. 45) Dementsprechend dominieren Substanzbezogene Störungen durch Cannabis auch den klinischen Behandlungsbedarf. Mit 35,2 % stellen Cannabisabhängige oder Individuen mit einem schädlichen Gebrauch dieser, die größte Einzelgruppe in der stationären Behandlung dar. (vgl. Radtke 2021)

Stimulanzien

Bei der Substanzgruppe der Stimulanzien, dominieren in Deutschland Amphetamine, Ecstasy und Kokain (Kapitel 1.3.1.2). Der Konsum bestimmter Stimulanziengruppen unterscheidet sich stark nach Region, Altersgruppe und Szenezugehörigkeit.

Ein Indikator für kurzfristige Trends des Drogenkonsums ist die Zahl der Sicherstellungen, wobei zwischen Menge und Anzahl der Fälle unterschieden werden kann. Nach einem Anstieg bis zum Jahr 2014, wurde die Sicherstellung von Amphetamine in Menge im Jahr 2015 um 73 % verringert und liegt somit wieder unter dem Wert von 2011. Gleichzeitig sanken auch die Sicherungsfälle um 30 % im gleichen Zeitraum. Besonders auffällig ist der Rückgang, im 5 Jahres Trend von Sichergestelltem Crack um -87 % und einem Rückgang bei den Fällen um -45 %. LSD (+139%), Ecstasy (+99%) und Kokain (+62%) sind die Substanzen mit dem größten Anstieg bei den Sicherungsmengen (vgl. Bundeskriminalamt 2016, S. 11ff).

Auch der ambulante Beratungs- und Behandlungsbereich kann ein Indikator für die Entwicklung beim substanzbezogenen Konsum sein. Hierbei ist ein Anstieg bei den erstmalig behandelten Klientinnen und Klienten, im Bezug auf Stimulantien, seit 2012 zu beobachten. Lag die Zahl der Hauptdiagnose F-15, 2012 noch bei 5 % (vgl. Steppan 2013, S. 44), gab es bis 2018 einen Anstieg auf 14 % und liegt somit auf dem Zweiten Platz hinter den von Cannabinoiden verursachten Störungen. Bei der Konsumprävalenz der Allgemeinbevölkerung zeichnet sich dieser Anstieg jedoch nicht in vergleichbarer Weise ab (vgl. Dauber 2019, S. 14ff).

Bei den erwachsenen Individuen in Deutschland ist Kokain die Stimulanz mit der höchsten Lebenszeitprävalenz von 4.1 %. Schaut man jedoch auf die Prävalenz der

letzten 12 Monate bzw. 30 Tage ist Amphetamin (1,1 %) das am weitesten verbreitetste Konsummittel. Auffällig ist bei der Altersgruppe der 18 – 25 Jahre die Veränderung zu Ecstasy als beliebteste Substanz mit 7,8 %, bezogen auf die Lebenszeitprävalenz. Insgesamt ist bei der Gruppe der 18 - 25 Jährigen von 2001 – 2015 ein Rückgang bei Konsum von Stimulantien insgesamt zu beobachten. Seit 2015 steigt dieser jedoch kontinuierlich, besonders deutlich ist dies bei dem Konsum von Ecstasy und Kokain zu beobachten (2015: Ecstasy 1,5 % / Kokain 0,9 % - 2019: Ecstasy 2,8 % Kokain 2,4 %) (vgl. Seitz 2019, S. 4ff)

Sedierende Substanzen

Aufgrund dessen, dass bei den sedierenden Substanzen ein Teil bereits im Kapitel Medikamente behandelt wurde, befasst sich der folgende Text hauptsächlich mit der größten Stoffgruppe Sedativa, den Opiaten.

In Deutschland versteht man unter dem Konsum von Opioiden, meist den Konsum von Heroin oder den bei der Substitution verwendeten Substanzen wie Polamidon, Methadon, Buprenorphin. Insgesamt lassen sich Hinweise auf eine alternde Population bei den Opioidkonsumenten finden, wobei die geschätzte Gesamtanzahl sich konstant gestaltet. In der Gruppe der 18 – 27 Jährigen werden Opiate meist in Medikamentenform konsumiert (vgl. Karachaliou 2019, S.30).

Da es in Deutschland keine direkte Erfassung der Opioidkonsumenten gibt, können die Zahlen wieder nur anhand unterschiedlicher Kontextindikatoren, wie Behandlung, Polizeikontakte und substanzbezogener Todesfälle, geschätzt werden. Aufgrund unterschiedlicher Fokusse bei der Interpretation von Daten ist es möglich das ein stark voneinander abweichende Gesamtzahl von Opioidkonsumierenden ermittelt werden kann.

Laut Schätzungen der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht gab es in Deutschland, im Jahr 2016, 166.294 Individuen mit einem riskanten Konsum von Opiaten. Die Zahlen sind von 2007 – 2011 leicht angestiegen und gehen seit 2012 kontinuierlich zurück. Insgesamt lässt sich jedoch nur eine geringe Schwankung der Werte beobachten (vgl. ebd. S.31ff). Auffällig bei Opioidkonsumenten ist jedoch eine besonders hohe Belastung an somatischen und psychischen Folgen durch den Konsum (Kapitel 2.3)

2.2.5 Neue psychoaktive Substanzen

Bei neuen psychoaktiven Stoffen (NPS), auch *Designerdrogen, research Chemicals* oder *legal highs* genannt, handelt es sich meist um synthetische hergestellte Substanzen. Hierbei ist es in der Regel so, dass die chemische Struktur von bereits vorhandenen illegalen Substanzen leicht verändert wird, um die Suchtstoffgesetze der EU-Mitgliedstaaten zu umgehen. Die Wirkung der Droge auf ein Individuum bleibt meist erhalten oder wird sogar verstärkt. Angeboten werden die Substanzen zum Beispiel als Badesalz, Düngepille oder Kräuterteemischungen, die den eigentlichen Konsumzweck verschleiern soll und somit den Eindruck erweckt, dass es sich dabei um gesundheitlich unbedenkliche Produkte handelt. Auch die Produktbeschreibung und die Deklarierung der Inhaltsstoffe werden dabei meist irreführend oder falsch dargestellt.

Die Prävalenz und die Trends des NPS-Konsums in der Allgemeinbevölkerung stehen laut dem World Drug Report weltweit nur in sehr wenigen Ländern zur Verfügung. Laut den Daten kommt es auch hier zu divergierenden Trends (vgl. UNODC 2018, S. 60). So ist zum Beispiel ein Rückgang bei der 12-Monats-Prävalenz in Großbritannien und Irland festzustellen (vgl. Drug Misuse 2017, S. 23f). In der Tschechischen Republik (0,5 % 2014 – 1,2 % 2015) und Rumänien (0,3 % 2013 – 0,9 % 2016) nahm die Prävalenz von NPS laut den Schätzungen dagegen deutlich zu (vgl. UNOCD 2018, S. 63f). So hat sich die Anzahl der Konsumenten innerhalb wenigen Jahren mehr als verdoppelt. Die Daten unterschätzen jedoch die wahre Prävalenz, da viele betroffene und gleichzeitig marginalisierte Gruppen, wie zum Beispiel Obdachlose oder Individuen im Gefängnis nicht oder nicht ausreichend erreicht werden (vgl. UNOCD 2018, S. 5). Gerade im Justizvollzug sind NPS besonders beliebt. Durch chemische Veränderungen an der Grundsubstanz, kann der Wirkstoffgehalt um ein Vielfaches erhöht und gleichzeitig die Menge reduziert werden, was ein Schmuggeln in die Haftanstalten erleichtert.

Seit dem Jahr 2012 bis 2018 ermittelt, unter anderem die Europäische Bobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 730 neue psychoaktive

Substanzen. Wobei die Anzahl der jährlich neu gefunden NPS mit den Jahren leicht ansteigt (vgl. Bundesgesundheitsministerium (a) 2021). Im Jahr 2018 haben 2,6 % der Deutschen im Alter von 18 – 64 Jahren mindestens einmal in ihrem Leben Erfahrungen mit NPS gemacht. Innerhalb der letzten 12 Monate des gleichen Jahres nur noch 0,9 %. Auffällig ist, dass gerade bei den 12 – 17 Jährigen, mit 0,1 % Prävalenz, der Konsum so gut wie gar nicht vorkommt (Atzendorf 2019, S. 4).

Laut der Eurobarometer Studie schwanken die Werte der 12-Monats-Prävalenz in den Europäischen Ländern stark. Bei den 18 – 24 Jährigen streut diese von zum Beispiel Polen mit 0 %, Belgien, Dänemark, Finnland, Portugal mit 1 %, bis hin zu Deutschland mit 7 %, Estland mit 8 % und Irland mit 9,7 % (ESPAD 2015, S. 42) Insgesamt ist bei der Auswertung der Daten zu NPS darauf zu achten, dass es bei verschiedenen Studien zu deutlichen Inkonsistenzen der jeweiligen Schätzungen, der einzelnen Länder kommt.

Besonders hohe Prävalenzen des Konsums von NPS wurde bei Hochrisikokonsumenten, wie intravenös Konsumierende, festgestellt. Wobei vieles dafür spricht das der Erstkontakt mit NPS in Haftanstalten oder Aufgrund von Auflagen einer Bewährung zustande kommt. In Europa wurden im Jahr 2017 16 neue Opioide gemeldet. Damit lösen die Opioid-basierenden NPS, die Cannabis-basierenden NPS, von der Anzahl der Neumeldungen, im Rahmen des Early Warning Systems der Europäischen Union ab. Eine gleiche Entwicklung zeigt sich auch bei den dokumentierten Notfällen (vgl. EMCDDA 2020, S. 9f). Besonders beliebt bei den konsumierenden Individuen sind die Opioid-Fentanyl-basierenden NPS, welche etwa 100-mal stärker wirken als Morphin. Die missbräuchliche, nicht-medizinische Anwendung dieser Opiate und deren Derivate kann aufgrund der extrem hohen Wirkpotenz schnell zu Abhängigkeit und / oder zu einer Überdosierung mit unter anderem letalen Folgen führen (ebd. S. 11f)

Einer der Zentralen Vertriebswege für NPS ist das Internet. Anders als bei den Drogenshops im Darknet werden diese aufgrund der Legalität unter anderem auch im Clearnet vertrieben. Dabei ist die Beschreibung der Inhalte und angegebene Verwendung meist irreführend (siehe Kapitel 3).

2.3 Gesundheitliche und soziale Folgen

2020 starben in Deutschland 1.581 Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums. Damit liegt die Zahl circa 13 % über dem Niveau des Vorjahres. Ein Drittel der Drogentoten lässt sich auf eine Vergiftung durch Opiate und Opioide, beziehungsweise den polyvalenten Konsum zurückführen. So starben 2020 572 Menschen durch Heroin bzw. Morphin, was knapp die Hälfte der Drogentoten insgesamt ausmacht. Gleichzeitig steigen die Zahlen der Todesfälle durch Substanzmittelmissbrauch im Zusammenhang mit Kokain und Crack um 33 %, sowie der polyvalente Konsum im Zusammenhang mit Methamphetamin an. (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021)

Chronischer Suchtmittelmissbrauch kann unterschiedlichste Folgen mit sich bringen. Gerade im Alter der Adoleszenz können, durch den Substanzmittelmissbrauch, verschiedene Entwicklungsstörungen der Persönlichkeitsentwicklung, der Leistungsfähigkeit oder der Motivation auftreten bzw. sich manifestieren. Auch psychische, depressive oder Angststörungen, sowie das Herausbilden einer Psychose werden durch den chronischen Konsum psychotroper Substanzen begünstigt. Aber auch körperliche Erkrankungen wie Infektionen, Vergiftung, Mängelerscheinungen oder Organschädigungen können als Folge auftreten (vgl. Thomasius 2009, S. 13).

Die neuen psychoaktiven Substanzen können sowohl sedierend, stimulierend als auch halluzinogen wirken. Ebenso vielfältig gestalten sich die Konsumarten und auch die möglichen Folgen. Es ist teilweise nicht genügend untersucht welche Folgen bestimmte Substanzen haben können. Allerdings weisen Einlieferungsfälle in Krankenhäusern und Daten aus dem Suchthilfesystem auf schwere Nebenwirkungen hin. Auch Todesfälle im Zusammenhang mit NPS Konsum sind bereits aufgetreten (vgl. Kupferschmidt 2012, S. 3).

Somatische Folgen

Häufiger Gebrauch von psychotropen Substanzen kann zu dauerhaften Störungen im biochemischen Ablauf des Gehirns führen. Neurotransmitter die für die Erregung,

Entspannung oder auch zum Beispiel für ein Art Glücksgefühl verantwortlich sind werden bei chronischem Konsum einer Droge, ohne die Zuführung dieser, nur noch bedingt ausgeschüttet (vgl. DHS 2003, S.11). Auch andere Beeinträchtigungen des Gehirns, wie eine Störung des Kurzzeitgedächtnisses, verminderte Reaktionsfähigkeit oder Aufmerksamkeit können Begleiterscheinungen sein. Gerade bei Individuen im Entwicklungsstatus kann ein andauernder Konsum von Drogen, zu dauerhaften Schädigungen, wie verminderter geistiger oder motorischer Leistungsfähigkeit kommen. (vgl. Kolte u.a. 2006, S. 19)

Die körperlichen Folgen des Drogenkonsums richten sich in erster Linie nach der jeweiligen Substanz und der Konsumart. Schädigungen können alle Organe im Menschlichen Körper betreffen. Sie können durch unterschiedliche Voraussetzungen, wie zum Beispiel einer gesunden Ernährung, Sport und / oder der Genetik in unterschiedlicher Ausprägung auftreten.

Bei Drogen die Inhaliert werden, wie zum Beispiel Tabak, Cannabis oder NPS in E-Zigaretten, besteht bei chronischem Konsum die Gefahr der Entwicklung von zum Beispiel Bronchitiden oder Karzinomen im Respirationssystem. Bei Nasalem Konsum besteht die Gefahr der Schädigung, Verkrustung oder Vernarbung der Nasenschleimhaut und der Nasennebenhöhlen, bis hin zur Septumperfomation. Auch Gefäßentzündungen, bis hin zur Vaskulitis sind möglich. Symptome von chronischem nasalem Konsum sind oft eine dauerhaft verstopfte oder laufende Nase. (vgl. Müller 2020)

Die größte Gefahr besteht jedoch beim Intravenösen Spritzengebrauch, wie es häufig beim Konsum Heroin, Kokain oder auch bei Amphetaminen vorkommt. Bei neuen psychoaktiven Substanzen ist der Intravenöse Konsum nicht weit vertreten. Die am häufigsten auftretende Diagnose bei dieser Konsumform ist der lokale Spritzenabszess, gefolgt von der Venenthrombose und einer lokalen Haut- bzw. Weichteilinfektion. Auch Krankheiten wie Hepatitis A, B und C oder HIV werden häufig bei intravenös gebrauchenden Konsumenten nachgewiesen (vgl. Sensebat 2010, S. 34). Gerade in osteuropäischen Regionen, mit circa 3.5 Millionen intravenösen Drogenkonsumenten, liegt eine besonders hohe Zahl von 940.000

Menschen vor, die an dem HI-Virus erkrankt sind (vgl. UNODC World Drug Report 2009).

Ein besonderes Risiko bei illegalen im Gegensatz zu legalen Drogen, ist die Verunreinigung, beziehungsweise das Strecken dieser Substanzen. Bei chemisch hergestellten Drogen werden oft verschiedene hochtoxische Substanzen, entweder durch eine verunreinigte Herstellung oder später beim Strecken der Drogen, nachgewiesen. Häufig werden diese Streckmittel so gewählt, dass ein höherer Wirkstoffgehalt vorgetäuscht oder die Wirkung verlängert wird, so wird zum Beispiel bei Kokain am häufigsten das Streckmittel Levamisol, ein Medikament für Tiere das bei Wurmbefall eingesetzt wird, nachgewiesen (vgl. Kupferschmidt 2012, S. 3).

