Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work

ISSN 1861-0110 **INDRO e.V.**

Untersuchung / Study

Verborgene Konsumwelten: Klassifikation und Analyse von Konsumgruppen und ihre Implikationen für die Gesundheitsförderung

[Hidden worlds of consumption: Classifying and analysing consumer groups and their implications for health promotion]

Jennifer Uhl (Dr.in / MSc.) & Birgit U. Stetina (Univ.-Prof.in Mag.a Dr.in)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and re-distribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL:

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2025; 22:1-18 , URL: https://indro-online.de/wp-content/uploads/2025/03/UhlStetina2025.pdf

Abstract deutsch

Entwicklungstrends im Konsum psychoaktiver Substanzen verdeutlichen stetig steigende Zahlen; dies v. a. im *Freizeitdrogenkonsum* (Tiemann & Mohokum, 2021; Statista, 2022). Der unveränderte prohibitionsorientierte Umgang damit hat Konsument:innen durch Stigmatisierung und Ausgrenzung (Gerlach & Stöver, 2012; Stöver, 2020; Global Commission On Drug Policy, 2021) in den Schatten der Gesellschaft getrieben, wo sie als *hidden population* (Stetina et al., 2008) existieren. Um jene Konsument:innen durch unterstützende Maßnahmen für ein Risiko minderndes Konsumverhalten gezielt anzusprechen, ist ein tiefgehendes Verständnis dieser versteckten Population erforderlich. Im Zuge einer Online-Querschnittserhebung an Freizeitdrogenkonsument:innen zu Konsummustern konnte eine Clusteranalyse drei Konsumgruppen identifizieren. Die Ergebnisse betonen eine deutliche Heterogenität unter Freizeitdrogenkonsument:innen und unterstreichen erneut die Notwendigkeit speziell zugeschnittener konsument:innenorientierter und niederschwelliger Ansätze.

Keywords: *Freizeitdrogenkonsum, heterogene Konsumgruppen, harm reduction, Gesundheitsförderung*

Abstract English

Development trends in the use of psychoactive substances illustrate steadily rising figures, especially in recreational drug use (Tiemann & Mohokum, 2021; Statista, 2022). The unchanged prohibition-oriented approach has driven users into the shadows of society through stigmatisation and exclusion (Gerlach & Stöver, 2012; Stöver, 2020; Global Commission On Drug Policy, 2021), where they exist as a *hidden population* (Stetina et al., 2008). To target those consumers with supportive measures for risk-reducing consumption behaviour, a deep understanding of this *hidden population* is required. During an online cross-sectional survey of recreational drug users surveying them about their consumption patterns, a cluster analysis identified three groups of users. The results emphasise a clear heterogeneity among recreational drug users and once again underline the need for specially tailored, consumer-oriented and low-threshold approaches.

Keywords: *recreational drug use, heterogeneous consumer groups, harm reduction, health promotion*

1. Theoretischer Hintergrund

Das Streben nach Wohlbefinden und Entspannung sowie die Steigerung von angenehmen Emotionen stellen grundlegende Bedürfnisse im menschlichen Leben dar (vgl. Grawe, 2004). Dies in einer modernen Gesellschaft, deren Fokus auf Leistungserwartungen und Leistungsverhalten liegt, zu realisieren, fällt oftmals schwer (vgl. Krzywdzinski, 2014). Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist eine mögliche Quelle zur Bedürfnisbefriedigung. Seit jeher begleitet er die Menschheit und bietet Gelegenheit, den Alltagssorgen zu entfliehen, positive Emotionen zu verstärken, das Bewusstsein zu erweitern und neue Erfahrungen zu machen (vgl. Feustel, 2020).

Prävalenzzahlen und Entwicklungstrends im Konsum psychoaktiver Substanzen verdeutlichen eine stetige Zunahme (vgl. Tiemann & Mohokum, 2021; UNODC, 2024; Winstock et al., 2022), welche sich v. a. im Freizeitdrogenkonsum beobachten lässt (vgl. Statista, 2022). Nach Schätzungen des UNODC Weltdrogenberichts (2024) haben im Jahr 2022 rund 5.6 % der Weltbevölkerung (292 Millionen Personen zwischen 15—64 Jahren) innerhalb der letzten 12 Monate eine psychoaktive Substanz konsumiert. Verglichen mit dem Jahr 2011 ergibt sich hier eine Steigerung um 20 %. Trotz des stetigen Anstiegs konsumerfahrener Personen (vgl. UNODC, 2024; Winstock et al., 2022), wird der Umgang mit (illegalen) psychoaktiven Substanzen überwiegend immer noch als Tabuthema behandelt. Dies hat weitreichende Folgen: Die Ausblendung des Themas lässt Unwissenheit und Falschwissen in der Gesellschaft entstehen, verbunden mit Ängsten und Vorurteilen. Die mediale Berichterstattung, zumeist unausgewogen und einseitig, verstärkt die Vorstellung von psychoaktiven Substanzen als riskante ‚Todesdrogen'. Jeglicher Konsum wird übergreifend als ‚abhängig' und ‚gefährlich' gekennzeichnet, Konsument:innen stigmatisiert, pathologisiert, kriminalisiert und ausgegrenzt (vgl. Lagemann, 2015; Gerlach & Stöver, 2012; Stöver, 2020).

Im Jahr 2025 schreiben wir, ausgehend von der *Zweiten internationalen Opiumkonferenz 1925* (vgl. Hughes et al., 2018), 100 Jahre Prohibition. Die Resultate: steigende Prävalenzwerte, stigmatisierte Konsument:innen, soziale, berufliche und schulische Ausgrenzung (von Schulverweisen über Kündigungen bis zu Kontakt- und Beziehungsabbrüchen), Strafverfolgungen und Kriminalisierung, unkontrollierte Drogenproduktion (daraus resultierende Qualitäts- und Reinheitsschwankungen), Förderung risikoreicher Konsum- und Beschaffungsformen, (inter-)nationaler Drogenschmuggel, länderübergreifende Drogenkriege sowie ein globales Gesundheitsproblem. Die Politik der Prohibition hat versagt, die restriktiven Maßnahmen sich als ineffektiv erwiesen (vgl. Gerlach & Stöver, 2012; Global Commission On Drug Policy, 2021; Wieczoreck, 2020; Akzept e.V., 2012). Trotz der belegten Evidenz zahlreicher wissenschaftlicher Studien aus jahrzehntelanger Forschung zu gesundheitlichen und sozialen Folgen prohibitionistischer Maßnahmen (vgl. Gerlach & Stöver, 2012) wird dieser Kurs auch aktuell noch beibehalten. Dabei stehen das immense Gefahrenpotenzial psychoaktiver Substanzen, die damit verbundene Suchtgefahr sowie ein potenzieller sozialer Abstieg inklusive einer kriminellen Karriere weiterhin im Fokus. Infolgedessen wird verstärkt zu härteren Maßnahmen in der Drogenpolitik, wie verschärften Haftstrafen oder eine Senkung der Strafmündigkeitsgrenze für Jugendliche, aufgerufen (vgl. The Lancet Global Health, 2024; Böllinger, 2018).

Eine von den nachteiligen Folgen der restriktiven Drogenpolitik stark betroffene Gruppe findet sich unter den Freizeitdrogenkonsument:innen. Im sogenannten *Freizeitdrogenkonsum*, eine spezielle Konsumform psychoaktiver Substanzen, welche zumeist mehr oder weniger kontrolliert in der Freizeit und in spezifischen sozialen Situationen (vgl. Pol & Hawks, 1992) stattfindet, suchen Konsument:innen unterschiedlicher psychoaktiver Substanzen Möglichkeiten, lustvolle Emotionen zu steigern, vom Alltag abzuschalten und Entspannung herbeizuführen (vgl. Infodrog, 2022; Maier et al., 2013; Winstock et al., 2021). Dass diese Art der Bedürfnisbefriedigung nicht notwendigerweise an pathologische Gründe geknüpft ist, beschrieb bereits Reuband (1986), indem er im Konsum „in der Regel ganz normale Bedürfnisse nach neuartigen und angenehmen Erfahrungen" (S. 90) sieht. Die Ursprünge des Freizeitdrogenkonsums finden sich unter anderem in den 1990-er Jahren, einer Zeit, in welcher eine von vielen Musikrichtungen geprägte Partyszene den Konsum unterschiedlicher psychoaktiver Substanzen anstieß. Obwohl bereits kurz nach der Jahrtausendwende gezeigt werden konnte, dass der Konsum psychotroper Substanzen bei ‚Clubbern' oder ‚Ravern' ausgesprochen weit verbreitet ist (vgl. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002; Simon, 2002; Tossmann et al., 2001), wurde bereits vor deutlich über 20 Jahren betont, dass die steigende Konsument:innenanzahl keineswegs auf diese spezielle ‚Party-Population' beschränkt ist. Abgesehen davon wurde der nachgewiesene Zusammenhang nicht ausreichend als ursächliche Begründung der Steigerung des Freizeitdrogenkonsums gesehen (vgl. Tossmann et al., 2001). Zahlreiche Gruppen an Konsument:innen und Motive scheinen untrennbar mit der menschlichen Geschichte verbunden.

Freizeitdrogenkonsument:innen weisen dabei, im Gegensatz zu Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung, ganz besondere Charakteristika auf: Die Konsummotivation kennzeichnet sich vorrangig durch Genussmotive, im Selbstbild distanzieren sich Freizeitdrogenkonsument:innen von ‚klassischen' Drogenkonsument:innen, sind zumeist in einen strukturierten Alltag mit Arbeit, Ausbildung oder Schule integriert, werden kaum hinsichtlich Strafverfolgungen auffällig, suchen nur geringfügig Suchthilfeeinrichtungen bzw. Angebote der Suchthilfe auf und entwickeln im Laufe ihrer Konsumkarriere nur selten Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Grabenhofer et al., 2018; Stetina et al., 2008). Diese besonderen Merkmale führen dazu, dass Freizeitdrogenkonsument:innen unauffällig in der Gesellschaft existieren, im Verborgenen konsumieren – wir sprechen daher von einer *hidden population* (vgl. Stetina et al., 2008).

