

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Substanzkonsum und Prävention in der Berliner Partyszene
Club Drug Use and Prevention Measures in Berlin's Nightlife Scene

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Jonas Helbig
aus Speyer

Datum der Promotion: 25. November 2022

Vorwort

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf zwei Teiluntersuchungen. Ausgewählte Ergebnisse wurden vorab publiziert in:

- Betzler F, Ernst F, **Helbig J**, Viohl L, Roediger L, Meister S, Romanczuk-Seiferth N, Heinz A, Ströhle A, Köhler S. Substance Use and Prevention Programs in Berlin's Party Scene: Results of the SuPrA-Study. *Eur Addict Res.* 2019;25(6):283-92.
- **Helbig J**, Ernst F, Viohl L, Roediger L, Köhler S, Ströhle A, Romanczuk-Seiferth N, Heinz A, Betzler F. Präventionsansätze zur Reduktion von Konsumrisiken in der Berliner Partyszene [Harm Reduction and Preventive Measures in Berlin's Party Scene]. *Psychiatr Prax.* 2019;46(8):445-50.
- Betzler F, **Helbig J**, Viohl L, Ernst F, Roediger L, Gutwinski S, Ströhle A, Köhler S. Drug Checking and Its Potential Impact on Substance Use. *Eur Addict Res.* 2021;27(1):25-32.

Wörtlich oder inhaltlich übernommene Passagen wurden entsprechend gekennzeichnet. Eigene Anteile an den Publikationen wurden in der Anteilserklärung vermerkt.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
Zusammenfassung	VII
Abstract	VIII
1. Einleitung	1
1.1 Internationale Partyszene	1
1.1.1 Konsumierte Substanzen und assoziierte Risikofaktoren	1
1.1.2 Präventionsansätze	6
1.1.3 Soziodemographische Aspekte und Risikogruppen	7
1.2 Substanzkonsum und Prävention in Berlin	8
2. Zielsetzung	11
3. Material und Methodik	12
3.1 Studiendesign	12
3.2 Erste Fragebogenerhebung	13
3.2.1 Fragebogen	13
3.2.2 Erhebung	14
3.2.3 Auswertung	14
3.3 Expert*inneninterviews	16
3.3.1 Interviewpartner*innen	16
3.3.2 Interviewleitfaden	17
3.3.3 Durchführung	17
3.3.4 Auswertung	18
3.4 Zweite Fragebogenerhebung	18
3.4.1 Fragebogen	18
3.4.2 Erhebung	19
3.4.3 Auswertung	19
4. Ergebnisse	21
4.1 Erste Fragebogenerhebung	21
4.1.1 Vergleich beider Erhebungsmodalitäten	21
4.1.2 Soziodemographische Parameter	22
4.1.3 Konsumprävalenzen	23
4.1.4 Riskante Konsummuster, Risikogruppen und negative Konsumfolgen	24

4.1.5 Änderungsmotivation.....	26
4.1.6 Priorisierte Präventionsansätze	27
4.2 Expert*inneninterviews	29
4.2.1 Berufsmäßige Expert*innen	29
4.2.1.1 Tätigkeitsbereich, Berufserfahrung und Verbindungspunkte zur Berliner Partyszene	29
4.2.1.2 Substanzkonsum in der Berliner Partyszene	31
4.2.1.3 Prävention in der Berliner Partyszene	34
4.2.2 Partygänger*innen	39
4.2.2.1 Verbindungspunkte zur Berliner Partyszene.....	39
4.2.2.2 Substanzkonsum in der Berliner Partyszene	40
4.2.2.3 Prävention in der Berliner Partyszene.....	40
4.3 Zweite Fragebogenerhebung	43
4.3.1 Soziodemographische Parameter, Konsumprävalenzen und negative Konsumfolgen	43
4.3.2 Nutzungsbereitschaft von Drug Checking	45
4.3.3 Reaktion in Abhängigkeit des Testergebnisses	45
4.3.4 Motivationen und Hindernisse für die Nutzung von Drug Checking.....	47
4.3.5 Substanzerwerb und Konsumerberatung	49
5. Diskussion	50
5.1 Diskussion der Methoden	50
5.1.1 Studiendesign.....	50
5.1.2 Fragebogenerhebungen	51
5.1.2.1 Fragebögen.....	51
5.1.2.2 Erhebungen	41
5.1.2.3 Auswertung	42
5.1.3 Expert*inneninterviews	43
5.1.3.1 Interviewpartner*innen	43
5.1.3.2 Interviewleitfaden, Durchführung und Auswertung	43
5.2 Diskussion der Ergebnisse.....	45
5.2.1 Soziodemographische Parameter	45
5.2.2 Konsumprävalenzen.....	47
5.2.3 Riskante Konsummuster, Risikogruppen und negative Konsumfolgen	49
5.2.4 Änderungsmotivation.....	54

5.2.5 Priorisierte Präventionsansätze inklusive Drug Checking.....	55
Literaturverzeichnis	61
Anhang	72
Eidesstattliche Versicherung	130
Anteilerklärung	131
Lebenslauf	132
Publikationsliste	133
Bescheinigung einer akkreditierten Statistikerin	134
Danksagung	135

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übergeordnetes Studiendesign	12
Abbildung 2: Verbindungspunkte der interviewten berufsmäßigen Expert*innen mit Substanzkonsum bzw. Prävention im Kontext der Berliner Partyszene	29
Abbildung 3: Veranschaulichung signifikanter Zusammenhänge von Risikokonsum, Reduktions- und Beratungswunsch der Teilnehmer*innen der ersten Fragebogenerhebung	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 30-Tage- bzw. 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Partydrogen unter internationalen Partygänger*innen	1
Tabelle 2: 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Partydrogen in der Berliner Allgemeinbevölkerung und unter Berliner Partygänger*innen	8
Tabelle 3: Tätigkeitsbereich der interviewten berufsmäßigen Expert*innen	16
Tabelle 4: Tätigkeitsbereich der interviewten Partygänger*innen	17
Tabelle 5: Soziodemographische Parameter der Teilnehmer*innen der ersten Fragebogenerhebung differenziert nach Erhebungsmodalität sowie gesamt	21
Tabelle 6: 30-Tage-, 12-Monats- und Lebenszeitkonsumprävalenzen der Teilnehmer*innen der ersten Fragebogenerhebung	23
Tabelle 7: Wunsch nach Konsumreduktion und relative Risikowahrnehmung	25
Tabelle 8: Bewertung der angeführten Präventionsansätze	27
Tabelle 9: 30-Tage-, 12-Monats- und Lebenszeitkonsumprävalenzen der Teilnehmer*innen der zweiten Fragebogenerhebung inklusive signifikanter Unterschiede zur ersten Fragebogenerhebung	44
Tabelle 10: Reaktionen auf verschiedene Testergebnisse in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter sowie gesamt	46
Tabelle 11: Motivationen für die Nutzung von Drug Checking	47
Tabelle 12: Hindernisse bei der Nutzung von Drug Checking	48

Abkürzungsverzeichnis

BtMG	Betäubungsmittelgesetz
CAGE	Test zur Detektion riskanter Alkoholkonsummuster (engl. <i>cut down, annoyance, guilty, eye opener</i>)
CAGE-AID	CAGE-Test mit Implementierung anderer Substanzen (engl. <i>CAGE adapted to include drugs</i>)
DMT	Dimethyltryptamin
GABA	Gamma-Aminobuttersäure (engl. <i>gamma-aminobutyric acid</i>)
GBL	Gamma-Butyrolacton
GHB	Gamma-Hydroxybuttersäure
HPLC	Hochleistungs-Flüssigkeits-Chromatographie (engl. <i>high performance liquid chromatography</i>)
KI	Konfidenzintervall
LGBTQI*	lesbisch, schwul, bisexuell, transgender, queer, intersexuell* (engl. <i>lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex*</i>)
LSD	Lysergsäurediethylamid
M	Mittelwert
M _{Diff}	mittlere Differenz
MDMA	Methylendioxy-N-methylamphetamin
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
MXE	Methoxetamin
NA	Noradrenalin
NMDA	N-Methyl-D-Aspartat
NPS	neue psychoaktive Substanzen
OG	obere Grenze
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SD	Standardabweichung (engl. <i>standard deviation</i>)
SenGPG	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
THC	Tetrahydrocannabinol
UG	untere Grenze
2C-B	4-Brom-2,5-dimethoxyphenylethylamin
5-HT	Serotonin (5-Hydroxytryptamin)

Zusammenfassung

Der Konsum von Partydrogen ist international unter Partygänger*innen hoch prävalent und mit potentiell letalen Risiken assoziiert. Angesichts einer unzureichenden Datenlage war das Ziel der vorliegenden Arbeit, Soziodemographie, Substanzkonsum und Präventionsbedürfnisse von Berliner Partygänger*innen zu untersuchen.

Dazu wurden erstmals quantitative (Fragebogenerhebung unter Berliner Partygänger*innen [$N = 877$]) und qualitative (Expert*inneninterviews mit berufsmäßigen Expert*innen [$N = 15$] sowie Berliner Partygänger*innen [$N = 5$]) Methoden kombiniert. Es folgte eine zweite Fragebogenerhebung unter Berliner Partygänger*innen ($N = 719$) zur Reliabilitätserhöhung und tiefergehenden Exploration von Drug Checking.

Die Fragebogenteilnehmer*innen waren durchschnittlich 30.31/ 28.91 Jahre alt, zu 43%/ 46% weiblich und verfügten zu 74%/ 80% über eine Hochschulreife. Die 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Partydrogen lag bei 82%/ 90% (Alkohol ausgenommen), substanzspezifisch wiesen Alkohol, Cannabis, Amphetamin, MDMA, Kokain und Ketamin die höchsten Prävalenzwerte auf. Der CAGE-AID war bei 67% der Fragebogenteilnehmer*innen positiv, die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen betrug 18%/ 20%. Bezogen auf Risikogruppen ergaben sich inkonsistente Befunde, am stärksten korrelierte männliches Geschlecht mit riskantem Konsumverhalten. 47% der Fragebogenteilnehmer*innen wünschten eine Konsumreduktion, 22% eine Konsumentberatung. Es zeigte sich eine positive Korrelation zwischen riskantem Konsumverhalten und Reduktionswunsch einerseits, psychischen Erkrankungen andererseits. Priorisierte Präventionsansätze waren Drug Checking sowie akzeptierende Aufklärungsangebote. Es zeigten sich deutliche Hinweise auf eine Reduktion von Konsumrisiken durch Drug Checking im Sinne einer hohen Nutzungsbereitschaft (91%) sowie protektiver Reaktionen auf unerwartet hohe Dosierungen (Konsum einer geringeren Dosis: 90%) bzw. Proben ohne den intendierten Wirkstoff (kein Konsum: 93%).

Folgestudien könnten Hinweise auf eine Zunahme der Prävalenz von Partydrogenkonsum im Allgemeinen sowie riskanten Konsummustern im Besonderen durch Drug Checking sowie akzeptierende Aufklärungsangebote erfassen.

Abstract

Club drug use is highly prevalent among international nightlife attendees and associated with potentially lethal risks. At present, there is insufficient data available on socio-demographics and substance use of Berlin nightlife attendees as well as their needs with regard to prevention measures. The aim of the study at hand was to close this gap by examining these factors.

For the first time, quantitative (questionnaire among Berlin nightlife attendees [$N = 877$]) and qualitative (expert interviews with prevention experts [$N = 15$] and Berlin nightlife attendees [$N = 5$]) methods were combined. This was followed by a second questionnaire among Berlin nightlife attendees ($N = 719$) to increase reliability and to examine drug checking in more detail.

The questionnaire participants' mean age was 30.31/ 28.91 years, 43%/ 46% were female, and 74%/ 80% had higher education. The 30-day prevalence rates for club drug use were 82%/ 90% (excluding alcohol). Alcohol, cannabis, amphetamine, MDMA, cocaine, and ketamine had the highest prevalence rates. 67% of questionnaire participants were CAGE-AID positive, the lifetime prevalence of mental disorders was 18%/ 20%. Inconsistent findings emerged regarding risk groups with male gender being the major risk factor for risky club drug use. 47% of questionnaire participants stated the intention to reduce club drug use and 22% to seek drug counselling. A positive correlation was found between risky club drug use and the intention to reduce club drug use as well as mental disorders. Regarding prevention measures, drug checking and acceptance-based counselling services were rated best. There was strong evidence of reducing risks associated with club drug use through drug checking based on a high willingness to use (91%) as well as protective effects facing unexpectedly high doses (use less: 90%) or samples not containing the intended active substance (discharge: 93%).

Follow-up studies might examine potential increases in (risky) club drug use after implementing drug checking or acceptance-based counselling services, respectively.

1. Einleitung

1.1 Internationale Partyszene

1.1.1 Konsumierte Substanzen und assoziierte Risikofaktoren

Besucher*innen von Clubs, Musikveranstaltungen oder Festivals (Partygänger*innen) weisen international eine hohe Prävalenz des Konsums von Partydrogen auf (siehe Tabelle 1). Erfasst werden meist 30-Tage-/ 12-Monats- oder Lebenszeitprävalenz, definiert als mindestens einmaliger Konsum der jeweiligen Substanz im entsprechenden Zeitraum [1].

Tabelle 1

*30-Tage- bzw. 12-Monats-Prävalenz des Konsums von Partydrogen unter internationalen Partygänger*innen*

Partyszene	Prävalenz									
	Alkohol		Cannabis		MDMA ^a		Amphetamin		Kokain	
	30d	12M	30d	12M	30d	12M	30d	12M	30d	12M
Slowenien [2] (N = 554)	-	-	83.4	-	54.2	-	31.8	-	38.0	-
Oslo [3] (N = 642)	-	97.0	22.0	40.0	5.0	11.0	3.0	6.0	8.0	14.0
Australien [4] (N = 642)	-	-	-	63.9	-	59.8	-	18.4	-	34.1
Flandern [5] (N = 2,812)	-	-	-	43.1	-	16.1	-	8.2	-	13.4
Schweiz [6] (N = 302)	86.6	-	53.8	-	22.7	-	9.9	-	20.7	-
Montreal [7] (N = 210)	69.7	-	67.7	-	53.2	-	64.9	-	27.4	-
Edinburgh [8] (N = 122)	-	-	-	48.4	-	82	-	81.1	-	38.5
Europa ^b [9] (N = 3,505)	86.5	95.0	58.6	71.4	26.9	39.9	17.5	30.5	18.4	30.0

Anmerkung. 30d = 30-Tage-Prävalenz. 12M = 12-Monats-Prävalenz. Angaben in %.

^a 3,4-Methyldioxy-N-methylamphetamin. Gleichgesetzt mit ‚Ecstasy‘, da MDMA meist Hauptbestandteil von ‚Ecstasy‘-Tabletten.

^b Amsterdam, Berlin, Madrid, Prag, Rom, Wien, Zürich.

Die am häufigsten konsumierten Substanzen sind Alkohol, Cannabis, 3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin (MDMA), Amphetamin und Kokain [3, 7].¹ Seltener werden Halluzinogene (z. B. Lysergsäurediethylamid [LSD], Psilocybin, Ketamin), Narkotika (z. B. Gamma-Hydroxybuttersäure [GHB] bzw. Gamma-Butyrolacton [GBL]) oder neue psychoaktive Substanzen (NPS) konsumiert [5, 6]. Überwiegend findet multipler Substanzgebrauch (Mischkonsum) statt [8, 11].

Zum einen bestehen substanzspezifische Risikofaktoren, die im Folgenden detaillierter dargestellt werden. Die Gefahr für das Auftreten negativer Konsumfolgen erhöht sich darüber hinaus zum einen bei gleichzeitiger Einnahme verschiedener psychoaktiver Substanzen [12]. Neben intendiertem Mischkonsum kann dies in Form unwissentlich konsumierter Beimengungen (Verunreinigungen) geschehen [13]. Zum anderen bei Überdosierungen²: Medial großes Echo fand der Tod einer amerikanischen Partygängerin durch Multiorganversagen mit disseminierter intravasaler Koagulopathie nach dem Konsum zweier hochdosierter ‚Ecstasy‘-Tabletten in einem Berliner Techno-Club [15].

Alkohol

Alkohol induziert zum einen mittels verschiedener Transmittersysteme eine erhöhte dopaminerge mesolimbische Transmission (u. a. im Nucleus accumbens als Teil des ventralen Striatums) [16]. Dazu zählen eine Verstärkung der Gamma-Aminobuttersäure(GABA)ergen Inhibition durch Bindung an GABA_A-Rezeptoren, eine Reduktion der glutamatergen Exzitation durch N-Methyl-D-Aspartat-(NMDA)Rezeptorblockade, die Freisetzung von Serotonin (5-HT) mit konsekutiv erhöhter Stimulation von 5-HT₃-Rezeptoren, die Bindung an μ -Opioid-Rezeptoren sowie die Freisetzung endogener Opioide (z. B. Enkephaline) [16]. Zum anderen wird die Amygdalareaktivität herabgesetzt [16].

Es resultiert ein Gefühl der Euphorie, Entspannung und Enthemmung [16]. Eine akute Intoxikation kann zu motorischer und kognitiver Beeinträchtigung, Sedierung und Atemdepression führen. Bei chronischem Konsum besteht insbesondere die Gefahr von Hepato- und Neurotoxizität sowie einer Abhängigkeit [17].

¹ Mit Ausnahme von Alkohol wurden die häufigsten Substanzen inklusive der wichtigsten substanzübergreifenden Konsumrisiken vorab benannt [10].

² Auf das hohe Risikopotential von Beimengungen und Überdosierungen wurde vorab verwiesen [10, 14].

Cannabis

Die Hanfpflanze Cannabis wird meist in Form von Marihuana (getrocknete Pflanzenteile) oder Haschisch (Harz der Blütenstände) geraucht und enthält den psychoaktiven Wirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC) [18]. Dieser wirkt zentral insbesondere über Typ-1-Cannabinoid-Rezeptoren hippocampal, in den Basalganglien sowie im Kleinhirn und moduliert dadurch motivationale und kognitive Prozesse [19].

Nach dem Konsum tritt für etwa zwei Stunden eine entspannende sowie leicht euphorisierende und wahrnehmungsintensivierende Wirkung ein [19].

Hohe Dosierungen können akut das Koordinationsvermögen herabsetzen, zu Angstzuständen führen oder psychotisches Erleben hervorrufen [18]. Potentielle Langzeitschäden sind unter anderem negative Auswirkungen auf Lern- und Gedächtnisleistung, ein Abhängigkeitssyndrom sowie anhaltende psychotische Symptome bei entsprechender genetischer Prädisposition [18, 20].

Stimulantien

Amphetamin („Speed“) bewirkt als indirektes Sympathomimetikum vor allem durch Inversion entsprechender Reuptake-Transporter eine vermehrte Ausschüttung der Monoamine Noradrenalin (NA) und Dopamin im präfrontalen Cortex bzw. Nucleus accumbens [21].

Der meist nasalen Applikation folgt für etwa vier bis acht Stunden eine Antriebs- und subjektiv empfundene Leistungssteigerung, ein Gefühl der Euphorie sowie sexuelle Enthemmung [22].