Besonders bei regelmäßigm Konsum, auch bei bereits kleinen nachgewiesenen Mengen, besteht die Gefahr von schwer abschätzbarer Langzeitfolgen. Auch der Wirkstoffgehalt einer Substanz kann dadurch sehr stark schwanken, was ein besonderes Risiko beim Konsum darstellt. Hochdosierte Drogen können, abhängig von der Substanz und dem Streckmittel, zu starken Belastungen des Körpers, bis hin zum Tod führen. (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2018)

Psychische Folgen

Die Wirkung von illegalen, sowie legalen Drogen sorgt beim Konsumenten für eine euphorische Stimmung, Glücksgefühle, Entspannung oder eine Stressreduktion. Auf lange Sicht verändert sich unter dem Einfluss der Wirkung jedoch verschiedene Strukturen im Gehirn, die langfristige psychische Erkrankungen und / oder Störungen, wie zum Beispiel Angst- und Panikattacken, Depressionen, Persönlichkeitsveränderungen, Psychosen, Halluzinationen oder Suizidgedanken, hervorrufen können.

Besonders die Komorbidität ist ein oft unterschätztes Phänomen. Hierbei unterscheidet man bei Drogenkonsumenten zwischen zwei Hauptgruppen. Bei der einen ist die psychische Erkrankung das vorherrschende Merkmal, bei der zweiten Gruppe ist es die Substanzabhängigkeit. 2004 wurde bei 80 % aller in Behandlung

befindenden drogenabhängigen Patienten, zusätzlich eine komorbide psychiatrische Störung diagnostiziert. Auch bei 30 – 40 % aller in psychiatrischer Behandlung befindlicher Patienten in Europa, wurde zusätzlich eine Abhängigkeitserkrankung gefunden. Bei der klinischen Prävalenz drogenabhängiger Patienten tritt die komorbide Persönlichkeitsstörung mit 50 – 90 % am häufigsten auf. Die manisch-depressive Psychose bei 20 – 60 % und die psychotische Störung bei 15 -20 %. Besonders in Alter der Adoleszenz (oder früher) besteht, bei chronischem Konsum, eine hohe Gefahr an einer psychiatrischen Störung zu erkranken (vgl. Fridell / Nilson 2004, S. 1ff) Oft sind substanzabhängige Individuen von mehreren Problemen gleichzeitig betroffen. So kommt es häufig, neben psychischen Schwierigkeiten und Erkrankungen, zu sozialen Störungen, wie familiäre Spannungen, Arbeits- und Wohnungslosigkeit.

Soziale Folgen

Ein Individuum das Drogen konsumiert, belastet nicht nur den Körper oder die Psyche. Auch das soziale Umfeld, wie Familie, Freunde, Hobby oder der Beruf können unter chronischem Konsum leiden.

Bei einer Abhängigkeit vernachlässigt der Konsument alle Lebensbereiche, welche nicht mit dem Konsum vereinbar sind. Viele Drogenabhängige ziehen sich auch aus ihrem sozialen Umfeld zurück, um einerseits die Sucht zu verheimlichen und / oder weil sie mit Konsequenzen, wie Ansprachen auf den Drogenkonsum, rechnen. Der frühe Konsum von Substanzen mit Abhängigkeitspotential geht oft mit Schwierigkeiten in der Schule, Ausbildung oder Beruf einher, welche auch im Erwachsenenalter Auswirkungen, wie brüchige Partnerschaften oder kriminelle Auffälligkeiten, haben können (vgl. DHS 2003, S. 12).

Je nach Substanz und stärke der Abhängigkeit können Individuen mehrere hundert Euro am Tag benötigen, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren. Bei Vielen führt dies, auf kurzer oder langer Sicht, zu einer Form der Beschaffungskriminalität, wie zum Beispiel Diebstahl, Einbruch, Raub, Erpressung oder auch Prostitution. Die gesetzlichen Folgen können dabei von Arbeitsstunden oder Geldstrafen bis hin zu

mehrjährigen Haftstrafen reichen, wobei die letzte Form der Strafe die soziale Isolation weiter vorantreiben kann (vgl. Möller 2020, S. 38f).

Je früher ein Individuum mit dem Konsum von Drogen anfängt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit des Auftretens sozialer Probleme. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen warnt vor einem fünffach höherem Sterberisiko bei Individuen, die bereits in der Adoleszenzphase eine starke Abhängigkeit entwickelt haben (vgl. DHS 2003, S. 11).

Die möglichen Folgen einer Abhängigkeit sind sehr breit gefächert und abhängig von unterschiedlichsten Voraussetzungen. Hervorzuheben ist allerdings, dass gerade der Konsum von Drogen oder die Entwicklung einer Abhängigkeit im jungen Alter von besonderer Bedeutung ist. Die Manifestierung von Handlungs- und Umgangsweisen ist schwer zu entlernen. Bei einem Individuum, welches bereits in der Adoleszenzphase mit Abhängigkeitsproblemen zu kämpfen hat, ist es möglich das die Folgen dieser, den Menschen ein ganzes Leben lang begleiten.

3 Das Internet

Der Buchdruck ermöglichte erstmals die kostengünstige und massenhafte Verbreitung von Nachrichten, Meinungen oder Wissen. Zunächst frei von der Kontrolle der Kirche oder der Regierung, führte die Technik zu großen gesellschaftlichen Veränderungen und war zum Beispiel eine der Triebkräfte für das Zeitalter der Aufklärung. Die Regierenden fanden allerdings schnell Kontrollmechanismen. Durch Mittel wie staatlicher Zensur oder die Verfolgung von Publizisten und Druckfirmen, wurden unbeliebte Meinungen eliminiert. Die demokratische Überwindung dieser findet sich unter anderem heute im Begriff der Pressefreiheit wieder (vgl. Schanze 2013, S. 286ff).

Zwischen der Erfindung des Buchdruckes und der Möglichkeit für die Allgemeinheit sich Bücher zu kaufen, vergingen Jahrhunderte. Betrachtet man dagegen die Einführung digitaler Technologien und die Weltweite Nutzung dieser vergingen nur wenige Jahrzehnte. Heutzutage hat der Umgang mit dem Internet auf so gut wie jeden Bereich des Lebens direkten oder indirekten Einfluss. Ähnlich wie beim Buchdruck führt das Internet zu deutlichen Veränderungen in allen Lebensbereichen, der Gesellschaft oder der Beziehung von Menschen untereinander und zur Umwelt.

3.1 Internetentwicklung

„Glücklicherweise besitzt niemand das Internet. Es gibt keine zentralisierte Kontrolle und niemand kann es ausschalten. Seine Evolution basiert auf ungefähren Konsens und fortlaufendem Code.“ (Lang 2017, S. 7)

Die Technologie des Internets ist über 50 Jahre alt, dennoch fällt es schwer eine umfassende Definition herzuleiten. Im Jahre 1957 gelang es der Sowjetunion den ersten Satelliten, Sputnik 1, ins All zu befördern (vgl. National Aeronautics and Space Administration 2021). Die USA, als größter Konkurrent, reagierte mit zwei markanten Maßnahmen. Die erste war die Aufnahme von Physik, Chemie und Mathematik in die Lehrpläne der Schule. Die zweite Maßnahme war die die

Gründung der *Advanced Research Projects Agency* (ARPA), welche dem Verteidigungsministerium unterstand. Ziel des Projektes war es alle Forschungsbereiche, militärisch oder wirtschaftlich effizienter nutzen zu können. 1968 wurde daher das ARPANET entwickelt, eine Kommunikationsstruktur von zunächst 4 Universitäten. Die Grundlage einer solch vernetzten Kommunikation bestand auf dem Konzept der Paketvermittlung. Die Daten einer Nachricht werden, anders als bei den bis dahin bestehenden Kommunikationsmöglichkeiten, in einzelne Datenpaketet zerlegt und übermittelt. Diese Datenpakete enthalten verschiedene Informationsmerkmale und können zwischengespeichert und gesendet werden (vgl. Lang 2017, S. 8f). Zeitgleich gab es auch in anderen Ländern ähnliche Projekte an neuen Kommunikationsnetzwerken. In Chile wurde das Cybersin genutzt, um die ökonomische Planung zu verbessern und in der UDSSR wurde an dem Netzwerk OGAS geforscht (vgl. Nosthoff / Maschewski 2018, S. 4f).

Das ARPANET wurde in den USA, aufgrund der Gefahr eines nuklearen Angriffs, schnell ausgebaut, so dass die Kommunikation im gesamten Land immer noch bestehen würde. Aufgrund dieser Hauptfunktion musste dieses System besonders robust sein, wofür sich eine dezentrale Funktionsweise eignete, bei der selbst im Falle einer Zerstörung einzelner Punkte, die Gesamtstruktur nicht betroffen ist. 1973 wurden die Internet-Protokolle von den Entwicklern des ARPNETS, Robert Kahn und Vinto Cerf, vorgestellt, welche gewisse Regeln in der Informatik festlegen. Diese beinhalten unter anderem: Die *Netzwerkkonnektivität*, jedes Netzwerk kann sich mit einem anderen Netzwerk verbinden. Die *Dezentralität*, wodurch es niemandem möglich war die zentrale administrative Kontrolle zu erlangen. Die *Fehlertoleranz*, nicht übermittelte Pakete müssen wiederholt gesendet werden. Außerdem musste jedes Netzwerk bevor es sich mit einem anderen Netzwerk verbinden konnte, selbständig funktionieren (vgl. Lang 2017, S. 10f).

Da sich das Internet-Protokoll als Standard durchsetzte, ist es verantwortlich für die heutige Grundstruktur des Internets, so dass von jedem Punkt des Netzwerks auf alle Bereiche zugegriffen werden kann. Außer wenn ein Netzwerk durch einen besondere Zugriffsmöglichkeit, wie zum Beispiel ein Passwort, geschützt ist. Aufgrund dieser Eigenschaft, die überall im Internet gleich ist, ist eine Zensur nur beschränkt möglich. Einige Länder erlauben jedoch nur den Zugriff zu bestimmten

Netzwerken oder blockieren Einzelne durch einen Filter, wie zum Beispiel eine Firewall, heraus. (ebd. S. 12)

Die Entwicklung des Internets, geschieht parallel zu der Forschung an immer leistungsfähiger Hardware und Software. Welche es ermöglichen internetfähige Computer für den Privatgebrauch herzustellen. 1990 kam es zu 2 besonderen Entwicklungen, der Hardwarehersteller IBM – welcher es schaffte Computer industriell und daher wesentlich preiswerter herzustellen und dem Betriebssystem Windows von Microsoft, mit dem die Computer ausgestattet wurden und in Kombination, wesentlich billiger waren als die des größten Konkurrenten Apple (vgl. Mantel / Stiller 2021).

3.2 Internet als Erwerbsmarkt

Da das Internet sich stetig weiterentwickelte und durch immer leistungsfähigere Soft- und Hardware, einzelne Datenpakete mehr Information enthalten und immer schneller verarbeitet werden konnten, benutze man das Internet nicht nur um Schrift- und Zahleninformation zu übertragen, sondern auch zum Beispiel für Bilder oder Musik.

Durch die Entwicklung erster Webbrowser, wie Mosaic und dessen Nachfolger dem Internet Explorer, gelang es eine einheitliche Zugriffs- und Darstellungsmöglichkeit zu erschaffen, wodurch das Internet wesentlich einfach bedient werden konnte. 1995 veröffentlichte Microsoft das Betriebssystem Windows 95, welches den Webbrowser Internet Explorer erstmals bereits vorinstalliert hatte. Dies hatte einen Boom im Technologiesektor geführt. Viele neue Unternehmen entstanden, zum einen im Dienstleistungssektor, wie zum Beispiel ebay.com (Online-Auktionshaus), amazon.com (Online-Buchhandel) oder lastminute.com (Reiseunternehmen) und zum anderem im Unterhaltungssektor, wie Streaming Angebote für Musik und Filme oder erste Social - Media. Um im Internet bezahlen zu können wurde auf klassische Zahlungsmethoden über eine Bank zurückgegriffen oder auf neue Finanzdienstleister welche den Zahlungsverkehr zwischen dem Sender, Empfänger

und/oder einer Bank vereinfachten und sicherten, wie zum Beispiel Paypal (vgl. Lang 2017, S. 16).

Im Jahr 2006 erschien das erste Smartphone mit Berührungsbildschirm, das LG Prada KE850. Jedoch erst durch die Einführung des Iphone von Apple kam es zu einem Wendepunkt im Smartphonemarkt, da die Leistung, sowie die Bedienungsfreundlichkeit sich stark verbesserte (Brown, 2020). Somit stieg auch der Absatz dieser Geräte stetig an. Seit 2011 liegt der Smartphoneabsatz über dem der Computer und steigt seitdem jährlich weiter an (IDC 2021). Somit können immer mehr Menschen überall auf das Internet zugreifen. Der Trend hat sich durch die Corona-Pandemie noch einmal verstärkt. So kam es zu einem Umsatzzuwachs von 23 % oder 13,6 Milliarden Euro, in den Jahren 2019 und 2020 (Handelsverband Deutschland 2021, S. 2)

Der Onlineanteil des Gesamtmarktes in Deutschland im Jahr 2020 kommt somit auf 12,6 % und steigt jährlich weiter an (ebd. S. 8) Das Internet wird allerdings nicht nur für den legalen Vertrieb genutzt. So werden auch Drogen, Waffen und andere Illegale Produkte gehandelt. Da der Staat Möglichkeiten besitzt, Webseiten-Inhaber oder auch Nutzer auf deren Seiten, zu identifizieren und zurückzuverfolgen, versuchen bestimmte Nutzer und Betreiber sich zu anonymisieren, um so einer Strafverfolgung zu entgehen.

3.3 Darknet

Das Darknet ist ein Bestandteil des Deep Webs oder auch Versteckten Webs. Dieser Teil des Internets ist über normale Suchmaschinen nicht zu finden und beinhaltet hauptsächlich themenspezifische Datenbanken und Websites, welche von Firmen oder auch zum Beispiel von Banken beim Zahlungsverkehr über das Internet genutzt werden.

Nach Sherman und Price kann das Deep Web in 5 unterschiedliche Typen geordnet werden. Das Opaque-Web, welches Webseiten enthält die zwar identifiziert werden können, jedoch aufgrund technischer Leistungsfähigkeit nicht angezeigt werden.

Das Private-Web, Webseiten deren Zugriff besonders geschützt ist. Proprietary-Web, ähnlich wie beim Privat-Web, nur durch eine andere Form der Identifizierung, um den Zugriff zu ermöglichen. Das Invisible-Web, beinhaltet Webseiten auf die eigentlich Zugriffen werden könnte, die allerdings aus strategischen oder wirtschaftlichen Gründen nicht angezeigt, nicht indiziert werden (zum Beispiel spezielle Bank - Datenbanken). Das Truly-Invisible-Web bezeichnet Webseiten oder Datenbanken, welche aus Technischen Gründen nicht angezeigt werden können, weil sie zum Beispiel nicht kompatibel mit dem Zugriffssystem sind. (vgl. Sherman / Price 2001, S. 70ff) Bereits im Jahr 1970 wurden vom ARPANET unabhängige Netzwerke als Darknet bezeichnet. Im Jahr 2002 warnten 4 Microsoft angestellte davor, dass die Existenz des Darknets ein wesentliches Hindernis darstellt, um digitales Recht durchzusetzen (vgl. Biddl 2002, S. 2f)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Visible-Web über Suchmaschinen indiziert ist und das Deep-Web nicht indiziert ist. Also alle Webseiten die Nutzer mit den normalen Suchmaschinen / Browsern finden können, sind nur ein Bruchteil der Datenmenge, die das Internet tatsächlich ausmachen.