Trotz der guten gesellschaftlichen Integration und dem geringeren Risiko einer Abhängigkeitserkrankung (vgl. Stetina et al., 2008; Grabenhofer et al., 2018), muss bei Freizeitdrogenkonsument:innen von einer Risikogruppe ausgegangen werden. Der Erwerb und Besitz vieler psychoaktiver Substanzen sind fast überall auf der Welt unter Strafe gestellt, wodurch Konsument:innen das Risiko einer strafrechtlichen Verurteilung eingehen. Ebenso ergeben sich durch die Illegalität der Substanzen Unklarheiten bezüglich deren Herkunft und Zusammensetzung. Folgen eines Konsums unbekannter, unerwarteter bzw. besonders hoch-dosierter psychoaktiver Substanzen können bei unwissentlicher Einnahme unbeabsichtigte Überdosierungen sowie unterschiedliche Gesundheitsrisiken wie Dehydration, Herz-Kreislaufprobleme oder Unfälle bedingen (vgl. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2002). Um sowohl physische als auch psychische Gesundheitsrisiken im Freizeitdrogenkonsum zu minimieren, stellen niederschwellige, risikomindernde und akzeptanzorientierte Maßnahmen (vgl. Gerlach, 2004) im Sinne der Gesundheitsförderung, wie Aufklärung, safer use, harm reduction, aufsuchende Arbeit, Förderung der Drogenmündigkeit oder drug-checking, dringend benötigte Ansätze dar. Derartige Herangehensweisen werden von der Community gut angenommen, wie eine Untersuchung zur Inanspruchnahme und Akzeptanz von drug-checking Angeboten sowie begleitenden Beratungsgesprächen in Berlin und Thüringen ergab (vgl. Betzler et al., 2021; Hirschfeld et al., 2024; Barsch, 2004).

Obwohl seit den 1990er Jahren vermehrt Untersuchungen im Bereich Freizeitdrogenkonsum stattfinden, werden Konsument:innen darin überwiegend als eine homogene Population behandelt (vgl. Eggerth et al., 2005). Bestehende Unterschiede im Konsumverhalten wie unter anderem in der Konsumfrequenz und -häufigkeit, in den vorrangig konsumierten Substanzen, den zugrundeliegenden Konsummotiven und Sorgen geraten dabei in den Hintergrund. Gerade diesen Aspekten kommt jedoch in der Ableitung konsument:innenorientierter Maßnahmen eine besondere Bedeutung zu (vgl. Häde et al., 2021). Da der bisherige Kurs, ein massenorientierter auf Tabu und Prohibition fußender Ansatz, keine für diesen Ansatz überzeugenden Ergebnisse (Abstinenz) erbringen konnte – Menschen konsumieren trotz bestehender Gesetze und Verbote psychoaktive Substanzen (vgl. Jungaberle et al., 2018) – ist ein Umdenken dringend indiziert. Es muss nicht nur, wie bereits seit einigen Jahrzehnten, die Zielsetzung der Abstinenz hinterfragt werden, es braucht außerdem speziell auf die Konsument:innen zugeschnittene Maßnahmen, um diese heterogene *hidden population* zu erreichen und grundlegende Zielsetzungen im Freizeitdrogenkonsum, den Erhalt der psychischen und physischen Gesundheit (vgl. Grabenhofer et al., 2018), zu sichern.

2. Methodik

Die vorliegende Studie wurde im Rahmen einer explorativen Online-Querschnittserhebung im Zeitraum von August 2023—Februar 2024 durchgeführt. Dabei wurden in zwei Teilen (1) soziodemografische Daten (u. a. Alter, Geschlecht, Familienstand) sowie (2) das Konsumverhalten (u. a. Konsumprävalenzen, Mischkonsumverhalten, Sorgen und Motive im Substanzkonsum) erhoben.

Zur Stichprobenrekrutierung fand eine Kooperation mit Freizeitdrogen- und Drug-Checking-Einrichtungen, szenetypischen Internetforen und Internetseiten, DJ-Kollektiven/Techno-Kollektiven sowie Betreiber:innen von Social Media Seiten aus Österreich, Deutschland und der Schweiz statt, welche die Studie online posteten bzw. in Form von Flyern (siehe *Abbildung 1, Seite 4*) an Informationssuchende weitergaben.

2.3 Forschungsfrage und Hypothesen

Der Forschungsfokus der Studie lag in der Untersuchung von Freizeitdrogenkonsument:innen durch Befragung der Zielgruppe. Dabei wurde vermutet, dass innerhalb dieser Gruppe eine Heterogenität vorliegt,

welche sich in unterschiedlichen Aspekten des Konsumverhaltens zeigt. Das Ziel lag dabei auf der empirischen Erfassung und der Analyse einer etwaigen Heterogenität dieser Gruppe und fokussierte die Forschungsfrage:

‚Welche charakteristischen Konsumtypen lassen sich innerhalb der Gruppe der Freizeitdrogenkonsument:innen klassifizieren?'

***Abbildung 1**: Studienflyer*

2.6 Methoden der statistischen Datenanalyse

Mit Ende der Datenerhebung im Februar 2024 und nach Bereinigung vorab festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien (wie z. B. der Konsum psychoaktiver Substanzen oder die Volljährigkeit) konnten Messwerte von insgesamt 716 Fällen zur Auswertung und Analyse in das Statistikprogramm SPSS 29 (vgl. IBM Corp., 2022) eingespielt werden.

Im deskriptiv-statistischen Teil werden Häufigkeitsanalysen auf Basis der Mittelwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) sowie mittels grafischer Aufbereitung durch Häufigkeitstabellen und Histogrammen (vgl. Bortz & Schuster, 2010) dargestellt. Durch Rundungen bedingte Abweichungen können dazu führen, dass die Summe der angegebenen Prozentwerte geringfügig von 100 % abweicht. Offene Antworten der Teilnehmer:innen (wie u. a. zu ‚Sorgen im Substanzkonsum' oder ‚Konsumgründen') wurden durch Zuordnung in übergeordnete Kategorien, welche sich aus theoretisch inhaltlichen Überlegungen ergaben, operationalisiert. Im inferenzstatistischen Teil wurde eine hierarchische Clusteranalyse, mit der Ward-Methode als Clustermethode sowie der quadrierten euklidischen Distanz als Ähnlichkeitsmaß (vgl. Fromm, 2010), durchgeführt. Die Betrachtung des Dendrogramms sowie des Punktdiagramms der Fusionskoeffizienten diente zur Auffindung einer geeigneten Clusteranzahl (vgl. Wiedenbeck & Züll, 2010). Gruppenunterschiede zwischen den Clustern wurden, nach Überprüfung der Voraussetzungen, mittels ANOVA-Verfahren sowie Chi-Quadrat Tests inkl. post-hoc Testungen (vgl. Bortz & Schuster, 2010) auf statistische Signifikanz ($p < .05$) geprüft.

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung und deskriptive Befunde

Soziodemografische Daten

Insgesamt nahmen 716 Personen im Alter zwischen 18—68 Jahren ($M = 30.85$; $SD = 9.14$) an der Studie teil. Der Anteil an männliche Probanden betrug 52.65 %. Weitere 44.69 % der Teilnehmer:innen waren

weiblich, 0.14 % intersexuell sowie 1.96 % non-binär. Für 0.56 % der Teilnehmer:innen liegen keine Geschlechtsangaben vor. Die Proband:innen stammten zumeist aus Österreich (43.99 %), gefolgt von Deutschland (42.18 %), der Schweiz (5.17 %), Italien (4.61 %) sowie aus Ägypten, Frankreich, den Niederlande, Schweden, UK und den USA (jeweils 0.14 %). Der Prozentsatz fehlender Antworten lag bei 3.21 %.

In Bezug auf den Ausbildungsstand zeigten sich 45.95 % mit einem Hochschul-, College- oder Universitätsabschluss. Weitere Abschlüsse fanden sich hinsichtlich eines Matura- bzw. Abitur-Abschlusses (19.27 %), einer allgemeinbildenden bzw. berufsbildenden mittleren Schule (11.17 %), einer Lehre (10.34 %), einer berufsbildenden höheren Schule (6.70 %) sowie dem Abschluss der Hauptschule (2.65 %) bzw. der Volksschule (0.42 %). Keinen Abschluss berichteten 0.42 %, einen sonstigen Abschluss ohne nähere Angaben 2.23 %. Weitere 0.84 % der Teilnehmer:innen gaben keine Informationen zum Ausbildungstand.

Die Analyse der Lebens- und Wohnsituation zeigte, dass 78.35 % der Teilnehmer:innen in der Stadt ansässig waren (keine Angaben bei 1.54 % der Proband:innen). Mehr als die Hälfte (53.35 %) waren ledig, 31.56 % in einer Partnerschaft lebend, 10.34 % verheiratet, 1.68 % geschieden, 1.12 % getrennt sowie 0.70 % in einer eingetragenen Partnerschaft lebend und zum überwiegenden Teil mit 82.68 % (keine Angaben bei 1.68 %) kinderlos. Zur aktuellen Beziehungssituation gaben 1.26 % der Teilnehmer:innen keine Auskunft. Die Freiwilligen wohnten zu einem Großteil allein (32.26 %), gefolgt von dem Zusammenleben mit der/dem Partner:in (24.44 %), dem Leben in einer Wohngemeinschaft (19.97 %), zusammen mit den Eltern (9.78 %), zusammen mit der/dem Lebensgefährt:in und den Kindern (8.94 %), allein mit den Kind(ern) (1.54 %) sowie in einem Mehr-Generationen-Haushalt (1.26 %). Rund 0.56 % der Teilnehmer:innen wählten die Antwortoption sonstige Wohnform, ohne diesbezüglich nähere Angaben zu machen. Für 1.26 % der Proband:innen lagen keine Angaben zur aktuellen Wohnsituation vor.