Letztere birgt die Gefahr von häufigerem ungeschütztem Sexualverkehr und damit ein höheres Risiko für sexuell übertragbare Infektionen [23]. Darüber hinaus können akut bei hohen Dosierungen psychomotorische Unruhe bis hin zu repetitiven Verhaltensstereotypen, Angstzustände sowie schwerwiegende somatische Komplikationen (vegetative Entgleisung, Hirnblutung, ischämischer Insult, Herzrhythmusstörungen, Myokardinfarkt, respiratorische Insuffizienz, akutes Nierenversagen) auftreten [22, 24]. Bei regelmäßigem Konsum besteht die Gefahr einer Abhängigkeit sowie (anhaltenden) neurokognitiven Defiziten [22]. So genannte Amphetaminpsychosen – gekennzeichnet durch Fremdaggressivität und Halluzinationen verschiedener Sinnesqualitäten – bestehen sowohl als akutes Intoxikationssymptom als auch in Form einer länger bestehenden substanzinduzierten Psychose [22].

Das Amphetaminderivat MDMA wird meist in Form von ‚Ecstasy‘-Tabletten oral konsumiert und entfaltet für etwa drei bis fünf Stunden ebenfalls eine durch NA und Dopamin vermittelte antriebssteigernde sowie euphorisierende Wirkung [25]. Darüber hinaus führt es jedoch zur

Freisetzung und Wiederaufnahmehemmung von 5-HT und agiert selbst als Agonist an 5-HT-Rezeptoren [25]. Durch die Stimulation von 5-HT_{2A}-Rezeptoren und 5-HT_{1A} vermittelte Freisetzung von Oxytocin wird so zusätzlich eine leicht halluzinogene und entaktogene Wirkung erzielt [25].

In Folge der Entleerung der 5-HT-Speicher einerseits, der Hemmung der Tryptophan-Hydroxylase als Schlüsselenzym der 5-HT-Synthese andererseits resultiert im Anschluss an den Konsum ein 5-HT-Mangel. Dieser manifestiert sich klinisch häufig in depressiven Symptomen, die einige Tage anhalten können [25]. Außerdem bewirkt MDMA die Sekretion von antidiuretischem Hormon, das in hoher Konzentration in Kombination mit dem ebenfalls gestörten Durstempfinden zu einem letalen hyponatriämieinduzierten Hirnödem führen kann [26].

Das aus dem Cocastrauch gewonnene Kokain-Hydrochlorid wird meist nasal konsumiert und induziert durch eine Wiederaufnahmehemmung von NA, Dopamin und 5-HT für etwa 30 bis 45 Minuten eine mit Amphetamin vergleichbare Wirkung [24].

Im Anschluss stellen sich – ähnlich wie bei MDMA – häufig depressive Symptome ein („crash“) [24]. Die übrigen akuten und langfristigen unerwünschten Effekte von Kokain und MDMA sind mit denen des Amphetamins vergleichbar, wobei das Abhängigkeitspotential bei MDMA am geringsten, bei Kokain am stärksten ausgeprägt ist [22, 24].

Halluzinogene

Psychedelika wie das halbsynthetische LSD oder das aus Pilzen stammende Tryptamin Psilocybin bzw. dessen psychoaktive Wirkform Psilocin wirken maßgeblich als Agonisten an 5-HT_{2A}-Rezeptoren [27].

Unter anderem durch eine verstärkte Stimulation thalamocorticaler Bahnen wird ein veränderter Bewusstseinszustand induziert, der durch Euphorie, Introspektion, Illusionen, (Pseudo-)Halluzinationen, Synästhesien und einem veränderten Zeit-Raum-Empfinden geprägt ist [27, 28]. Die Applikation erfolgt meist oral, die Wirkdauer reicht von sechs (Psilocybin) bis etwa zwölf Stunden (LSD) [27, 29].

Risikopotential bieten Konsumerfahrungen mit starken Angstzuständen sowie nach Abklingen der Wirkung fortbestehende Psychosen oder Wahrnehmungsstörungen mit Flashbacks [27].

Ketamin wirkt hauptsächlich durch einen nichtkompetitiven Antagonismus an NMDA-Rezeptoren sowie Wiederaufnahmehemmung von NA, Dopamin und 5-HT ebenfalls halluzinogen [30]. Im Unterschied zu den Psychedelika resultiert eine Inhibition thalamocorticaler Bahnen bei

gleichzeitiger Stimulation limbischer Strukturen (funktionelle Dissoziation) [30]. Es wird daher der Gruppe der Dissoziativa zugerechnet [30].

Darüber hinaus wird es primär nasal konsumiert und verfügt über eine geringere Wirkungsdauer (etwa 30 bis 45 Minuten) [31].

Als unerwünschte Effekte können Angstzustände bis hin zu Nahtoderfahrungen („K-Hole“), Atemdepression, Bewusstlosigkeit sowie eine hämorrhagische Zystitis auftreten [32]. Zudem wurden neurotoxische Effekte beschrieben und das Abhängigkeitspotential ist höher als bei Psychedelika [30].

GHB/ GBL

GHB bindet als endogener Neurotransmitter an spezifische GHB-Rezeptoren, in höheren Dosierungen durch exogene, meist orale Zufuhr auch als Partialagonist an GABA_A- und GABA_B-Rezeptor-Subtypen [33, 34]. Diese sind unter anderem cortical, hippocampal, in den Basalganglien und der Amygdala lokalisiert [34]. Aufgrund des illegalen Status von GHB wird regelhaft das Prodrug GBL konsumiert, welches als industrielles Lösungs- bzw. Reinigungsmittel Verwendung findet und in vivo innerhalb kurzer Zeit zu GHB verstoffwechselt wird [34].

Es resultiert eine stark dosisabhängige Wirkung: Bei niedrigen Dosierungen wird vermehrt Dopamin und 5-HT freigesetzt, wodurch für bis zu sechs Stunden eine mit MDMA vergleichbare euphorisierende und entaktogene Wirkung eintritt („Liquid Ecstasy“) [35]. Bei höheren Dosierungen erfolgt dagegen eine Inhibition von Dopamin, NA und Acetylcholin und die Freisetzung endogener Opioiden [35]. Dies kann zu retrograder Amnesie, Atemdepression und Bewusstlosigkeit führen [35].

In Kombination mit einer kurzen Nachweiszeit (etwa drei bis zehn Stunden) ermöglicht dies die kriminelle Verwendung als „Knockout-Tropfen“ [22]. Es besteht darüber hinaus die Gefahr einer körperlichen Abhängigkeit, die bei Entzugsversuchen zu Delirien, vegetativer Entgleisung und Rhabdomyolyse führen kann [22].

Neue psychoaktive Substanzen

NPS stellen eine heterogene Gruppe von Substanzen dar, zu deren wichtigsten Vertretern synthetische Cathinone („Badesalze“, z. B. Mephedron, Methylon) und synthetische Cannabinoide („Spice“, z. B. CP-47497, JWH-018) zählen [22].

Erstere ähneln in Struktur, Wirkung und unerwünschten Effekten den Amphetamin-Typ-Stimulantien, letztere Cannabis [22]. Ob ihrer teils ungleich höheren Rezeptor-Affinität (Faktor

fünf bis 500) und mangelnder Erfahrungswerte lässt sich das Risikopotential häufig schwer verorten [22].

Der Konsum von NPS als geringfügig veränderte Derivate illegal klassifizierter Substanzen war lange Zeit legal („Legal Highs“ bzw. „Research Chemicals“), seit Ende 2016 erfolgen jedoch nicht nur Verbote von Einzelstoffen, sondern ganzer Substanzklassen [37].³

1.1.2 Präventionsansätze

Um das Risiko von unerwartet hoch dosierten oder verunreinigten Proben zu reduzieren, wird seit Beginn der 1990er-Jahre in mehreren europäischen Ländern Drug Checking angeboten [38, 39]. Partygänger*innen können geringe Mengen ihrer Substanzen entweder an einem festen Ort („stationäres“ Drug Checking) oder vor Clubs bzw. auf Festivals („mobiles“ Drug Checking) zur Analyse auf Inhaltsstoffe und Dosierungen abgeben [39].⁴

Verschiedene Nachweismethoden sind dafür etabliert, die sich hinsichtlich Kosten, Aufwand und Aussagekraft unterscheiden. Auf Farbreaktionen beruhende Methoden (z. B. Marquis-Reaktion) sind preiswert und leicht durchführbar, Sensitivität und Spezifität der rein qualitativen Ergebnisse sind jedoch begrenzt – insbesondere bei Substanzkombinationen (Farbmischungen) [39, 40]. Kosten- und zeitintensive, ausschließlich von ausgebildetem Personal durchführbare Verfahren (z. B. Hochleistungs-Flüssigkeits-Chromatografie [HPLC]) gewährleisten dagegen präzise quantitative Ergebnisse [39].

Untersuchungen konnten zeigen, dass die Mehrheit der Partygänger*innen (ca. 80 – 95%) – und riskant konsumierende Partygänger*innen im Besonderen [41]⁵ – Drug Checking nutzen würde [4, 42, 43]. Darüber hinaus konnte ein protektiver Effekt von Drug Checking auf das Konsumverhalten von Partygänger*innen gezeigt werden: Mit „Streckstoffen“⁶ bzw. anderen psychoaktiven Substanzen verunreinigte oder unerwartet hoch dosierte Proben werden in reduzierter Dosis konsumiert oder gar verworfen [2, 4, 13, 42].

Darüber hinaus kann der direkte Kontakt zu den Partygänger*innen – während Analyse oder Ergebnismitteilung – für Beratungsgespräche oder Kurzinterventionen genutzt werden [2, 42].⁷

³ Das Verbot von Substanzklassen wurde vorab angeführt [36].

⁴ Die europäische Kontextualisierung erfolgte vorab, ebenso die Definition von stationärem und mobilem Drug Checking [14]

⁵ Die potentiell erhöhte Nutzungsrate unter riskant konsumierenden Partygänger*innen wurde vorab benannt [36].

⁶ Nicht psychoaktive Inhaltsstoffe zur Steigerung der Masse und damit des Verkaufswertes (z. B. Milchzucker).

⁷ Hinweise auf protektive Effekte von Drug Checking sowie die Möglichkeit einer begleitenden Konsumberatung wurden vorab angeführt [14].

Die Ergebnisse können zudem für (inter-)nationale Warnkampagnen (z. B. ‚Pillenwarnungen‘) [44] oder wissenschaftlichen Austausch (z. B. Trans European Drug Information Project) [45] verwendet werden.⁸

Obgleich bisher nicht empirisch belegt, ist jedoch auch ein Anstieg des Konsums von Partydrogen sowie assoziierter Risiken in Folge einer Einführung von Drug Checking denkbar. Ursächlich könnte ein Gefühl falscher Sicherheit unter den Nutzer*innen sein, da trotz beschriebener protektiver Faktoren potentiell schwerwiegende Konsumrisiken fortbestehen [43, 46-48].⁹

Neben Drug Checking werden Informationen zu Substanzkonsum und assoziierten Risikofaktoren im Internet oder vor Ort (z. B. Informationsstände/ Flyer) bereitgestellt [41]. Insbesondere nicht staatliche Online-Portale werden häufig als Informationsquelle genutzt [49].

Im Sinne der Verhältnisprävention werden darüber hinaus in Clubs Maßnahmen durchgeführt, um einer Dehydratation bzw. Hyperthermie der Partygänger*innen vorzubeugen (z. B. kostenfreies Trinkwasser, Entspannungsräume, ausreichende Ventilation) [50]. Ferner werden Clubmitarbeiter*innen geschult, intoxikierte Partygänger*innen frühzeitig zu detektieren und adäquate Hilfestellungen zu leisten [51].

Häufig wird dabei ein ‚akzeptierender‘ Ansatz vertreten. Dieses seit Ende der 1980er-Jahre angewandte Konzept gesteht dem Individuum – im Unterschied zur Abstinenzorientierung – die selbstbestimmte Entscheidung zum Konsum psychotroper Substanzen zu [52]. Ohne Stigmatisierung sollen Angebote möglichst lebensnahe und bedürfnisorientierte Hilfestellungen im Sinne der Schadensminimierung leisten [52]. Akteur*innen sind häufig Gleichaltrige mit vergleichbarem sozialem Status und ähnlichen Wertvorstellungen (Peers) [53].

1.1.3 Soziodemographische Aspekte und Risikogruppen

Internationale Partygänger*innen sind mehrheitlich jung (ca. 60 – 90% in der Altersgruppe 18 bis 30 Jahre), männlich (ca. 60%) und verfügen über ein hohes Bildungsniveau (ca. 30 – 50% Studierende) [3, 5, 8, 9].

Junge, männliche Partygänger sowie Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), werden als Subpopulationen mit gesondertem Risiko für das Auftreten negativer Konsumfolgen beschrieben [54, 55].

⁸ Auf potentielle Multiplikatoreffekte wurde vorab verwiesen [10, 14].

⁹ Vorab diskutiert [10, 14, 36].

1.2 Substanzkonsum und Prävention in Berlin

Die Berliner Allgemeinbevölkerung weist in der relevanten Altersgruppe im bundesweiten Vergleich die höchste 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Partydrogen auf (12% [Alkohol ausgenommen]) [1, 56]. Über alle Altersgruppen verteilt konsumieren Männer doppelt so häufig wie Frauen (8% versus 4%) [1].¹⁰ Den größten Anteil hat Cannabis, die übrigen Substanzen spielen eine untergeordnete Rolle (siehe Tabelle 2) [1].

Die Partyszene Berlins genießt internationalen Ruf [57]. Jährlich finden etwa 43,000 Musik- und Tanzveranstaltungen in Berliner Clubs statt [58]. Berichte aus der Presse [59] sowie limitiert vorliegende wissenschaftliche Untersuchungen deuten darauf hin, dass die Prävalenz des Konsums von Partydrogen deutlich höher ist als in der Berliner Allgemeinbevölkerung (siehe Tabelle 2 bzw. Prävalenz des Konsums von Partydrogen [abgesehen von Alkohol] in einer typischen Partynacht: 29% [60]).¹¹

Die Alters- (hauptsächlich zwischen 18 und 29 Jahren [60] bzw. Mittelwert (M) = 21 Jahre [9]) und Geschlechtsverteilung (ca. 60% männlich [9]) der Partygänger*innen scheinen mit denjenigen anderer Partyszenen vergleichbar (vergleiche Kapitel 1.1.3).

Tabelle 2

*30-Tage-Prävalenz des Konsums von Partydrogen in der Berliner Allgemeinbevölkerung und unter Berliner Partygänger*innen*

Population	30-Tage-Prävalenz			
	Cannabis	MDMA ^a	Amphetamin	Kokain
Allgemeinbevölkerung [1]	10.5	0.7	1.1	1.0
Partygänger*innen [9]	54.9	22.6	23.6	10.2

Anmerkung. Prävalenzwerte der Allgemeinbevölkerung entsprechen der Altersgruppe 18 bis 24 Jahre. Angaben in Prozent.

^a Gleichgesetzt mit ‚Ecstasy‘, da MDMA meist Hauptbestandteil von ‚Ecstasy‘-Tabletten.

Dabei gilt jedoch zu beachten, dass bei erstgenannter Untersuchung die Datenerhebung vor mehr als 20 Jahren erfolgte [9]. Letztere differenziert weder hinsichtlich des Geschlechts noch verschiedener Substanzen und stützt sich auf einen vergleichsweise kleinen Stichprobenumfang ($N = 156$) [60].¹²

¹⁰ Auf die im bundesweiten Vergleich hohen Konsumprävalenzen, die entscheidende Rolle von Cannabis sowie die höheren Konsumprävalenzen unter Männern wurde vorab verwiesen [36].

¹¹ Genannte Erhebungen wurden vorab angeführt [10].

¹² Absatz wurde sinngemäß übernommen [10].

Es liegen somit aktuell nicht ausreichend empirische Daten zu Soziodemographie und Substanzkonsum von Berliner Partygänger*innen vor, um die Dimension negativer Konsumfolgen und den Bedarf für neue Präventionsangebote adäquat abschätzen zu können.

Um Konsumrisiken zu reduzieren, werden von der Fachstelle für Suchtprävention im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenGPG) bereits verschiedene Präventionsansätze verfolgt. So werden Partygänger*innen zur Reflexion der eigenen Risikokompetenz angeregt (risflecting©) sowie Clubmitarbeiter*innen hinsichtlich suchtpreventiver Themen geschult¹³ [61, 62] – Letzteres auch vom Suchthilfeträger Fixpunkt e.V. (BEST Clubbing) [63].

Bereits im Schulalter setzt das Angebot von Karuna e. V. zur Alkohol- und Cannabisprävention an („Volle Pulle Leben auch ohne Alkohol!“ bzw. „Cannabis denn Sünde sein?“) [56].

Des Weiteren bestehen stationäre Drogenberatungsstellen in allen Berliner Bezirken [56] sowie aufsuchende Beratungsangebote von teils ehrenamtlichen Trägern (z. B. eclipse e. V., manCheck) [64, 65]. MSM als beschriebene Risikogruppe werden zum Teil prioritär adressiert (z. B. Schwulenberatung Berlin) [66].¹⁴

Drug Checking wurde vom Verein Eve & Rave in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin der Charité Mitte der 1990er-Jahre angeboten, aus rechtlichen Gründen erfolgte jedoch die Einstellung [67]. Nachdem 2018 gutachterlich die Vereinbarkeit von Drug Checking mit dem deutschen Betäubungsmittelgesetz (BtMG) erklärt wurde, soll in näherer Zukunft stationäres Drug Checking in Berlin angeboten werden [68, 69].¹⁵ Nutzer*innen sollen ihre Proben an einem von drei Standorten anonym abgeben können und zugleich ein fakultatives Beratungsgespräch durch Präventionsarbeitende erhalten. Die quantitativen Ergebnisse sollen durch ein externes Labor innerhalb weniger Tage bereitgestellt und den Nutzer*innen wahlweise telefonisch, über das Internet oder in einem weiteren Beratungsgespräch mitgeteilt werden. Die Kosten sollen von der SenGPG getragen werden [69].¹⁶

¹³ Auf Angebote zur Konsumreflexion sowie Schulungen für Clubmitarbeiter*innen wurde vorab verwiesen [10].

¹⁴ Nach Durchführung der ersten Untersuchung vorliegender Arbeit wurde mit „Sonar – Safer Nighlife Berlin“ zusätzlich ein von der SenGPG finanziertes, spezifisch auf Berliner Partygänger*innen zugeschnittenes Präventionsprojekt etabliert (vergleiche Kapitel 5.2.5).

¹⁵ Entsprechendes Rechtsgutachten und die geplante Implementation von Drug Checking wurden vorab berichtet [10, 14].

¹⁶ Bekannte Details zum geplanten Modellprojekt wurden vorab genannt [14].

Priorisierte Präventionsangebote von Berliner Partygänger*innen einerseits, Präventionsexpert*innen andererseits wurden bisher nicht wissenschaftlich erfasst. Auch mangelt es an Erkenntnissen, ob das geplante Drug-Checking-Angebot den Bedürfnissen der Berliner Partygänger*innen entspricht und welche Auswirkungen es auf deren Konsumverhalten haben könnte.

2. Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Soziodemographie, Konsumverhalten und Präventionsbedürfnisse von Berliner Partygänger*innen zu untersuchen. Dies geschah einerseits vor dem Hintergrund hoher Konsumprävalenzen unter internationalen Partygänger*innen und mit dem Konsum von Partydrogen assoziierten potentiell letalen Risiken. Andererseits lag diesbezüglich keine aktuelle, umfassende empirische Erhebung vor. Langfristig soll diese Arbeit einen Beitrag zur Prävention von Konsumrisiken unter Berliner Partygänger*innen leisten.¹⁷

Dazu erfolgten eine Fragebogenerhebung unter Berliner Partygänger*innen sowie Expert*inneninterviews. Ziele waren

- die Erfassung soziodemographischer Parameter.
- die Erhebung der Prävalenz von Substanzkonsum im Allgemeinen sowie riskanten Konsummustern und negativen Konsumfolgen im Besonderen.
- die Beschreibung von Risikogruppen für riskante Konsummuster.
- die Ermittlung der Änderungsmotivation in Bezug auf das Substanzkonsumverhalten.
- die Prüfung etwaiger Zusammenhänge zwischen riskanten Konsummustern und negativen Konsumfolgen einerseits, der Änderungsmotivation andererseits.
- die Identifizierung priorisierter Präventionsansätze.