Das Darknet bezeichnet wiederum ein abgeschlossenes Netzwerk innerhalb des Deepwebs, auf welches nur über spezielle Programme, wie zu Beispiel dem Tor-Browser zugegriffen werden kann. Somit funktioniert es augenscheinlich wie das normale Internet nur das man zusätzliche auf Inhalte, die normalerweise nicht indiziert sind, zugreifen kann.

Das Besondere an diesem Netzwerk ist, dass die IP-Adresse, durch die es normalerweise möglich ist, einzelne Nutzer zu identifizieren, an einen Server geschickt wird. Die Verbindung des Nutzers liegt dem Server nun vor, anders als im Normalen Internet, wo man sich mit seinem Gerät direkt mit einem Server verbündet, teilt der Server dem Nutzer eine neue IP-Adresse zu, mit dessen der Server sich zu einem weiteren Server verbündet. Da dies mehrmals geschieht und immer nur eine Rückverfolgung zum letzten Server möglich ist, ist es nicht, beziehungsweise nur unter enormen Aufwand und Leistung möglich, den eigentlichen Nutzer zu identifizieren (vgl. Reis 2021).

Der Begriff Darknet sagt somit also nicht über den rechtlichen Status der Inhalte aus, sondern lediglich wie bestimmte Informationen abgerufen wurden. Diese Anonymität wird für verschiedene Zwecke genutzt. Einerseits benutzen Aktivisten, politisch verfolgte Menschen, Journalisten etc. diese Kommunikationsmöglichkeit, um Informationen auszutauschen oder Firewalls bestimmter Ländern zu umgehen. Andererseits wird diese Technik auch für illegale Aktivitäten, wie zum Beispiel dem Drogenhandel genutzt.

3.3.1 Drogenmärkte im Internet - Aufbau, Gestaltung und Vertrieb

Bei dem Phänomen der Drogenmarktplätze im Darknet, handelt es sich um eine Erscheinungsform der Kriminalität. Der Handel mit Drogen ist durch drei UN-Konventionen nahezu überall verboten. Lange Zeit bestand jedoch ein Machtvakuum bei den Handelsplätzen im Internet, durch die schlichte Nichtdurchsetzbarkeit von staatlichen Regulierungen.

Die schnell fortschreitende Digitalisierung führt zu gesellschaftlichen Veränderungen, die auch von der Organisierten Kriminalität genutzt werden. Digitale Plattformen über die systematisch Drogen, andere illegale Ware oder Dienstleistungen bezogen werden können, kennzeichnen sich durch eine hohe Verfügbarkeit und leichte Zugangsmöglichkeiten. So gut wie jede Substanz lässt sich online in beliebigen Mengen und ohne zeitliche, örtliche oder altersbedingte Beschränkung erwerben.

Der Aufbau der Drogenmarktplätze im Darknet gleicht denen von legalen Einkaufsplattformen wie zum Beispiel Amazon oder Ebay. Verschiedene Elemente, wie die Grundstruktur der Plattform, Kundenkonten, Suchfunktionen, Preisvergleich, Produktbeschreibung, Versandart, Feedback, Kommentar- und Bewertungsfunktionen wurden übernommen. Wodurch es dem Nutzer_innen besonders leicht fällt die Webseite zu benutzen. Genauso niedrigschwellig gestaltet sich die Aneignung des technischen Wissens, welches durch notwendige Sicherheitsvorkehrungen, die Anonymität garantieren sollen. In Foren, Webseiten

oder Videoportalen lassen sich durch eine einfache Suche zahlreiche Anleitungen finden (vgl. Tzanetakis / Stöver 2019, S. 15).

Eine Besonderheit stellt das meist genutzte Bezahlsystem im Darknet dar. Die herkömmlichen Zahlungssysteme, wie Banküberweisung oder Onlineüberweisungen wie PayPal lassen sich zurückverfolgen. Die Erfindung von Kryptowährung änderte dies, und ermöglichte Nutzer_innen und den Betreibern eine anonyme Zahlungsmöglichkeit.

Kryptowährung sind virtuelle Zahlungsmittel mit zwei besonderen Eigenschaften. Sie sind dezentral organisiert und somit unabhängig von staatlichen Institutionen. Außerdem können Pseudonyme benutzt werden, wodurch bei einer Transaktion die wahre Identität nicht preisgegeben wird. Diese Eigenschaften ermöglichen einen hohen Schutz vor Rückverfolgung und sichert die Anonymität (vgl. ebd. 13).

Bei dem Versand der Drogen findet ein Übergang von Online – zu Offline statt, da die Ware auf physischen Weg zum Käufer_in gelangen muss. Hierzu nutzen die Verkäufer_innen meist die Auslieferung über die herkömmlichen Post- und Paketdienste. Oft werden diese als Firmensendung oder Bestellungen getarnt, wobei die Rücksendeadresse nicht echt ist (vgl. Dehbi 2020, S. 9ff).

Die Onlinedrogenmarktplätze bieten jedoch nicht nur Risiken, sondern auch Chancen. Die Strafverfolgungsbehörden und die Judikative werden durch die global agierenden Akutere, sowie die Anonymisierte Zahlungsmöglichkeit vor riesige Herausforderungen gestellt. Dies benötigt zum Beispiel eine Länderübergreifende Zusammenarbeit von polizeilichen Maßnahmen, sowie gesetzlichen Handlungsmöglichkeiten (vgl. Laufenberg 2016, S. 189). Konsument_innen haben theoretisch die Möglichkeit sich direkt, über die Beschreibung der Droge und das Feedbacksystem auf den Onlinedrogenmarkt-Webseiten, über die Qualität, beziehungsweise die Stärke der Substanzen zu informieren.

Da es jedoch nicht zuverlässig ist, dass die Plattformbetreiber negative Kommentare oder Bewertungen löschen, haben sich externe Bewertungsplattformen für die unterschiedliche Drogenmärkte, sowie deren

verkaufte Substanzen gebildet. Zusätzlich bieten diese Webseiten sogar Empfehlungen für die Dosierung oder die Konsumart an (Tzanetakis / Stöver 2019, S. 16). Diese vermeidliche Sicherheit und das professionelle Auftreten der Drogenmärkte führt dazu das gerade in der Covid-19 Pandemie, der Online Vertrieb von Drogen an Bedeutung gewonnen hat. Es wird als wahrscheinlich betrachtet das ein Modell der Hauslieferung sich auf lange Zeit durchsetzen wird (vgl. Dehbi 2021, S. 14). Für den Konsumenten bedeutet dies jedoch keine Verbesserung. Analysen haben gezeigt das die Substanzen trotz gleicher Bestellung unterschiedlich im Wirkstoffgehalt und in der Zusammensetzung waren (vgl. Angerer / Auwärter 2015, S. 226f). Ein besonderes Phänomen ist das Ersetzen ganzen Substanzen durch NPS, ohne dass der Käufer_in davon weiß. NPS können vergleichsweise billig hergestellt werden und gleichen in ihrem Wirkprofil teilweise so sehr den der Originalsubstanz das dem Konsumenten nicht auffällt (vgl. EMCDDA 2021, S. 26).

4 Das deutsche Suchthilfesystem

Das Suchthilfesystem in Deutschland ist historisch betrachtet ein sehr junger Teil des Gesundheitssystems. Der amerikanische Physiologe, Elvin Morton Jellinek, publizierte 1951 eine Arbeit mit Anonymen Alkoholikern in der er Alkoholismus als Krankheit ansah. Diese Sichtweise setzte sich schließlich auch bei der WHO, also weltweit, durch (vgl. Soyka / Kühn 2008, S. 11). Wodurch sich nicht nur die Sichtweise der Menschen auf Individuen mit einer Suchterkrankung veränderte, sondern eine ganze Profession gestärkt wurde, da eine Krankheit in der Gesellschaft anders behandelt wird als ein Phänomen.

Die erste staatlich organisierte Fürsorge gab es bereits vor dem ersten Weltkrieg. Aufgrund einer enormen hohen Zahl an alkoholabhängigen Menschen, mit dementsprechenden gesundheitlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen, wurden die ersten ambulanten und stationären Angebote geschaffen. Die fortwährend, unter der Weimarer Republik, weiter ausgebaut wurden. Während ab 1933, unter der Nazi-Herrschaft, das System Suchthilfe wieder drastisch abgebaut wurde (vgl. Klein 2003, S. 481).

Es dauerte bis 1968, das Alkoholismus in Deutschland, durch den Bundesgerichtshof als Krankheit anerkannt wurde. Vor der Klassifizierung von Abhängigkeit als Krankheit wurden Suchkranke Individuen meist abwertend und als schwach betrachtet. Bis nach Ende der 1960er, spezialisierte Einrichtungen gegründet und Therapieangebote geschaffen wurden, die Betroffenen, sowie Angehörige und dessen Umfeld Hilfe leisteten, gab es hauptsächlich nur Einrichtungen der Kirche und Wohlfahrtspflege, die vor allem niedrigschwellige Angebote stellten (vgl. DSHS 2019, S. 11). Heute ist Abhängigkeit ein fester Bestandteil des Gesundheitssystems und erweiterte sich im Laufe der Zeit auch auf stoffungebundene Süchte, wie Medien- oder Computerspielsucht.

Das Deutsche Gesundheitssystem entwickelte sich im Laufe der Zeit weiter und erkannte das abhängige Individuen, je nach Art der Sucht und / oder Substanz, unterschiedliche Behandlungen und Therapieangebote bedarf. Außer bei der

niedrigschwolligen Arbeit, ist die Motivationsabstinenz eine wichtige Voraussetzung, um eine Hilfeform erhalten zu können (vgl. Götz 2020, S. 6).

Charakteristisch für das Arbeitsfeld der Suchthilfe ist die Multidisziplinarität. Verschiedene Berufsgruppen, wie die Medizin, Psychologie, der sozialen Arbeit und weiterer, treten in diesem Bereich in Erscheinung. Im Ambulanten Bereich zählt die Soziale Arbeit als am stärksten vertretende Berufsgruppe, im stationären Bereich sind es dagegen eher die Medizin und die Psychologie (vgl. Laging (a) 2018).

Individuen mit einer Abhängigkeitsproblematik leiden meist unter körperlichen, psychischen und sozialen Problemlagen (Kapitel 2.3). Aufgrund dieser, haben Menschen mit eben jener Erkrankung, häufig Kontakt zu Behörden, Sozialleistungsträger, Institutionen der medizinischen Versorgung und / oder der psychosozialen Begleitung. Grundsätzlich sind all diese Leistungen oder Angebote für alle Menschen gleichermaßen verfügbar und kostenlos. Für einige spezielle Betreuungs- oder Behandlungsmaßnahmen ist es allerdings vonnöten, dass diese für ein Individuum, von den Kosten- und Leistungsträgern erst bewilligt werden müssen (zum Beispiel stationäre Entgiftungen oder Entwöhnungen) (vgl. DHS 2019, S. 5)

4.1 Struktur

Die Suchthilfe ist ein Versorgungssystem, welches sich stetig weiterentwickelt und seine Angebote immer weiter ausdifferenziert hat. Es besteht aus vielen präventiven Leistungen, niedrigschwolligen Beratungs- und Behandlungsstellen sowie Diensten und Anlaufstellen diverser Suchtkrankenhilfen. Eine Entzugsbehandlung, bei längerfristigem Abstinenzwunsch eine Entwöhnungsbehandlung, kann dabei mit einer beruflichen oder auch sozialen Reintegration in Anspruch genommen werden. Dies ist sowohl stationär als auch ambulant möglich (vgl. Whitfield 2018, S. 43).

Die Struktur des Suchthilfesystems ist durch verschiedene Normen geprägt; die relevanten Rechtsnormen (z.B. Gesetze, rechtliche Vorschriften, internationale Abkommen), die fachlichen Normen (z.B. Standards der sozialen Arbeit,

Qualitätsanforderungen), sowie die ethischen und sozialen Normen, welche sich alle gegenseitig beeinflussen und sich wandeln können (vgl. DHS, 2014, S. 14). Auch haben verschiedenste Positionen Einfluss auf die Struktur des Suchthilfesystems. Politische Parteien, Sozialämter, Justiz, Polizei und die Medien äußern sich dabei öfter, als es bei anderen Krankheiten der Fall ist (vgl. Laging, 2018 (b), S. 106).

Da eine Suchterkrankung rechtlich als seelische Behinderung erfasst wird, waren besonders drei wichtige Impulse entscheidend für die rechtliche normative Rahmung der Suchthilfe. Dazu zählt das 2001 eingeführte Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, die Klassifikation der WHO ICF und die im Jahr 2009 durch die Bundesrepublik ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention. Besonders zwei Prinzipien gelten heute als Grundvoraussetzung in der Arbeit mit suchtkranken Menschen:

Zum einen die *personenzentrierte Sichtweise*, die dazu führt, dass im Beratungs- und Behandlungsprozess den individuellen Ressourcen des Betroffenen und den Kontextfaktoren der Suchterkrankung eine besondere Bedeutung zugemessen wird (vgl. Langig 2018 (b), S. 107).

Zum anderen die *Teilhabe*, bei der das Ziel verfolgt wird, Menschen mit einer Behinderung zu gleichberechtigten Bürgern zu machen. Sie stützt sich vor allem auf die Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention, nach der Menschen mit einer Beeinträchtigung nicht an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehindert werden dürfen (ebd.). Bei Prinzipien gelten heute als Grundvoraussetzung für die fachliche Arbeit mit suchtkranken Individuen.

Andere Impulse beziehungsweise sozialrechtliche Rahmenbedingungen ergeben sich durch die anderen Sozialgesetzbücher, wobei die einzelnen Leistungsbereiche nicht immer genau einem Sozialgesetzbuch zugeordnet werden können. So zum Beispiel die medizinische Rehabilitation, die einerseits durch das SGB VI der Rentenversicherung oder des SGB V der Krankenversicherung abgedeckt ist.

Die Struktur des Suchthilfesystems ist sehr komplex und hat unterschiedliche Trägerschaften und Finanzierungsquellen, in staatlicher, kommunaler oder auch freier Hand. Auch die einzelnen Formen sind mittlerweile sehr vielfältig. Das Suchthilfesystem reicht von medizinischer Versorgung über Beratung und Betreuungsangebote bis hin zu Gruppen- und Therapiemöglichkeiten, in ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfe, sowohl für die Betroffenen als auch für deren Angehörige (vgl. Götz 2020, S. 7).

So werden zum Beispiel ambulante oder stationäre Entgiftungen oder Entzugsbehandlungen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Wenn eine Abhängigkeitsberatungsstelle anschließend eine medizinische Rehabilitationsbehandlung, wie eine Langzeittherapie oder eine Tagesklinik empfiehlt, wird diese allerdings in der Regel von der Rentenversicherung bezahlt. Dabei kommt es auch zu Spannungen zwischen den beiden Finanzierungsquellen. Ein Beispiel dafür ist der Übergangsbereich zwischen einer mehrwöchigen Entzugsbehandlung, mit dementsprechend abklingenden Entzugssymptomen, und dem Wechsel hin zu einer Langzeittherapie. Die Kostenträger streiten sich hierbei öfter, wann eine von den Krankenkassen finanzierte Entzugsbehandlung endet und eine von der Rentenversicherung finanzierte rehabilitative Maßnahme beginnt. (vgl. Wessel 2008, S. 2f) Die Behandlung von suchtkranken Menschen wird also von unterschiedlichen pauschalen Zuschüssen finanziert und liegt quer über dem sozialen System der Sicherung verteilt.

Das deutsche Suchthilfesystem lässt sich auch durch die verschiedenen Arbeitsfelder darstellen. Dazu gehören die niedrigschwlligen Angebote, Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, Entgiftung und qualifizierter Entzug, ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation, Maßnahmen der sozialen Rehabilitation und der Selbsthilfe (vgl. Laging (b), 2018, S. 113).