Angaben zum Konsumverhalten

In Bezug auf die 1-Jahres-Prävalenz zeigte sich bei mehr als ¾ der Teilnehmer:innen ein Konsum von Alkohol (90.8 %), THC-Produkten (78.1 %) und Tabak (75.7 %). Über die Hälfte der Proband:innen berichteten einen Konsum von MDMA (60.3 %), CBD-Produkten (57.6 %) sowie Kokain (55.8 %). Danach folgten weitere Stoffe, welche den ‚klassischen' Freizeitdrogen zugeordnet werden können, wie Amphetamin (48.6 %), Halluzinogene Pilze (41.9 %), LSD (41.2 %), Ketamin (37.2 %), 2C-B (22.6 %), 1cP-LSD (11.3 %) oder Kratom (10.6 %). Geringe Konsumhäufigkeiten (n<10 %) fanden sich vorrangig unter dämpfenden Stoffen [z. B. Codein (9 %), Opium (4.1 %), Methadon (1 %)] oder Neuen Psychoaktiven Substanzen [z. B. Mephedron (4-MMC) (6.7 %), 2C-E (0.7 %)] (siehe *Abbildung 2, Seite 6*).

Der Konsum fand vorwiegend in Form eines Mischkonsumverhaltens statt, von welchem 84.6 % der Teilnehmer:innen berichteten. Die häufigsten Substanzkombinationen ergaben sich hinsichtlich Alkohol in Verbindung mit Cannabis (28.2 %), Alkohol in Verbindung mit Tabak (24.5 %), Cannabis in Verbindung mit Tabak (14.9 %), Alkohol in Verbindung mit Kokain (12.9 %) und Alkohol in Verbindung mit Amphetamin (10 %).

Die Analyse der Konsummotive erbrachte 19 Oberkategorien, welche sich u. a. auf die Veränderung von Emotionen, die Bewusstseinserweiterung oder die Steigerung von Wachheit und Leistungsvermögen bezogen. Das vorherrschende Konsumziel zeigte sich in Bezug auf die Steigerung und Intensivierung angenehmer Emotionen (53.3 %), gefolgt von Konsumgründen in den Bereichen Konsum gegen unlustvolle und belastende Gefühle (40.6 %) und Konsum zur Bewusstseinssteigerung und Bewusstseinsveränderung (34.5 %). Erfasste Konsummotive inkl. deren Häufigkeit sind *Abbildung 3* (*siehe Seite 7*) zu entnehmen.

***Abbildung 2**: 1-Jahres-Prävalenz*

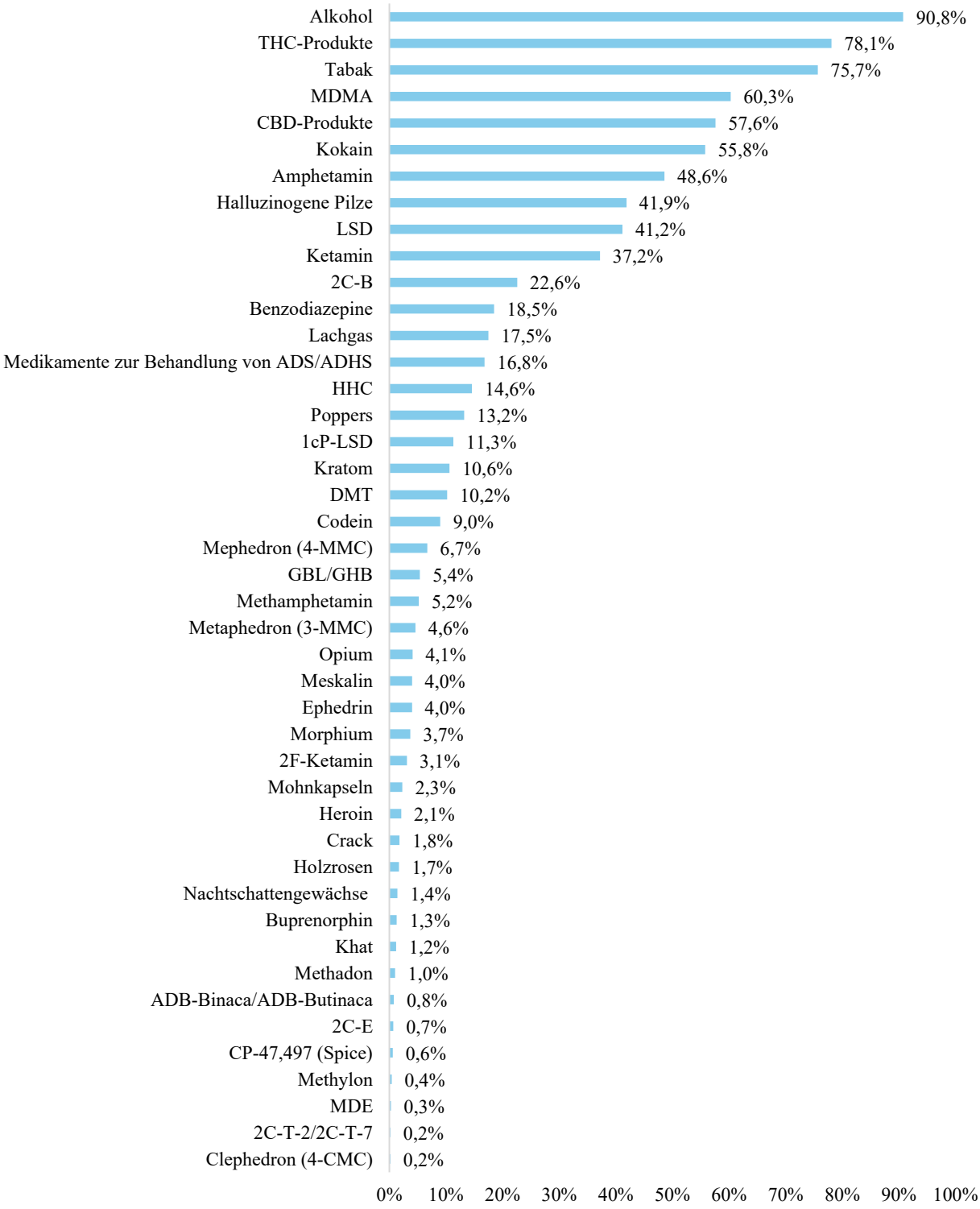
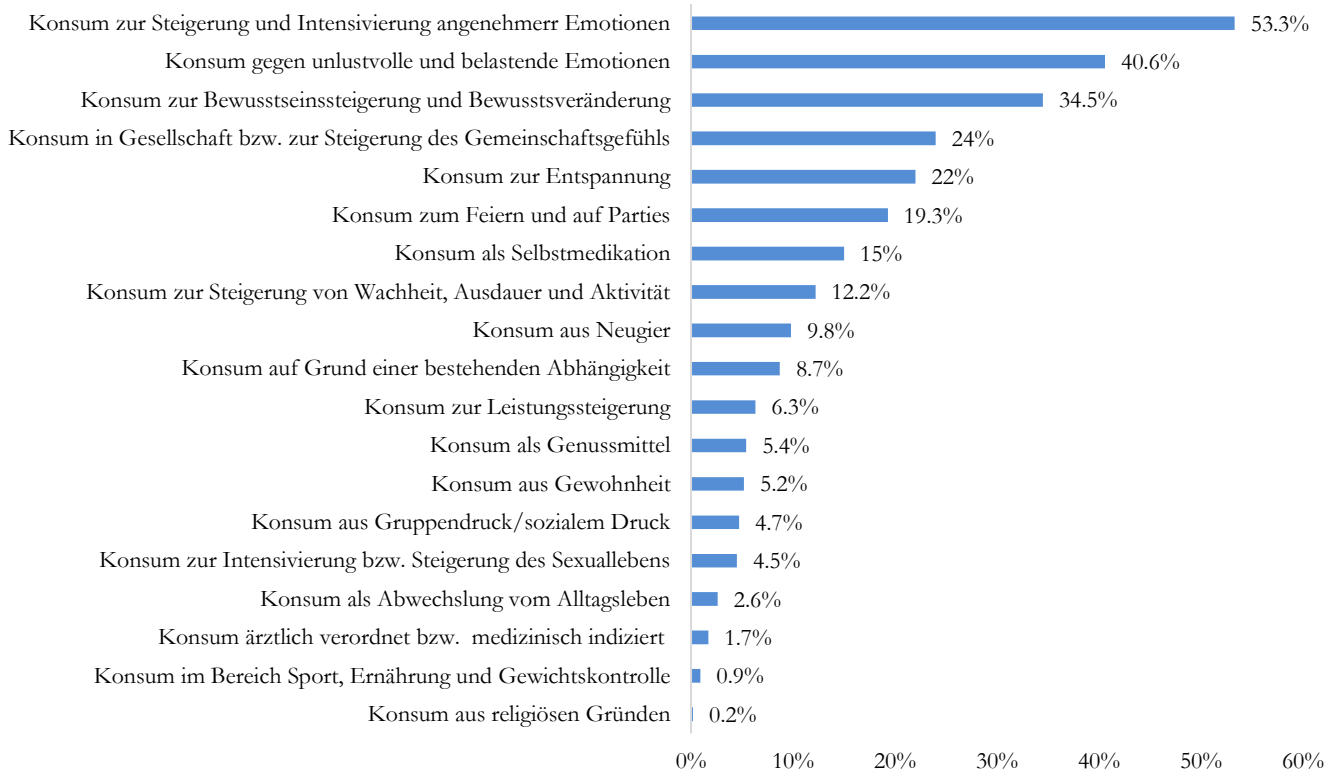
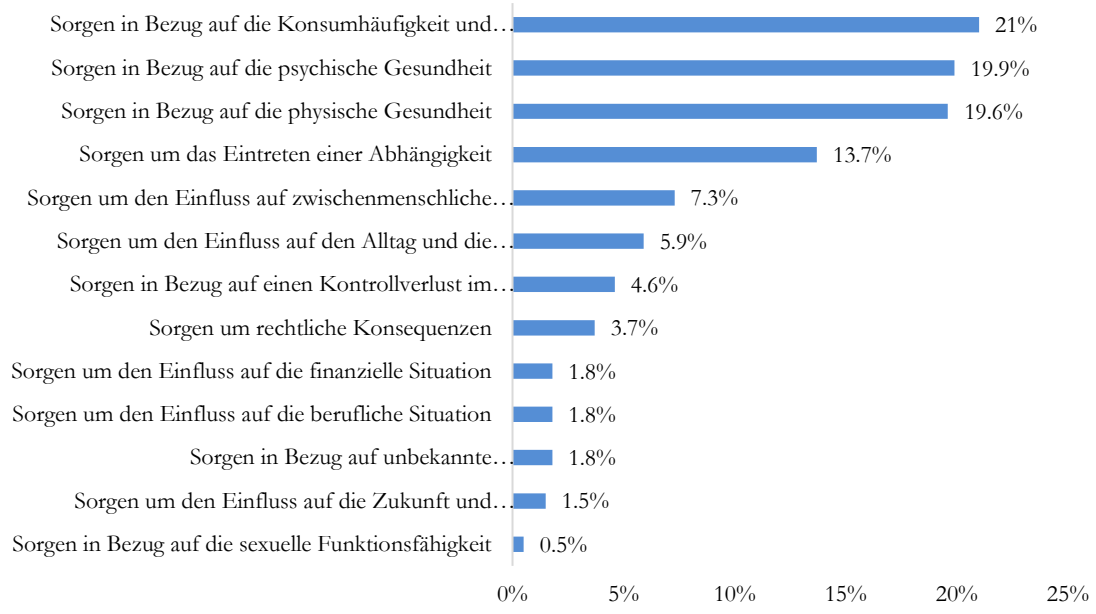