Aufbauend auf den Ergebnissen der ersten Untersuchung folgte eine zweite Fragebogenerhebung unter Berliner Partygänger*innen. Ziele waren

- die Erhöhung der Reliabilität wesentlicher Ergebnisse der ersten Untersuchung (soziodemographische Parameter, Konsumprävalenzen, negative Konsumfolgen).
- die Erfassung potentieller Auswirkungen von Drug Checking auf das Konsumverhalten.
- die Beschreibung des Nutzungsverhaltens von Drug Checking sowie etwaiger soziodemographischer Einflussfaktoren.

¹⁷ Zielsetzung wurde sinngemäß vorab beschrieben [10].

3. Material und Methodik

3.1 Studiendesign

Das Studiendesign ist in Abbildung 1 dargestellt.

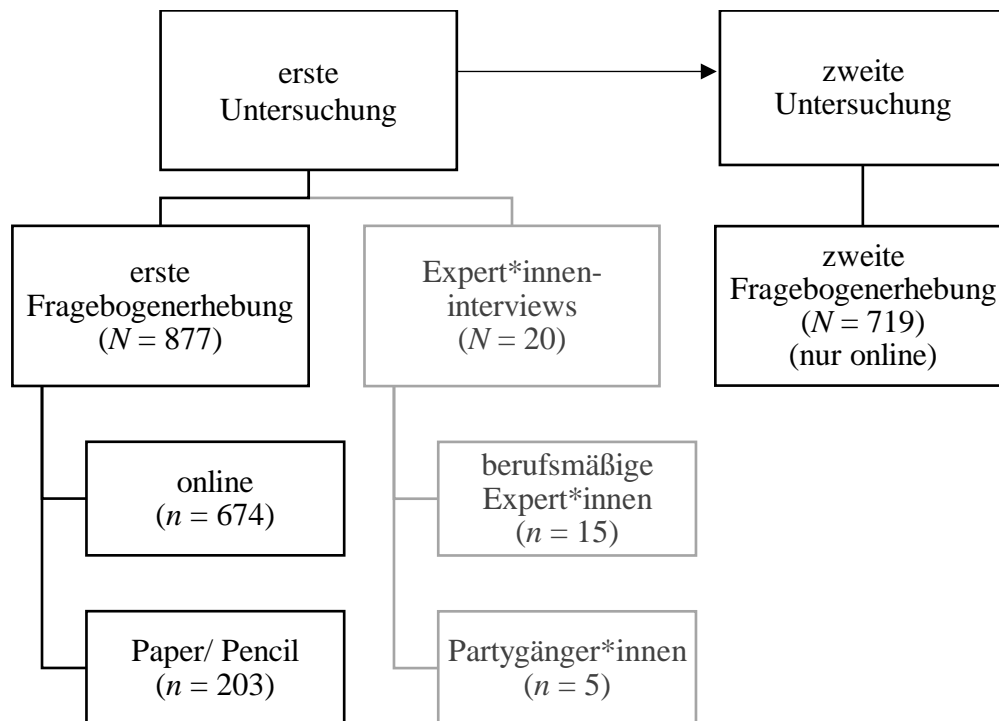


Abbildung 1. Übergeordnetes Studiendesign.

Die erste Untersuchung verfolgte einen Mixed-Method-Ansatz¹⁸ [88] mit Priorisierung quantitativer Forschungsmethoden: Zur Erfassung von soziodemographischen Parametern, zur Erhebung der Prävalenz von Substanzkonsum, riskanten Konsummustern und negativen Konsumfolgen, zur Beschreibung von Risikogruppen, zur Ermittlung der Änderungsmotivation sowie zur Identifizierung priorisierter Präventionsansätze erfolgte eine Fragebogenerhebung unter Berliner Partygänger*innen. In diesen Rahmen wurden leitfadengestützte Expert*inneninterviews einerseits mit berufsmäßigen Expert*innen zur Erfassung von Kontextwissen zum Forschungsfeld eingebettet. Andererseits mit Berliner Partygänger*innen zur Validierung ausgewählter quantitativ erhobener Daten (konsumierte Substanzen, riskante Konsummuster, Risikogruppen, priorisierte Präventionsansätze). Beide Erhebungen fanden nach Erhalt des positiven Ethikvotums der Charité – Universitätsmedizin Berlin (EA4/ 157/ 17) parallel im Zeitraum 01.09. – 01.11.2017 statt.

¹⁸ Integration quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden. Die folgenden Kapitel (bis einschließlich 3.3.4) wurden in gekürzter Form vorab veröffentlicht [10, 36]. Wörtlich Übernommenes wurde gekennzeichnet (hier: [10]).

Es folgte eine zweite Fragebogenerhebung unter Berliner Partygänger*innen im Zeitraum 23.01. – 11.03.2019 zur Reliabilitäts-erhöhung der erhobenen soziodemographischen Parameter, Konsumprävalenzen sowie negativen Konsumfolgen einerseits. Zur tiefergehenden Exploration von Drug Checking als in der ersten Untersuchung priorisierten Präventionsansatz sowie angesichts der in näherer Zukunft geplanten berlinweiten Etablierung andererseits.

3.2 Erste Fragebogenerhebung

3.2.1 Fragebogen

Die Erstellung des Fragebogens erfolgte mittels SoSci Survey Version 2.5.00 [70]. Orientierend an Voruntersuchungen [3, 8, 9] wurden wesentliche soziodemographische Parameter erfasst (Alter, Geschlecht, Bildung, Tätigkeit, sexuelle Orientierung, Aufenthaltsgrund in Berlin).

Für weitverbreitete Partydrogen [4, 7] wurden 30-Tage-, 12-Monats- und Lebenszeitkonsumprävalenzen erhoben. Gelistet wurden zudem zwei nicht existente Kontrollsubstanzen (vergleiche Kapitel 3.2.3), die Reihenfolge der Listung erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Mittels eines Freitextfelds konnte die Lebenszeitprävalenz des Konsums weiterer Substanzen angegeben werden.

Risikante Konsummuster wurden einerseits mittels der validierten CAGE Questions Adapted to Include Drugs¹⁹ (CAGE-AID) erfasst – positiv gewertet bei mindestens zwei positiven Antworten zur Steigerung der Spezifität [71]. Andererseits der standardisierten relativen Risikowahrnehmung²⁰ (5-Punkt-Likert-Skala: -2 = sehr negativ, -1 = negativ, 0 = neutral, 1 = positiv, 2 = sehr positiv) einschließlich Differenzierung hinsichtlich der Konsumfrequenz (regelmäßig \geq einmal pro Woche versus gelegentlich \leq einmal pro Monat) [72]. Zur Erhebung von negativen Konsumfolgen wurde die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen mittels eines Freitextfelds erfragt.

Mit Blick auf die Änderungsmotivation in Bezug auf das Substanzkonsumverhalten wurde der Wunsch nach Konsumberatung bzw. Konsumreduktion erfasst.

¹⁹ Der CAGE-Test dient der Detektion eines riskanten Alkoholkonsums mittels vierer Fragen. Der CAGE-AID implementiert auch andere Substanzen:

I) Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken oder weniger Drogen zu nehmen (engl. *cut down*)?

II) Haben Sie sich schon über andere Menschen geärgert, weil diese Sie wegen Ihres Alkohol- oder Drogenkonsums kritisierten (engl. *annoyance*)?

III) Haben Sie sich jemals wegen Ihres Alkohol- oder Drogenkonsums schuldig gefühlt (engl. *guilty*)?

IV) Haben Sie jemals morgens als erstes Alkohol getrunken oder Drogen genommen, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden (engl. *eye opener*)?

²⁰ Vermutete positive bzw. negative Auswirkungen von Substanzkonsum auf Dritte.

Zur Identifizierung priorisierter Präventionsansätze konnten verschiedene Ansätze mittels 5-Punkt-Likert-Skalen bewertet werden (1 = überhaupt nicht sinnvoll, 2 = eher nicht sinnvoll, 3 = teils-teils, 4 = eher sinnvoll, 5 = voll und ganz sinnvoll). Die zur Bewertung stehenden Ansätze wurden orientierend an bereits in Berlin verfügbaren Angeboten ausgewählt (feste Beratungsstellen, aufsuchende Beratung, Online-Beratung, akzeptierende Beratung, Beratung für MSM, Aufklärung in Schulen, Schulungen für Clubmitarbeiter*innen) [56, 63-66]. Ergänzt wurde Drug Checking als in anderen Ländern etablierter Ansatz [39]. Weitere Wünsche konnten in einem Freitextfeld angegeben werden.

Der Fragebogen konnte wahlweise auf Deutsch oder Englisch ausgefüllt werden. Zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft [73] wurden Gratifikationen in Form einer Verlosung sowie Zusicherung der direkten Übersendung ausgewählter Studienergebnisse implementiert (Fragebogen siehe Anhang 1).

3.2.2 Erhebung

Es erfolgte eine Auswahl von Clubs orientierend an Grundflächengröße (> 300 Quadratmeter) [74] und Beliebtheitswerten laut verschiedenen gepoolten Online-Ratgebern [75-77]. Im Rahmen eines Pretests ($N = 120$) wurden Akzeptanz und Verständlichkeit des Fragebogens geprüft. In gleicher Form folgte die Verteilung im Internet (Online-Version) sowie im Feld (Paper/ Pencil-Version). Die Teilnehmer*innen willigten schriftlich zur Studienteilnahme ein.

Im Internet war der Fragebogen über www.soscisurvey.de abrufbar. „Zur Teilnahme aufgerufen wurde über die Newsletter der inkludierten Clubs sowie deren Präsenzen in sozialen Netzwerken“²¹.

Im Feld wurden Partygänger*innen im Umfeld der inkludierten Clubs direkt befragt. Durch Informationsschilder und systematische Ansprache wurde auf die Untersuchung aufmerksam gemacht.

3.2.3 Auswertung

Die Daten aus den Paper/ Pencil-Fragebögen wurden manuell digitalisiert. Es wurde ein Plausibilitätsfilter [79] erstellt, der zulässige Angaben hinsichtlich des Alters zum Zeitpunkt der Befragung orientierend an Voruntersuchungen [9] beschränkte (15 – 70 Jahre). Außerdem wurden so genannte Durchklicker*innen ausgeschlossen, die den Fragebogen in zu geringer Zeit ausfüllten (< 180 Sekunden) oder den Konsum mindestens einer der beiden nicht existenten

²¹ Übernommen aus [10].

Kontrollsubstanzenangaben [80]. Insgesamt wurden 83 Teilnehmer*innen von der Auswertung ausgenommen.

Die in Freitextfeldern genannten psychischen Erkrankungen ($N = 208$, Angaben vorhanden in 179 Fragebögen) sowie priorisierten Präventionsansätze ($N = 864$, Angaben vorhanden in 382 Fragebögen) wurden übergeordneten Kategorien zugeordnet (Mehrfachnennungen möglich). Diese orientierten sich an der aktuellen Version der internationalen Klassifikation psychischer Störungen [81] bzw. bereits etablierten Präventionsansätzen (vergleiche Kapitel 1.1.2).

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS Version 25.0 (Armonk, NY: IBM Corp.). Es wurden explorative Datenanalysen gerechnet. Die Stichproben wurden mittels Shapiro-Wilk-Tests auf Normalverteilung und Levene-Tests auf Varianzhomogenität geprüft. Beide Datensätze wurden verglichen, um Rückschlüsse über Verzerrungen der Erhebungsmodalitäten ziehen zu können. Kategoriale Variablen wurden dafür mittels Chi-Quadrat-Tests, mindestens ordinalskalierte Variablen bei fehlender Normalverteilung mittels Mann-Whitney-U-Tests geprüft. Anschließend wurden beide Datensätze gepoolt.

Die deskriptiven Daten wurden mit relativer und absoluter Häufigkeit (Geschlecht, Bildung, Tätigkeit, sexuelle Orientierung, Aufenthaltsgrund in Berlin, Konsumprävalenzen, CAGE-AID, psychische Erkrankungen, Wunsch nach Konsumberatung bzw. Konsumreduktion, Freitextangaben zu gewünschten Präventionsangeboten) bzw. M und Standardabweichung (SD) (Alter, relative Risikowahrnehmung, priorisierte Präventionsansätze) dargestellt. 5-Punkt-Likert-Skalen wurden auf Grund balancierter Formulierung²² als intervallskaliert betrachtet [82]. Der Wunsch nach Konsumreduktion wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur für diejenigen Substanzen berichtet, für die auch die relative Risikowahrnehmung erhoben wurde.

Zur Identifizierung von Risikogruppen wurden orientierend an Voruntersuchungen [3, 8, 54] Unterschiede hinsichtlich riskanter Konsummuster (CAGE-AID, relative Risikowahrnehmung) in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter sowie sexueller Orientierung geprüft. Aufgrund geringer Fallzahlen ($n = 10$) wurden nichtbinäre Geschlechtsidentitäten exkludiert. Mit Blick auf etwaige Zusammenhänge zwischen riskanten Konsummustern und negativen Konsumfolgen bzw. der Änderungsmotivation wurden Unterschiede hinsichtlich psychischer Erkrankungen bzw. Beratungs- und Reduktionswunsch in Abhängigkeit des CAGE-AID geprüft. Aus Gründen der Übersichtlichkeit erfolgte keine Prüfung in Abhängigkeit der relativen Risikowahrnehmung.

Gruppenunterschiede wurden für nominale Variablen mit Chi-Quadrat-Tests ermittelt. Für mindestens ordinalskalierte Variablen erfolgten abhängig von der Anzahl der Ausprägungsstufen

²² Die Anzahl der positiven Skalenpunkte entspricht der Anzahl der negativen.

der Variable Mann-Whitney-U-Tests oder Welch-Tests mit anschließendem Games-Howell-Post-Hoc-Test bei Varianzheterogenität und fehlender Normalverteilung. Zusammenhänge wurden mittels Rangkorrelationsanalysen nach Spearman berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = .05$ festgesetzt. Bei signifikanten Unterschieden bzw. Zusammenhängen erfolgte die Angabe der Effektstärke. Diese wurde nach Cohen interpretiert [83].

3.3 Expert*inneninterviews

3.3.1 Interviewpartner*innen

Zur Auswahl der berufsmäßigen Expert*innen ($N = 15$) wurden

*Dachverbände, Zentralen oder Leitungsebenen von Berufsgruppen mit unmittelbarem Kontakt zur Partyszene (bezirkliche wie ehrenamtliche Suchthilfekoordinations-/ (...) Suchthilfestellen, [Kriminalpolizei; Anmerkung des Autors] ärztlicher Rettungsdienst, Feuerwehr, Clubbetrieb) (...) kontaktiert mit der Bitte um ein Interview oder Benennung (...) [geeigneter Interviewpartner*innen; Anmerkung des Autors].²³*

In Tabelle 3 ist der jeweilige Tätigkeitsbereich in anonymisierter Form dargestellt.

Tabelle 3

*Tätigkeitsbereich der interviewten berufsmäßigen Expert*innen*

ID	Berufsfeld
E1	Rettungsdienst
E2	Clubbetrieb
E3	Vorstandsmitglied eines Verbands zur Suchtprävention
E4	Geschäftsführung einer staatlich finanzierten Suchtpräventionsstelle
E5	Mitarbeit bei einem gemeinnützigen Träger für ambulante Suchthilfe
E6	Rettungsdienst
E7	Leitung einer gemeinnützigen Suchtpräventionsstelle
E8	Fachbereichsleitung bei einem Verbund mit Schwerpunkt Suchtprävention
E9	Clubbetrieb, Mitarbeit bei einem Verband von Club- und Kulturveranstalter*innen
E10	Leitung eines Fachbereichs zur Suchtprävention bei einem gemeinnützigen Träger
E11	Suchthilfekoordination für ein Berliner Bezirksamt
E12	Dezernatsleitung beim Landeskriminalamt Berlin
E13	Vorstandsmitglied eines gemeinnützigen Vereins für akzeptierende Drogenarbeit
E14	Suchthilfekoordination für ein Berliner Bezirksamt
E15	Projektleitung bei einem gemeinnützigen Verein mit Schwerpunkt MSM

²³ Übernommen aus [10].

Die Rekrutierung der Partygänger*innen ($N = 5$) erfolgte per Zufallsverfahren aus dem Pool der Fragebogenteilnehmer*innen. Der jeweilige Tätigkeitsbereich ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4

*Tätigkeitsbereich der interviewten Partygänger*innen*

ID	Berufsfeld
P1	Veranstaltungstechnik
P2	Jugend- und Familienhilfe
P3	Gartenbau
P4	Studium der Molekularen Lebenswissenschaften
P5	Studium der Psychologie

3.3.2 Interviewleitfaden

Zur Gestaltung des Interviewablaufs wurde vorab ein Leitfaden mittels der SPSS-Methode nach Helfferich²⁴ erstellt (Leitfaden siehe Anhang 2) [84]. Adressiert wurden insbesondere

- Verbindungspunkte zur Berliner Partyszene.
- häufig konsumierte Substanzen, riskante Konsummuster und Risikogruppen unter Berliner Partygänger*innen.
- ein etwaiger Bedarf für neue Präventionsangebote inklusive priorisierter Ansätze.

3.3.3 Durchführung

Die Interviews erfolgten durch zwei Interviewführende am Wunschort der Interviewpartner*innen. Das Team der Interviewführenden setzte sich aus dem Studienleiter sowie vier Student*innen zusammen, die mit den Interviewpartner*innen vorab nicht bekannt waren. Die Fragenreihenfolge konnte durch die Interviewführenden variiert werden. Die Interviewpartner*innen wurden über das Forschungsvorhaben aufgeklärt und gaben eine schriftliche Einverständniserklärung zur Tonbandaufzeichnung und wissenschaftlichen Auswertung ab.

²⁴ Akronym für die vier Arbeitsschritte zur Leitfadenerstellung. Zunächst wurden möglichst viele Fragen gesammelt (Sammeln). Es folgte eine Prüfung auf Relevanz und Modifikation bzw. Elimination von Fragen (Prüfen). Anschließend wurden die Fragen anhand inhaltlicher Aspekte gebündelt (Sortieren) und unter möglichst einfache „übergeordnete Erzählaufforderungen“ [84] subsumiert (Subsumieren).

3.3.4 Auswertung

Die Transkription erfolgte gemäß den einfachen Transkriptionsregeln nach Dresing, um den Fokus auf den Inhalt der Aussagen zu legen [85].

Die Auswertung erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [86]. Dazu wurden Kodier-, Kontext- und Auswertungseinheiten definiert. Oberkategorien wurden deduktiv anhand quantitativer Voruntersuchungen [1, 9, 41] sowie des Interviewleitfadens gebildet. Die Oberkategorien wurden anhand der Aussagen der Interviewpartner*innen induktiv untergliedert (Kategoriensystem inklusive Kodierleitfaden siehe Anhang 3 und 4). Es folgte eine kategorienbasierte Auswertung der Schlüsselkategorien getrennt nach berufsmäßigen Expert*innen bzw. Partygänger*innen (kodierte Textstellen siehe Anhang 5 und 6). Zur Veranschaulichung wurden Ankerzitate im Textteil implementiert. Zur Wahrung der Anonymität der Interviewpartner*innen wurden Namen von Projekten bzw. Organisationen ausgelassen.