4.2 Versorgungssituation

Im internationalen Vergleich gesehen ist das deutsche Suchthilfesystem, mit all seinen Angeboten und Leistungen, auf einem fachlich hohen Niveau und ist zum größten Teil flächendeckend aufgestellt (vgl. Laging, 2018 (b), S. 113f). Individuen mit einer Abhängigkeitserkrankung haben, aufgrund von körperlichen oder psychischen Folgeerscheinungen, oft bereits Kontakt mit dem Gesundheitssystem, ohne dass ihnen eine Abhängigkeit diagnostiziert wurde. So leiden circa 20 % der stationär chirurgischen und internistischen Patienten an einer Suchterkrankung. Bei den in Hals-Nasen-Ohren Kliniken behandelten Patienten leiden sogar rund 60 % an einer Abhängigkeit. Somit werden viele der suchterkrankten Individuen zunächst außerhalb des eigentlichen Suchthilfesystems gesundheitlich versorgt (vgl. Wessel 2008, S. 2).

Besonders deutlich wird das bei der Droge Alkohol. Hier besteht ein Versorgungsbedarf von circa zwei Millionen Alkoholabhängigen in Deutschland. Bei etwa zehn Millionen Menschen liegt ein Behandlungsbedarf, aufgrund von einem riskanten Konsum vor. Der Anteil der Abhängigen, die dabei spezifisch suchtmedizinisch behandelt werden, liegt unter 10 %. Circa 30 – 35 % lassen sich, meist aufgrund der Folgeerscheinungen und nicht aufgrund der Suchterkrankung in Allgemeinkrankenhäusern behandeln. Bei den allgemeinmedizinischen Praxen liegt die Zahl mit 70 - 80 % am höchsten (vgl. Diehl, Mann 2005, S. 2245).

Durch die unterschiedlichen gesetzlichen Aufträge und Kostenträgerstrukturen, sowie verschiedene Arbeitsbereiche und Adressatengruppen, gewinnt das System an Komplexität (vgl. Laging, 2018 (a), S. 113f). Hierbei kommt es auch zu Umsetzungsproblemen. Wie bereits im Kapitel 4.1 erklärt, gibt es unterschiedliche Kostenträger für verschiedene Leistungen. Oft zeigt es sich, dass diese Leistungen in einem unzureichenden Umfang oder zu geringer Dauer gewährt werden. Es ist sogar möglich, dass es durch die ungeklärte Finanzierung zwischen Kranken- und Rentenversicherung zu zeitlichen Lücken zwischen den Angeboten kommt, die wiederum dazu führen können, dass abhängige Individuen einen Rückfall erleiden. Da viele Leistungen, wie niedrigschwellige Hilfen, Kriseninterventionen oder auch die betriebliche Suchtkrankenhilfe freiwillige Maßnahmen sind, unterliegen diese

auch politischen, sowie finanziellen Spannungen. Dies gilt insbesondere für niedrigschwellige Angebote und Suchtberatungsstellen, die abhängig vom Bundesland nur zu 40 – 80 % von der Kommune finanziert werden (vgl. Langig (b) 2018).

Um die Versorgungssituation im Suchthilfesystem in Deutschland vereinfacht darzustellen, wird im Folgenden, zwischen ambulanter und stationärer Suchthilfe unterschieden und nur auf ausgewählte Angebote näher eingegangen.

4.2.1 Ambulante Beratung und Betreuung

Die Ambulante Suchthilfe ist vor allem in den Kommunen verankert und wird von diesen auch hauptsächlich finanziert. Wie schon in Kapitel 4.2 erklärt, sind viele der angebotenen Leistungen freiwillig, unterliegen politischen Schwankungen und sind von der finanziellen Lage des Bundes, Landes oder der Stadt abhängig. (Laging, 2018 (a), S. 114)

Seit 2007 befinden sich unverändert circa 90 % der ambulanten Einrichtungen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Träger. Die öffentlich-rechtlichen Einrichtungen machen circa 6 %, die privatwirtschaftlichen 2 % und sonstige Träger 2 % aus (vgl. Dauber 2019, S. 16).

Die Angebote der ambulanten Beratung und Betreuung umfassen: niedrigschwellige Hilfen, Sucht und Drogenberatung, psychosoziale Begleitung Substituierter, sozialpsychiatrische Betreuung, Kinder- und Jugendhilfe und die Suchtberatung im Betrieb. Auch die Nachsorge und ambulante medizinische Rehabilitation, sowie im Bereich der Eingliederungshilfe, das ambulant betreute Wohnen oder auch die Suchtberatung im Justizvollzug sind ein Teil der ambulanten Beratung und Betreuung (vgl. ebd) Die Hauptmaßnahmen der ambulanten Suchthilfe 2019 sind dabei die ambulante medizinische Rehabilitation, und die Nachsorge. Ein etwas geringeres Betreuungsvolumen weisen die niedrigschwellige Hilfen und das ambulante betreute Wohnen auf. (vgl. Steppan 2013, S. 13)

Die niedrigschwlligen Angebote sind die einzige Hilfeform, die nicht an eine Abstinenzmotivation gebunden ist, sondern sich mehr an den Bedarfen der Adressat_innen orientiert. Das Selbstverständnis dieser Arbeit versteht sich als überlebenssichernde, schadensminimierende und gesundheitsstabilisierende Hilfeform, die als eine Art erster Anlaufpunkt und zur Vorbereitung auf das abstinenzorientierte Hilfesystem dient. Bundesweit gibt es circa 300 Angebote dieser Art. Dazu zählen zum Beispiel Streetwork, Spritzenausch, Konsumräume oder Kontaktläden (vgl. Laging (b) 2018).

Bei 60 % der ambulanten Einrichtungen bestehen Vereinbarungen oder gemeinsame Konzepte mit anderen Einrichtungen der Suchtbehandlung, der Beratung und Betreuung, der Selbsthilfe und / oder der Prävention und Frühintervention. Die Kooperation mit anderen Formen der Hilfe, wie Akutbehandlungen, Kinder- und Jugendhilfe, der Justiz und /oder der Wohnungslosenhilfe kommen etwas seltener vor (vgl. Dauber 2019, S. 17).

In den Kommunen stellen die Suchtberatungs- und Behandlungsstellen einen zentralen Anlaufpunkt für Individuen mit Abhängigkeitsproblematik dar. In Deutschland gibt es ungefähr 1300 Stellen. Die Fachkräfte unterstützen Betroffene sowie deren Angehörige und führen auch selbst Angebote der ambulanten Rehabilitation durch. Ein weiterer zentraler Punkt der Arbeit ist das Erstellen von Hilfeplänen, die Vermittlung von weiterführenden Angeboten, der sozialen, beruflichen und / oder medizinischen Rehabilitation und die Arbeit mit Angehörigen. Suchtberatungs- und Behandlungsstellen übernehmen zudem vielfach die psychosoziale Begleitung Betroffener, unterstützen Selbsthilfegruppen und arbeiten in der Prävention (vgl. Laging (b) 2018).

2019 wurden in Deutschland 324.874 Betreuungen, und somit 20.000 weniger als im Jahr 2016 (vgl. Thaller 2017, S. 9), in ambulanten Einrichtungen dokumentiert. Knapp 8 % dieser, wurde mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen durchgeführt (Dauber 2019, S. 18). Mit 49 % Anteil an den Hauptdiagnosen, nimmt die alkoholbezogene Störung, trotz rückläufiger Zahlen, den mit Abstand höchsten Platz ein. An zweiter Stelle folgt eine Störung im Zusammenhang mit

Cannabinoiden (19 %), gefolgt von Opiaten (10 %) und Stimulanzien (6 %). Die neuen psychoaktiven Substanzen machen noch einen geringen Anteil von 4 % aus. (vgl. Dauber 2019, S. 19) Allerdings lag der Anteil im Jahr 2016 noch bei circa 1 % (vgl. Thaller 2017, S. 10) und hat sich somit innerhalb von 3 Jahren prozentual vervierfacht. Da in Studien viele verschiedene Substanzen unter NPS zusammengefasst werden, ist es schwierig die einzelnen Steigerungen der Stoffgruppen, der NPS zu ermitteln.

Aufgrund einer Störung im Suchtverhalten, kommt es oft zu weiteren Problemen in verschiedenen Bereichen (Kapitel 2.3). Etwa ein Drittel, bis zu 50 % aller Klienten in der ambulanten Beratung und Betreuung haben zusätzlich Probleme im Bereich der psychischen Gesundheit, der Familien-, Schul-, Wohn- und /oder der Arbeitssituation. Gewaltausübung und sexuelle Gewalterfahrungen sind dagegen mit 1 – 5 % eher selten vertreten, beziehungsweise werden seltener berichtet, aufgrund einer gewissen Tabuisierung der Thematik (vgl. Dauber 2019, S. 21).

4.2.2 Stationäre Behandlung und Betreuung

In Deutschland gibt es über 150 stationäre Einrichtungen mit einer jährlichen Behandlungsquote von circa 35.000 Individuen. Die am häufigsten gebrauchten Maßnahmen der Suchtbehandlung sind die stationäre medizinische Rehabilitation, die Kombinationsbehandlung und die Adaption, gefolgt von vielen weiteren Möglichkeiten der Behandlung (vgl. Dauber 2019, S. 45).

Auch in der stationären Behandlung stellen Individuen mit einer alkoholbezogenen Suchtstörung die mit Abstand größte Gruppe der Klienten dar (circa 65 %). Gefolgt von Cannabis (10 %), Stimulanzien (6,2 %) und Opioiden (4 %) (vgl. ebd., S. 49).

Die stationäre Suchttherapien befinden sich im Spannungsfeld zwischen Zielgruppenspezialisierung und der Schaffung von Basisangeboten für alle. Dabei entwickelte sich mit der Zeit eine breite Palette an Angeboten und Settings, die möglichst an die Bedürfnisse der Klienten angepasst sind. Auch das Therapieziel:

Abstinenz, wurde im Laufe der Jahre mit dem Ziel der Schaffung einer Konsumkompetenz beim betroffenen Individuum erweitert.

Die stationären Einrichtungen beinhalten Behandlung und Rehabilitation von Individuen mit einer, meist schweren psychischen Störung. Die vollstationäre Behandlung findet dabei erst dann statt, wenn teilstationäre oder ambulante Maßnahmen oder Leistungen nicht erfolgreich waren und der Einschätzung des Fallbetreuers nach auch nicht sein werden. Besonders hervorzuheben ist die Multidisziplinarität der Fachkräfte, innerhalb des Systems der stationären Behandlung, in der Ärzte, Sozialarbeiter, Pflegekräfte, Psychologen und viele mehr zusammenarbeiten (vgl. Withfield 2018, S. 45).

Zur Problematik der Abhängigkeit kommen oft Komplikationen im Bereich der Gesundheit, Psyche, familiärer Situation, Arbeitsumfeld oder auch der Tagestruktur dazu. Besonders auffällig ist dabei das die Individuen, die illegale Drogen konsumieren, im Durchschnitt in all diesen Bereichen stärker belastet sind als die, die eine legale, zum Beispiel alkoholbezogene Störung aufweisen (vgl. Dauber 2019 Abbildung 34, S. 50).

Da viele Konsumenten nicht nur eine psychoaktive Substanz konsumieren, kommt es häufig zu suchbezogenen Komorbiditäten. So wird bei 50 % aller, primär wegen alkoholbezogener Störungen stationär behandelter Menschen, zusätzlich eine tabakbezogene Störung diagnostiziert, ebenso eine Störung auf Grund von Cannabis mit 14 % und von Stimulanzien mit 7 %. Die höchste Komorbiditätslast findet bei primär opioidbezogenen Störungen statt, welche bei jeder zusätzlichen suchtbezogenen Störung des ICD-10 hohe Werte aufweisen. (ebd., S. 51) Allerdings gibt es nicht nur substanzbezogene Komorbiditäten, sondern auch psychische. Am häufigsten treten hierbei affektive, Persönlichkeits-, Verhaltens- und emotionale Störungen zusätzlich zur substanzbezogenen Störung auf. (ebd. S. 52)

Der Großteil der Individuen, die in stationären Einrichtungen aufgenommen werden, wird von der ambulanten Suchthilfe vermittelt (52 %). Etwa ein Viertel kommt aus allgemeinen oder psychiatrischen Krankenhäusern, häufig im Anschluss an eine

Entgiftung oder einen qualifizierten Entzug (vgl. ebd., S. 64) Die Behandlungsdauer beträgt hierbei im Durchschnitt 70 – 115 Tage. Wobei nur 80 % der Individuen die Behandlung planmäßig beenden. Besonders selten ist dies der Fall bei opioidbezogenen Störungen, gefolgt von Cannabis und Stimulanzien (vgl. ebd., S. 67).

Das Ende einer stationären Behandlung ist meist nicht das Ende der Behandlung durch das Suchthilfesystem. 60 % der Individuen werden nach einem stationären Aufenthalt in die Beratung und Betreuung und/oder Angebote der Selbsthilfe, wie zum Beispiel Betroffenengruppen, weitervermittelt. Dies kann besonders entscheidend zum Behandlungserfolg beitragen (vgl. ebd. S. 68). Bei über 80 % der Individuen, die in einer stationären Behandlung aufgrund ihrer Suchtproblematik waren, zeigte sich eine Verbesserung zum Behandlungsende. Am häufigsten gelingt es Menschen mit einer Alkoholproblematik, am seltensten Individuen mit einer opioidbezogenen Störung. (ebd. Abbildung 53, S. 71)

4.3 Digitalisierung der Suchthilfe

Wie schon im Kapitel 3 erwähnt, ist die immer weiter fortschreitende Digitalisierung zu einem bedeutenden Teil unserer Gesellschaft geworden. Nicht nur die Wirtschaft und unsere Kommunikation hat sich innerhalb von kurzer Zeit radikal verändert. Auch im Gesundheitssystem führen neue Entwicklung zu neuen Möglichkeiten. Fitnesstracker können unsere Bewegung, Pulsschläge oder sogar unseren Schlafrhythmus überwachen, Krankenkassen benutzen Apps um Daten über ihre Klient_innen zu erheben, *Virtual - Reality* findend erfolgreiche Anwendung im Bereich der Demenzbehandlung und / oder der Schmerztherapie (vgl. Bundesgesundheitsministerium (b) 2021)

Abhängigkeitserkrankte und betroffene Angehörige suchen immer häufiger im Internet nach Angeboten, Informationsmöglichkeiten und / oder professioneller Beratung. In sozialen Netzwerken gibt es eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen, in denen sich Betroffene austauschen und gegenseitig unterstützen. Der Bedarf an psychosozialer Beratung von Mensch zu Mensch bleibt zwar weiterhin bestehen,

jedoch steigt die Nachfrage und Akzeptanz gegenüber digitalen Dienstleistungen. (vgl. Schmidt-Rosengarten 2018)

Vor 20 Jahren entstand die Telefonseelsorge, ein erster Versuch der professionellen Hilfe ohne direkten Kontakt, welche sich schnell zu einer Bandbreite an Beratungsangeboten für unterschiedliche Problemlagen von Individuen entwickelte. Allen Onlineberatungsangeboten ist der interaktive Austausch zwischen Ratsuchenden und Beratungsindividuum in digitaler Form gemeinsam (vgl. Reindl 2017, S. 103). Die Föderation Schweizer Psychologen (FSP), eine Dachorganisation aller tätigen Psycholog_innen in der Schweiz, stellte 2017 Qualitätsstandards auf, die für eine professionelle Beratung im Internet gegeben sein müssen. Hierzu zählt unter anderem die Transparenz – dazu gehört die Identifikation des Anbieters, die Transparenz des Inhalts und der Kosten, eine zeitliche Struktur und das Offenlegen von allgemein gültigen Geschäftsbedingungen. Eine Onlineberatung kann grundsätzlich anonym erfolgen, sollte jedoch trotzdem, durch eine verschlüsselte Kommunikation, besonders vor dem Zugriff Dritter geschützt werden. Bei bestimmten Situationen, wie zum Beispiel dem Verdacht auf Suizidalität ist es vonnöten einen Notfallplan, inklusive lokalen Notfallnummern und -einrichtungen parat zu haben. Die berufsethischen Grundstandards der Sozialen Arbeit gelten dabei auch im Bereich der Onlinearbeit. (vgl. Föderation Schweizer Psychologen 2021)

Durch unter anderem diese Standards und der professionellen Ausbildung der beratend agierenden Individuen, unterscheidet sich die Onlineberatung von Selbsthilfegruppen oder automatisierten Hilfsprogrammen (sogenannte Bots) bei denen ein Algorithmus die Antwort auf die Frage von Ratsuchenden gibt. Die häufigste Form der Beratung ist die der zeitversetzten Kommunikation über E-Mail. Neuere Angebote über Echtzeitgruppen- oder Einzelchats, mithilfe von Video oder Schriftverkehr, finden jedoch zunehmenden Anklang (vgl. Reindl 2017, S. 103f).