***Abbildung 3**: Motive im Substanzkonsum*



Insgesamt berichteten 18.9 % der Teilnehmer:innen von Sorgen um den eigenen Substanzkonsum (siehe *Abbildung 4*). Die Analyse der Antworten ergab 13 Kategorien, welche Sorgeninhalte in Bereichen der psychischen und/oder physischen Gesundheit, der Konsumhäufigkeit und -menge oder rechtlichen Konsequenzen ansprachen. Konsument:innen der vorliegenden Studie äußerten mit 21 % Sorgen in Bezug auf die Konsumhäufigkeit und Konsummenge am häufigsten, gefolgt von Sorgen in Bezug auf die psychische Gesundheit (19.9 %) und Sorgen in Bezug auf die physische Gesundheit (19.6 %).

***Abbildung 4**: Sorgen im Substanzkonsum*



Eine Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote schilderten 12.6 % der Teilnehmer:innen. Über das Aufsuchen ärztlicher/medizinischer Hilfe berichteten insgesamt 7.3 % der Stichprobe, über psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlungen 10.6 %, über ambulante (Sucht-)Hilfeeinrichtungen 4.5 % und über stationäre (Sucht-)Hilfeeinrichtungen 4.1 %.

3.2 Inferenzstatistische Auswertung

Als Grundlage der hierarchischen Clusteranalyse diente eine dichotomisierte Version (‚Konsum ja' vs. ‚Konsum nein') der Frage zur 1-Jahres-Prävalenz psychoaktiver Substanzen, welche insgesamt 44 Substanzen mit dazugehörigen Konsumhäufigkeiten (von ‚gar nicht innerhalb der letzten 12 Monate', bis ‚mehrmals täglich') erhob. Unter Betrachtung der Häufigkeitszusammensetzung der clusterbildenden Variable mussten einige Substanzen, welche eine geringe Gruppenbesetzung aufwiesen (n< 10 bei: Methadon, Buprenorphin, CP-47; 497, MDE, Khat, Methylon, Clephedron, ADB-Binaca/ADB-Butinaca, 2C-E, 2C-T-2/2C-T-7), ausgeschlossen werden, da davon ausgegangen werden kann, dass diese *rare events* zu Verzerrungen in den Analysen führen können (vgl. Bortz & Schuster, 2010; Bortz & Döring, 2006). Die Betrachtung des Dendrogramms sowie des Punktediagramms der Fusionskoeffizienten legten eine 3-Cluster-Lösung (*Tabelle 1*) nahe.

***Tabelle 1**: Stichprobenverteilung*

Cluster	*n*	Prozent
Cluster 1	223	31.1
Cluster 2	294	41.1
Cluster 3	199	27.8

Altersverteilung

Unter Betrachtung der Mittelwerte zeigte sich Cluster 3 als jüngste Gruppe (*Tabelle 2*), wobei sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Alter zwischen den drei Clustern fanden ($F(2,693)= 2.79$, $p= .062$, *partielles* $\eta^2= .01$).

***Tabelle 2**: Altersverteilung*

Cluster	*M*	*SD*	Min.	Max.
Cluster 1	30.89	9.89	18	68
Cluster 2	31.64	9.29	18	63
Cluster 3	29.65	7.90	18	58

Geschlechterverteilung

Auf Grund der geringen Gruppenbesetzungen in Bezug auf die Geschlechter non-binär und intersexuell mussten diese Geschlechterzugehörigkeiten (*Tabelle 3*) von den Unterschiedstestungen ausgeschlossen werden. Die Cluster wiesen keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf ($\chi^2(2)= 1.57$, $p= .457$, $\varphi= 0.46$).

***Tabelle 3**: Geschlechterverteilung*

Cluster	männlich	weiblich	non-binär	intersexuell
Cluster 1	49.8 %	46.6 %	2.2 %	0 %
Cluster 2	52 %	45.2 %	2 %	0.3 %
Cluster 3	56.8 %	41.7 %	1.5 %	0 %

Konsumierte Substanzen

Konsument:innen der drei Cluster unterschieden sich in Bezug auf die 1-Jahres-Prävalenz der konsumierten Substanzen. Lediglich die Substanz Mohnkapseln zeigte keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2(2)= 5.26$, $p= .072$, $V= 0.09$).

Cluster 1 kennzeichnete sich durch einen signifikant geringeren Konsum über alle erhobenen Substanzen hinweg. Einzig bei Nachtschattengewächsen (*Tabelle 4*) waren keine Unterschiede zu finden.

Cluster 2 zeichnete sich durch ein differenzierteres Konsumverhalten aus. Die Substanzen THC, Kokain, Alkohol, Tabak, CBD, MDMA und Amphetamin wurden von Cluster-2-Konsument:innen signifikant häufiger konsumiert. Ein signifikant niedrigerer Konsum fand sich dahingegen bei den Substanzen Ketamin, 2C-B, Lachgas, Poppers, Mephedron (4-MMC), Metaphedron (3-MMC), Benzodiazepine, Medikamente zur Behandlung von ADS/ADHS und Nachtschattengewächsen (*Tabelle 4*).

Innerhalb Cluster 3 zeigte sich ein signifikant höherer Konsum über alle erfragten Substanzen hinweg (*Tabelle 4*).

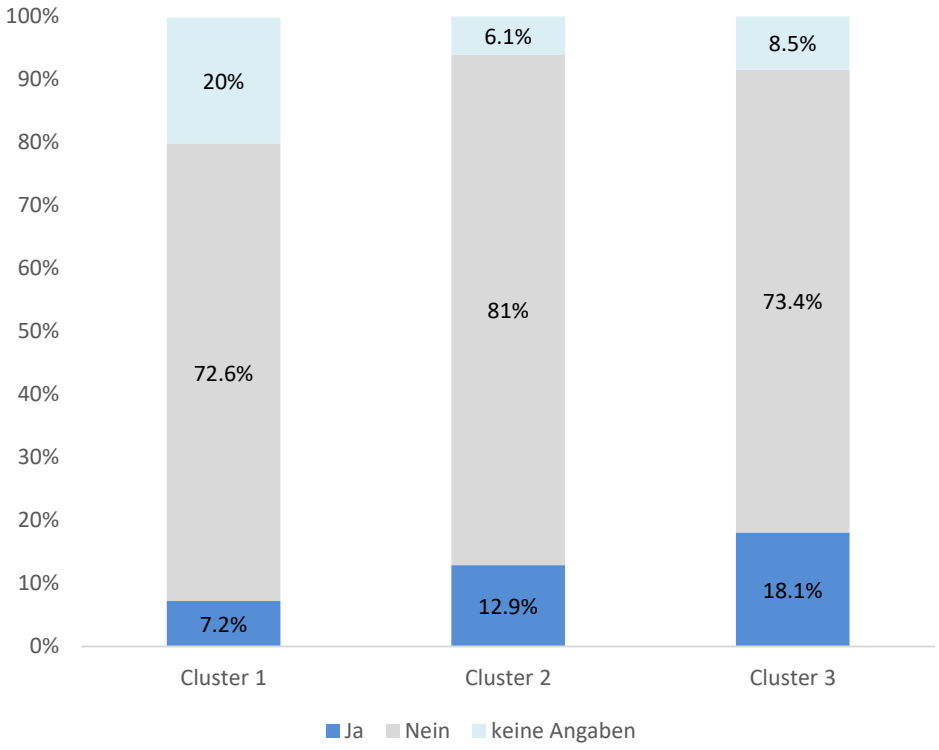
***Tabelle 4**: Chi-Quadrat Tests konsumierte Substanzen*