3.4 Zweite Fragebogenerhebung

3.4.1 Fragebogen

Die Erstellung des Fragebogens erfolgte mittels SoSci Survey Version 3.1.04 [87].²⁵ Zur Erhöhung der Reliabilität ausgewählter Ergebnisse der ersten Fragebogenerhebung erfasste der Fragebogen wesentliche soziodemographische Parameter (Alter, Geschlecht, Bildung), 30-Tage-, 12-Monats- und Lebenszeitkonsumprävalenzen sowie psychische Erkrankungen (Freitextfeld). Hinsichtlich der Konsumprävalenzen wurden dieselben Substanzen in derselben Reihenfolge gelistet und erneut ein Freitextfeld inkludiert.

Zur Evaluation potentieller Auswirkungen von Drug Checking auf das Konsumverhalten wurden – orientierend an Voruntersuchungen [2, 13, 42] –

- die Nutzungsbereitschaft,
- Reaktionen in Abhängigkeit des Testergebnisses,
- Motivationen und Hindernisse hinsichtlich der Nutzung,
- der Zeitpunkt des Substanzerwerbs,
- die Herkunft der Substanzen sowie
- die Sinnhaftigkeit einer parallel stattfindenden Konsumerberatung erfragt.

Erneut wurden 5-Punkt-Likert-Skalen verwendet (1 = stimme überhaupt nicht zu, 2 = stimme eher nicht zu, 3 = teils-teils, 4 = stimme eher zu, 5 = stimme voll und ganz zu).

²⁵ Die folgenden Kapitel (bis einschließlich 3.4.3) wurden in gekürzter Form vorab veröffentlicht [14]. Ein Novum stellte der Vergleich mit der ersten Fragebogenerhebung dar.

Zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft wurden ausgewählte Ergebnisse der ersten Fragebogenerhebung im Anhang des Fragebogens berichtet und dieselben Gratifikationen implementiert (Fragebogen siehe Anhang 3).

3.4.2 Erhebung

Es wurden dieselben Clubs inkludiert. Nach Prüfung auf Verständlichkeit wurde der Fragebogen über dieselben Kanäle verteilt. Verwendet wurde erneut www.soscisurvey.de.

Darüber hinaus wurden Teilnehmer*innen, die in der ersten Fragebogenerhebung ihre E-Mail-Adresse angegeben hatten, direkt kontaktiert. Eine Erhebung im Feld fand nicht statt.

Die Teilnehmer*innen willigten schriftlich zur Studienteilnahme ein und konnten den Fragebogen wahlweise auf Deutsch oder Englisch ausfüllen.

3.4.3 Auswertung

Es wurde derselbe Plausibilitätsfilter wie in der ersten Fragebogenerhebung angewandt. Dieser schloss 150 Teilnehmer*innen aus.

Die Auswertung erfolgte mit SPSS Version 25.0 (Armonk, NY: IBM Corp.). Es erfolgten explorative Datenanalysen. Die Stichproben wurden mittels Shapiro-Wilk-Tests auf Normalverteilung und Levene-Tests auf Varianzhomogenität geprüft. Die deskriptiven Daten wurden mit relativer und absoluter Häufigkeit (Geschlecht, Bildung, Konsumprävalenzen, psychische Erkrankungen, Reaktion in Abhängigkeit des Testergebnisses, Zeitpunkt des Substanzerwerbs) bzw. *M* und *SD* (Alter, Nutzungsbereitschaft, Motivationen, Hindernisse, Herkunft der Substanzen, Konsumberatung) dargestellt. Veranschaulichend wurden bei Letzteren punktuell additiv absolute und relative Häufigkeiten berichtet. 5-Punkt-Likert-Skalen wurden erneut auf Grund balancierter Formulierung als intervallskaliert betrachtet.

Erneut erfasste Parameter (Alter, Geschlecht, Bildung, Konsumprävalenzen, psychische Erkrankungen) wurden mit dem Datensatz der ersten Fragebogenerhebung verglichen.

Zur Beschreibung soziodemographischer Einflussfaktoren auf das Nutzungsverhalten von Drug Checking wurden anhand der Ergebnisse der ersten Fragebogenerhebung Unterschiede hinsichtlich wesentlicher Nutzungsparameter (Nutzungsbereitschaft, Reaktion in Abhängigkeit des Testergebnisses, Motivationen, Hindernisse, Konsumberatung) in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter geprüft. Aufgrund geringer Fallzahlen ($n = 7$) wurden nichtbinäre Geschlechtsidentitäten erneut exkludiert. Dazu wurden Gruppenunterschiede für nominale Variablen mit Chi-Quadrat-Tests geprüft (zum Teil nach Fisher bei erwarteten Zellohäufigkeiten kleiner fünf). Für mindestens ordinalskalierte Variablen erfolgten abhängig von der Anzahl der

Ausprägungsstufen der Variable Mann-Whitney-U-Tests oder Welch-Tests mit anschließendem Games-Howell-Post-Hoc-Test bei Varianzheterogenität und fehlender Normalverteilung. Zusammenhänge wurden mittels Rangkorrelationsanalysen nach Spearman berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = .05$ festgesetzt. Bei signifikanten Unterschieden bzw. Zusammenhängen erfolgte die Angabe der Effektstärke. Diese wurden erneut nach Cohen interpretiert [83].

4. Ergebnisse

4.1 Erste Fragebogenerhebung

4.1.1 Vergleich beider Erhebungsmodalitäten

Die Teilnehmer*innen der Online-Version gaben ein signifikant höheres Alter sowie einen signifikant höheren Bildungsabschluss an als die Teilnehmer*innen der Paper/ Pencil-Version (siehe Tabelle 5). Die Effektstärken waren gering ($r = .068$ bzw. $r = .109$).

Hinsichtlich anderer soziodemographischer Parameter bestanden keine signifikanten Unterschiede. Auf Grund der guten Übereinstimmung wurden beide Datensätze gepoolt.²⁶

Tabelle 5

*Soziodemographische Parameter der Teilnehmer*innen der ersten Fragebogenerhebung differenziert nach Erhebungsmodalität sowie gesamt*

Variable	Erhebungsmodalität					
	Online		Paper/ Pencil		Gesamt	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter	29.41*	7.87	27.21*	5.70	28.91	7.49
Geschlecht	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Männlich	53.26	359	62.07	126	55.30	485
Weiblich	44.51	300	36.95	75	42.76	375
Andere ^a	1.34	9	0.49	1	1.14	10
Keine Angabe	0.89	6	0.49	1	0.80	7
Bildung	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Hochschulabschluss	40.06**	270	34.98**	71	38.88	341
Abitur	32.79**	221	42.86**	87	35.12	308
Ausbildung	16.02**	108	10.84**	22	14.82	130
Mittlere Reife	9.20**	62	8.37**	17	9.01	79
Hauptschulabschluss	0.45**	3	0.99**	2	0.57	5
Kein Abschluss	0.45**	3	1.48**	3	0.68	6

²⁶ (Signifikante) Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildung zwischen den beiden Erhebungsmodalitäten wurden vorab berichtet [36].

Fortsetzung Tabelle 5

Variable	Erhebungsmodalität				Gesamt	
	Online		Paper/ Pencil			
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Tätigkeit						
Angestellt	44.36	299	30.05	61	41.05	360
Studium	28.64	193	43.84	89	32.16	282
Selbstständig	12.02	81	9.36	19	11.40	100
Ausbildung	5.19	35	3.94	8	4.90	43
Arbeitslos	3.56	24	4.93	10	3.88	34
Schule	1.78	12	2.46	5	1.94	17
Andere ^b	3.41	23	4.43	9	3.65	32
Keine Angabe	1.04	7	0.49	1	1.03	9

Anmerkung. Online: $n = 674$. Paper/ Pencil: $n = 203$. Gesamt: $N = 877$.

^a z. B. genderqueer, nichtbinär.

^b z. B. Rente, Ehrenamt, Freiwilligendienst.

* $U = 51.282$, $Z = -3.140$, $p = .002$, $r = .109$. ** $U = 61.490$, $Z = -1.992$, $p = .046$, $r = .068$.

4.1.2 Soziodemographische Parameter

Mittleres Alter, Geschlechtsverteilung, Bildungsniveau sowie Tätigkeit²⁷ sind in Tabelle 5 dargestellt. Insgesamt verfügten 74% ($n = 649$) über eine Hochschulreife (Hochschulabschluss bzw. Abitur). Alter und Bildungsabschluss korrelierten positiv mit moderater Effektstärke ($r_s = .349$, $p < .001$).

76% ($n = 669$) bezeichneten sich als hetero-, 11% ($n = 100$) als bi- und 10% ($n = 85$) als homosexuell. 2% ($n = 13$) gaben eine andere sexuelle Orientierung an (z. B. pansexuell, polysexuell, heteroflexibel) und 1% ($n = 10$) machte keine Angabe.

84% ($n = 740$) gaben an, seit mindestens einem Monat in Berlin zu leben. 8% ($n = 67$) waren Tourist*innen, 7% ($n = 58$) gaben einen anderen Aufenthaltsgrund an (z. B. wohnhaft in Brandenburg) und 1% ($n = 12$) gab keine Antwort.²⁸

²⁷ Mittleres Alter, Frauenanteil, Bildung sowie Tätigkeit wurden vorab veröffentlicht [10, 36].

²⁸ Sexuelle Orientierung sowie Aufenthaltsgrund wurden vorab berichtet [36].

4.1.3 Konsumprävalenzen

Die 30-Tage-, 12-Monats- und Lebenszeitkonsumprävalenzen sind in Tabelle 6 dargestellt.²⁹

Tabelle 6³⁰

30-Tage-, 12-Monats- und Lebenszeitkonsumprävalenzen der Teilnehmer*innen der ersten Fragebogenerhebung

Substanz	Konsumprävalenzen					
	30-Tage		12-Monate		Lebenszeit	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Alkohol	87.80	770	92.82	814	95.78	840
Cannabis	62.26	546	80.16	703	93.96	824
Amphetamin	50.29	441	70.13	615	79.36	696
MDMA	49.14	431	73.89	648	84.38	740
Kokain	36.03	316	61.69	541	77.54	680
Ketamin	32.16	282	51.20	449	63.63	558
LSD	11.97	105	32.73	287	52.79	463
GHB/ GBL	9.35	82	15.51	136	29.08	255
Psilocybin	6.73	59	29.53	259	55.64	488
Benzodiazepine	6.50	57	17.33	152	30.44	267
„Poppers“ ^a	4.33	38	12.09	106	32.04	281
Schmerzmittel auf Opiatbasis ^b	3.65	32	10.83	95	24.29	213
Neuro-Enhancer ^c	2.17	19	8.78	77	26.00	228
Methamphetamin	1.94	17	3.65	32	15.96	140
Synthetische Cathinone	1.25	11	3.63	31	11.63	102
Synthetische Cannabinoide	0.80	7	2.05	18	16.08	141
Heroin	0.46	4	0.68	6	4.56	40
Andere ^d	-	-	-	-	20.87	183

Anmerkung. ^a Amyl-/ Butyl-/ Isobutylnitrit. ^b z. B. Tramadol, Tilidin. ^c z. B. Methylphenidat (Ritalin®). ^d Im Freitextfeld genannte Substanzen. In absteigender Reihenfolge wurden am häufigsten genannt: 4-Brom-2,5-dimethoxyphenylethylamin (2C-B) (*n* = 48), Dimethyltryptamin (DMT) (*n* = 35), Distickstoffmonoxid („Lachgas“) (*n* = 12), Lysergsäureamid (*n* = 11), Meskalin (*n* = 8), Mitragynin (Kratom) (*n* = 8), Salvinorin (Salvia divinorum) (*n* = 8), Methoxetamin (MXE) (*n* = 7). 30-Tage- und 12-Monatsprävalenz wurden nicht erhoben.

²⁹ Die Konsumprävalenzen wurden vorab veröffentlicht [10, 36].

³⁰ In Anlehnung an Tabelle 1 aus [36].

Insgesamt gaben 82% ($n = 722$) an, im vergangenen Monat mindestens eine Partydroge abgesehen von Alkohol konsumiert zu haben.

4.1.4 Riskante Konsummuster, Risikogruppen und negative Konsumfolgen

CAGE-AID

Der CAGE-AID war bei 67% ($n = 589$) positiv.³¹

Mit Blick auf Risikogruppen zeigten sich signifikante Unterschiede mit geringer Effektstärke in Abhängigkeit des Geschlechts (männlich: 71% [$n = 341$] versus weiblich: 65% [$n = 240$]), $\chi^2(1, N = 848) = 4.05, p = .044, \phi = -.069$), nicht jedoch des Alters oder der sexuellen Orientierung.

Relative Risikowahrnehmung

Bezüglich einer hohen Konsumfrequenz (\geq einmal pro Woche) wurden nur Alkoholkonsum positive Auswirkungen attribuiert. Der Konsum von GHB/ GBL sowie Kokain in hoher Frequenz wurde am riskantesten eingestuft (siehe Tabelle 7).³²

Mit Blick auf Risikogruppen zeigten sich signifikante Unterschiede mit jeweils geringer Effektstärke in Abhängigkeit von Geschlecht sowie sexueller Orientierung, nicht jedoch des Alters:

- Weibliche Teilnehmerinnen bewerteten regelmäßigen Konsum von
 - Alkohol ($M = -0.39$ versus $M = 0.65, p < .001, \eta^2 = .016$),
 - MDMA ($M = -1.02$ versus $M = -0.82, p = .015, \eta^2 = .009$),
 - Kokain ($M = -1.56$ versus $M = -1.39, p = .006, \eta^2 = .011$),
 - Ketamin ($M = -1.35$ versus $M = -1.14, p = .003, \eta^2 = .014$) sowie
 - GHB/ GBL ($M = -1.59$ versus $M = -1.42, p = .010, \eta^2 = .016$)signifikant riskanter als männliche Teilnehmer.
- Heterosexuelle Teilnehmer*innen bewerteten regelmäßigen Konsum von GHB/ GBL signifikant riskanter als homosexuelle Teilnehmer*innen ($M = -1.55$ versus $M = -1.17, p = .002, \eta^2 = .023$).
- Homosexuelle Teilnehmer*innen bewerteten regelmäßigen Alkoholkonsum signifikant riskanter als heterosexuelle Teilnehmer*innen ($M = -0.49$ versus $M = 0.29, p = .047, \eta^2 = .005$).

³¹ Der CAGE-AID [10, 36] wurde vorab berichtet. (Signifikante) Unterschiede wurden ausschließlich in Abhängigkeit des Geschlechts herausgestellt [36].

³² Die relative Risikowahrnehmung wurde vorab berichtet [10]. (Signifikante) Unterschiede wurden nicht genannt.

Tabelle 7

Relative Risikowahrnehmung und Wunsch nach Konsumreduktion

Substanz	Relative Risikowahrnehmung				Wunsch nach Reduktion	
	Konsumfrequenz				%	n
	≤ 1 pro Monat		≥ 1 pro Woche			
	M	SD	M	SD		
Alkohol	1.37	0.96	0.18	1.24	-	-
Cannabis	0.76	0.98	-0.24	1.16	36.87	160
Amphetamin	0.10	0.86	-1.10	0.83	40.63	182
MDMA	0.54	1.03	-0.91	0.99	26.47	126
Kokain	-0.26	1.00	-1.47	0.81	41.73	106
Ketamin	-0.08	1.08	-1.23	0.91	30.66	42
GHB/ GBL	-0.67	1.03	-1.49	0.80	37.04	20

Anmerkung. Die relative Risikowahrnehmung wurde mittels einer 5-Punkt-Likert-Skala von -2 (sehr negative Auswirkungen) bis 2 (sehr positive Auswirkungen) erfasst. Die Prozentangaben hinsichtlich des Wunsches nach Konsumreduktion nehmen Bezug auf vorhandene Fallzahlen: Cannabis: $N = 434$, Amphetamin: $N = 448$, MDMA: $N = 476$, Kokain: $N = 254$, Ketamin: $N = 137$, GHB/ GBL: $N = 54$. Für Alkohol wurde der Wunsch nach Konsumreduktion nicht erhoben.

Gelegentlicher (\leq einmal pro Monat) Konsum von GHB/ GBL wurde am riskantesten, von Alkohol, Cannabis sowie MDMA am wenigsten riskant bewertet (siehe Tabelle 7).

Erneut zeigten sich signifikante Unterschiede mit geringer Effektstärke in Abhängigkeit von Geschlecht sowie sexueller Orientierung, nicht jedoch des Alters:

- Weibliche Teilnehmerinnen bewerteten gelegentlichen Alkoholkonsum signifikant riskanter als männliche Teilnehmer ($M = 0.90$ versus $M = 1.75$, $p = .004$, $\eta^2 = .013$).
- Heterosexuelle Teilnehmer*innen bewerteten gelegentlichen Konsum von GHB/ GBL signifikant riskanter als homosexuelle Teilnehmer*innen ($M = -0.77$ versus $M = -0.22$, $p < .001$, $\eta^2 = .031$).
- Homosexuelle Teilnehmer*innen bewerteten gelegentlichen Alkoholkonsum signifikant riskanter als heterosexuelle Teilnehmer*innen ($M = 0.68$ versus $M = 1.45$, $p = .022$, $\eta^2 = .005$).

Psychische Erkrankungen

20% ($n = 179$) gaben an, psychisch erkrankt zu sein.³³ Aufgeschlüsselt nach Einzeldiagnosen (Mehrfachnennungen möglich) wurden am häufigsten

- affektive Störungen (insbesondere [rezidivierende] depressive Störungen) (6%, $n = 55$),
- Angststörungen (2%, $n = 19$),
- Abhängigkeitserkrankungen (2%, $n = 16$),
- Essstörungen (1%, $n = 13$),
- posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) (1%, $n = 12$),
- Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (1%, $n = 9$) sowie
- Persönlichkeitsstörungen (1%, $n = 9$) (insbesondere emotional instabil vom Borderline-Typ [1%, $n = 7$]) genannt. 3% ($n = 24$) machten keine Angabe.

Teilnehmer*innen mit positivem CAGE-AID gaben mit geringer Effektstärke signifikant häufiger an, psychisch erkrankt zu sein (23% [$n = 134$] versus 17% [$n = 44$] bei negativem CAGE-AID), $\chi^2(1, N = 847) = 4.83, p = .028, \phi = .076$.

4.1.5 Änderungsmotivation

Konsumberatung

22% ($n = 195$) gaben einen Beratungswunsch an.

Teilnehmer*innen mit einem positiven CAGE-AID gaben mit geringer Effektstärke signifikant häufiger einen Beratungswunsch an (27% [$n = 153$] versus 16% [$n = 42$] bei negativem CAGE-AID), $\chi^2(1, N = 828) = 12.30, p < .001, \phi = .122$.

Konsumreduktion

47% ($n = 412$) gaben einen Reduktionswunsch für mindestens eine Partydroge abgesehen von Alkohol an.³⁴ Substanzspezifisch wurde bei Kokain, Amphetamin, GHB/ GBL sowie Cannabis am häufigsten der Wunsch nach Konsumreduktion angegeben (Bezug auf vorhandene Fallzahlen, siehe Tabelle 7).

³³ Psychische Erkrankungen inklusive signifikanter Unterschiede in Abhängigkeit des CAGE-AID wurden vorab berichtet [36].