5 Sucht und Drogenpolitik in Deutschland

5.1 Historie

Der Konsum bewusstseinsverändernder Substanzen ist in der Menschheitsgeschichte seit langem bekannt (siehe Kapitel 1). Oft war der Konsum im Altertum rituellen Kontexten vorbehalten oder der Herrschafts- bzw. Priesterklasse, wie zum Beispiel das Kokablätter kauen im Inkareich. Allerdings ist davon auszugehen das auch schon zu dieser Zeit solche Beschränkungen durchbrochen wurden. Auch Verbote wie Alkohol in islamisch geprägten Ländern oder Tabak im 18. Jahrhundert in Deutschland hat es in der Geschichte gegeben. Viele dieser Verbote hatten jedoch keinen dauerhaften Bestand. (vgl. Seefelder 1987, S. 239) Der Drogenkonsum als Massenphänomen tauchte allerdings erst mit steigendem Wohlstand auf, vor allem zur Zeit der Industrialisierung und Kolonialisierung. Damit einher stellte sich auch die Frage nach der Domestizierung des Konsums (vgl. Kuntz 2005, S. 103ff).

Ein bekanntes historisches Beispiel für Verbot und Freigabe von Suchtsubstanzen waren die Opiumkriege im 19. Jahrhundert. Die chinesische Führung versuchte damals mit einem Verbot und durch die Kontrolle der Handelswege, die Opiumimporte auf ein Minimum zu reduzieren. Das britische Freihandelsinteresse setzte sich allerdings durch, wodurch es zu einer regelrechten Epidemie an Opiumkonsumenten in China kam (vgl. Lessmann 1996, S. 26). Auch in Amerika gab es zur gleichen Zeit erste Verbotsbestrebungen gegen Rauchhäuser, in denen Opium hauptsächlich konsumiert wurde (vgl. Thamm 1991, S. 30).

Ein Treffen der Internationalen Opiumkommission im Jahre 1906 führte dazu, dass sich vor allem China und die USA für Handelsbeschränkungen und Verbote aussprachen. Die traditionellen Kolonialmächte und Deutschland mit einer starken pharmazeutischen Industrie, sprachen sich dagegen aus.

Deutschland

1806 gelang dem Forscher Friedrich Wilhelm Sertürner die Herstellung von Morphin. Durch die Entwicklung der Injektionsspritze 1864 kam es, besonders im medizinischen Bereich zum Aufschwung der Substanz. Der Einsatz bei diversen Kriegen im 19. Jahrhundert führte zu ersten Sucht-Epidemien aufgrund der massenhaften Verabreichung an Soldaten (vgl. Thamm 1991, S. 30).

In Deutschland wurde in Folge des ersten Weltkrieges das erste Opiumgesetz erlassen. Aufgrund von Handelsblockaden der Kriegsgegner wurden die Schmerzmittel auf Opioidbasis knapp, wobei gleichzeitig der Bedarf aufgrund der vielen Kriegsopfer in den Lazaretten stieg. Die Versorgungsprobleme, die nicht nur durch den enormen Verbrauch, sondern auch durch Diebstahl von Medikamenten in Krankenhäusern hervorgerufen wurde, zwang die damalige Regierung dazu, erste Strafen für den unregistrierten Besitz, sowie eine Melde-, Erlaubnis-, und Lagerbuchpflicht bei medizinischem Personal, für alle Opiumderivate einzuführen (vgl. Cousto 2001, S. 3).

Die Ausgabe von Morphin an die Armee wurde nach dem Krieg gestoppt, was zu vielen Suchterkrankungen bei den heimkommenden Soldaten führte. Die damit einhergehenden Probleme, trugen die Abhängigkeitsproblematik in die breite Öffentlichkeit. Dies führte zu weiteren Diskussionen und schließlich zu ersten kleineren Regulierungen über den Konsum und Besitz von anderen pharmazeutischen Erzeugnissen, wie zum Beispiel Kokainderivaten (vgl. Selling 1989, S. 281f).

Allerdings haben neben den moralischen und gesundheitlichen Aspekten auch wirtschaftliche Interessen eine starke Rolle beim Verbot bestimmter Substanzen gespielt. Durch den Versailler Vertrag wurde Deutschland, einer der weltweit größten Hersteller von Narkotika, dazu gezwungen die Opiumverarbeitungsproduktion herunterzufahren, was der Wirtschaft der USA zugutekam (vgl. Thamm, 1991, S. 66).

Im zweiten Weltkrieg gab es diese vertragliche Beschränkung nicht mehr, woraufhin es neben der Ausgabe von Morphin, auch zu der von Amphetaminen kam. Besonders Methamphetamine, ein starkes Amphetaminderivat, welches stimulierend wirkt und schnell zu Abhängigkeitserscheinungen führen kann, wurde massenhaft an die Soldaten verteilt. Dies führte zu einer ähnlichen Abhängigkeitssituation wie der nach dem ersten Weltkrieg (vgl. ebd. S. 66f).

Nach dem zweiten Weltkrieg und der Gründung der Vereinten Nationen unternahm diese Organisation den Versuch Drogen, deren Handel und deren Produktion durch internationale Abkommen zu regulieren. Erst 1961, auf der Single Convention on Narcotic Drugs der Vereinten Nationen, stimmten alle Mitgliedsstaaten einem Verbot des Anbaus bestimmter Pflanzen, wie Cannabis oder dem Kokastrauch, sowie deren Besitz und Handel zu. Dabei sprach man noch nicht von illegalen Drogen, sondern von kontrollierten Substanzen, die auf den medizinischen und wissenschaftlichen Gebrauch beschränkt waren (vgl. Lessmann 2020, S. 200f).

Die Zentralisierung der Verantwortlichkeit durch das Abkommen, bildet die Basis für die prohibitionistische Grundhaltung der meisten Staaten bis heute. Wobei Staaten, die sich durch zum Beispiel kulturelle Unterschiede nicht an das Abkommen hielten, durch den globalen Druck dazu gezwungen werden konnten dies zu tun. Das Abkommen wurde durch unterschiedliche Zusammenkünfte, wie die *Konvention über psychotrope Substanzen* 1971, immer wieder erweitert und angepasst. (vgl. Gouvis 2007, S. 13f)

Die Aufnahme und Freigabe einer Substanz wird bis heute, durch die UN-Kommission Narcotic Drugs durchgeführt, welche ihre Entscheidung auf der Grundlage der Empfehlungen der WHO trifft. Zur Überwachung der Einhaltung der Konventionen wurde das International Narcotics Control Board (INCB) 1988 auf der Wiener Konferenz gegründet. Durch wiederkehrende Konferenzen und Protokolle wurde die Konvention immer wieder angepasst, Prioritäten neu gesetzt und weitere Substanzen aufgenommen (vgl. Lessmann 2020 S. 203).

5.2 Internationale Drogenpolitik und Entwicklung

Nachdem es in über einem Jahrhundert nur um Verbote und einen regelrechten „Krieg“ gegen die Produktion, den Handel und den Konsum von Drogen ging, finden seit der Jahrtausendwende auch neue Meinungen Gehör.

Aufgrund der enormen Kosten der Exekutiven und der Zustände, verursacht durch den illegalen Drogenhandel und die damit einhergehende steigende Korruption und Gewalt in Ländern, in denen viele Drogen produziert werden, wie zum Beispiel Mexiko, Kolumbien oder Guatemala, wurde über eine Reformation im Umgang mit Drogen nachgedacht. Gerade diese drei Staaten sind exemplarisch für eine gescheiterte Bemühung der Drogenproblematik mit repressiven Strategien Herr zu werden (vgl. Lessmann 2016, S. 30f).

Die UN-Konferenz *Special Session on the United Nations General Assembly on the World Drug Problem* (UNGASS) 2016 hatte zum Ziel, bei den Mitgliedsstaaten neue Impulse für eine internationale Drogenpolitik zu setzen. Das alte Motto einer drogenfreien Welt, welches durch die Reduzierung bzw. das Stoppen des Anbaus und der Herstellung jeglicher für illegal erklärten Grundsubstanzen bis 2008 erreicht werden sollte, wurde aufgrund der schlichten nicht Umsetzbarkeit aufgeweicht (vgl. UNODC, 2016, S. 1ff).

Die Global Comission on Drug Policy (GCDP), eine aus den lateinamerikanischen Staatsoberhäuptern gebildete Kommission kritisierte den Umgang und die daraus entstehenden Konsequenzen, verursacht durch den repressiven Umgang mit der Drogenproblematik. Im September 2014 legte diese Vereinigung der UNODC ein Manuskript mit folgenden Reformvorschlägen vor:

1. Vorzug gesundheitsförderlicher vor repressiven Maßnahmen, mit dem Fokus auf Vorbeugung, Schadensminimierung (z.B. Verhinderung der Verbreitung von Infektionskrankheiten, aber auch folgebedingter Schäden repressiver Politik wie Gewalt, Korruption und Menschenrechtsverletzungen) und Ausweitung der Behandlung von

problematischem Drogenkonsum (vgl. Global Commission on Drug Policy 2014, S.18).

2. Regelung des erschwinglichen Zugangs zu Medikamenten auf Opiatbasis für die gesamte Weltbevölkerung: durch die Abzweigung in den illegalen Markt ist der Zugang zu diesen Medikamenten begrenzt, zudem behindert die Zurückhaltung der Politik und Ärzte gegenüber Opioiden eine adäquate Analgesie (vgl. ebd., S.20).
3. Ende der Kriminalisierung von Drogenbesitz und -konsum und der sich daraus ergebenden Stigmatisierung von Drogenkonsumenten, sowie Vorbeugung negativer Konsequenzen strafrechtlicher Verfolgung und der dadurch bedingten Ressourcenverschwendungen (vgl. ebd., S.22).
4. Konzentration der Strafverfolgung auf organisiertes Verbrechen, vor allem Geldwäsche, Korruption; Fokus auf Verhinderung von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen bei gleichzeitiger Schaffung von Alternativen zu Haftstrafen für unbedeutende Involvierte wie z.B. Bauern oder Kuriere. (vgl. ebd., S.24.).

Die geforderten Reformen stießen jedoch auf massiven Widerstand, besonders die USA, Russland und China machten sich für eine strikte Weiterverfolgung stark. Hinzu kam noch, dass viele kleinere Staaten überhaupt nicht bei Abkommensverhandlungen diplomatisch vertreten waren und somit von einer Diskussion ausgeschlossen wurden. Insofern spiegelt das Ergebnis die Meinung der wirtschaftlich am stärksten vertretenen Länder wieder. Die von der GCPD geforderten Reformen wurden nicht umgesetzt. Besonders enttäuschend für die Mitgliedsstaaten war es allerdings, dass es zu keiner Abschaffung der Todesstrafe für Drogendelikte kam und dass es keine Zugeständnisse bei der Entkriminalisierung für die Nutzung psychoaktiver Substanzen bei indigenen Kulturen gab (vgl. Lessmann 2016, 33f; 38).

Trotz des Misserfolgs und dem Festhalten an einer repressiven Grundhaltung, wurden Ermessensspielräume für den Entwurf individueller drogenpolitischer

Lösungsansätze eingeräumt. Es wurde anerkannt, dass es keine universelle Lösung gibt und regionale Bewältigungsstrategien passend zu den individuellen Umständen des jeweiligen Staates besser geeignet sind, die negativen Auswirkungen des Drogenproblems zu minimieren (vgl. ebd. S. 34). Ebenso gab es positive Erfolge durch die Anerkennung des Konzeptes der Schadenminimierung und dem besseren Zugang zu kontrollierten Medikamenten, auf zum Beispiel der Basis von Opioiden. Der wohl deutlichste Erfolg war jedoch, dass überhaupt eine Diskussion unter den UN-Mitgliedstaaten entstand, ob das Problem nur durch repressive Maßnahmen zu lösen sei (vgl. ebd. S. 39).

5.3 Aktueller Stand und Entwicklungen in Deutschland

Die Internationale Debatte führte auch zu einer politischen Diskussion über das Thema der Dekriminalisierung von Suchtsubstanzkonsumenten in Deutschland, sowie die Straffreiheit vom Besitz kleinerer Mengen. 2017 wurde ein Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (18/8965) eingereicht und ratifiziert, welcher die Zulassung von Cannabis als Medizin für Schwerkranke Patienten regelt (vgl. Deutscher Bundestag 2017).

Vor dem Gesetz war es nicht möglich die Kosten für das Medikament über die gesetzliche Krankenkasse abzusetzen. Lediglich der Eigenanbau war einigen wenigen Patienten unter bestimmten Auflagen seit 2014 erlaubt (Bundesverwaltungsgericht 2016). Im Zuge dessen entstand auch eine Diskussion über eine mögliche Neuregelung im Führerscheinrecht, da Patienten selbst Tage nach einem Gebrauch der Entzug der Fahrerlaubnis drohe, obwohl sie nicht mehr unter der Wirkung des Medikaments stehen (vgl. Deutscher Bundestag 2017).

Die Deutsche Hauptstelle für Sucht gab 2021 die Empfehlung heraus, dass die Repressionspolitik gegenüber Cannabis gescheitert sei. Die Wirksamkeit der Strafverfolgung von Konsumenten sei nicht belegt. Viel mehr gibt es Anzeichen für einen erschwerten Zugang zu Hilfsangeboten für Individuen mit einer

Suchproblematik aufgrund der Repressionen. Durch eine reglementierte, legale Ausgabe von Cannabisprodukten, falle die Strafverfolgung weg, wobei die Prävention, Früherkennung und die Beratung und Behandlung erhalten und durch die steuerlichen Einnahmen ausgebaut werden sollen. (vgl. Deutscher Bundestag 2021)

Die Bundesregierung verfolgt, die seit 2012 veröffentlichte, *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik*, die den *Aktionsplan Drogen und Sucht* von 2003 ablöste. Diese basiert auf vier Ebenen: der Prävention, der Beratung, den Maßnahmen zur Schadensreduzierung und der Repression. Die Zuständigkeit der Umsetzung dieser ist in Deutschland zwischen Bund, Ländern und Kommunen aufgeteilt, wobei der Bund das alleinige Recht beim Straf- sowie Betäubungsmittelrecht besitzt (vgl. DBDD 2012, S. 8).

Die neuen Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel, den gesellschaftlichen Veränderungen, den alten und neuen Suchtformen und -mitteln (wie zum Beispiel dem Phänomen der NPS) ergeben, stehen hierbei im Mittelpunkt. Auch der riskante Konsum, obwohl er nicht zwingend zu einer Abhängigkeit führt, soll durch die neue Strategie, aufgrund der möglichen Gesundheits- und Entwicklungsschädigungen, mehr in den Focus gerückt werden. Die Prävention und nicht die Behandlung von bereits abhängigen Individuen, nimmt eine neue zentrale Stellung ein, wobei wie bereits erwähnt ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Angebots- und Nachfragereduzierung angestrebt wird (vgl. DBBD 2021, S. 5ff).

Dies wird nochmal besonders deutlich bei dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz, welches die Grundlage für eine bessere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, der Länder und Kommunen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung bilden soll (vgl. Bundesgesetzblatt 2015). Ziel ist es, einen riskanten Konsum, schädlichen Gebrauch und eine Abhängigkeit gar nicht erst entstehen zu lassen oder diese in der Bevölkerung deutlich zu reduzieren.