Konsumverhalten	χ^2	*df*	*p*	*V*	r_i* *Cluster 1*	r_i* *Cluster 2*	r_i* *Cluster 3*
THC-Produkte	148.84	2	<.001	0.46	-12.1	5.6	6.4
Kokain	279.09	2	<.001	0.62	-15.5	3.6	12.1
Heroin	16.98	2	<.001	0.15	-2.6	-1.1	4.0
Alkohol	47.72	2	<.001	0.26	-6.8	2.9	3.8
Tabak	56.18	2	<.001	0.28	-7.5	4.0	3.4
CBD-Produkte	107.17	2	<.001	0.39	-10.3	5.4	4.8
HHC	46.99	2	<.001	0.26	-5.6	-0.2	5.9
MDMA	403.98	2	<.001	0.75	-19.7	7.9	11.8
Amphetamin	331.42	2	<.001	0.68	-16.7	3.4	13.6
Ephedrin	12.39	2	.002	0.13	-3.3	0.8	2.5
Crack	21.63	2	<.001	0.17	-2.4	-1.9	4.6
LSD	226.16	2	<.001	0.56	-12.6	0.3	12.7
Halluzinogene Pilze	214.47	2	<.001	0.55	-12.8	1.4	11.8
Ketamin	358.36	2	<.001	0.71	-13.3	-3.7	17.8
2C-B	277.40	2	<.001	0.62	-9.7	-5.7	16.3
Lachgas	142.41	2	<.001	0.45	-7.0	-4.1	11.7
GBL/GHB	43.24	2	<.001	0.25	-4.3	-1.7	6.3
Methamphetamin	20.18	2	<.001	0.17	-3.5	-0.4	4.0
Poppers	123.47	2	<.001	0.42	-5.3	-5.1	11.1
Morphium	14.50	2	<.001	0.14	-2.3	-1.2	3.7
Codein	37.73	2	<.001	0.23	-4.3	-1.2	5.8
Mephedron (4-MMC)	104.97	2	<.001	0.38	-4.8	-4.8	10.2
1cP-LSD	52.29	2	<.001	0.27	-5.7	-0.5	6.4
Metaphedron (3-MMC)	56.95	2	<.001	0.28	-4.0	-3.1	7.5
Benzodiazepine	106.99	2	<.001	0.39	-6.7	-2.8	10.0
Medikamente zur Behandlung von ADS/ADHS	118.38	2	<.001	0.41	-5.1	-5.1	10.9
Meskalin	17.85	2	<.001	0.16	-3.3	-0.3	3.8
Nachtschattengewächse	19.74	2	<.001	0.17	-1.5	-2.7	4.4
Opium	11.44	2	.003	0.13	-3.3	1.2	2.1
DMT	65.01	2	<.001	0.30	-5.5	-1.8	7.6
Holzrosen	14.35	2	<.001	0.14	-2.3	-1.1	3.7
Kratom	35.33	2	<.001	0.22	-5.2	0.4	4.8
2F-Ketamin	17.68	2	<.001	0.16	-3.2	-0.5	3.8

Mischkonsumverhalten

Die drei Cluster unterschieden sich in Bezug auf ihr Mischkonsumverhalten (($\chi^2(2)= 111.88$, $p= <.001$, $\varphi= <0.001$), wobei Cluster 1 das geringste Mischkonsumverhalten (r_i* *Cluster 1*= -10.5) aufwies und sich dadurch von Cluster 2 und Cluster 3 unterschied (*Abbildung 5, Seite 10*).

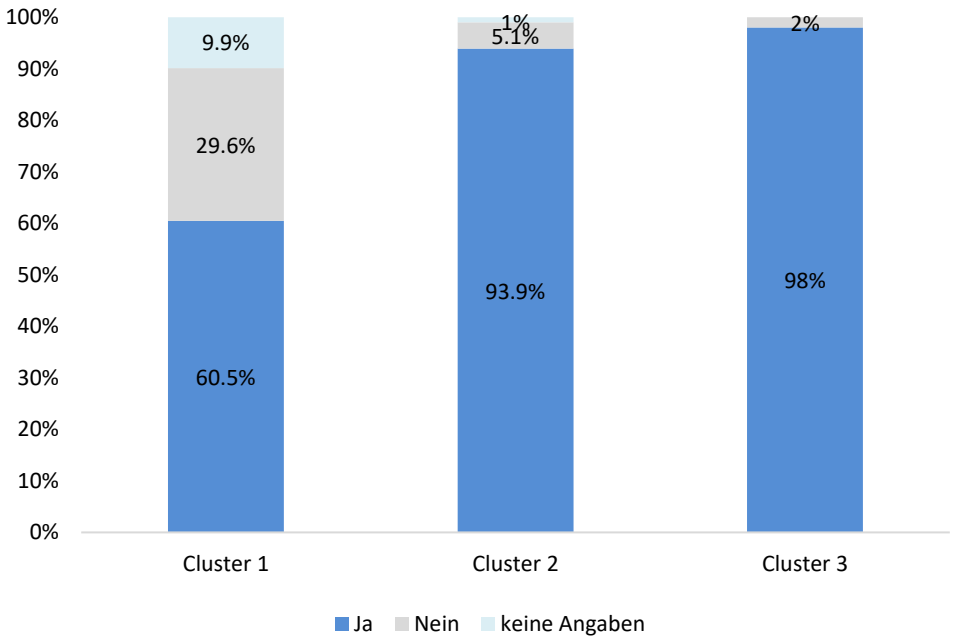
***Abbildung 5**: Mischkonsumverhalten*



Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote

Auch hinsichtlich der Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote (*Abbildung 6*) zeigten sich Unterschiede zwischen den drei Clustern ($\chi^2(2)= 8.66$, $p= .013$, $\varphi= 0.013$). Cluster 1 griff signifikant geringer auf professionelle Unterstützung zurück (r_i^* *Cluster 1*= -2.3), wohingegen dies bei Cluster 3 signifikant häufiger zu finden war (r_i^* *Cluster 3*= 2.6).

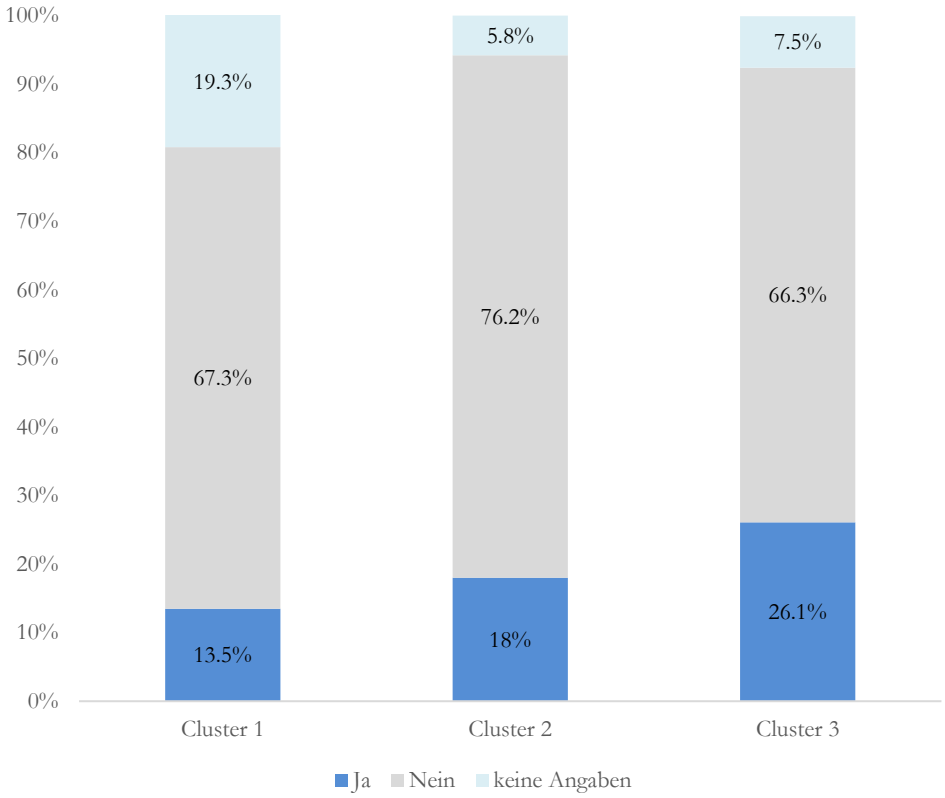
***Abbildung 6**: Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote*



Sorgen in Bezug auf das eigene Konsumverhalten

Die Teilnehmer:innen der Studie berichteten von einem großteils sorgenfreien Konsumverhalten, welches über alle Cluster hinweg vorherrschend war (*Abbildung 7*). Dennoch zeigten sich signifikante Unterschiede ($\chi^2(2)= 8.45$, $p= .015$, $\varphi= 0.02$) dahingehend, dass Konsument:innen des Clusters 3 von signifikant mehr Sorgen im Konsumverhalten berichteten (r_i^* *Cluster 3*= 2.8).

***Abbildung 7**: Sorgen im Substanzkonsum*



Die Betrachtung der kategorisierten Sorgen, wie sie im deskriptiv-statistischen Teil beschrieben wurden, ergaben signifikante Unterschiede zwischen den drei Clustern. Nicht signifikante Ergebnisse sind *Tabelle 5* zu entnehmen.

***Tabelle 5**: Chi-Quadrat Tests Sorgen im Substanzkonsum*

Sorgen…	χ^2	*df*	*p*	*V*
…im Bereich physische Gesundheit	0.42	2	.810	0.02
…im Bereich Konsummenge und Konsumhäufigkeit	3.73	2	.155	0.07
…im Bereich unbekannte/gefährliche Substanzzusammensetzungen	4.73	2	.094	0.81
…im Bereich sexuelle Funktionsfähigkeit	2.60	2	.272	0.60
…im Bereich um rechtliche Konsequenzen	3.22	2	.199	0.07
…im Bereich um die Zukunft und die Erreichung persönlicher Ziele	1.02	2	.601	0.04
…im Bereich um die berufliche Situation	2.39	2	.302	0.06
…im Bereich um die finanzielle Situation	4.93	2	.085	0.08
…im Bereich zwischenmenschliche Beziehungen	4.03	2	.133	0.08
…im Bereich um die Funktionsfähigkeit im Alltag	5.59	2	.061	0.09

So fanden sich im Bereich Sorgen um das Eintreten einer Abhängigkeit signifikante Unterschiede ($\chi^2(2)= 7.57$, $p= .023$, $V= 0.10$). Cluster 1 wies Sorgen um eine mögliche Abhängigkeit signifikant seltener auf (r_i^* *Cluster 1*= -2.4), wohingegen Cluster 3 diese Sorgen signifikant häufiger berichtete (r_i^* *Cluster 3*= 2.2).