³⁴ Beratungs- und Reduktionswunsch inklusive signifikanter Unterschiede hinsichtlich des Beratungswunsches in Abhängigkeit des CAGE-AID wurden vorab berichtet [10, 36].

Teilnehmer*innen mit einem positiven CAGE-AID gaben mit moderater Effektstärke signifikant häufiger einen Reduktionswunsch an (47% [$n = 260$] versus 20% [$n = 47$] bei negativem CAGE-AID), $\chi^2(1, N = 793) = 51.56, p < .001, \phi = .255$.

Teilnehmer*innen mit Reduktionswunsch äußerten signifikant häufiger mit geringer Effektstärke einen Beratungswunsch (29% [$n = 87$] versus 22% [$n = 102$] ohne Reduktionswunsch), $\chi^2(1, N = 769) = 5.19, p = .023, \phi = .082$.

4.1.6 Priorisierte Präventionsansätze

Alle angeführten Ansätze wurden positiv bewertet, jedoch bestanden signifikante Unterschiede mit geringer Effektstärke ($F(8, 2955.9) = 34,432, p < .001, \eta^2 = .035$): Drug Checking wurde – mit Ausnahme von akzeptierender Beratung – signifikant besser bewertet als die übrigen Ansätze (siehe Tabelle 8).³⁵

Insgesamt gaben 86% ($n = 755$) an, Drug Checking voll und ganz sinnvoll (78%, $n = 683$) bzw. sinnvoll (8%, $n = 72$) zu finden.

Tabelle 8

Bewertung der angeführten Präventionsansätze

Ansatz	Bewertung		Vergleich mit Drug Checking		
			$M_{Diff.}$	95% KI	
	M	SD			UG
Drug Checking	4.68	0.86	-	-	-
Akzeptierende Beratung	4.57	0.85	.11	-.02	.24
Feste Beratungsstellen	4.49	0.87	.19*	.06	.32
Online-Beratung	4.35	0.98	.33*	.19	.47
Schulungen für Lehrer*innen	4.27	1.02	.41*	.26	.55
Schulungen für Clubmitarbeiter*innen	4.24	1.04	.44*	.30	.59
Aufklärung in Schulen	4.23	1.02	.45*	.30	.59
Aufsuchende Beratung	4.20	1.13	.48*	.33	.64
Beratung für MSM	4.03	1.17	.65*	.48	.83

Anmerkung. Die Ansätze konnten mittels einer 5-Punkt-Likert-Skala von 1 (überhaupt nicht sinnvoll) bis 5 (voll und ganz sinnvoll) bewertet werden. KI = Konfidenzintervall. $M_{Diff.}$ = mittlere Differenz. UG = untere Grenze. OG = obere Grenze.

* $p < .001$.

³⁵ Die Bewertung der vorgegebenen Präventionsansätze wurde vorab veröffentlicht [10, 36].

In 44% ($n = 382$) der Fragebögen waren darüber hinaus Freitextangaben zu priorisierten Präventionsansätzen vorhanden (Mehrfachnennungen möglich). Bezogen auf 864 Einzelaussagen wurden

- eine Ausweitung von Aufklärungsangeboten (insgesamt 55% [$n = 475$], im Einzelnen: akzeptierend, anonym, leicht zugänglich: 39% [$n = 337$], Peer to Peer: 9% [$n = 78$], in Schulen: 7% [$n = 60$]),
- ein offenerer gesellschaftlicher Umgang mit Konsum und Prävention (20%, $n = 173$),
- (erneut) Drug Checking (15%, $n = 132$),
- das Verteilen von Safer-Use-Artikeln³⁶ (4%, $n = 35$) sowie
- (erneut) Schulungen für Clubmitarbeiter*innen (2%, $n = 17$) gewünscht.

³⁶ Hilfsmittel zur Prävention von Infektionserkrankungen (z. B. Ziehröhrchen, steriles Spritzbesteck).

4.2 Expert*inneninterviews

4.2.1 Berufsmäßige Expert*innen

4.2.1.1 Tätigkeitsbereich, Berufserfahrung und Verbindungspunkte zur Berliner Partyszene

Tätigkeitsbereich und Berufserfahrung

Zusammenfassend waren die berufsmäßigen Expert*innen in staatlichen (E4) bzw. gemeinnützigen (E5, E7, E8, E10, E13, E15) Präventionsstellen, im Clubbetrieb (E2, E9), im ärztlichen Rettungsdienst (E1, E6), in der bezirklichen Suchthilfekoordination (E11, E14), in Fachverbänden für Suchtprävention (E3) sowie bei der Polizei (E12) tätig.

Die Berufserfahrung reichte von fünf (E12) bis 33 Jahren (E2) und lag durchschnittlich bei etwa 15 Jahren.

Verbindungspunkte

Verbindungspunkte mit Substanzkonsum bzw. Prävention im Kontext der Berliner Partyszene sind – gruppiert nach übergeordneten Ansatzpunkten – in Abbildung 2 dargestellt.

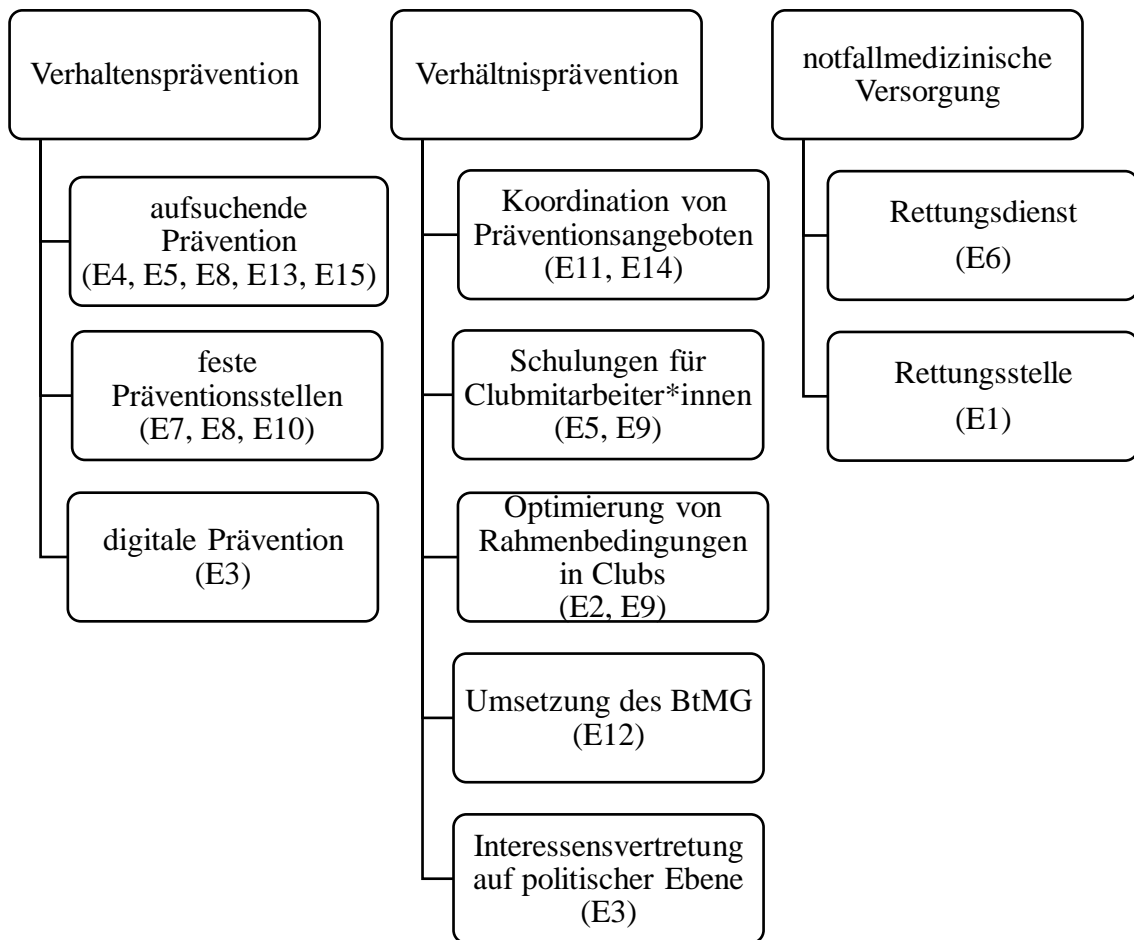


Abbildung 2. Verbindungspunkte der interviewten berufsmäßigen Expert*innen mit Substanzkonsum bzw. Prävention im Kontext der Berliner Partyszene.

Exemplarisch sollen im Folgenden Ankerzitate für die jeweiligen Ebenen herausgestellt werden, für eine vollständige Auflistung siehe Anhang 5.

So äußerten sich E5 und E15 wie folgt:

Und was das ‚Nightlife‘ betrifft, bin ich sowohl in der selektiven, indizierten Prävention als auch in der strukturellen Prävention tätig im Rahmen von unserem Schulungsprogramm und der Vor-Ort-Arbeit. (E5, 11-4)

(...) wir sind im Nachtleben unterwegs, in den schwulen Szenen, auch in ‚Cruising‘-Gebieten (...). Und dann geben wir denen entweder einen Flyer oder sie wollen vielleicht nur das ‚Zieh-Pack‘ – da ist ja wieder der Flyer drin – oder aber wir sagen gleich: ‚Du kannst da und da hingehen, da wird dir geholfen‘. (E15, 340-2)

E10 sagte:

Also man kann schon sagen, dass eigentlich alle Jugendlichen, die hier zu uns kommen – fast alle Jugendlichen, das stimmt nicht ganz – illegale Drogen konsumieren, teilweise auch schon relativ früh damit angefangen haben und definitiv die meisten auch in der Berliner Partyszene unterwegs waren oder immer noch unterwegs sind. (E10, 22-5)

E14 berichtete:

(...) ist es natürlich immer wieder ein Thema, in der Frage, sei es jetzt irgendwie Anwohneranfragen, oder eben natürlich auch die Projekte berichten lassen. Also ich habe auch sehr engen Austausch immer mit den Suchtberatungsstellen, da kommt das natürlich auch vor. (E14, 17-20)

E9 sagte:

(...) was auch dazu geführt hat, dass wir in den vergangenen Jahren gemeinsam mit (...) ein Schulungsprogramm entwickelt haben für Mitarbeitende im Nachtleben (...). (E9, 25-8)

E3 antwortete:

(...) bin im Vorstand von (...), also ein Verband aus Partydrogenprojekten, die eben den schadensminimierenden Ansatz in Deutschland voranbringen wollen. (E3, 8-10)

(...) womit (...) begonnen hat, nämlich darüber aufzuklären und das überhaupt erstmal zu recherchieren und in eine Sprache zu übersetzen, die dann verständlich ist und immer wieder mit der Realität abzugleichen, dass das gefruchtet hat. (...), die das dann fortgesetzt haben, professionalisiert haben und über das Internet dann im Wesentlichen auch kommunizieren. (E3, 118-122)

E1 und E6 konstatierten:

Ja, insofern, dass wir ab und zu die Opfer des Drogenkonsums hier behandeln mit Überdosierungen oder Einnahme von Drogen, die die Partymenschen bisher nicht eingenommen haben, oder mit den Folgen nicht klarkommen. (E1, 13-5)

Als Notarzt wird man ja gerade nachts sehr oft zu entsprechenden Patientenkreisen hinzugerufen. Gerade im Bezirk (...), in dem wir ja stationiert sind, gibt es ja eine sehr bunte Clubszene, so dass es eben leider zum gängigen Alltag gehört. (E6, 13-6)

E12 sagte:

Insofern als dass [sic!] wir bei Vorfällen in Zusammenhang mit Diskotheken, Clubs oder Partys natürlich Kenntnis erhalten von den eingeleiteten Verfahren. (...) die informieren uns dann über entsprechende Informationskanäle, dass im Zusammenhang mit dem einen oder anderen Club ein Verfahren eingeleitet wurde, dass ein Gast mit Rauschgift erkannt wurde, oder, dass ein Türsteher jemanden mit Rauschgift angezeigt hat, der in den Club wollte. (E12, 14-21)

Schließlich E2:

Also im weitesten Sinne bin ich in der Gastronomie tätig als selbstständiger Betreiber verschiedener Läden, einiger Clubs – einem größeren, zwei kleineren – und einem Restaurant. Oder sogar zwei Restaurants mittlerweile (...). Sicher, ja. Es gibt bestimmt einige oder viele, von denen ich weiß, dass die Drogen konsumieren. (E2, 6-22)

4.2.1.2 Substanzkonsum in der Berliner Partyszene

Konsumierte Substanzen

In absteigender Reihenfolge wurden Alkohol, Cannabis, Amphetamin, MDMA und Kokain überwiegend als die am häufigsten konsumierten Substanzen genannt (E2 – E6, E8 – E14).³⁷

Davon abweichend verwies E7 auf den weit verbreiteten Konsum von Ketamin, E15 auf den von GHB/ GBL. Als lediglich in Subszenen konsumierte Substanzen wurden Psilocybin, LSD und NPS herausgestellt (E3, E13). Subsumierend äußerte sich E3 wie folgt:

Also, am meisten konsumiert wird Alkohol (...), gefolgt von Cannabis (...), dann Amphetamin, also Speed, in geringem Umfang nur Methamphetamin, also ‚Crystal Meth‘ (...). Dann MDMA, ‚Ecstasy‘, Kokain, dann Ketamin (...) und dann eben auch noch in bestimmten Subszenen: Pilze, LSD und auch so genannte ‚Legal Highs‘ (...), aber auch das ist im Vergleich zu den anderen Substanzen eher am Randbereich. (E3, 29-37)

E12 beschrieb zudem eine mögliche Zunahme des Konsums von NPS:

(...) wir befürchten im Moment, dass auch die neuen psychoaktiven Stoffe sich zunehmend in der Partyszene ausbreiten. (E12, 39-40)

Risikokonsum

GHB/ GBL³⁸ (E3, E5 – E7, E15), Alkohol (E5, E7, E12, E13), MDMA/ ‚Ecstasy‘ (E4, E5, E7, E15) sowie Methamphetamin (E7, E12) wurden als Substanzgruppen mit gesondertem Gefahrenpotential herausgestellt.

³⁷ Genannte Substanzen wurden vorab aufgelistet [10].

³⁸ GHB/ GBL wurde vorab als Substanz mit gesondertem Gefahrenpotential benannt [10].

Bei GHB/ GBL wurde dies auf die Gefahr von Bewusstlosigkeit bei Überdosierung (E3, E6, E8) sowie einer körperlichen Abhängigkeit (E5) zurückgeführt. So sagte beispielsweise E5:

Besonderes Gefahrenpotential sehe ich bei ‚G‘, da gibt es ja eine körperliche Abhängigkeitskomponente, die eine Rolle spielt. Und da ist es ja dann so, dass die ‚User‘ sich irgendwann aus der Feierszene verabschieden, wenn sie eine Abhängigkeit entwickeln und sich damit ins Private zurückziehen. (E5, 174-7)

E15 betonte in diesem Zusammenhang, dass trotz bestehender Risiken restriktive Maßnahmen zu einer Zunahme von negativen Konsumfolgen führen könnten:

In den Clubs gibt es große Probleme damit, bis hin, dass sie versuchen, die Substanz zu verbieten, womit sie natürlich auslösen, dass Leute, die auf GBL umkippen, sich verstecken – was sehr, sehr ungesund enden kann. (E15, 91-3)

Aus medizinischer Sicht wurde einerseits von einer Abnahme GHB/ GBL-assoziierter Notfälle in der Rettungsstelle berichtet. Andererseits wurde GHB/ GBL als häufige und risikoreiche Substanz eingestuft:

GHB ist jetzt deutlich wieder auf dem Rückmarsch. (E1, 19)

Also besonders viel GHB, damit werden wir sehr häufig konfrontiert. (E6, 27)

Dass dann bis zu einem Punkt alles Mögliche genommen wird und dann kommt noch GHB dazu und dann wird's wirklich bedrohlich. (E6, 74-5)

Hinsichtlich Alkohol wurde das Risiko von aggressivem Verhalten, Kontrollverlust und Bewusstlosigkeit genannt – insbesondere im Falle von Mischkonsum (E5, E7, E12, E13). E13 sagte diesbezüglich:

Beim Alkohol ist es so, dass wir nicht nur denken, es ist am häufigsten, sondern auch verantwortlich für einen Großteil der Probleme. Nicht nur für sich allein genommen, sondern eben auch in Kombination. (E13, 67-9)

Bezüglich ‚Ecstasy‘-Tabletten wurde auf den teils hohen Wirkstoffgehalt (E4, E5, E15), die unbekannte Inhaltszusammensetzung (E7) sowie verharmlosende Aufmachung (E4) verwiesen. So äußerte sich beispielsweise E5:

Die ‚Ecstasy‘-Pillen sind ja sehr hoch dosiert derzeit. Das ist ein besonderes Gefahrenpotential. (E5, 148-9)

E1 beschrieb in diesem Zusammenhang eine Häufung von Notfallbehandlungen in Folge vegetativer Entgleisungen sowie psychomotorischer Agitation bei Mischkonsum mit Stimulantien.

Methamphetamin wurde ob eines hohen Risikos für psychische Folgeschäden genannt (E7, E12):

Also hier bei uns in der Beratungsstelle auf jeden Fall ‚Crystal‘. Das ist ein Riesenproblem, weil der psychische Verfall tatsächlich sehr, sehr, sehr schnell ist. (E7, 109-10)

Risikogruppen

Als Risikogruppen wurden junge Partygänger*innen (E4, E5, E7, E9, E11, E14), Tourist*innen (E1, E5, E7, E9, E15) sowie männliche Partygänger im Allgemeinen (E4, E9, E11) und MSM im Besonderen (E3, E5, E9) beschrieben.³⁹

Junge Partygänger*innen wurden mit vermehrtem Mischkonsum (E14), einer hohen Konsumfrequenz (E5, E11) sowie der Gefahr von Überdosierungen (E5, E9) assoziiert. E4 fasste dies so zusammen:

*Also ich würde schon sagen, die eher jungen [Partygänger*innen; Anmerkung des Autors] bis 24 sind die, die Kompetenz auch brauchen – Konsumkompetenz. (E4, 157-8)*

Aufgrund geringerer finanzieller Mittel wurde ihnen zudem ein erhöhter Konsum von kostengünstigem GHB/ GBL zugeschrieben (E9).

Bei Tourist*innen wurde eine erhöhte Risikobereitschaft im Zusammenhang mit hohen Erwartungen an den zeitlich limitierten Aufenthalt herausgestellt (E5, E9). E7 verwies zudem auf die Übernahme riskanter Konsummuster aus dem Herkunftsland (z. B. Vereinigtes Königreich), E15 auf die Verwechslungsgefahr von GHB mit dem in Berlin verbreiteterem potenterem GBL. E1 sagte dazu:

Wir sehen häufiger mal Touristen, die mit der Menge oder der Mischung Probleme haben und dann hier in Psychose-ähnlichem Zustand zu uns kommen. Oder in einer hoffnungslosen Überdosierung mit Tachykardien und Blutdruckschwankungen. Das ist sicherlich eine Risikogruppe. (E1, 48-51)

Männlichen Partygängern wurde ein größeres Substanzspektrum (E9) sowie eine höhere Konsumfrequenz (E11) zugeschrieben. Ursächlich sah E9 eine allgemein höhere Risikobereitschaft unter Männern.