5.3.1 Das neue psychoaktive Substanzen Gesetz

Laut Bundesgesundheitsministerium stellt das Auftreten und die Verbreitung immer neuer chemisch psychoaktiver Substanzen eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit dar (Bundesgesundheitsministerium (a) 2021). Wie in Kapitel 2.2.3 erwähnt, hat der deutsche Staat die Möglichkeit und die Mittel über das BtmG bestimmte Stoffe als illegal zu erklären. Aufgrund der Vielzahl an neuen psychoaktiven Substanzen und ihrer raschen Verbreitung unter anderem durch den Hauptvertriebsweg über das Internet, hat das Eingrenzen dieser mithilfe des BtmG nur noch bedingt funktioniert. Aufgrund der Beschaffenheit des BtmG wurden die einzelnen Substanzen enumerativ den Anlagen des BtmG unterstellt (vgl. Patzak 2017, S. 263). Da es sich zeigte, dass der Gesetzgeber mithilfe dieser Methode nicht hinterherkam, half man sich mit der Anwendung des Arzneimittelrechts. Die dortige Gesetzgebung ermöglicht eine schnellere Regelung auch für substanzabgewandelte Stoffe. Laut einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs von 2014, fallen die chemischen Verbindungen der NPS (zum Beispiel bei synthetischen Cannabinoiden) jedoch nicht unter den Arzneimittelbegriff, da diese Substanzen auch keine Anwendung im Gesundheitssystem finden. Somit dürfen diese auch nicht vom Arzneimittelgesetz erfasst werden (vgl. Europäischer Gerichtshof 2014)

Durch die entstandene Lücke im Recht, welche durch das BtmG nur schwer zu schließen war, wurde 2016 das Neue psychoaktive Substanzgesetz (NpSG) erlassen. Anders als beim BtmG werden vom NpSG ganze Stoffgruppen erfasst. Die ersten Gruppen waren die der 2-Phenethylamine und die der synthetischen Cannabinoide.

Das NpSG ist also ein Gesetz, welches außerhalb des Betäubungs- und Arzneimittelgesetzes den Umgang mit neuen psychoaktiven Substanzen reguliert. (vgl. NpSG § 1) Es enthält ein umfassendes Umgangsverbot, welches nur in Ausnahmefällen, aufgrund von wissenschaftlichen Arbeiten oder Behörden umgangen werden kann (vgl. NpSG § 3). Ansonsten ist es verboten, mit den im Anhang des Gesetzes aufgelisteten Substanzen und ihren chemischen

Abwandlungen, zu handeln, sie in Verkehr zu bringen, herzustellen und zu erwerben, sie zu besitzen oder anderen zu verabreichen (vgl. NpSG § 2) Bei nicht Einhaltung des Gesetzes drohen Freiheitsstrafen von drei bis zehn Jahren, je nach Art und Umfang der Straftat (vgl. NpSG § 4)

Seit einer Gesetzeserweiterung 2019 unterstehen dem NpSG auch weitere Stoffgruppen, wie zum Beispiel die der Benzodiazepine, der N-(2-Aminocyclohexyl)-amid - Verbindungen und die der Tryptamin - Verbindungen. Das Gesetz wurde so gestaltet, dass bei Bedarf weitere Stoffgruppen hinzugefügt werden können, wenn diese sich als besonders gesundheitsgefährdend erweisen und in einem größeren Umfang in der Bevölkerung konsumiert werden. Dabei kann eine Substanz auch wieder dem BtmG zugeordnet werden, da hier strengere Regelungen vorgesehen sind als beim NpSG (vgl. Bundesgesundheitsministerium (b) 2021).

6 Auswirkung der Befunde auf die Arbeit mit Suchtkranken Menschen

Ziel der Arbeit ist es, durch wissenschaftliche, teils internationale Publikationen und veröffentlichte Statistiken Informationen über neue psychoaktive Substanzen aufzuarbeiten und darzustellen, so dass die Epidemiologie der NPS im Vergleich zu anderen Suchtsubstanzen abgebildet, der neue Hauptvertriebsweg über das Internet erklärt, das Suchthilfesystem in Deutschland charakterisiert und die Maßnahmen der Politik aufgezeigt werden, um die daraus resultierenden Anforderungen auf die Arbeit mit suchtkranken Menschen zu diskutieren.

Die neuen psychoaktiven Substanzen, auch als Legal Highs, Research Chemicals oder Desingerdrogen bezeichnet, werden künstlich hergestellt. In der Regel wird die chemische Struktur von bestimmten bekannten illegalen Substanzen leicht verändert, wodurch diese nicht mehr von der deutschen und / oder europäischen Gesetzgebung erfasst und somit zum Teil legal gehandelt werden dürfen. Der ursprüngliche Zweck und die eigentliche Wirkung der Substanz bleibt dabei zum Teil vorhanden oder wird sogar verstärkt (vgl. Bundesgesundheitsministerium (a) 2021). Dies bedeutet nicht, dass NPS in der Wirkweise (Kapitel 1.3), der Konsumentengruppe (Kapitel 2.2.4), den Risiken und Kurz- oder Langzeitfolgen (Kapitel ebd. / 2.3) sowohl untereinander als auch zu ihren chemischen Vorbildern heterogen sind.

NPS ist ein Oberbegriff für eine Vielzahl an unterschiedlichen Substanzgruppen. Die wohl bekanntesten Beispiele sind die synthetischen Cannabinoide (sog. Spice oder Kräutermischung) und Cathinone (sog. Badesalze), die von 2014 bis 2020 jeweils circa ein Drittel der jährlich neu ermittelten NPS ausmachten (vgl. EMCDDA 2021, S. 28). Cannabinoid-basierende NPS werden meist der Wirkgruppe der sedierenden Substanzen (Kapitel 1.4.1.1) zugeordnet, während Cathinone dagegen zu den Stimulanzien (Kapitel 1.4.1.2) zählen. Beide können bei gesteigerter Konsummenge auch halluzinogenen Wirken (Kapitel 1.4.1.3).

Die genannten Beispiele stellen nur einen kleinen Teil der Substanzen dar, die der Gruppe der NPS insgesamt zugeordnet wird. Anhand dieser wird allerdings schon die Vielfalt des Wirk- und Stoffprofils deutlich, welches sich ebenfalls auf die Konsumgruppen, -weise und -risiken auswirkt. Die Diskussion zur Auswirkung der NPS auf die Arbeit mit suchtkranken Menschen, wie zum Beispiel die Schaffung von spezielle Behandlungs- und Therapieangeboten, muss sich deshalb sinnvollerweise eher an den Stoffgruppen der einzelnen Substanzen orientieren, als nur am Oberbegriff der NPS.

Neue psychoaktive Substanzen werden, anders als alle anderen Drogen, hauptsächlich über das Internet vertrieben (Kapitel 3.3.1). Der Verkauf über lokale Geschäfte, wie Headshops oder über Dealer findet zwar statt, allerdings in einem kaum relevanten Maße (vgl. DHS 2020, S. 10f). Dies führt dazu das NPS leicht zu beschaffen und weltweit verfügbar sind, sowohl im Clearnet als auch anonym im Darknet. Aufgrund der unklaren Gesetzeslage in vielen Ländern, können die Drogen dort in großer Stückzahl, teils sogar legal produziert werden. Auf diese Weise sind NPS theoretisch für jede Person, die einen Internetanschluss und eine Adresse bzw. Postfach besitzt erhältlich. Der Verkauf von anderen Drogen findet zwar auch über das Internet statt, jedoch sind NPS die einzigen Suchtsubstanzen, deren Hauptvertrieb über das Internet stattfindet.

Ein weiterer Faktor, der zur Komplexität der Thematik der NPS beiträgt, ist, dass die Substanzen meist nur im Darknet als Droge oder Research Chemical angeboten werden (Kapitel 3.3.1). Im Clearnet, bzw. in legalen Läden werden NPS, aufgrund der Gesetzeslage, nicht als Konsummittel vertrieben (Kapitel 5.3). Cathione werden zum Beispiel meist als Badesalze, Cannabinoid-basierende NPS als Raumduft-Kräutermischungen vertrieben, wodurch der eigentliche Verwendungszweck rechtlich verschleiert wird. Auch Logos, Farben, Formen und Produktarten werden dabei stetig weiterentwickelt. Selbst werbe- und pressewirksame öffentliche Aktionen werden abgehalten. Ein Beispiel aus dem Jahr 2021, ist der Berliner Unternehmer Carl Phillip Trump, welcher die Forschungsschemikalie (Research Drug) 1CP-LSD entwickelte und verkaufte. Werbewirksam verteilte er über 1000 legale, kostenlose Dosen der ähnlich wie LSD wirkenden Substanz, welche auf Süßigkeiten aufgebracht war (vgl. Der Spiegel 2021). Manche NPS-Produkte reifen

dabei regelrecht zu Marken heran, sowohl im legalen als auch im illegalen Bereich, welche natürlich wiederum Nachahmer auf den Markt ruft.

Ein weiterer Teil der NPS wird unter falschen Namen verkauft und konsumiert. Da die Wirkung mit der eigentlich vermarktetem Substanz vergleichbar ist, fällt es den Konsumenten oft gar nicht auf, dass sie NPS konsumieren. Besonders oft wurde dieses Phänomen bei Cannabis beobachtet, welches zusätzlich mit künstlichen Cannabinoiden versetzt wurde. Auch bei Ecstasy, welches den eigentlichen Wirkstoff MDMA überhaupt nicht mehr enthält, sondern dieser durch zum Beispiel PMMA oder 4-methylamphetamin ersetzt wurde, stellte man ein erhöhtes Aufkommen fest (vgl. EMCDDA 2021, S. 26). Besonders in diesen Fällen unterscheidet sich die Potenz der NPS jedoch stark von der Originalsubstanz, was zu zusätzlichen Risiken beim Konsum der Substanzen führen kann.

All diese und weitere Faktoren führen dazu, dass Konsumenten von Suchtsubstanzen und gerade bei den NPS, oft nicht genau wissen, welche Substanz sie überhaupt zu sich nehmen. Auch die Zuordnung von Akut- und Langzeitfolgen, sowie die Nachweisbarkeit des Konsums mancher NPS, verursacht Schwierigkeiten bei der Generierung von Wissen über die Risiken und Folgen. Gezielte Maßnahmen bei Notfällen oder Therapiemaßnahmen bei chronischen Folgen bestimmten Substanzen zuzuordnen, gestaltet sich somit zunehmend, aufgrund der gesteigerten Vielfalt an Substanzen, als herausfordernd.

Selbst langjährige Marken unterliegen, für den Konsumenten nicht nachvollziehbaren Schwankungen in der Zusammensetzung und im Wirkstoffgehalt. Laut einem Monitoring aus den Jahren 2013 / 2014, über die zu dem Zeitpunkt absatzstärksten legalen Marken-NPS, enthielten 47 % der E-Liquid-Produkte und 24,9 % der Badesalze eine andere Mischung aus Substanzen als die deklarierten (vgl. Angerer / Auwärter 2015, S. 226f). Ebenso schwankt der Wirkstoffgehalt der einzelnen Dosen bis zum Dreifachen (ebd.), was für Konsumenten ein hohes Risiko darstellt und mitverantwortlich für die verhältnismäßig hohen Zahlen an schweren Intoxikationen unter NPS Konsumenten ist (Kapitel 2.2.4).

Auch auf die Arbeit mit suchtkranken Menschen hat dieses Phänomen große Auswirkungen. Mitarbeitende der Suchthilfe müssen sich mit immer neuen NPS, ihren Wirkungen, Folgen und deren Behandlung auseinandersetzen und sich weiterbilden. Eine besondere Herausforderung stellt die Behandlung eines suchtkranken Individuums dar, wenn dieses einen anderen Wirkstoff als angegeben, ohne deren Wissen, konsumiert. Im Behandlungsprozess kann es dadurch zu untypischen Akut-, Langzeitfolgen und Nebenwirkungen kommen. Auch die Screenings bei Intoxikationen, in zum Beispiel Krankenhäusern müssen dementsprechend erweitert werden, da viele der NPS von diesen nicht oder nur durch spezielle Zusatzscreenings erkannt werden.

Wie in Kapitel 2 beschrieben, liegt die Prävalenz der Erwachsenen, die im letzten Jahr NPS konsumiert haben bei ungefähr 1 % und somit deutlich unter dem aller anderer Suchtsubstanzen. Lediglich bei der Gruppe der jungen Erwachsenen (18 - 27) liegt die 12 – Monats Prävalenz deutlich höher, bei circa 7 %, was allerdings immer noch unter dem Wert der meisten etablierten Drogen liegt. Aufgrund der in Kapitel 2.2.4 beschriebenen Hindernisse, sowie der teils auch unterschiedlichen länderspezifischen Definition von NPS und Erhebung der Daten, sind die Ergebnisse unter Einschränkung der Validität und Reliabilität zu betrachten. Gemeinsam ist jedoch, dass bestimmte Gruppen wie Besucher von Partys, Hochrisikokonsumenten, Individuen im Justizvollzug oder auf Bewährung eine erhöhte Prävalenz zum Konsum von NPS aufweisen. Die Gründe für den Konsum sind dabei sehr unterschiedlich und reichen von Neugier, über einfache Beschaffungs- und Schmuggelwege, bis hin zu einer schwierigen Nachweisbarkeit bei Behörden (Kapitel 2.2.4).

Um den Anteil an Problemfällen unter den Konsumenten und damit die Zahl der möglichen Individuen, die für die Arbeit mit Suchtkranken in Frage kommt, einzuschätzen, kann man die Konsummotive betrachten. Es gibt spezielle Gruppen die für eine wiederholte Einnahme, bzw. einen intensiven Konsum von NPS anfälliger sind. Bei der Gruppe der regelmäßigen Konsumenten von Ecstasy ist das Motiv des Konsums von NPS, meist die halluzinogene Wirkung dieser. Bei anderen, vor allem polyvalenten Konsumgruppen, tritt NPS durch die meist potenzierte Wirkung an die Stelle von klassischen Opioiden. Andere versuchen durch den

Konsum eine sexuelle, körperliche oder intellektuelle Leistungssteigerung zu erreichen (vgl. Werde 2014, S. 27f). Je nach Motivation ergeben sich daraus unterschiedliche Konsummuster und Rahmenbedingungen, welche wiederum Auswirkung auf die Risiken hat und somit auch unterschiedliche Anforderungen an das Suchthilfesystem stellt. Von der, gemessen am Vergleich mit etablierten Drogen, geringen Anzahl der Gesamtkonsumenten (Kapitel 2), weist nur ein Teil einen problematischen Konsum auf. Von denen wiederum hat wahrscheinlich nur ein geringer Anteil einen häufigeren Kontakt mit Einrichtungen der Suchthilfe. Dies erschwert die Generierung von Wissen.

Das komplexe Phänomen der NPS beinhaltet also unterschiedliche Substanz- und Konsumentengruppen, sowie Konsumformen und -motive, welche zu unterschiedlichen Risiken führen können. Die Anforderungen an das Suchthilfesystem, der Hilfebedarf und die Angebote, müssen somit wie bei den etablierten Drogen unter anderem nach diesen Aspekten zugeordnet werden und können nicht als ein einheitlicher Block der NPS.

In Europa haben insbesondere in den letzten Jahren synthetische Opioide an Bedeutung gewonnen. Dies wird besonders anhand der dokumentierten Notfälle deutlich. Während im Jahr 2016, im Rahmen des early warning Systems der EU vor allem synthetische Cannabinoide den größten Teil der dokumentierten Notfälle ausmachte, nahmen Opiate 2017 diesen Platz ein (vgl. Kraus 2019, S. 24). Zwar sind nur wenige Todesfälle (2017 – 28 / 2020 reduziert auf 15 Todesopfer) auf den alleinigen Konsum von NPS zurückzuführen, allerdings fand man bei forensischen Proben im Zusammenhang mit drogeninduzierten Todesfällen, bei 84 % der Opfer Spuren von NPS (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2021). Die neuen psychoaktiven Substanzen können schwere akute somatische und psychische Probleme verursachen (Kapitel 2.3). Auffällig ist jedoch, dass besonders der polyvalente Konsum von NPS mit anderen Drogen und / oder der Einnahme von Medikamenten zu schwer vorhersagbaren Effekten führt, welche wiederum das Konsumrisiko erhöhen.