Ebenso zeigten sich hinsichtlich Sorgen um das Auftreten psychischer Probleme signifikante Besonderheiten ($\chi^2(2)= 13.50$, $p= .001$, $V= 0.14$). Cluster 1 berichtete hier signifikant geringere Bedenken (r_i^* *Cluster 1*= -2.4), wohingegen Cluster 3 dies signifikant häufiger angab (r_i^* *Cluster 3*= 3.5).

Sorgen um einen Kontrollverlust im Konsumverhalten ergaben Unterschiede ($\chi^2(2)= 9.05$, $p= .011$, $V= 0.11$) dahingehend, dass Cluster 3 dies signifikant häufiger berichtete (r_i^* *Cluster 3*= 3).

Motive im Substanzkonsum

Auch in den genannten Konsumgründen präsentierten sich signifikante Besonderheiten zwischen den drei Clustern. So zeigten sich im Konsum zur Steigerung und Intensivierung angenehmer Emotionen signifikante Unterschiede ($\chi^2(2)= 18.88$, $p= <.001$, $V= 0.16$). Cluster 1 berichtete dieses Motiv signifikant seltener (r_i^* *Cluster 1*= -4.1), wohingegen Cluster 3 dies signifikant häufiger angab (r_i^* *Cluster 3*= 3).

Ein Konsum zur Bewusstseinserweiterung und Bewusstseinssteigerung ($\chi^2(2)= 42.16$, $p= <.001$, $V= 0.24$) wurde signifikant seltener von Cluster 1 berichtet (r_i^* *Cluster 1*= -6.5), wohingegen der Konsum von Cluster 2 (r_i^* *Cluster 2*= 3.4) und Cluster 3 (r_i^* *Cluster 3*= 2.9) signifikant häufiger unter dieser Motivation stattfand.

Der Konsum zum Feiern und auf Parties zeigte signifikante Unterschiede ($\chi^2(2)= 11.06$, $p= .004$, $V= 0.12$), bei welchen Konsument:innen von Cluster 1 dies signifikant seltener berichteten (r_i^* *Cluster 1*= -3.3). Konsument:innen aus Cluster 2 gaben diesen Konsumgrund dahingegen signifikant häufiger an (r_i^* *Cluster 2*= 2.2).

Signifikante Unterschiede zeigten sich auch beim Konsum zur Steigerung von Wachheit, der Ausdauer und Aktivität ($\chi^2(2)= 39.77$, $p= <.001$, $V= 0.24$). Konsument:innen von Cluster 1 berichteten diese Motivation signifikant seltener (r_i^* *Cluster 1*= -5.4), wohingegen Konsument:innen von Cluster 3 dies signifikant häufiger taten (r_i^* *Cluster 3*= 5.2).

Ergebnisse nicht signifikanter Unterschiede in Bezug auf die Konsummotivation können *Tabelle 6* entnommen werden.

***Tabelle 6**: Chi-Quadrat Tests Motive im Substanzkonsum*

Konsum…	χ^2	*df*	*p*	*V*
…in Gesellschaft bzw. zur Steigerung des Gemeinschaftsgefühls	1.50	2	.472	0.05
…gegen unlustvolle und belastende Gefühle	1.32	2	.516	0.04
…zur Entspannung	3.10	2	.212	0.06
…auf Grundeiner bestehenden Abhängigkeit	1.24	2	.539	0.04
…als Abwechslung vom Alltagsleben	4.46	2	.108	0.08
…ärztlich verordnet bzw. medizinisch indiziert	0.94	2	.624	0.04
…als Genussmittel	3.66	2	.160	0.07
…im Bereich Sport, Ernährung und Gewichtskontrolle	30.47	2	.790	0.03
…aus Gewohnheit	0.01	2	.999	0.01
…aus Neugier	4.64	2	.098	0.08
…zur Intensivierung und Steigerung des Sexuallebens	1.85	2	.396	0.05
…aus religiösen Gründen	3.10	2	.212	0.06
…aus Gruppendruck/sozialem Druck	1.57	2	.457	0.05
…als Selbstmedikation	5.47	2	.065	0.09
…Konsum zur Leistungssteigerung	5.58	2	.061	0.09

4. Limitationen

Obwohl sich Online-Erhebungen im Rahmen von Untersuchungen an *hidden populations* als zielführend erweisen (vgl. Miller & Sønderlund, 2018; Möhring & Schlütz, 2019), müssen dabei Aspekte der Repräsentativität der gewonnenen Stichprobe kritisch hinterfragt werden. Internetbasierte Convenience Samples, wie sie mittels Untersuchungen im WWW generiert werden, stellen keine repräsentativen Daten der Grundgesamtheit dar (vgl. Echterhoff, 2013; Möhring & Schlütz, 2019; Bortz & Schuster, 2010). In dem Zusammenhang muss allerdings betont werden, dass die Grundgesamtheit der Freizeitdrogenkonsument:innen unbekannt ist, wodurch jegliche Stichprobenbeziehung immer lediglich einen gewissen Ausschnitt dieser Population abbilden kann, auch wenn es sich um institutionelle Erhebungen in einer Beratungseinrichtung handelt. Es erscheint fraglich, ob tatsächlich eine andere Erhebungsmethode für eine *hidden population* geeignet wäre. Allerdings muss trotzdem angeführt werden, dass die präsentierten Daten für die hier beschriebene Gruppe repräsentativ sind, jedoch keine Aussagen über die ‚Gesamtpopulation Freizeitdrogenkonsument:innen' erlauben.

Eine weitere Limitation ergibt sich aus der Sensibilität der behandelten Materie. Normativ bedeutsame Themen, wie der Konsum psychoaktiver Substanzen, kennzeichnen sich dadurch, dass sie Verhaltensweisen

und/oder Einstellungen ansprechen, die gegen bestehende soziale Normen gerichtet sind und daher von den Befragten als intim erlebt werden. Eine Zustimmung zu solchen Verhaltensweisen kann als unangenehm erlebt werden und im Zuge der sozialen Erwünschtheit zu verzerrten Angaben führen (vgl. Kreuter et al., 2008), was die Validität der gewonnenen Ergebnisse beeinträchtigen kann.

Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen eines Querschnittsdesigns durchgeführt, wodurch die Ergebnisse eine Momentaufnahme darstellen. Aussagen zu potenziellen zeitlichen Verläufen und Entwicklungen sind dadurch nicht möglich. So konnte die Studie eine Einteilung in drei unterschiedliche Konsumgruppen nachweisen; offen bleibt allerdings, ob diese Gruppen einem bestimmten Verlauf folgen könnten.

5. Zusammenfassende Interpretation & Schlussfolgerungen für die Praxis

Die vorliegende Stichprobe zeigt ein differenziertes Profil einer Hidden Population. Die deskriptiv-statistische Analyse beschrieb eine Proband:innengruppe im jungen Erwachsenenalter mit durchschnittlich 30 Jahren, mit einem Altersrange von 18 bis 68, welche sich zu etwa gleichen Teilen aus Männern und Frauen sowie zu einem geringen Prozentsatz aus intersexuellen sowie non-binären Personen zusammensetzte. Das Herkunftsland befand sich dabei zumeist im deutschsprachigen (u. a. Österreich, Deutschland) sowie zu einem kleinen Teil im internationalen Raum (u. a. Italien, Frankreich, Niederlande, Schweden, UK). Die Teilnehmer:innen der Studie wiesen ein hohes Bildungsniveau auf – 45.9 % mit einem Hochschul-, College- oder Universitätsabschluss – waren überwiegend ledig und kinderlos. Ein Großteil der Befragten lebte in der Stadt, zumeist allein in einer Wohnung bzw. zusammen mit dem/der Partner:in.

Das Konsumverhalten zeigte im Wesentlichen einen vorrangigen Konsum (mehr als drei Viertel der Befragten) der legalen Stoffe Alkohol und Tabak. Knapp die Hälfte der Proband:innen schilderten den Gebrauch von Substanzen, welche als ‚klassische' Freizeitdrogen verstanden werden, wie MDMA, CBD, Kokain sowie Halluzinogene Pilze und LSD. Über dämpfende Stoffe wie Codein, Opium, Methadon oder Neue Psychoaktive Substanzen wie Spice, Metaphedron, ADB-Binaca/ADB-Butinaca oder 2C-E wurde dahingegen seltener berichtet. Es zeigte sich mit über 80 % eine starke Tendenz in Richtung Mischkonsum, wobei Kombinationen dabei vor allem mit Alkohol (z. B. in Verbindung mit Cannabis, Tabak, Kokain oder Amphetamin) stattfanden. Die Konsummotivation präsentierte vorrangig Aspekte, welche die Veränderung des emotionalen Befindens (wie die Steigerung angenehmer Emotionen, die Bewusstseinsveränderung oder die Abwendung belastender Gefühle) betraf. Sorgen um den Substanzkonsum waren bei weniger als einem Viertel der Teilnehmer:innen erhebbar und bezogen sich primär auf Befürchtungen in Bezug auf die Konsumhäufigkeit und -menge sowie auf die Beeinträchtigung der psychischen und/oder physischen Gesundheit. Das geringe Sorgenausmaß spiegelte sich auch in der Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote wider, von welchem 12.6 % der Teilnehmer:innen berichteten. Sofern professionelle Unterstützung aufgesucht wurde, fand dies vor allem in psychologischer beziehungsweise psychotherapeutischer Form statt.

Der Versuch der Erfassung von Konsumtypen innerhalb dieser Hidden Population wurde mittels Clusteranalyse vorgenommen. Es konnten dabei innerhalb der Population der Freizeitdrogenkonsument:innen drei Gruppen identifiziert werden, welche sich in spezifischen Konsummerkmalen deutlich voneinander unterscheiden und entsprechend ihren Kennzeichen, und basierend auf Erkenntnissen aus der einschlägigen Literatur benannt wurden.