Hinsichtlich MSM wurde insbesondere im Kontext von konsumassoziierten Sexualhandlungen ein erhöhtes Risiko für (sexuell übertragbare) Infektionserkrankungen (E3, E5, E9) genannt. E5 resümierte:

Wobei natürlich die Menschen, die sich am riskantesten verhalten, Männer sind, die Sex mit Männern haben. (E5, 90-1)

³⁹ Junge Partygänger*innen und MSM wurden vorab als Risikogruppen benannt [10].

4.2.1.3 Prävention in der Berliner Partyszene

Handlungsbedarf

Alle berufsmäßigen Expert*innen sahen Bedarf für neue Präventionsangebote⁴⁰, so exemplarisch:

Es besteht großer Handlungsbedarf. (E4, 271)

Ja, Handlungsbedarf gibt es auf jeden Fall. (E10, 94)

,Dringend‘ [Hervorhebung durch den Autor], ja. (E15, 199)

Ja, es besteht dringend Handlungsbedarf. (...) Also die Rettungsstellen in den Kliniken sind am Wochenende voll von Minderjährigen, die wegen dem Konsum [sic!] von Drogen mit dem Rettungswagen dorthin gelangt sind und die wirklich gefährdet sind. (E6, 96-101)

Wiederholt wurde auf ein Missverhältnis zwischen der umfassenden Partyszene Berlins und wenigen Präventionsangeboten spezifisch für Partygänger*innen hingewiesen (E3, E5, E8, E11, E15). E3 fasste dies so zusammen:

Generell ist Berlin weit hinterher, was die Prävention und schadensminimierende Ansätze im Partybereich betrifft. (...) Berlin hat eine der prominentesten Partyszenen in Europa, (...) demgegenüber steht praktisch ein präventives Loch. (E3, 213-8)

Ansätze

Mit Blick auf geeignete Ansätze wurden insbesondere Drug Checking (E1 – E15) sowie neue Aufklärungsangebote für Partygänger*innen (E1 – E5, E7 – E15) bzw. Fachpersonal (E3, E5, E9, E14, E15) priorisiert.

Ansatzübergreifend wurden zudem ein offenerer gesellschaftlicher Umgang mit Konsum und Prävention (E2, E7, E10, E13) bzw. eine Entkriminalisierung von Konsument*innen (E2, E3, E5, E9, E13, E15), eine bessere Kooperation von Präventionsakteur*innen (E3, E4, E7, E8, E13, E15) sowie größere (staatliche) finanzielle Mittel (E3, E4, E8, E9, E11, E13, E15) gefordert.⁴¹

Drug Checking

Hinsichtlich Drug Checking stach die nachdrückliche Ausdrucksweise vieler Interviewpartner*innen hervor, so beispielsweise:

Ja, definitiv Drug Checking in Berlin. Also das wäre durchaus sehr sinnvoll und denke ich der Lebensrealität und der Realität der Tatsachen angemessen. (E14, 119-20)

⁴⁰ Die geschlossene Einschätzung bezüglich der Notwendigkeit neuer Präventionsangebote wurde vorab berichtet [10].

⁴¹ Genannte Strategien wurden vorab berichtet [10].

(...) und meiner Meinung nach wäre es extrem hilfreich, wenn endlich mal – was ja auch im Koalitionsvertrag von Berlin steht – das Drug Checking kommen würde. Das wäre mein größter Wunsch eigentlich in der ganzen Geschichte. (...) gesetzt den Fall, es gäbe diese Möglichkeit, dann würden wir auf einen Schlag einen Großteil des Risikos in den Griff bekommen. (E9, 491-7)

Das heißt Drug Checking würde eine zentrale Rolle darin spielen (...). So wie es im Moment ist, stehen wir da auf dem Schlauch und stochern mit unseren Flyern da in der Wüste und hoffen, dass wir mit unseren Informationen, die Leute treffen, die sie auch brauchen. (E15, 190-7)

Bezüglich der praktischen Umsetzung sprach sich E8 für eine Kombination aus stationären und mobilen Angeboten aus. E4 befürwortete Drug Checking lediglich im Falle einer begleitenden Konsumerberatung einschließlich Anregung zur Konsumreflexion:

Wenn es das Angebot gibt, sagen wir: ‚Es wäre eine Katastrophe, wenn man Drug Checking macht ohne eine motivierende Kurzintervention‘. Weil was ist, also was gefunden wurde: Die Leute haben es trotzdem genommen, die wussten es dann auch, die haben gesagt: ‚Ach, bei mir wird das nicht so schlimm‘. Also da noch mal kurze Information: ‚Was machste denn jetzt mit dem Ergebnis?‘ (E4, 423-7)

Bedenken wurden von E2 im Falle möglicher juristischer Konsequenzen für Clubbetreiber*innen geäußert.

Als Vorteile wurden eine bessere Kenntnis von Inhaltsstoffen und Dosierungen der konsumierten Substanzen (E2, E7, E10, E11, E13) sowie der direkte Kontakt zu Partygänger*innen (E3, E8, E13, E14) genannt.⁴² E6 leitete aus der Verfügbarkeit schneller quantitativer Analysen auch eine bessere medizinische Versorgung von Partygänger*innen ab:

Sicherlich eine gute Idee, vor allem, wenn man schnelle Ergebnisse bekommt. In den Kliniken – was wir als Schnelltests haben – sind nur qualitative Analysen. Quantitative Spezialuntersuchungen dauern lange, da sind die Patienten in der Regel schon wieder zu Hause. Und das nützt uns dann zur Einschätzung des Risikos recht wenig. Insofern, wenn es das gäbe, an den Brennpunkten vielleicht, wäre das eine echt gute Sache. (E6, 143-7)

*Aufklärung von Partygänger*innen*

Auch mit Blick auf Aufklärungsangebote für Partygänger*innen wurden teils nachdrückliche Formulierungen deutlich, so exemplarisch:

Vielleicht sogar, dass finanzielle Möglichkeiten geschaffen werden, dass sogar permanente Infostände angeboten werden können, wo Kosten übernommen werden von den Flyern oder Ähnlichem. Also wenn wir uns noch was wünschen könnten, neben Drug Checking, dann wäre es sowas. (E13, 594-7)

⁴² Beide potentiell positiven Effekte wurde vorab genannt [10].

Ansonsten sehe ich tatsächlich auch Aufklärungsarbeit: ‚Was macht das? Was macht das in Kombination mit anderen Substanzen?‘ Das ist natürlich ganz wichtig. (E2, 161-2)

Hinsichtlich der methodischen Umsetzung wurden verschiedene Strategien favorisiert. So wurden einerseits aufsuchende Angebote⁴³ – beispielsweise in Form von Informationsständen – angeführt (E2, E5, E7, E11, E13 – E15). E7 sagte dazu:

Ich denke schon, dass die Suchthilfe – egal ob jetzt Frühintervention, Prävention oder sonst irgendetwas – schon in die Szene gehen muss, um Infos zu streuen; von alleine kommt niemand her – warum auch? – das kann ich auch verstehen. (E7, 183-5)

E13 und E14 wiesen in diesem Rahmen auf den Mehrwert von Informationsflyern hin, E4 auf den von persönlichem Kontakt zur Kompetenzvermittlung. Andererseits schlugen E3 und E5 digitale Angebote zur Wissensvermittlung vor, so E5:

Dafür braucht es aber auch ‚Social Media‘, internetgestützte Präventionsangebote, denn alle haben ein Smartphone und dort ist die Informationsquelle Nummer eins aus meiner Sicht. (E5, 259-61)

Methodenübergreifend wurde die Relevanz von authentischer Wissensvermittlung betont (E3, E8, E13, E15).⁴⁴ Dazu wurde der Einsatz von Peer-to-Peer-Angeboten vorgeschlagen – auch im Sinne von Multiplikatoreffekten (E3, E8). E3 sagte dazu:

(...) ja auch immer diesen Peer-Ansatz vertreten. Also, dass ‚User‘, oder Partygänger, die selber aktiv in der Partyszene sich bewegen und da teilnehmen, dass die da auch mit eingebunden werden, als Multiplikatoren, dass es da Schulungen gibt und dass sie dann eben auch so fundiertes Wissen an die Hand bekommen, was sie weitergeben können. Anknüpfend an solche Angebote und solche Erfahrungen, so etwas brauchen wir auch in Berlin. (E3, 258-63)

Als Beratungsinhalte wurden Informationen über Substanzwirkungen bzw. Wechselwirkungen (E2) sowie zu Safer-Use inklusive Infektionsprophylaxe (E11, E5) genannt. Als übergeordnetes Ziel formulierte E8 eine Anregung zur Konsumreflexion.

Mit Blick auf priorisierte Zielgruppen wurden vor allem junge Partygänger*innen angeführt (E5, E10, E12). E7 präzisierte, dass Aufklärungsangebote im Sinne der Frühprävention bereits vor der Festigung problematischer Konsummuster ansetzen sollten. E3 stellte zudem bildungsferne Partygänger*innen heraus, da dort größere Wissensdefizite bestünden.

⁴³ Aufsuchende Angebote wurden vorab herausgestellt [10].

⁴⁴ Auf die Bedeutung authentischer Wissensvermittlung wurde vorab verwiesen [10].

Aufklärung von Fachpersonal

Schulungen für Clubmitarbeiter*innen wurden mit dem Ziel hervorgebracht, im Falle konsumassoziierter Notfälle adäquater reagieren zu können (E3, E5, E9, E14, E15).

E3, E9 und E15 verwiesen auf bereits in Berlin etablierte Schulungsprogramme, E3 und E9 stellten jedoch Bedarf für eine Ausweitung fest:

(...) ein Schulungsprogramm entwickelt haben für Mitarbeitende im Nachtleben, um da auch diejenigen, die professionell in diesem Bereich tätig sind, aus so einer Grauzone des Halbwissens rauszuholen und da auch sozusagen eine Kompetenz in diesen Fragen zu vermitteln. Das habe ich einfach von meiner praktischen Arbeit her mitgenommen, dass dort eigentlich ein enormer Aufklärungsbedarf besteht. (E9, 27-31)

Es gab ja von (...) auch dieses (...) Projekt, wo dann zum Beispiel so Clubschulungen gemacht worden sind von dem Personal. So etwas muss eben stark erweitert werden (...). (E3, 245-7)

E14 führte potentielle positive Effekte auf den unmittelbaren sowie kontinuierlichen Kontakt zu Partygänger*innen zurück.

E7 weitete den Aufklärungsbedarf auf medizinisches Personal aus:

Ausbildung von den Rettungskräften wäre zum Beispiel auch gut, das hören wir auch immer wieder, dass die Rettungsstellen überfordert sind und nicht einschätzen können: ‚Was hat der konsumiert?‘ – da wäre auf jeden Fall Bedarf. (E7, 138-41)

Gesellschaftlicher Umgang und rechtlicher Status

Zur Stärkung der Selbstbestimmtheit von Konsument*innen wurde sich teilweise für einen offenen gesellschaftlichen Diskurs ohne Moralisieren oder Stigmatisieren ausgesprochen (E2, E7, E10, E13). E13 formulierte dies so:

(...) und ganz am Anfang stünde eine ganz allgemeine wachsende Akzeptanz oder Toleranz in der Gesellschaft – also wünschenswert wäre ein gesamtgesellschaftlicher Wandel, um den Konsum von Substanzen aus der ‚Schmuddelecke‘ zu entheben und das irgendwie auf eine Ebene zu stellen, wo es okay ist, wo Menschen ihre eigenen Entscheidungen treffen, ohne dafür stigmatisiert zu werden, sondern die Möglichkeit haben, so risikoarm wie möglich ihre Entscheidungen umzusetzen. (E13, 325-30)

Einige Präventionsarbeiter*innen sowie Clubbetreiber*innen forderten darüber hinausgehend eine Entkriminalisierung von Konsument*innen (E2, E3, E5, E9, E13, E15). Dabei wurde auf einen durch die Kriminalisierung erschwerten Zugang zu den Konsument*innen verwiesen (E3, E5). Zudem wurde der Einfluss von Strafen auf das Konsumverhalten hinterfragt (E3, E15). E3 äußerte sich dazu wie folgt:

(...) gerade die Kriminalisierung der Konsumenten, die hat sich als völlig kontraproduktiv erwiesen. Also, damit wird die Erreichbarkeit der Konsumenten erschwert, aber die hat keinen Effekt (...). (E3, 306-8)

Von E11 wurde dagegen auch die Bedeutung repressiver Maßnahmen betont, um Anreize zum Konsum einerseits, den Handel mit Substanzen andererseits zu minimieren:

Es bedarf letztendlich auch, weil der Anreiz, wenn Drogen angeboten werden, natürlich auch groß ist, diese auszuprobieren, letztendlich auch repressiver Maßnahmen. Da kommen wir gar nicht drum herum, um letztendlich auch zu verhindern, dass sich möglicherweise auch ein strukturierter Handel in manchen Clubs verfestigt. (E11, 128-32)

Kooperation

Eine engere Zusammenarbeit von Präventionsakteur*innen wurde insbesondere im Hinblick auf Synergieeffekte angeführt. So postulierte E8 eine höhere Bekanntheit sowie Akzeptanz staatlicher Präventionsangebote durch die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Peer-to-Peer-Projekten.

Mit Blick auf die gegenwärtige Situation sprach E4 von hinderlichen wechselseitigen Vorurteilen zwischen ehrenamtlichen Trägern mit akzeptierendem Ansatz und bezirklichen Beratungsstellen. E13 beschrieb Vorbehalte gegenüber Präventionsmaßnahmen von Seiten der Clubbetreiber*innen aus Sorge vor einer Attribution mit illegalem Substanzkonsum und konsekutiven strafrechtlichen Konsequenzen. E3 subsumierte:

(...) und wir müssen vor allem auch vernetzter arbeiten, also die einzelnen Disziplinen, die zum Teil noch so nebeneinander her ‚wurschteln‘: Medizin und auch die verschiedenen Fachrichtungen der Medizin, die Psychologen und Therapeuten, die Sozialpädagogen, die Pharmazeuten, die Toxikologen – die müssen sich besser miteinander vernetzen. (...) was eben auch ganz wichtig ist, dass das auch auf einer politischen Ebene dann sozusagen, dass die sich auch mit einbringt in den Diskurs. (E3, 309-17)

Finanzielle Mittel

Insbesondere Präventionsarbeiter*innen äußerten eindringlich Bedarf für mehr finanzielle Mittel, so beispielsweise E3:

Also, wir brauchen wirklich viel mehr Mittel für die Prävention (...). (E3, 304-5)

E8 und E9 führten aus, dass die derzeitige spendenbasierte Finanzierung von Präventionsprojekten zu einem Mangel an Kontinuität führe, dazu E9:

Wir können halt immer wieder unseren Mitgliedern ab und zu mal so eine Schulung aus Mitgliedsbeiträgen finanzieren oder wie gesagt so auf Spendenbasis, okay, aber solange die Frage nicht gelöst ist, wer dieses Angebot dauerhaft bezahlt, bleibt es halt immer mal wieder nadelstichmäßig (...). (E9, 580-3)

E3 schlug vor, einen Teil der benötigten Mittel aus der Reduktion repressiver Maßnahmen zu beziehen.

4.2.2 Partygänger*innen

4.2.2.1 Verbindungspunkte zur Berliner Partyszene

Verbindungspunkt mit Substanzkonsum bzw. Prävention im Kontext der Berliner Partyszene war insbesondere der persönliche Konsum der interviewten Partygänger*innen (P1 – P3, P5).

P3 ergänzte Substanzkonsum im Freundeskreis, P5 unter Kommiliton*innen. P3 sagte dazu:

Und im privaten Bereich: Also ich habe selber mit 19 Jahren angefangen, illegale Drogen zu konsumieren, und das seitdem über die Jahre mit Pausen auch immer wieder gemacht. Ich bin sehr früh auch schon in verschiedene, auch subkulturelle Partyszenen gerutscht und habe dadurch auch auf Festivals oder hier in Berlin selbst schon viele illegale Drogen konsumiert. Und auch viele Freunde gehabt, mit denen ich eben darüber gesprochen habe oder erlebt habe, dass das ein großes Thema ist und sehr präsent ist, Drogen zu konsumieren. (P3, 25-30)

Überwiegend wurden dem Konsum vorausgehend Informationen über Wirkung (P1, P2, P4), Dosierung (P1) sowie Herstellungsweise (P1, P2) der Substanzen eingeholt. Quellen waren dabei das Internet (P1, P2, P4) oder Peers (P2, P4). Exemplarisch berichtete P4:

Also, wenn ich das plane, dann informiere ich mich auf jeden Fall darüber im Internet, oder versuche mich zu informieren, je nachdem, was ich für Informationsquellen finde. Wenn irgendetwas spontan ist, dann ist es eher so, dass ich dann die Leute frage: 'Ok, was ist das und was macht das?' – und dann auch auf vertrauenswürdige Personen quasi höre. (P4, 89-92)

Davon abweichend antwortete P5:

Da ich meistens nicht plane, Drogen zu nehmen, sondern es meistens ziemlich spontan passiert und ich sowieso schon Alkohol getrunken habe, informiere ich mich vorher selten. (P5, 144-5)

Im Sinne der Risikominderung wurden die Substanzen vornehmlich bei Freund*innen (P1, P2) oder bekannten Drogenhändler*innen (P2, P3) erworben. So sagte P2:

(...) ein bisschen vorsichtig werde, wenn es um Drogen geht, die andere Leute mir verkaufen oder mir anbieten. Weil, eigentlich habe ich, ich versuche es auch immer noch, dass ich eigentlich immer nur, was von – entweder selber gekauft habe, wo ich die Quelle kannte und wusste, dass es nicht irgendein zusammengemischtes Zeug ist, oder von Freunden (...). (P2, 194-8)

Divergierend äußerte sich erneut P5:

Ja, mittlerweile schon mehr, wobei ich da auch noch ziemlich naive Aktionen hatte, also im Club von irgendjemanden gekauft, oder direkt auf der Toilette mitgezogen, die Person kannte ich überhaupt nicht, es hätte jegliche Substanz sein können. Aber da bin ich ein bisschen besser geworden. (P5, 155-8)

4.2.2.2 Substanzkonsum in der Berliner Partyszene

Konsumierte Substanzen

Übereinstimmend mit den berufsmäßigen Expert*innen wurden Alkohol, Cannabis, Amphetamin, MDMA und Kokain als die am häufigsten konsumierten Substanzen genannt, dabei jedoch ergänzt um Ketamin (P1 – P5). Beispielsweise äußerte sich P4 wie folgt:

Ich glaube, hauptsächlich Cannabis. Und was die chemischen Sachen angeht, vor allem ‚Speed‘, MDMA und Ketamin. Kokain vielleicht auch, das kann ich nicht genau einschätzen. (P4, 11-2)

Risikokonsum

Mit Blick auf riskante Konsummuster wurden Mischkonsum (P2) sowie der Konsum von Substanzen aus unbekannter Quelle genannt:

Dann auf jeden Fall, auch wenn man Leute kennenlernt, also, wenn ich jetzt irgendwie unterwegs bin, ist es echt oft so, dass mir Leute etwas anbieten, seien es Freunde von mir, oder auch fremde Leute, die dann halt sagen: ‚Ja, hier, willst du ein bisschen was?‘ Und gefährlich könnte es werden, wenn man von jedem Fremden, oder von jeder x-beliebigen Person anfängt, etwas zu nehmen, obwohl man gar nicht weiß, was genau es ist. (P2, 84-9)

P3 ergänzte Risiken ob unbekannter Substanzdosierungen:

Also zum Beispiel, dass man eine ‚Ecstasy‘-Pille kauft und irgendwie die nächsten zwei Tage nicht mehr zurechtkommt, weil irgendwie der ‚Speed‘-Anteil so hoch ist, dass die Dosis einfach zu stark und nicht einschätzbar ist, weil man eben nicht weiß, wie die Drogen dosiert sind. (P3, 80-3)

Hinsichtlich substanzspezifischer Risikofaktoren wurde das jeweilige Gefahrenpotential von Heroin und Methamphetamin höher verortet als dasjenige von MDMA (P2).