Viele Aspekte des Phänomens NPS führen dazu, dass eine gezielte Akutbehandlung oft nicht möglich ist. Der multiple Konsum, die begrenzte Kenntnis

des Konsumenten über die Substanz und auch das begrenzte Wissen des Behandlers zu bestimmten Risiken und Behandlungseffekten, stellen die Arbeit von Individuen mit Suchtkranken vor Herausforderungen. Hinzu kommt, dass bei einem Standartscreening viele der neuen psychoaktiven Substanzen nicht oder erst durch aufwändiger Analyseverfahren erkannt werden. Für die Arbeit mit Suchtsubstanzkonsumierenden bedeutet dies im Kontext der Notfallversorgung von NPS Konsumenten, dass sich an erster Stelle an Erfahrung und den Standards der klinischen Praxis orientiert werden muss. Am grundlegenden Behandlungsansatz von substanzinduzierten Notfällen ändert dies nichts, wohl aber an der Zahl der Risikofaktoren. Gerade bei NPS - Konsumenten ist die exakte Information über die konsumierte(n) Substanz(en) wichtig, um gewissen Risiken vorzubeugen oder damit bestimmte Interventionen ergänzt werden können.

Viele der NPS sind erst seit wenigen Jahren auf dem Markt. Dementsprechend ist über die Langzeitfolgen wenig bekannt. Je nachdem ob es sich bei der Substanz um eine völlig neue handelt oder wie weit diese von der chemischen Originalstruktur abweicht, kann es zu unterschiedlichen Langzeitfolgen kommen. Während es laut einer Antwort der Bundesregierung (19/32520) auf eine Anfrage der FDP (19/32283), 2020 zu 9 Todesfällen in Deutschland kam, die auf den alleinigen oder den Konsum in Verbindung mit anderen Substanzen durch synthetische Cannabinoide zurückzuführen sind, wurde in Deutschland noch nie der Tod aufgrund des alleinigen Konsums von Cannabis festgestellt.

Bei der Langzeitbehandlung von NPS-Konsumenten geht es meist um die Behandlung von polyvalentem Konsum (Kapitel 4.4.2). So kann es unter Umständen dazu kommen, dass der Konsum von NPS eher als Randproblem betrachtet wird und vorrangig die Problematik des Konsums klassischer Drogen thematisiert wird (EMCDDA 2019, S. 57). Das Suchthilfesystem in Deutschland behandelt neben der Abhängigkeitserkrankung auch psychische und somatische Folge- und / oder Begleiterscheinungen (Kapitel 2.3 / 3). Die Zusammenhänge von Substanzkonsum und diversen psychischen Störungen ist weit verbreitet und ein Teil von Diagnoseinstrumenten und -kriterien (Kapitel 1.3). Auch beim Konsum von NPS können unterschiedliche Störungen, je nach Art der Substanz auftreten. Da

die NPS viele unterschiedliche Substanzen umfassen, können auch die auftretenden Störungen dementsprechend vielfältig sein.

Für die Arbeit mit NPS-suchtkranken Menschen im Kontext der Suchthilfe ändert sich damit zunächst wenig. Die Therapie von abhängigkeitserkrankten Individuen besteht weiterhin meist aus einer Kombination von psychotherapeutischen Elementen und Therapieansätzen (Kapitel 4.4.2 / 4.4.3), die lediglich um substanzspezifische Interventionen ergänzt werden. Wenn eine bestimmte neue psychoaktive Substanz eine gewisse Verbreitung und Bekanntheit erlangt, kann das dazu führen, dass durch spezielle Einrichtungen oder Arbeitsgruppen Leitlinien und Empfehlungen im Umgang mit der Substanz erarbeitet werden. So zum Beispiel durch eine Arbeitsgruppe des österreichischen Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. In Österreich erlangte der Beikonsum von neuen Benzodiazepinen unter Opiatkonsumenten eine erhöhte Beliebtheit. Aufgrund der erhöhten Todesfälle durch die Kombination der beiden Substanzen, wurden Empfehlungen bei Behandlung und Substitution entwickelt, die dem Suchthilfesystem helfen sollen, Entscheidungen bei der Wahl der richtigen Therapiemaßnahmen zu treffen. (vgl. Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Österreich 2019) Da die Kombination von Substitutionsmitteln und Medikamenten mit der Vielfalt der NPS zum Teil sehr gering erforscht ist, ist gerade bei der Behandlung dieser auf mögliche Kombinationserscheinungen zu achten.

Da die Hauptgruppe der NPS - Konsumenten zwischen 18 und 27 Jahren alt ist (Kapitel 2.2.4), muss auf Eigenschaften der Lebenswelt dieser eingegangen werden, um die Zielgruppe zu erreichen. Die hauptsächliche Kommunikationsform, sowie die Beschaffung der Substanzen dieser Gruppe erfolgt hauptsächlich über das Internet (Kapitel 3). Dementsprechend muss das Suchthilfesystem, um die Zielgruppe zum Beispiel bei präventiven Maßnahmen zu erreichen, auch im Internet auf Social-Media Plattformen Präsenz zeigen. Während der Verkauf von etablierten Drogen meist direkt von Individuum zu Individuum geschieht, werden NPS hauptsächlich über das Internet bestellt. Im Surface sind dabei meist die noch nicht indizierten Substanzen zu finden, da keiner der Beteiligten mit Strafen zu rechnen hat. Sowohl die Herstellung, der Vertrieb und der Konsum sind dabei legal. Die

indizierten Substanzen, die dem NpSG oder BtmG unterstellt sind (Kapitel 5.3.1), werden meist im Darknet verkauft, da dort durch spezielle Kommunikationsverschlüsselungen eine Sicherheit generiert wird, die für Strafverfolgungsbehörden nur zum Teil und durch langwierige und sehr teure Arbeitsformen entschlüsselt werden können (Kapitel 3). Seit der Entstehung von Online – Drogenmärkten 2010, ist die Zahl der weltweit operierenden Darknet-Marktplätze von 100 auf über 1000 bis 2017 angestiegen, wobei die Dunkelziffer noch deutlich höher liegen wird. Selbst die Zerschlagung der 2017 größten europäisch operierenden Darknetplattformen: Alpha-Bay und Hansa-Markt, durch Internationale Zusammenarbeit, hat nicht dazu geführt, dass das Handelsvolumen gesunken ist. Schon im Jahr 2018, ein Jahr später, hatte das Volumen das Niveau des Vorjahres wieder erreicht und neue Plattformen nahmen die Stellung der alten ein (vgl. EBDD 2019, S.22). Während die klassischen Drogen vor allem an die operierenden Individuen der lokalen Märkte gebunden sind und somit auch regional stärker oder schwächer vertreten sind, können NPS weltweit ohne besonderen Aufwand erworben werden. Einerseits haben Konsumenten dadurch weniger direkten Kontakt zu kriminellen Milieus. Andererseits gibt es auf einigen Marktplattformen so gut wie jede Suchtsubstanz mit einer Beschreibung, Bewertung von anderen Usern und / oder Anleitung zum Konsum zu erwerben, was den polyvalenten Konsum bei einigen Individuen fördern könnte (Kapitel 3.3f). Auch die vermeidliche Sicherheit der Konstanz der Inhaltsstoffe der Substanzen, die gerade durch die Bewertung von anderen Usern oder etablierten Marken entsteht, ist beim Kauf von NPS, wie bereits weiter vorab im Kapitel erwähnt, nicht gegeben und es kommt zu extremen Schwankungen der Reinheit und der Anwendung von unterschiedlichen Streckmitteln.

Insgesamt ist festzuhalten, dass NPS eine hohe Zahl an unterschiedlichen Suchtsubstanzen umfasst, welche sowohl im Wirkstoffgehalt, der Wirkweise, als auch bei den genutzten Streckmitteln sehr unterschiedlich sein können. Dies und der oft polyvalent betriebene Konsum unter NPS- Nutzern, erhöhen das Risiko für schwere Intoxikationen, die bis zum Tod führen können deutlich. Das geringe Wissen über Auswirkungen der Substanzen und Korrelationsprobleme mit anderen Stoffen, führt vor allem in der Notfallhilfe zu neuen Anforderungen. Das Wissen über NPS muss durch die Zusammenarbeit von Hilfesystemen, Justiz und

Strafverfolgung stetig erweitert werden. Bei der Behandlung von Betroffenen durch das Suchthilfesystem (Kapitel 4), wird die Abhängigkeit von NPS, wie bereits im Kapitel erwähnt, oft nicht als Haupt-, sondern als Nebendiagnose zusätzlich zu einer Abhängigkeit von klassischen Drogen behandelt.

Die neuen psychoaktiven Substanzen und deren Beschaffungswege im Internet haben dazu geführt, dass der Konsum, dessen Muster, die Problemlage, der Erwerb und die Verfügbarkeit sich verändert haben und somit die Anforderungen an die Arbeit mit suchtkranken Individuen deutlich erhöht werden und diese an Komplexität gewinnt. Besonders die Politik und die Forschung müssen sich bemühen mit der rasanten Entwicklung Schritt zu halten, um einerseits dem Phänomen der NPS durch neue Gesetze wie dem NpSG Einhalt zu gebieten und um andererseits Grundlagen zu schaffen für eine erfolgreiche Behandlung von möglichen Folgeerscheinungen des Konsums. Bedenkt man die Heterogenität der NPS in ihren Substanzen, Risiken, Wirkungen und Konsumenten, darf das Phänomen als Oberbegriff seinen Nutzen finden, in der Arbeit mit Suchtkranken Individuen muss sich allerdings weiterhin an der eigentlichen Suchtsubstanz orientiert werden.

7 Literaturverzeichnis

Ahrens, Sandra: Pro-Kopf-Konsum von reinem Alkohol in ausgewählten Ländern Europas im Jahr 2019, 2021 In: Statista:
 URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1193702/umfrage/pro-kopf-verbrauch-von-reinem-alkohol-in-ausgewaehlten-laendern-europas/> [24.12.2021]

Ahrens, Sandra: Pro-Kopf-Konsum von alkoholischen Getränken in Deutschland bis 2019, 2020 In: Statista: URL:
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/73973/umfrage/verbrauch-alkoholischer-getraenke-in-deutschland-seit-2003/> [24.12.2021]

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5. Auflage 2013

Anderson Peter u.a.: New Governance of Addictive Substances and Behaviors 2016, In: Kraus Ludwig u.a.: Zeitliche Entwicklung im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Ein Rückblick auf zwei Dekaden 2016

Andreas-Siller, Petra: Kinder und Alltagsdrogen, Hammer 1993

Angerer, Verena / Auwärter, Volker: Monitoring of 'legal high' products 2013 and 2014 – key results In: Toxicchem Krimtech 82/2015 S. 224 - 228

Atzendorf, Josefine u.a.: Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt 116, S.577-584, 2019

Auf dem Hövel, Jörg: Interview mit dem Psychologen Wulf Mirko Weinreich über das Bewusstseinsmodell von Ken Wilber und die Zukunft der Drogenkultur
 URL: https://www.joergo.de/int_weinreich/ [16.09.2021]

Australian Institute of Health and Welfare: National Drug Strategy Household Survey 2016 URL: <https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/2016-ndshs-detailed/contents/table-of-contents> [24.12.2021]

Barth, Volker: Sucht und Komorbidität, 2. Aufl., Ecomed Medizin 2016

Bäumer, Petra: Wie kriegt man das geregelt? In: fluter, Heft Nr. 37 2010
URL: <https://www.fluter.de/wie-kriegt-man-das-geregelt> [24.12.2021]

Biddl, Peter u.a.: The Darknet and the Future of Content Distribution 2002 In: ACM Workshop on Digital Rights Microsoft Corporation

Blom, Jan Dirk: A Dictionary of hallucinations, Springer, 2009

Blum, Cornelia: Drogenarten In: Arnold, Helmut und Schille, Hans-Joachim: Praxisbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder, Handlungskonzepte, Praxisschritte, Juventa-Handbuch 2002, S. 79-99

Brown, Scott: The LG Prada was the first capacitive touchscreen phone, not the Iphone 2020 In: Android Authority Online URL: <https://www.androidauthority.com/lg-prada-1080646/> [24.12.2021]

Broschheit, Jens / Kranke, Peter: Charakteristika und Auswahl der Substanzen In: Anästhesiol Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie 2008, Heft 43, S. 134 – 143

Brosch, Werner: Stimulantien In: Wörterbuch der Psychotherapie, S. 665 - 666, Springer 2000

Bundesamt für Gesundheit: Kokain Auswertung 2018 2018 In: Suchtmonitoring URL: https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/saferparty.ch_6r8yrzaknzw.pdf [24.12.2021]

Bundesgesetzblatt: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) 2015 – Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil 1 Nr. 31, Bonn 2015

Bundesgesundheitsministerium (c): Das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) 2021 URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/n/npsg.html> [24.12.2021]

Bundesgesundheitsministerium (a): Neue psychoaktive Stoffe (NPS), 2021 URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/n/nps.html> [24.12.2021]

Bundesgesundheitsministerium (b): E - Health – Digitalisierung im Gesundheitswesen URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative.html> [29.11.2021]

Bundeskriminalamt: Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2015 – Tabellenanhang

Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: Leitlinien zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden 2019 URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Suchtmittel-NPS-Drogenausgangsstoffe/Leitlinie-zum-Umgang-mit-dem-sch%C3%A4dlichen-Gebrauch-und-der-Abh%C3%A4ngigkeit-von-Benzodiazepinen-bei-Patientinnen-und-Patienten-in-Erhaltungstherapie-mit-Opioiden.html> [24.12.2021]

Bundesverwaltungsgericht: Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken ausnahmsweise erlaubnisfähig In: Pressemitteilung Nr. 26 2016 URL: <https://www.bverwg.de/pm/2016/26> [24.12.2021]

Cousto, Hans: Verordnungen zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften 2001

Dauber, Hanna u.a.: Suchthilfe in Deutschland 2018 Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) Institut für Therapieforschung München 2019

DBDD – Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD – Deutschland – Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen 2012

DBDD – Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Drogenpolitik – Deutschland – Bericht 2021 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA 2021

Dehbie, Chadia u.a.: EUCPN (202A) Darknet-Drogenmärkte: Empfehlungen aus einem Barrieremodell. Teil der EUCPN-Toolbox zu Partydrogen, EUCPN 2021

Deutscher Bundestag: Antrag Cannabis zu Genusszwecken kontrolliert an Erwachsene abgeben – Gesundheits- und Jugendschutz stärken 2021, URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/278/1927807.pdf> [24.12.2021]

Deutscher Bundestag: Bundestag lässt Cannabis-Arzneimittel für schwerkranke Patienten zu 2017, URL: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2017/kw03-de-betaeubungsmittel-487044> [24.12.2021]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: Pressemitteilung DHS Jahrbuch Sucht 2021 ist erschienen, 2021

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Schwerpunkt Jugend und Sucht 2003

Deutsches Krebsforschungsinstitut: Tabakatlas Deutschland 2020, Papst Science Publishers 2020

Diehl, Alexander / Mann, Karl: Zertifizierte medizinische Fortbildung
Früherkennung von Alkoholabhängigkeit Probleme identifizieren und intervenieren
2005 In: Deutsches Ärzteblatt 2005, Heft 33, S. 2244 – 2250

Dilling, Host / Momnour, Werner / Schmidt, Martin: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch diagnostische Leitlinien, Hogrefe, 2015