<u>Cluster 1: ‚Moderate Konsument:innen'</u>

‚Moderate Konsument:innen' der vorliegenden Studie charakterisierten sich durch ein gemäßigtes Konsumverhalten mit einem überwiegenden Konsum legaler psychoaktiver Substanzen wie Alkohol, Tabak oder CBD-Produkten. ‚Klassische' Freizeitdrogen spielten eine untergeordnete Rolle und können im Zuge eines Probier- bzw. Experimentierkonsums verstanden werden. Die Einnahme von Substanzen wie Opiaten oder Benzodiazepinen sowie von Neuen Psychoaktiven Substanzen fand kaum bis gar nicht statt. Der Konsum war dabei, im Vergleich mit den anderen beiden Gruppen, durch ein signifikant geringes Mischkonsumverhalten gekennzeichnet. Das kontrollierte Konsumverhalten spiegelte sich neben der geringeren Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote auch in einem niedrigen Sorgenausmaß um den Konsum wider, vor allem dahingehend, dass der Konsum die Stabilität des Alltagslebens (u. a. finanzielle, rechtliche, soziale Bereiche) beeinflussen könnte. Ebenso waren Sorgen um unbekannte Substanzzusammensetzungen von untergeordneter Bedeutung, was auf den vorwiegenden Konsum legaler, und damit staatlich regulierter, Stoffe zurückgeführt werden kann. Auch wenn sich diese Gruppe signifikant weniger besorgt um psychische Folgewirkungen zeigte, spielten diesbezügliche Bedenken bei rund ¼ der Proband:innen, ähnlich wie Sorgen

um die Konsummenge und -häufigkeit, eine Rolle. ‚Konventionelle' Konsummotive im Freizeitdrogenkonsum wie ein Gebrauch zum Feiern, um auf Parties länger durchzuhalten sowie um das Bewusstsein zu erweitern, waren hier von signifikant geringerer Relevanz. Die Beweggründe zeigten sich vermehrt gesellschaftlich motiviert mit dem Ziel, Entspannung und ein Abschalten vom Alltag zu fördern bzw. waren ärztlich verordnet/medizinisch indiziert. Diese Aspekte deuten auf eine Art ‚After-Work-Konsum' hin, welcher zur Erholung nach einem Arbeitstag, dabei gerne in Gesellschaft anderer Personen, erfolgt und weniger durch eine Party-Motivation getragen wird. Angesichts des Profils der ‚Moderaten Konsument:innen' scheinen Maßnahmen wie Stressbewältigung und -management im beruflichen und sozialen Alltag, die Förderung eines ausgeglichenen Lebensstils sowie die Stärkung der Resilienz gegenüber Gruppendruck (vgl. Bühler et al., 2020; Barsch, 2004) vielversprechend. Diese Maßnahmen adressieren gezielt die Bedürfnisse und Anliegen der ‚Moderaten Konsument:innen' und sind daher von besonderer Wichtigkeit.

Cluster 2: ‚Freizeitkonsument:innen'

‚Freizeitkonsument:innen' berichten neben der Nutzung legaler Stoffe einen zusätzlichen Konsum ‚klassischer' illegalisierter Freizeitdrogen wie Kokain, Amphetamin und MDMA auf. Substanzen aus den Bereichen Downer (z. B. Benzodiazepine), Neue Psychoaktive Substanzen (z. B. Mephedron, Metaphedron, 2C-B) und Halluzinogene (z. B. Lachgas, Ketamin, Nachtschattengewächse) wurden dahingegen signifikant seltener konsumiert. Im Gegensatz zu den ‚Moderaten Konsument:innen' ließ sich eine grundlegend unterschiedliche Konsummotivation feststellen, da hier der Gebrauch zum Feiern, zur Bewusstseinserweiterung sowie zur Steigerung positiven Erlebens im Mittelpunkt stand. Diese Motivationslage scheint ein erhöhtes Maß an Sorgen zu fördern und spezifische Problembereiche (u. a. Sorgen um den Einfluss auf das berufliche Leben, um rechtliche Konsequenzen oder um die Zukunft und persönliche Ziele), welche im direkten Zusammenhang mit dem Alltagsleben stehen und dieses negativ beeinflussen können, anzusprechen. Eine vergleichende Analyse der explorierten Sorgen und Motive dieser Gruppe offenbart kontroverse Gegebenheiten: Einerseits besteht der Wunsch, durch den Konsum den Freizeitbereich zu intensivieren, zum anderen die Besorgnis, dadurch den Alltag negativ zu beeinträchtigen. Dies deutet einen möglichen inneren Konflikt an, der in einem Balanceakt zwischen Konsum und Alltagsbewältigung münden kann. Für eine gezielte Gesundheitsförderung zeigen sich Maßnahmen wie Psychoedukation (vgl. Bühler et al., 2020), der Ausbau von Genuss- und Kontrollfertigkeiten, eine grundlegende ‚Drogenkunde' (vgl. Barsch, 2004), die Stärkung des Risikobewusstseins, die Reflexion des Konsumverhaltens (v. a. hinsichtlich Konsumfrequenz und -menge) oder spezifische Beratungsangebote zu Themen wie Empowerment und Partizipation (vgl. Leppin, 2014) besonders indiziert. Zentral muss bei dieser Konsument:innengruppe die Förderung einer ausgewogenen Balance zwischen Konsum und Alltag stehen.

Cluster 3: ‚Intensiv-Konsument:innen'

‚Intensiv-Konsument:innen' geben ein signifikant höheres Konsumverhalten über alle erhobenen Substanzen hinweg an, zusätzlich derjenigen, welche im allgemeinen Sprachgebrauch als ‚harte' Stoffe bezeichnet werden, da hierbei das Eintreten einer psychischen und/oder physischen Abhängigkeit stark erhöht ist. Der Konsum findet überwiegend in Form eines Mischkonsumverhaltens statt, was das Risiko von unerwünschten Nebenwirkungen und unbeabsichtigten Überdosierungen signifikant erhöhen kann. Die Hauptmotivation im Konsum zeigte sich in Bereichen, welche die Funktionsfähigkeit im Alltag (u. a. Steigerung von Wachheit, Ausdauer, Aktivität; Leistungssteigerung in Beruf, Ausbildung, Schule) fördern sollen. Dies deutet darauf hin, dass der Konsum einen integralen Bestandteil des Lebens bildet und von zentraler Bedeutung ist. Das eigene Konsumverhalten wird mit signifikant mehr Sorgen betrachtet, hier v. a. dahingehend, dass der Konsum entgleiten und zu einem Kontrollverlust, einer Abhängigkeit sowie zu einem schädlichen Einfluss auf die finanzielle Situation, die psychische Gesundheit oder zwischenmenschliche Beziehungen führen könnte. Hieraus resultierte vermutlich auch die signifikant höhere Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote der ‚Intensiv-Konsument:innen', welche, zusammen mit den beschriebenen Sorgen, eine vorsichtige Tendenz in Richtung problematisches Konsumverhalten vermuten lassen. Die Analyse des Profils der ‚Intensiv-Konsument:innen' deutet darauf hin, dass der Konsum erste belastende Auswirkungen zeigen könnte und sich diese Gruppe als eine Art ‚Grenzgänger:innen' zwischen stark funktionalem Konsum und ungesundem Konsum bewegt. Daher erscheint eine gezielte Unterstützung, z. B. in Form ärztlicher/medizinischer sowie psychologischer/psychotherapeutischer Betreuung, sinnvoll. Diese Maßnahmen können dazu beitragen, mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen zu vermeiden, die Alltagsbewältigung zu erleichtern und positive Zukunftsperspektiven zu fördern (vgl. Leppin, 2014; Bühler et al., 2020).

Für die Praxis ist es relevant sich der Heterogenität der unsichtbaren Substanzkonsument:innen bewusst zu sein. Die Gruppen der ‚Moderaten Konsument:innen', der ‚Freizeitkonsument:innen' und der ‚Intensiv-Konsument:innen' verdeutlichen die Heterogenität innerhalb der Population der Freizeitdrogenkonsument:innen und werfen damit grundlegende Fragestellungen und Überlegungen auf: Sind aktuelle Maßnahmen im Bereich des Freizeitdrogenkonsums hinreichend wirksam? Welche der drei identifizierten Gruppen werden durch diese Maßnahmen gezielt angesprochen? Werden die Bedürfnisse aller Gruppen durch die bestehenden Interventionen berücksichtigt, oder bleibt eine Gruppe unbeachtet? Wie können bestehende Maßnahmen unter Berücksichtigung der Diversität innerhalb der Konsument:innengruppen sinnvoll erweitert und stärker an den Bedürfnissen der Konsument:innen ausgerichtet werden?

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die (sozialen) Auswirkungen des restriktiven Ansatzes der aktuellen Drogenpolitik – darunter Ausgrenzung, Stigmatisierung und Kriminalisierung – werden nicht allein durch den Konsum psychoaktiver Substanzen verursacht, sondern wesentlich durch die Prohibition mitgeprägt (vgl. Stöver & Gerlach, 2012; Stöver, 2020). Es zeigt sich mit den Worten des italienischen Kriminologen Alessandro Baratta (1933—2002), dass „Ein großer Teil der negativen Effekte des Konsums verbotener Drogen, die fälschlicherweise als primäre Effekte der Drogen untersucht werden…" sich „… in Wirklichkeit als Sekundäreffekte" erwiesen (Baratta, 1990, S. 9). Um die gesellschaftliche Tabuisierung um die Thematik Freizeitdrogenkonsum zu brechen und in einen konstruktiven Kontext zu bringen, ist eine offene und differenzierte Auseinandersetzung erforderlich. Diese sollte von einer aufgeklärten und progressiven Drogenpolitik begleitet werden, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, Prävention und Schadensminimierung basiert (vgl. Stöver & Gerlach, 2012). Erst dies schafft den Nährboden für eine menschenzentrierte Drogenpolitik, welche durch Empowerment und Partizipation einen selbstkontrollierten, verantwortungsvollen Umgang fördert und so das psychische und physische Wohlbefinden sichert (vgl. Gerlach & Stöver, 2012; Stöver, 2020; Global Commission On Drug Policy, 2021).

Literatur

Akzept e.V. (Hrsg.) (2012): *Nach dem Krieg gegen die Drogen. Modelle für einen regulierten Umgang.* https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2020/12/Blueprint12web.pdf.

Baratta, A. (1990). Rationale Drogenpolitik? Die soziologischen Dimensionen eines strafrechtlichen Verbots. *Kriminologisches Journal*, *1*, 2—26.