Risikogruppen

Als Risikogruppen wurden junge Partygänger*innen (P3, P5) sowie psychisch vorerkrankte Partygänger*innen (P3, P4) beschrieben. P3 fasste dies so zusammen:

Ich würde schon sagen, dass auf jeden Fall Jugendliche oder junge Menschen eine Risikogruppe darstellen, weil sie halt einfach noch nicht so genau wissen, wo sie hinwollen mit ihrem Leben und Drogen da eine einfache Antwort sein können. (...) oder auch Menschen mit psychischen Problemen (...). (P3, 62-5)

4.2.2.3 Prävention in der Berliner Partyszene

Handlungsbedarf

Verglichen mit den berufsmäßigen Expert*innen wurde die explizite Notwendigkeit neuer Präventionsangebote weniger dringlich eingestuft. So äußerte sich diesbezüglich lediglich P3:

„Also erst einmal würde ich sagen, dass immer Handlungsbedarf ist, bei so einer Sache wie Drogenkonsum.“ (P3, 112-3)

Implizit ließ sich aus den im Folgenden dargestellten priorisierten Präventionsansätzen jedoch ein bedingter Wunsch nach neuen Angeboten ableiten.

Ansätze

Favorisierte Präventionsansätze waren Drug Checking (P1 – P5), neue Aufklärungsangebote für Partygänger*innen (P1, P3 – P5) sowie ein offenerer gesellschaftlicher Umgang mit Substanzkonsum (P1, P3, P5). Exemplarisch äußerte sich P5:

Was ich auch schade finde ist, dass es hier diese Stellen nicht gibt, wo du deine gekauften Substanzen prüfen lassen kannst. (P5, 113-4)

Definitiv. Das [staatlich geförderte Aufklärungsangebote; Anmerkung des Autors] ist auf jeden Fall etwas, das ich extrem wichtig finde. (P5, 153)

Drug Checking

Drug Checking wurde geschlossen positiv bewertet. Anreize zur Nutzung waren das Vermeiden unerwarteter Substanzen (P1 – P3) bzw. unerwartet hoher Dosierungen (P3).

P2 beschränkte sich dabei auf mobile Angebote:

Also, dass ich jetzt extra zu einer bestimmten Adresse hinfahren müsste, um meine Drogen da zu testen, würde ich wahrscheinlich nicht machen. Wenn es jetzt im Club wäre, wäre es auf jeden Fall niedrigschwelliger – also dann würde ich es wahrscheinlich, auf jeden Fall, eher [sic!] testen, oder in Anspruch nehmen. (P2, 225-9)

*Aufklärung von Partygänger*innen*

Auch Aufklärungsangebote für Partygänger*innen wurden positiv bewertet mit Ausnahme von P2:

Ich weiß es nicht, um ehrlich zu sein. Weil ich wüsste nicht [sic!], ob ich die in Anspruch nehmen würde. Weil ich merke es ja jetzt [sic!], wie es bei mir ist. Ich bin in Berührung gekommen mit Drogen, mir ging es immer gut und selbst, wenn da irgendwo ein Stand gewesen wäre, hätte ich mich jetzt an dem Abend nicht informiert und hätte mir da nicht irgendetwas durchgelesen. (P2, 217-20)

Hinsichtlich der Umsetzung wurden aufsuchende Angebote priorisiert (P3, P4). Als Beratungsinhalte wurden Informationen zu Substanzwirkungen sowie Safer-Use genannt (P1).

Gesellschaftlicher Umgang und rechtlicher Status

Mehrheitlich wurde sich für Toleranz bzw. Akzeptanz von Substanzkonsum ausgesprochen (P1, P3, P5).

P1 und P5 forderten darüber hinausgehend eine vollständige Legalisierung. P5 fasste dies so zusammen:

Ich glaube, dass ich dabei relativ simpel für die Legalisierung von Drogen bin, weil ich finde, dass, wenn es einen offenen Umgang mit etwas gibt, sich viele Leute mit den Folgen auseinandersetzen und es nicht stigmatisiert wird. Und ich glaube, dass es für die Feierszene auch nicht schlecht wäre. (P5, 84-7)

4.3 Zweite Fragebogenerhebung

4.3.1 Soziodemographische Parameter, Konsumprävalenzen und negative Konsumfolgen

Soziodemographische Parameter

Das mittlere Alter lag bei 30.31 Jahren ($SD = 7.24$). 53% ($n = 382$) waren männlich, 46% ($n = 326$) weiblich, 1% ($n = 7$) gab eine andere Geschlechtszugehörigkeit an (z. B. nichtbinär, divers, genderqueer) und 1% ($n = 4$) machte keine Angabe.

Insgesamt verfügten 80% ($n = 573$) über eine Hochschulreife (Hochschulabschluss: 53% [$n = 383$] bzw. Abitur: 26% [$n = 190$]), 15% ($n = 105$) über eine Berufsausbildung, 4% ($n = 30$) über einen mittleren Schulabschluss und 1% ($n = 6$) über einen Hauptabschluss; 1% ($n = 4$) gab hierzu keine Antwort.⁴⁵ Alter und Bildungsabschluss korrelierten positiv mit moderatem Effekt ($r_s = .343, p < .001$).

Im Vergleich zur ersten Fragebogenerhebung waren

- mittleres Alter ($U = 241,972, Z = -4,645, p < .001$) und
- Bildungsabschluss ($U = 231,845, Z = -9,328, p < .001$)

signifikant höher bei geringen bis moderaten Effektstärken ($r_s = .120$ respektive $r_s = .234$). Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung bestanden keine signifikanten Unterschiede.

Konsumprävalenzen

Die 30-Tage-, 12-Monats- und Lebenszeitkonsumprävalenzen sind in Tabelle 9 dargestellt.⁴⁶ Es zeigten sich signifikante Unterschiede zur ersten Fragebogenerhebung mit geringen Effektstärken ($\varphi < .09$ bzw. $\varphi < .16$).

Insgesamt gaben 90% ($n = 632$) an, mindestens eine Partydroge abgesehen von Alkohol im vergangenen Monat konsumiert zu haben. Dies war signifikant höher als in der ersten Fragebogenerhebung bei geringer Effektstärke ($\chi^2[1, N = 1,550] = 9.05, p = .003, \varphi = .076$).

⁴⁵ Mittleres Alter, Geschlecht und Bildung wurden vorab berichtet [14].

⁴⁶ Die Konsumprävalenzen wurden vorab berichtet [14].

Tabelle 9⁴⁷

30-Tage-, 12-Monats- und Lebenszeitkonsumprävalenzen der Teilnehmer*innen der zweiten Fragebogenerhebung inklusive signifikanter Unterschiede zur ersten Fragebogenerhebung

Substanz	Konsumprävalenzen					
	30-Tage		12-Monate		Lebenszeit	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Alkohol	88.24	630	95.24	680	99.60*	711
Cannabis	60.90	433	82.00	583	97.61*	694
Amphetamin	53.31	378	81.66**	579	92.95**	659
MDMA	47.11	335	83.97**	597	94.37**	671
Kokain	41.47	294	73.48**	521	89.28**	633
Ketamin	36.66	257	62.20*	436	78.17**	548
LSD	9.89	69	38.11	266	59.74	417
GHB/ GBL	10.87	75	16.09	111	32.90	227
Psilocybin	3.88*	27	29.02	202	67.39*	469
Benzodiazepine	8.21	57	19.02	132	37.03	257
„Poppers“	4.34	30	14.47	100	39.80*	275
Schmerzmittel auf Opiatbasis	2.60	18	10.53	73	28.72	199
Neuro-Enhancer	4.48*	31	9.97	69	32.23	223
Methamphetamin	1.87	13	3.89	27	15.56	108
Synthetische Cathinone	3.76*	26	7.80*	54	17.77**	123
Synthetische Cannabinoide	0.44	3	1.46	10	19.21	132
Heroin	0.58	4	1.01	7	4.62	32
Andere ^a	6.44	15	21.46	50	34.76	81

Anmerkung. ^a Im Freitextfeld genannte Substanzen. In absteigender Reihenfolge wurden am häufigsten genannt: 2C-B (*n* = 40), DMT (*n* = 19), Distickstoffmonoxid („Lachgas“) (*n* = 7), Mitragynin (Kratom) (*n* = 5), Meskalin (*n* = 4), Salvinorin (*Salvia divinorum*) (*n* = 4), MXE (*n* = 2).

* $p < .05$, $\varphi < .09$. ** $p < .001$, $\varphi < .16$. Im Falle signifikanter Unterschiede waren die Konsumprävalenzen jeweils höher verglichen mit der ersten Fragebogenerhebung (vergleiche Tabelle 6).

⁴⁷ In Anlehnung an Tabelle 1 aus [14].

Psychische Erkrankungen

18% ($n = 131$) gaben an, psychisch erkrankt zu sein.⁴⁸ Aufgeschlüsselt nach Einzeldiagnosen (Mehrfachnennungen möglich) wurden am häufigsten

- affektive Störungen (insbesondere [rezidivierende] depressive Störungen) (10%, $n = 75$),
- Angststörungen (2%, $n = 16$),
- Essstörungen (2%, $n = 15$),
- Abhängigkeitserkrankungen (2%, $n = 14$),
- Persönlichkeitsstörungen (1%, $n = 9$) (insbesondere emotional instabil vom Borderline-Typ [1%, $n = 5$]),
- Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (1%, $n = 6$),
- PTBS (1%, $n = 5$) sowie
- substanzinduzierte psychotische Störungen (1%, $n = 3$) genannt. 1% ($n = 7$) machte keine Angabe.

Psychische Erkrankungen wurden nicht signifikant häufiger als in der ersten Fragebogenerhebung angegeben.

4.3.2 Nutzungsbereitschaft von Drug Checking

Die große Mehrheit gab an, Drug Checking bei Verfügbarkeit nutzen zu wollen ($M = 4.58$, $SD = 0.71$, 5-Punkt-Likert-Skala⁴⁹ von 1 [trifft überhaupt nicht zu] bis 5 [trifft voll und ganz zu]).

Prozentual zeigte sich eine Zustimmung von 91% ($n = 657$).⁵⁰ Mit Blick auf etwaige soziodemographische Einflussfaktoren zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht oder Alter.

4.3.3 Reaktion in Abhängigkeit des Testergebnisses

Reaktionen auf verschiedene Testergebnisse inklusive signifikanter Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht⁵¹ und Alter sind in Tabelle 10 dargestellt.

⁴⁸ Der Anteil an psychischen Erkrankungen wurde vorab veröffentlicht [14]. Eine Aufschlüsselung nach Einzeldiagnosen erfolgte nicht.

⁴⁹ Gilt entsprechend für folgende Werte. Die Nutzungsbereitschaft wurde vorab berichtet [14].

⁵⁰ Im Einzelnen: 68% ($n = 483$) trifft voll und ganz zu bzw. 24% ($n = 174$) trifft zu.

⁵¹ Reaktionen inklusive signifikanter Unterschiede in Abhängigkeit des Geschlechts – nicht jedoch des Alters – wurden vorab veröffentlicht [14].

Tabelle 10⁵²

Reaktionen auf verschiedene Testergebnisse in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter sowie gesamt

	Reaktion							
	Dosis → ^a		Dosis ↓ ^b		Verwerfen ^c		Sonstige ^d	
Hohe Dosis der erwünschten Substanz								
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Gesamt	4.62	33	90.49	647	2.52	18	2.38	17
Weiblich	3.68* ¹	12	90.80* ¹	296	4.60* ¹	15	0.92* ¹	3
Männlich	5.50* ¹	21	90.05* ¹	344	0.79* ¹	3	3.66* ¹	14
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter	28.83	6.48	30.47	7.22	28.83	8.98	28.47	7.13
Neben erwarteter auch unerwarteter Substanz(en)								
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Gesamt	1.26	9	21.68	155	66.01	472	11.05	79
Weiblich	1.53	5	19.63	64	81.10	222	10.74	35
Männlich	1.05	4	23.82	91	64.14	245	10.99	42
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter	29.25	5.90	29.56	6.35	30.96	7.62	38.01	6.13
Nur unerwartete Substanz(en)								
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Gesamt	0.56	4	2.66	19	93.15	666	3.50	25
Weiblich	0.00* ²	0	4.60* ²	15	92.33* ²	301	3.07* ²	10
Männlich	1.05* ²	4	1.05* ²	4	93.72* ²	358	3.93* ²	15
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter	24.50* ³	2.08* ³	28.56	5.36	30.38* ³	7.32* ³	30.54	6.85

Anmerkung. Gesamt: *N* = 708. Weiblich: *n* = 326. Männlich: *n* = 382.

^a Konsum der gewohnten Dosis. ^b Konsum einer geringeren Dosis. ^c Kein Konsum. ^d Am häufigsten wurden genannt: abhängig vom Risikopotential der unerwarteten Substanz(en) (*n* = 58), Einholen weiterer Informationen bezüglich der unerwarteten Substanz(en) (*n* = 50), abhängig von Umgebungsfaktoren (*n* = 4), Dosisanpassung in Abhängigkeit des Körpergewichts (*n* = 3), geringe Startdosis (*n* = 3).

*¹ *p* < .001, Cramers *V* = .154. *² *p* = .012, Cramers *V* = .135. *³ *p* = .026, η^2 = .006.

⁵² In Anlehnung an Tabelle 2 aus [14].

4.3.4 Motivationen und Hindernisse für die Nutzung von Drug Checking

Motivationen

Hinsichtlich der zur Bewertung stehenden Nutzungsmotivationen zeigten sich signifikante Unterschiede mit moderatem Effekt ($F(6, 361.2) = 346.01, p < .001, \eta^2 = .301$): Das Vermeiden unerwünschter Streckstoffe (Zustimmung prozentual: 96% [$n = 690$])⁵³ wurde signifikant am besten, das Vermeiden anderer psychoaktiver Substanzen (Zustimmung prozentual: 77% [$n = 553$])⁵⁴ signifikant besser als die übrigen Motivationen bewertet (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11

Motivationen für die Nutzung von Drug Checking

Motivation	Bewertung		Vergleich mit			
			Vermeiden von			
			Streckstoffen		psychoaktiven Substanzen	
			95% KI		95% KI	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	UG	OG	UG	OG
Vermeiden von Streckstoffen	4.73	0.64	-	-	-.64* ²	-.37* ²
Vermeiden psychoaktiver Substanzen	4.23	1.02	.37* ²	.64* ²	-	-
Neugierde	4.05	1.14	.54* ²	.83* ²	.01* ¹	.35* ¹
Vermeiden von Überdosierungen	4.03	1.12	.55* ²	.84* ²	.02* ¹	.36* ¹
Qualitätskontrolle von Händler*innen	2.75	1.36	1.81* ²	2.14* ²	1.28* ²	1.66* ²
Konsumreflexion	2.73	1.39	1.83* ²	2.17* ²	1.30* ²	1.69* ²

Anmerkung. Die Bewertung erfolgte mittels 5-Punkt-Likert-Skala von 1(trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu). KI = Konfidenzintervall. UG = untere Grenze. OG = obere Grenze.

*¹ $p < .050$. *² $p < .001$.

Mit Blick auf etwaige soziodemographische Einflussfaktoren zeigte sich eine positive Korrelation zwischen Alter und dem Vermeiden von Überdosierungen ($r_s = .082, p = .034$). Umgekehrt zeigte sich eine negative Korrelation zwischen Alter und Neugierde ($r_s = -.080$,

⁵³ Im Einzelnen: 80% ($n = 575$) trifft voll und ganz zu bzw. 16% ($n = 115$) trifft zu.

⁵⁴ Im Einzelnen: 54% ($n = 388$) trifft voll und ganz zu bzw. 23% ($n = 165$) trifft zu.

$p = .038$).⁵⁵ Weibliche Teilnehmerinnen bewerteten die Qualitätskontrolle von Drogenhändler*innen mit geringer Effektstärke signifikant besser als männliche Teilnehmer ($M = 2.62$, $SD = 1.42$ versus $M = 2.86$, $SD = 1.31$, $p = .050$, $\eta^2 = .008$).

Hindernisse

Auch hinsichtlich der zur Bewertung stehenden potentiellen Hindernisse bestanden signifikante Unterschiede mit moderater Effektstärke ($F(5, 518.6) = 289.12$, $p < .001$, $\eta^2 = .256$): Die Sorge vor Strafverfolgung (Zustimmung prozentual: 60% [$n = 430$])⁵⁶ wurde signifikant am höchsten, die Sorge um Anonymität (Zustimmung prozentual: 51% [$n = 367$])⁵⁷ signifikant höher als die übrigen Hindernisse bewertet (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12

Hindernisse bei der Nutzung von Drug Checking

Hindernis	Bewertung		Vergleich mit			
			Sorge vor Strafverfolgung		Sorge um Anonymität	
			95% KI		95% KI	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	UG	OG	UG	OG
Sorge vor Strafverfolgung	3.60	1.47	-	-	-.56*	-.11*
Sorge um Anonymität	3.26	1.48	.11*	.56*	-	-
Bloßstellung	2.36	1.33	1.02*	1.45*	.68*	1.11*
Zu großer Aufwand	2.06	1.16	1.33*	1.73*	.99*	1.40*
Keine Auswirkungen	1.55	0.83	1.87*	2.23*	1.53*	1.90*

Anmerkung. Die Bewertung erfolgte mittels 5-Punkt-Likert-Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu). KI = Konfidenzintervall. UG = untere Grenze. OG = obere Grenze.

* $p < .001$.

⁵⁵ Nutzungsmotivationen in absoluten und relativen Häufigkeiten sowie beschriebene Korrelationen wurden vorab veröffentlicht [14]. Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Bewertung der Nutzungsmotivationen sowie Unterschiede in Abhängigkeit des Geschlechts wurden nicht berichtet.

⁵⁶ Im Einzelnen: 40% ($n = 287$) trifft voll und ganz zu bzw. 20% ($n = 143$) trifft zu.

⁵⁷ Im Einzelnen: 27% ($n = 194$) trifft voll und ganz zu bzw. 24% ($n = 173$) trifft zu.

Mit Blick auf etwaige soziodemographische Einflussfaktoren zeigte sich eine positive Korrelation zwischen Alter und der Sorge um Anonymität ($r_s = .092, p = .018$).⁵⁸ Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit des Geschlechts.

4.3.5 Substanzerwerb und Konsumerberatung

Substanzerwerb

77% ($n = 509$) gaben an, ihre Substanzen im Vorfeld des Clubbesuchs zu erwerben⁵⁹, 20% ($n = 130$) erwarben die Substanzen teilweise im Vorfeld und teilweise während des Besuchs, 3% ($n = 22$) eher während des Besuchs.

Die Substanzen wurden meist von bekannten Drogenhändler*innen ($M = 4.02, SD = 1.24$, Zustimmung prozentual: 75% [$n = 523$])⁶⁰ oder Freund*innen ($M = 4.02, SD = 1.05$, Zustimmung prozentual: 74% [$n = 520$])⁶¹ erworben, seltener von unbekanntem Drogenhändler*innen ($M = 1.86, SD = 0.98$, Zustimmung prozentual: 7% [$n = 51$])⁶² oder im Internet ($M = 1.44, SD = 1.03$, Zustimmung prozentual: 8% [$n = 53$]).⁶³

Konsumerberatung

Der Großteil der Teilnehmer*innen gab an, eine begleitende Konsumerberatung sinnvoll zu finden ($M = 4.22, SD = 0.95$).⁶⁴ Prozentual zeigte sich eine Zustimmung von 79% ($n = 564$).⁶⁵

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht oder Alter.