Der Spiegel – Polonyi, Max: Drogen-Start-up „Probier doch mal mein LSD“ In: Der Spiegel 29/2021

Deutsche Suchthilfestatistik, Künzel Jutta u.a.: Deutsche Suchthilfestatistik 2020
Jahresauswertung alle Bundesländer Tabellenband für Stationäre
Rehabilitationseinrichtungen 2012

DHS 2021 – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: Pressemitteilung DHS
Jahrbuch Sucht 2021 ist erschienen 2021

DHS 2003 – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: Suchthilfe und
Versorgungssituation in Deutschland 2003

DHS 2020 – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: Neue psychoaktive
Substanzen Basisinformation 2020

DHS 2014 – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: Suchthilfe und
Versorgungssituation in Deutschland 2014

DSHS 2019 – Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahr e.V.: Jahrbuch Sucht 2019,
Neuland 2019

Duden-online: Chemisch-fachsprachliche Ausdrücke: Ethanol
URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Ethanol> [24.12.2021]

Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Anzahl der Drogentoten nach ausgewählten Todesursachen in Deutschland in den Jahren 2018 – 2020 In: Statista 2021

URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/187669/umfrage/drogentote-in-deutschland-nach-todesursache/> [24.12.2021]

Drug Misuse: Findings from the 2016/17 Crime Survey for England and Wales, United Kingdom Home Office 2017 URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/642738/drug-misuse-2017-hosb1117.pdf [24.12.2021]

EBBD – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Europäischer Drogenbericht Trends und Entwicklung 2019 URL: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001DEN_PDF.pdf [24.12.2021]

Elsesser, Katrin / Gudrun Sartory: Ratgeber Medikamentenabhängigkeit. Information für Betroffene und Angehörige, Hogrefe, Taschenbuch, 2005

EMCDDA 2020 – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: New psychoactive substances: global markets, glocal threats and the COVID-19 pandemic 2020

EMCDDA 2015 – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Europäischer Drogenbericht Trends und Entwicklung 2015 URL: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/974/TDAT15001DEN.pdf> [24.12.2021]

EMCDDA 2021 – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Europäischer Drogenbericht 2021: Trends und Entwicklungen, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2021

EMCDDA 2019 – European Monitoring Centre for Drugs- and Drug Addiction: Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe 2019 URL: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1988/TDXD15019ENN.pdf> [24.12.2021]

ESPAD: ESPAD Report 2015 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 2015 URL: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3074/ESPAD_report_2015.pdf [24.12.2021]

Europäischer Gerichtshof: Urteil vom 10.Juli 2014 – C-358/13 und C-181/14 URL: <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=154827&pageIndex=0&doclang=DE&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=4735394> [24.12.2021]

Freitag, Marcus / Hurrelmann, Klaus: Illegale Alltagsdrogen: Cannabis Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter, Juventa-Verlag 1999

Fridell, Mats / Nilson, Margareta: Drogen im Blickpunkt – Komobidität – Drogenkonsum und psychische Störungen 2004 In: Briefing der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht URL: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/357/Dif14DE_84967.pdf [24.12.2021]

Föderation Schweizer Psychologen: Qualitätsstandards Onlineinterventionen 2021 URL: <https://www.psychologie.ch/recht-qualitaet-im-beruf/ethik-qualitaet/qualitaetsstandards-onlineinterventionen> [24.12.2021]

GCDP - Global Commission on Drug Policy: Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work 2014, URL: https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP_2014_taking-control_EN.pdf [24.12.2021]

Glaeske, Gerd: Medikamente 2019 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage Jahrbuch Sucht 2021, Papst Sience Publishers, 2021

Atzendorf Josefine u.a.: Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland, In: Deutsches Ärzteblatt 116 S.35-36, 2019

Gouvis, Roman Caterina u.a.: Illicit Drug Policies, Trafficking, and Use the World over, Lexington Books, 2007

Götz, Tom: Das deutsche Suchthilfesystem im Kontext zur Digitalisierung. Suchthilfe online, Diplom, 2020

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften o.d.: Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache: Halluzination URL:
<https://lexikon.stangl.eu/3616/halluzinogene> [24.12.2021]

Handelsverband Deutschland: Online Monitor 2021 IFH Köln 2021 URL:
https://einzelhandel.de/index.php?option=com_attachments&task=download&id=10572 [24.12.2021]

Hoch, Eva / Gantner Andreas: Cannabisgebrauchsstörungen In: Handbuch Klinische Psychologie, Springer Verlag, 2019

IDC: Personal Computing Devices Market Share URL:
<https://www.idc.com/promo/pcdforecast> [24.12.2021]

Karacholio, Krystallia u.a.: Drogen Workbook Drugs Deutschland Bericht 2020 des nationalen Reitox-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2019 / 2020), 2021

Kaulen, Hildegard: Brisante Appetitzügler. In FAZ.net 2011

URL: <https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/rauchen-brisante-appetitzuegler-13435.html> [24.12.2021]

Klein, M: Praxisfeld Suchthilfe In: E. Badry: Pädagogik: Grundlagen und sozialpädagogische Arbeitsfelder 481 – 493 2018

Kolte, Birgitte u.a.: Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Drogenhilfe 2006

Kuntz, Helmut: Drogen & Sucht: Ein Handbuch über alles, was Sie wissen müssen, Beltz, 2011

Kupferschmidt, Hugo: Neue Drogen, Universität Zürich 2012

Kraus, Ludwig u.a.: Abschlussbericht (Sachbericht) Evaluation der Auswirkungen des Neue-psychaktive-Stoffe-Gesetzes (NpSG) 2019

Laging, Marion (a): Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Grundlagen – Konzepte – Methoden, Kohlhammer, 2018

Laging, Marion (b): Suchthilfe 2018 In: socialnet. Das Netz für Sozialwissenschaft
URL: https://www.socialnet.de/lexikon/Suchthilfe#toc_3 [24.12.2021]

Lang, Susanne: Eine kurze Geschichte des Internets – Die Inkorporation des Internets in kapitalistische Verhältnisse ist keinesfalls abgeschlossen und noch immer umkämpft. In: Zeitschrift für Kritische Sozialwissenschaft 47 2017 S. 7-26

Laufenberg, Röger / Tzanetakis, Merophi: Harm Reduction durch anonyme Drogenmärkte und Diskussionsforen im Internet? 2016 In: akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016

Lessmann, Robert: Drogenökonomie und internationale Politik 1996

Lessmann, Robert: Internationale Drogenpolitik: „Vom Zwang zum Zusammenhalt“. Abschied vom Drogenkrieg? In: Zeitschrift für Außen- und Sicherheitspolitik 2020, Heft 13, S. 197 – 213

Lessmann, Robert: Internationale Drogenpolitik: Herausforderungen und Reformdebatten 2016, Springer

Loviscach, Peter: Soziale Arbeit im Arbeitsfeld der Sucht – Eine Einführung, Lambertus 1996

Mantel, Mark / Stiller, Andreas: 40 Jahre IBM PC: der Computer, der ungewollt die IT-Revolution einlätete 2021 In: heise online URL: <https://www.heise.de/hintergrund/40-Jahre-IBM-PC-der-Computer-der-ungewollt-die-IT-Revolution-einlaeute-6163767.html> [24.12.2021]

Mühlig, Stephan: Sucht- und Substanzbezogene Störungen 2019. In: Dorsch Lexikon der Psychologie, Hogrefe 2019
URL: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/sucht-und-substanzbezogene-stoerungen>

Müller, Thomas: Rhinische Beschwerden – Koksnasen oft schwer zu erkennen In: ÄrzteZeitung URL: <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Koksnasen-oft-schwer-zu-erkennen-409301.html> [24.12.2021]

National Aeronautics and Space Administration: Sputnik 1 2021 URL: <https://nssdc.gsfc.nasa.gov/nmc/spacecraft/display.action?id=1957-001B> [24.12.2021]

Neumeier, Esther u.a.: Phar-Mon plus „Der Konsum etablierter, sowie neuer psychoaktiver Substanzen in unterschiedlichen Risikopopulationen“, Institut für Therapieforschung 2020

NpSG – Neue-psychotische-Stoffe-Gesetz (NpSG):
§ 1 Anwendungsbereich

URL: https://www.gesetze-im-internet.de/npsg/_1.html [24.12.2021]

§ 2 Begriffsbestimmungen

URL: https://www.gesetze-im-internet.de/npsg/_2.html [24.12.2021]

§ 3 Unerlaubter Umgang mit neuen psychoaktiven Stoffen

URL: https://www.gesetze-im-internet.de/npsg/_3.html [24.12.2021]

§ 4 Strafvorschriften

URL: https://www.gesetze-im-internet.de/npsg/_4.html [24.12.2021]

Nosthoff, Anna-Verena / Maschewski Felix: Der Traum vom Tech-Staat – Eine sozialistische Utopie in Chile wollte lange vor dem Silicon Valley das Regieren endlich schwerelos und Freiheit programmierbar machen: das Projekt Cybersyn 2018 In: Zeitschrift: Republik online URL: <https://www.republik.ch/2018/05/15/der-traum-vom-tech-staat> [24.12.2021]

Orth Boris, Merkel Christiana: Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Forschungsbericht, 2019

Patzak, Jörn: Das Neue Psychaktive Stoffe Gesetz (NpSG) In: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ) 2017, S. 263 – 265

Pfeifer, Wolfgang / Braun, Wilhelm: Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, 2 Aufl., Deutscher Taschenbuch Verlag, 1995

Raiser, Peter: Pressemitteilung: DHS Jahrbuch 2021 ist erschienen, 2021

URL:

https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Jahrbuch_Sucht/DHS_Jahrbuch_Sucht_2021-Daten_und_Fakten.pdf [24.12.2021]

Reindl, Richard: Onlineberatung? Neue Formen der Beratung in der Sozialen Arbeit 2017 In: Blätter der Wohlfahrtspflege 2018, Heft 3, S. 103 – 107

Reis, Uli: Darknet: So einfach klappt der Zugang ins Deep Web wegweiser durch das Darknet In: Chip-Online URL: https://www.chip.de/artikel/Darknet-So-einfach-klappt-der-Zugang-ins-Deep-Web_139935034.html [24.12.2021]

Radtke, Rainer: Konsum und Konsumenten illegaler Drogen in Deutschland bis 2019, 2021

URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/219028/umfrage/praevalenz-des-konsums-illegaler-drogen-in-deutschland/> [24.12.2021]

Ritchie, Hannah / Roser, Max: Smoking In: OurworldinData.org
URL: <https://ourworldindata.org/smoking> [24.12.2021]

Rummel, Christina u.a.: DHS Jahrbuch Sucht 21, 2021

Schmidt-Rosengarten, Wolfgang: Suchtarbeit 4.0 – Was verändert sich durch die Digitalisierung? Vortrag anlässlich der buss-Jahrestagung 2018 URL: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/suchtarbeit-4-0-was-veraendert-sich-durch-die-digitalisierung/> [24.12.2021]

Schubothe, Helmut: Der chronische Gebrauch von Stimulantien und seine gesundheitliche Bedeutung In: Lehrbuch der Inneren Medizin, 2.Auflage, S. 1195 – 1217, Springer, 1961

Seefelder, Matthias: Opium: Eine Kulturgeschichte, Althema Verlag, 1987

Selling, Peter: Zur Geschichte des Umgangs mit Opiaten In: Drogen und Drogenpolitik 1989, Campus Verlag, S. 275 - 281

Schanze, Frieder: Der Buchdruck eine Medienrevolution? In: Haug, W. ed. Mittelalter und früher Neuzeit: Übergänge, Umbrüche und Neuansätze 2013

Scheithauer, Herbert / Hayer, Tobias / Niebank, Kay: Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter: Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention, Kohlhammer 2008

Sherman, Christopher / Price, Gary: The Invisible Web Uncovering Information Sources Search Engines Can't See Band 1 2001

Sensebat, Özgün: Injektionsassoziierte Erkrankungen intravenös Drogenabhängiger – Retrospektive Untersuchung von Klinik, Diagnostik, Therapie und Verlauf von 144 Fällen des chirurgischen Patientenkollektivs eines deutschen Großstadtkrankenhauses in einem Zeitraum von 51 Monaten 2010

Seitz, Nick-Nils u.a.: Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und Drogenmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht und Alter 1990-2018, 2019

Statistisches Bundesamt: Krankenhausdiagnosestatistik 2021
URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> [24.12.2021]

Stangl, Werner 2021: Halluzinogene, In: Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik URL: <https://lexikon.stangl.eu/3616/halluzinogene> [24.12.2021]

Steppan, Martin u.a.: Suchthilfe in Deutschland 2012 Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) Institut für Therapieforschung 2013

Soyka, Michael: Medikamentenabhängigkeit Entstehungsbedingungen – Klinik – Therapie, Schattauer, 2016

Soyka, Michael / Küfner, Heinrich: Alkoholismus -Missbrauch und Abhängigkeit Entstehung – Folgen – Therapie 2008 Tieme

Thaller, Rebecca u.a.: Suchthilfe in Deutschland 2016 Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) Institut für Therapieforschung 2017

Thamm, Berndt Georg: Drogen – legal – illegal: von Kaffee bis Koks, von Alkohol bis Amphetamin; Drogen, Fakten, Hintergründe 1991, Verlag Deutscher Polizeiliteratur

Thomasius, Rainer: Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen 2009 In: Möller, Christoph: Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen 2009, S. 13 – 38

Tzanetakis, Meropi / Stöver, Heino: Drogen, Darknet und Organisierte Kriminalität: Herausforderungen für Politik, Justiz und Drogenhilfe 2019
Dehbi, Chadia: Darknet-Drogenmärkte: Empfehlung aus einem Barrieremodell. Teil der EUCPN-Toolbox zu Partydrogen 2020

Umweltbundesamt: Epidemiologie
URL: <https://www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit/belastung-des-menschen-ermitteln/epidemiologie> [24.12.2021]

UNODC World Drug Report 2009: Anzahl der Personen die Drogen intravenös injizieren und HIV positiv sind im Jahr 2007 nach Regionen 2009 In: Statista URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/37434/umfrage/personen-die-drogen-intravenoes-injizieren-und-hiv-positiv-sind/> [24.12.2021]

UNOCD – United Nations Office on Drugs and Crime: World Drug Report 2016, United Nations

UNOCD – United Nations Office on Drugs and Crime: World Drug Report 2018: Analysis of drug markets – Opiates, cocaine, cannabis, synthetic drugs
URL:
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_3_DRUG_MARKETS.pdf [24.12.2021]

UNOCD (b): EU Early Warning System on NPS 2018 URL:
https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/catalogue-page/topic-overview-eu-early-warning-system-nps_en [24.12.2021]

Weilemann, Ludwig Sacha: Drogen ist nicht gleich Drogen, In: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 108, 2013, S. 484-490

Wessel, Bern: 94. Suchtkrankenhilfe in Europa: Das Deutsche Suchthilfesystem 2008

Werse, Bernde: Abschlussbericht „Spice, Smoke, Sence und Co.

Cannabinoidhaltige Räuchermischungen: Konsum und Konsummotivation vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesetzgebung“ 2010

Werse, Bernd u.a.: MoSyD Jahresbericht 2013 – Drogentrends in Frankfurt am Main 2014

WIOD: Anzahl der Todesfälle aufgrund von Rauchen in ausgewählten Ländern im Vergleich der Jahre 1990 und 2017 In: Statista

URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1172030/umfrage/anzahl-todesfaelle-aufgrund-von-rauchen-in-ausgewaehlten-laendern/> [24.12.2021]

Whitfield, Sophie: Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Perspektiven der Teilhabe und Integration in der deutschen Versorgungslandschaft und der Gesellschaft, Diplomica Verlag 2018

WHO: Lexicon of alcohol and drug terms 1994

URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544686> [24.12.2021]

WHO: global report on trends in prevalence of tobacco use 2019

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe.

Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

Neubrandenburg 24.12.2021 (Ort, Datum)