Barsch, G. (2004). Entwicklung von Drogenmündigkeit. In Klee, J. & Stöver, H. (Hrsg.). *DROGEN|HIV/AIDS|HEPATITIS| Ein Handbuch.* Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Betzler, F., Helbig, J. Viohl, L., Ernst, F., Roediger, L., Gutwinski, S., Ströhle, A. & Köhler, S. (2021). Drug Checking and Its Potential Impact on Substance Use. *Eur Addict Res. 2021; 27(1),* 25—32. https://doi.org/10.1159/000507049.

Böllinger, L. (2018). Systematik und Kritik des deutschen Betäubungsmittelrechts und dessen Weiterentwicklung. Verfassungsrechtliche Aspekte. In von Heyden, M., Jungaberle, H. & Majić, T. (Hrsg.). *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 121—135). Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). Quantitative Methoden der Datenerhebung. In Bortz, J. & Döring, N. (Hrsg.). *Forschungsmethoden und Evaluation* (S. 137—289). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-33306-7_4.

Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollständig überarbeitete und erweitere Auflage). Springer.

Bühler, A., Thrul, J. & Gomes de Matos, E. (2020). *Expertise zur Suchtprävention 2020. Aktualisierte Neuauflage der »Expertise zur Suchtprävention 2013«.* Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA].

Echterhoff, G. (2013). Quantitative Erhebungsmethoden. In Hussy, W., Schreier, M. & Echter-hoff, G. (Hrsg.). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften* (2., überarbeitete Auflage, S. 55—114). Springer.

Eggerth, A., Keller-Ressel, M., Lachout, S. & Schmid, R. (2005). Konsumtypen bei Freizeitdrogenkonsumenten in Österreich. *Sucht 51 (2),* 88—96. https://doi.org/10.1024/2005.02.04.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2002). *Drogen im Blickpunkt. Freizeitkonsum von Drogen – eine der größten Herausforderungen für die EU*. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002). *Annual report in the state of the drugs problem in the European Union and Norway 2002*. Luxembourg: Office for the Official Publications of the European Communities.

Feustel, R. (2020). Eine unendliche Geschichte. Von Menschen und Drogen. *Aus Politik und Zeit-geschichte, 70. Jahrgang, 49-50,* 4—19. Bundeszentrale für politische Bildung.

Fromm, S. (2010). Clusteranalyse. In Fromm, S. (Hrsg.). *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene 2: Multivariate Verfahren für Querschnittsdaten* (S. 191—222). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18794-5.

Gerlach, R. & Stöver, H. (Hrsg.) (2012). *Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen*. Fachhochschulverlag.

Gerlach, R. (2004). Grenzen „Niederschwelliger" Drogenhilfe. In Schneider, W. & Gerlach, R (Hrsg.). *DrogenLeben* (S. 125—138). VWB-Verlag.

Global Commission On Drug Policy (2021). *Time To End The Prohibition*. https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/time-to-end-prohibition.

Grabenhofer, S., Kociper, K., Nagy, C., Luf, A. & Schmid, R. (2018). Drug Checking und Auf-klärung vor Ort in der niederschwelligen Präventionsarbeit. In von Heyden, M., Jungaberle, H. & Majić, T. (Hrsg.). *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 327—338). Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe.

Häde, M., Hentschel, A., Köthner, U., Pritszens, N., Schäffer, R., Schmolke, R. & Stöver, H. (2021). *Leitbild akzeptierende Drogenarbeit*. Akzept Bundesverband, Deutsche Aidshilfe. https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2021/07/LeitbildDrogenakzeptDAH.pdf.

Hirschfeld, T., Betzler, F., Majić, T. & Stöver, H. (2024). Drug-Checking in Deutschland: Von den Modellprojekten auf dem Weg zu einer rechtssicheren, flächendeckenden Implementierung. In Akzept e.V. (Hrsg.). *11. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2024*. Pabst Science Publishers. https://www.researchgate.net/publication/387312463_Drug-Checking_in_Deutschland_Von_den_Modellprojekten_auf_dem_Weg_zu_einer_rechtssicheren_flachendeckenden_Implementierung.

Hughes, B., Evans-Brown, M. & Sedefov, R. (2018). Gesetzliche Kontrolle psychoaktiver Sub-stanzen in Europa. In von Heyden, M., Jungaberle, H. & Majić, T. (Hrsg.). *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 107 – 120). Charité – Universitätsmedizin Berlin.

IBM Corp. (2022). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0*. IBM Corp.

Infodrog (2022). *Freizeitdrogenkonsum. Präventionslexikon*. https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/freizeitdrogenkonsum.html.

Jungaberle, H., Biedermann, N., Nott, J., Zeuch, A. & von Heyden, M. (2018). Salutogene und nicht-pathologische Formen des Substanzkonsum. In von Heyden, M., Jungaberle, H. & Majić, T. (Hrsg.). *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 175—196). Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Kreuter, F., Presser, S. & Tourangeau, R. (2008). Social desirability bias in CAT, IVR, and web surveys. *Public Opinion Quarterly, 72(5),* 847—865. https://doi.org/10.1093/poq/nfn063.

Krzywdzinski, M. (2014). Leistungsanreize, Leistungsverhalten und die Bedeutung des soziokulturellen Kontextes aus ökonomischer, psychologischer und soziologischer Perspektive. *WZB Discussion Paper, No. SP III 2014-301*. http://hdl.handle.net/10419/92400.

Lagemann, C. (2015). Die Entwicklung der Suchtprävention in Österreich. Entwicklung und Praxis evidenzbasierten Vorgehens. In Hoff, T. & Klein, M. (Hrsg.). *Evidenzbasierung in der Suchtprävention* (S. 97—91). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-45152-6_8.

Leppin, A. (2014). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 31—40). Hans Huber.

Maier, L.J., Bücheli, A. & Bachmann, A. (2013). Stimulanzienkonsum im Nachtleben. *SuchtMagazin, 39 (2013), Heft 3,* 15—20. https://doi.org/10.5167/uzh-79039.

Miller, P.G. & Sønderlund, A.L. (2018). Using the internet to research hidden populations of illicit drug use: a review. *Addiction, 105*, 1557—1567. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02992.x.

Möhring, W. & Schlütz, D. (2019). *Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft. Eine praxisorientierte Einführung* (3. Auflage). Springer.

Pol, R.G. & Hawks, D.V. (1992*). Is there a safe level of daily consumption of alcohol for men and women? Recommendations regarding responsible drinking behaviour*. Australian Government Printing Service.

Reuband, K.H. (1986). Die Verbreitung illegaler Drogenerfahrung in der Bevölkerung der Bundesrepublik – Versuche ihrer Messung im Rahmen der Umfrageforschung. *Suchtgefahren, 32,* 87—102.

Simon, R. (2002). Drogenkonsum in der Partyszene – Zur Situation in europäischen Nachbarländern. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklarung (Hrsg.). *Drogenkonsum in der Partyszene. Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 19, S. 66—74). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Statista (2022). *Weltweite Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Drogenart in den Jahren 2016 und 2020*. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/199720/umfrage/bevoelkerungsanteil-von-konsumenten-illegaler-drogen-nach-substanz/.

Stetina, B. U., Jagsch, R., Schramel, C., Maman, T. L., & Kryspin-Exner, I. (2008). Exploring Hidden Populations: Recreational Drug Users. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 2(1), Article 4*.

Stöver, H.J. (2020). Suchtkrankheit, Delinquenz und Stigmatisierung – wie weiter? *Partnerschaftlich online, GVS – Gesamtverband für Suchthilfe, 2020/02*. https://www.researchgate.net/profile/Heino-Stoever-2/publication/342361618_Suchtkrankheit_Delinquenz_und_Stigmatisierung_-_wie_weiter/links/5efc264a458515505080fe60/Suchtkrankheit-Delinquenz-und-Stigmatisierung-wie-weiter.pdf.

The Lancet Global Health (2024). Harm reduction must replace punitive drug policies. *The Lancet Global Health, Volume 12, Issue 2,* E202.

Tiemann, M. & Mohokum, M. (Hrsg.) (2021). *Prävention und Gesundheitsförderung*. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5.

Tossmann, P., Boldt, S. Tensil, M.-D. (2001). The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. European Addiction Research, 7 (1), 2—23.

UNODC (2024). *World Drug Report 2024*. United Nations publications. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html.

Wieczoreck, M. (2020). Internationale Drogenpolitik. Ansätze und aktuelle Diskurse. *Aus Politik und Zeitgeschichte, 70. Jahrgang, 49-50*, S. 31—36.

Wiedenbeck, M. & Züll, C. (2010). Clusteranalyse. In Wolf, C. & Best, H. (Hrsg.). *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92038-2_21.

Winstock, A., Munksgaard, R., Davies, E., Ferris, J., ZhuParris, A. & Barratt, M. (2022). *Global Drug Survey (GDS) 2022*. https://www.globaldrugsurvey.com/gds-2022/.

Winstock, A.R., Maier, L.I., ZhuParris, A., Davies, E., Puljevic, C., Kuypers, K.P.C., Ferris, J.A. & Barratt, M.J. (2021). *Global Drug Survey (GDS) 2021*. https://www.globaldrugsurvey.com/gds-2021/.

Korrespondenzadressen/
Addresses for correspondence:

Dr.in Jennifer Uhl, MSc.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
an der Abteilung Klinische Psychologie
der Fakultät Psychologie
Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
Freudplatz 1
A – 1020 Wien
E-Mail: jennifer.uhl@sfu.ac.at

Univ.-Prof.in Mag.a Dr.in Birgit U. Stetina
Leiterin der Psychologischen Universitätsambulanz
und der Abteilung für Klinische Psychologie
an der Fakultät für Psychologie
Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
Freudplatz 1
A – 1020 Wien
E-Mail: birgit.u.stetina@sfu.ac.at

Eingereicht / Received:
13. Februar 2025 / February 13, 2025

Angenommen / Accepted:
10. März 2025/ March 10, 2025

Veröffentlicht / Published:
20. März 2025 / March 20, 2025