⁵⁸ Potentielle Hindernisse sowie genannte Korrelation wurden vorab veröffentlicht [14].

⁵⁹ Im Einzelnen: 36% ($n = 239$) immer bzw. 41% ($n = 270$) eher.

⁶⁰ Im Einzelnen: 49% ($n = 340$) trifft voll und ganz zu bzw. 26% ($n = 183$) trifft zu.

⁶¹ Im Einzelnen: 41% ($n = 285$) trifft voll und ganz zu bzw. 33% ($n = 235$) trifft zu.

⁶² Im Einzelnen: 1% ($n = 8$) trifft voll und ganz zu bzw. 6% ($n = 43$) trifft zu.

⁶³ Im Einzelnen: 4% ($n = 26$) trifft voll und ganz zu bzw. 4% ($n = 27$) trifft zu.

⁶⁴ Details zum Substanzerwerb sowie die Bewertung einer begleitenden Konsumerberatung wurden vorab prozentual berichtet [14].

⁶⁵ Im Einzelnen: 50% ($n = 355$) trifft voll und ganz zu bzw. 29% ($n = 209$) trifft zu.

5. Diskussion

5.1 Diskussion der Methoden

5.1.1 Studiendesign

Die erste Untersuchung vorliegender Arbeit integrierte erstmals quantitative und qualitative Methoden zur Untersuchung von Soziodemographie, Konsumverhalten und Präventionsbedürfnissen von Berliner Partygänger*innen.⁶⁶ Dazu wurden innerhalb eines dominierenden quantitativen Rahmens qualitative Daten zur Erfassung von Kontextwissen bzw. Validierung ausgewählter quantitativer Daten eingebettet [88]. Die Datenerhebung erfolgte für beide Teile parallel, die Analyse getrennt [89]. Durch den gewählten Ansatz konnten einerseits möglichst repräsentative, objektive und reliable Daten generiert werden (Quantitativer Teil). Die subsektive statistische Analyse bot Raum für Vergleiche mit Voruntersuchungen und erhöhte dadurch die externe Validität der erhobenen Daten. Andererseits wurden erstmals nicht prädeternierte, alltagsnahe Expert*innenmeinungen eingeholt (Qualitativer Teil). Dies ermöglichte zum einen eine Erhöhung der internen Validität der erhobenen Daten durch in der Hauptsache konvergenter Ergebnisse (z. B. konsumierte Substanzen, Relevanz von Drug Checking sowie Aufklärungsangeboten) [90]. Zum anderen konnten Erklärungsmodelle entwickelt (z. B. Faktoren zur Kategorisierung von Risikogruppen), praktische Implikationen aufgezeigt (z. B. Details zu den priorisierten Präventionsansätzen) sowie sich mit den quantitativen Daten komplementierende Aussagen erhoben (z. B. Notwendigkeit neuer Präventionsangebote) werden. Des Weiteren wurde durch vereinzelt von den quantitativen Daten divergierende Einschätzungen (z. B. Risikostratifizierung des Konsums von Alkohol und MDMA) sowie gänzlich neu hervorgebrachte Aspekte (z. B. Kooperation von Präventionsakteur*innen, finanzielle Mittel) ein differenzierterer Blick auf das Forschungsfeld möglich.

Durch Durchführung einer zweiten Fragebogenerhebung unter ähnlichen Rahmenbedingungen konnte die Reliabilität ausgewählter Ergebnisse erhöht werden. Zusätzlich wurden tiefergehende Interpretationen hinsichtlich des in der ersten Untersuchung priorisierten Präventionsansatzes möglich. Auf Grund der größtenteils konvergenten Ergebnisse der ersten Untersuchung wurde sich auf eine quantitative Online-Erhebung beschränkt. Es konnte dennoch eine vergleichbare Zahl an Teilnehmer*innen (zweite Fragebogenerhebung: $N = 719$ versus erste Fragebogenerhebung: $N = 877$) erreicht und damit insgesamt ein substantieller Teil der Berliner Partyszene abgedeckt werden ($N = 1,596$).

⁶⁶ Auf die Verwendung des Mixed-Method-Designs wurde vorab verwiesen [10].

Vorab publizierte Ergebnisse vorliegender Arbeit wurden entsprechend kenntlich gemacht. Neben einer umfassenderen Kontextualisierung konnten durch die erstmalige gemeinsame Darstellung und Diskussion von Methodik und Ergebnissen beider Teiluntersuchungen neue Erkenntnisse gewonnen und Implikationen für Folgestudien aufgezeigt werden.

5.1.2 Fragebogenerhebungen

5.1.2.1 Fragebögen

Der Fragebogen der ersten Fragebogenerhebung orientierte sich an Voruntersuchungen unter anderen Partygänger*innen [3, 7]. Er wurde ergänzt durch validierte Messinstrumente zur Erfassung riskanter Konsummuster (CAGE-AID [71], relative Risikowahrnehmung [72]). Weitere Parameter (z. B. Konsumfrequenz, Mischkonsum⁶⁷, ‚Optimistic-Bias‘⁶⁸ [91]) wurden aus Umfanggründen nicht erfasst, um die Abbruchquote möglichst gering zu halten. Die zur Bewertung stehenden Präventionsansätze deckten sowohl bereits in Berlin etablierte Angebote [56, 63-66] als auch international erprobte Ansätze [39] umfassend ab.

Der Fragebogen der zweiten Fragebogenerhebung orientierte sich zur besseren Vergleichbarkeit am Fragebogen der ersten Fragebogenerhebung. Um die Abbruchquote möglichst gering zu halten, wurden nicht erneut sämtliche Aspekte zu Soziodemographie und Konsumverhalten adressiert (z. B. sexuelle Orientierung, CAGE-AID, relative Risikowahrnehmung, Reduktionswunsch). Spezifische Fragen zu Drug Checking wurden orientierend an Voruntersuchungen [2, 13, 42] ergänzt, da zum Zeitpunkt der Fragebogenerstellung nicht alle Details zum Berliner Modellprojekt (z. B. Wartezeit, stationäre versus mobile Bereitstellung, Kostenübernahme) bekannt waren.

Die Verständlichkeit der Fragen wurde für beide Fragebogenerhebung vorab in Pretests geprüft, auch um so genannte ‚Satisficing‘-Strategien⁶⁹ zu minimieren [92]. Nicht auszuschließen waren jedoch Verständnisschwierigkeiten insbesondere hinsichtlich der zur Bewertung stehenden Präventionsansätze auf Grund mangelnder Fachkenntnis der Teilnehmer*innen. Folgebefragungen könnten kurze Erläuterungen implementieren.

⁶⁷ Parameter wurde vorab angeführt [10].

⁶⁸ Marginalisierung des eigenen Konsumrisikos im Vergleich zu Peers und konsekutiv negativer Prädiktor für einen Wunsch nach Reduktion bzw. Abstinenz. Erfassung mittels der Differenz zwischen Risikowahrnehmung bezogen auf sich selbst und Dritte.

⁶⁹ Kofferwort aus satisfying (engl. für befriedigend) und suffice (engl. für genügen). In diesem Zusammenhang gemeint ist die Wahl der ersten akzeptabel erscheinenden Antwortmöglichkeit bei Überforderung oder mangelnder Motivation (z. B. mittels Tendenz zur Mitte bzw. Milde/ Härte bei 5-Punkt-Likert-Skalen).

Durch die jeweils zweisprachige Ausführung (Deutsch und Englisch) wurde auch internationalen Partygänger*innen die Teilnahme ermöglicht.

5.1.2.2 Erhebungen

Die Auswahl der Clubs erfolgte auf Basis möglichst objektiver Kriterien (Grundflächengröße, gepoolte Online-Ratgeber) und beschränkte sich nicht auf bestimmte Subszenen (z. B. Technoszene, MSM-Szene) [74-77].

Aus Kapazitätsgründen konnte jedoch nicht die gesamte Berliner Clubszene suffizient abgebildet werden.⁷⁰ Zur besseren Vergleichbarkeit wurden bei beiden Fragebogenerhebungen dieselben Clubs inkludiert. Dies bedeutete jedoch, dass sich potentielle Verzerrungen in der zweiten Fragebogenerhebung wiederholten.

Zusätzlich boten beide Erhebungsmodalitäten Raum für Verzerrungen: Bei den Online-Versionen

- wurden die Fragebögen zwar nur über die Online-Präsenzen und Newsletter der inkludierten Clubs verteilt, dennoch könnten auch Personen außerhalb der Zielgruppe den Link erhalten und an der Befragung teilgenommen haben.
- konnten umgekehrt Partygänger*innen, die diese Kanäle nicht nutzten, nicht an den Befragungen teilnehmen.
- konnte nicht abgeschätzt werden, wie viele Internetnutzer im Sinne von systematischen Antwortausfällen die Befragungsaufrufe lasen, ohne daran teilzunehmen.
- konnten Mehrfachteilnahmen nicht sicher ausgeschlossen werden.

Bei der Paper/ Pencil-Version könnten

- unbewusste subjektive Auswahlkriterien der Mitglieder des Studienteams bei der Selektion der Partygänger*innen (z. B. Alter, Geschlecht, Auftreten) zu einer Überrepräsentation bestimmter Subpopulationen geführt haben.
- erschwerte Rahmenbedingungen die Partygänger*innen in ihrem Antwortverhalten beeinflusst haben (z. B. Intoxikation⁷¹, Lautstärke, andere Partygänger*innen, Zeitdruck, Sorge um Anonymität).

⁷⁰ Auf diese Limitation wurde vorab verwiesen [36].

⁷¹ Vorab benannt [36].

Bei beiden Erhebungsmodalitäten waren

- Partygänger*innen, die Partydrogen konsumierten oder Interesse an Prävention zeigten, möglicherweise eher gewillt, an der Befragung teilzunehmen. Zur Reduktion dieser Effekte wurden im Einladungs- und Einleitungstext explizit auch nicht konsumierende Partygänger*innen zur Teilnahme aufgerufen.
- trotz Zusicherung der Anonymität Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit [92] denkbar, z. B. durch eine möglichst der sozialen Norm entsprechende Beschreibung der eigenen Person (psychische Erkrankungen, sexuelle Orientierung, Konsumprävalenzen) oder Überbetonung vermeintlich erwünschten Verhaltens (Reduktionswunsch, relative Risikowahrnehmung, Bewertung der Präventionsansätze, Nutzungsbereitschaft und Auswirkungen von Drug Checking, Sinnhaftigkeit einer begleitenden Konsumberatung). In Folge der geringeren physischen wie sozialen Distanz im Rahmen der Paper/ Pencil-Version könnten diese Effekte dort größer als in den Online-Versionen gewesen sein.
- Zustimmungstendenzen insbesondere bei den häufig verwendeten 5-Punkt-Likert-Skalen trotz balancierter Formulierung möglich. Auf eine Reduktion dieses Effekts durch zusätzliche Invertierung von Aussagen unter Verwendung derselben Skalen [82] wurde verzichtet, um die Abbruchquote gering zu halten.
- Fragepositionseffekte⁷² [92] vorstellbar (z. B. Frage nach Beratungswunsch nach möglicher Reflexion eines riskanten Konsumverhaltens im Rahmen der CAGE-AID-Fragen, Listung von Vermeidung von Überdosierungen bzw. Verunreinigungen als Nutzungsmotivationen nach Erfassung potentieller Reaktionen auf Überdosierungen bzw. Verunreinigungen).

5.1.2.3 Auswertung

Datenerfassung, Datenaufbereitung und Auswertung erfolgten mittels standardisierter Verfahren [79, 88]. Nicht auszuschließen waren Ungenauigkeiten bei der manuellen Digitalisierung der Paper/ Pencil-Fragebögen bzw. Codierung von Freitextangaben (z. B. psychische Erkrankungen, priorisierte Präventionsätze) [93]. Aus Kapazitätsgründen wurde auf Kontrollen durch weitere Mitglieder des Studienteams verzichtet. Die überwiegend computergestützte Datenerfassung (1,393 Online-Fragebögen versus 203 Paper/ Pencil-Fragebögen) sowie die meist verwendeten

⁷² Vorausgehende Fragen beeinflussen die Beantwortung nachfolgender Fragen.

Mehrfachauswahlfragen sicherten dagegen eine hohe Erfassungs- [79] und Auswertungsobjektivität [93].

5-Punkt-Likert-Skalen wurden auf Grund balancierter Formulierung als intervallskaliert betrachtet. Die Darstellung erfolgte mit *M* und *SD*, zur Berechnung von Gruppenunterschieden bzw. Zusammenhängen wurden Verfahren für mindestens ordinalskalierte Variablen verwendet. Da die Zulässigkeit dieses Vorgehens Gegenstand wissenschaftlicher Debatte ist [94], wurde im Sinne einer leichteren Nachvollziehbarkeit an entsprechender Stelle darauf verwiesen sowie punktuell additiv absolute und relative Häufigkeit berichtet.

Im Unterschied zu Voruntersuchungen [43, 80] wurden Risikogruppen nicht anhand der Konsumprävalenzen, sondern der erstmals erhobenen CAGE-AID-Fragen [71] beschrieben. Dies geschah vor dem Hintergrund der hohen Sensitivität (70%) und Spezifität (85%) des CAGE-AID bei der Detektion riskanter Konsummuster in der verwendeten Form [71]. Die Konsumprävalenzen bezifferten dagegen lediglich einen mindestens einmaligen Konsum im definierten Zeitraum [1], woraus sich wenig Erkenntnisse hinsichtlich der Risikostratifizierung ableiten ließen.

5.1.3 Expert*inneninterviews

5.1.3.1 Interviewpartner*innen

Die ausgewählten berufsmäßigen Expert*innen bildeten Berufsgruppen mit unmittelbarem Kontakt zu Substanzkonsum bzw. Prävention im Kontext der Berliner Partyszene umfassend ab (staatliche bzw. gemeinnützige Präventionsstellen, bezirkliche Suchthilfeoordination, ärztlicher Rettungsdienst, Fachverbände für Suchtprävention, Polizei, Clubbetrieb). Die Mindestanforderungen stellten eine ausreichende Fachkenntnis sicher.

Auf Grund der Überschneidung der Stichproben von Fragebogenerhebung und Expert*inneninterviews bezogen auf Berliner Partygänger*innen wurden vergleichsweise wenige komplementierende Interviews mit Partygänger*innen geführt ($N = 5$).

5.1.3.2 Interviewleitfaden, Durchführung und Auswertung

Hinsichtlich der Erstellung des Interviewleitfadens lagen wenig Orientierungswerte vor: Einerseits wurden in vorliegender Arbeit erstmalig qualitative Methoden zur Untersuchung von Substanzkonsum bzw. Prävention im Kontext der Berliner Partyszene verwendet. Andererseits verhinderte das parallele Studiendesign eine Orientierung an zuvor quantitativ erhobenen Daten. Zwar wurden nach initialer Recherche anhand der etablierten SPSS-Methode möglichst offene und zeitgleich strukturierte Fragen generiert [84]. Dennoch war nicht auszuschließen, dass wesentliche

Aspekte im Leitfaden nicht abgedeckt waren und folglich von den Interviewpartner*innen nicht adressiert wurden.

Durch situationsadaptierte Variation der Fragenreihenfolge durch die Interviewführenden konnte eine möglichst große Offenheit erzielt werden [95]. Dies bot dagegen auch Raum für Verzerrungen durch Fragepositionseffekte.

Zu Verzerrungen könnten des Weiteren Interviewereffekte durch die unterschiedlichen Mitglieder des Studienteams geführt haben (Auftreten, geringe Abweichungen bei der Formulierung der Fragen, Kommentierungen, Nachfragen) [91]. Zukünftige Erhebungen könnten sich daher auf eine*n Interviewführende*n beschränken bzw. im Vorfeld Maßnahmen zur Vereinheitlichung des Auftretens durchführen.

Auswertung und Ergebnisdarstellung orientierten sich an etablierten Standards qualitativer Forschung und gewährleisteten eine standardisierte, möglichst objektive, systematische Analyse [85, 86, 96]. Vor dem Hintergrund des dominierenden quantitativen Designs wurde aus Kapazitätsgründen zum einen auf eine erneute Kodierung durch weitere Mitglieder des Studienteams verzichtet. Konsekutiv konnten weder Interkoder-Reliabilität⁷³ bestimmt noch Kodierleitfaden bzw. Kategoriensystem bedarfsweise optimiert werden. Zum anderen erfolgte lediglich eine Auswertung von Schlüsselkategorien bezogen auf eingangs genannte Untersuchungsziele. Weniger bedeutsame Kategorien (persönliche Beziehung zu den Partygänger*innen, persönliche [Miss-]Erfolge, Konsummotivationen, positive Auswirkungen von Substanzkonsum) wurden mit potentielltem Erkenntnisverlust exkludiert. Aufgrund der geringen Anzahl an interviewten Partygänger*innen lagen zudem bezogen auf ausgewählte Kategorien wenige Aussagen vor (z. B. Risikogruppen, Handlungsbedarf), was die Aussagekraft limitierte.

⁷³ Ausmaß der Übereinstimmung der Kodierungen desselben Datenmaterials durch unabhängige Personen (Berechnung z. B. mittels des Kappa Koeffizienten nach Cohen).

5.2 Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Soziodemographische Parameter

Das mittlere Alter war zum einen innerhalb der ersten Fragebogenerhebung signifikant höher bei Teilnehmer*innen der Online-Version (29.41 Jahre versus 27.21 Jahre). Ursache könnte das Einschließen passiver älterer Mitglieder der Partyszene gewesen sein, die sich noch im Internet informieren, nicht jedoch in Clubs gehen.⁷⁴ Zum anderen war das mittlere Alter in der zweiten Fragebogenerhebung signifikant höher als in der ersten (30.31 Jahre versus 28.91 Jahre). Dies könnte einerseits damit zusammenhängen, dass die Erhebung ausschließlich online stattfand und erneut passive ältere Mitglieder der Partyszene inkludiert wurden. Andererseits erfolgte die Erhebung knapp eineinhalb Jahre später unter Verwendung derselben Kanäle und mittels direkten Adressierens der Teilnehmer*innen der ersten Fragebogenerhebung. Das höhere mittlere Alter könnte demnach durch partielles Einschließen derselben, gealterten Teilnehmer*innen bedingt worden sein. Die jeweiligen Effektstärken waren jedoch gering ($r = .068$ respektive $r = .120$) und deuteten auf eine hohe interne Validität der Daten hin.

Voruntersuchungen unter internationalen Partygänger*innen ermittelten zumeist ein deutlich geringeres mittleres Alter (ca. 21 – 23 Jahre) [6, 7].⁷⁵ Bezogen auf Berlin ergab sich ein inkonsistentes Bild: Eingangs genannte 20 Jahre zurückliegende Erhebung berichtete vergleichbare Ergebnisse (21.4 Jahre) [9]. Eine rezente (2018) Schätzung von 75 Berliner Clubveranstalter*innen hinsichtlich des Durchschnittsalters ihrer Besucher*innen zeigte sich dagegen beinahe kongruent mit den Ergebnissen vorliegender Arbeit (30.2 Jahre) [58].

Analog war der Frauenanteil – der sich zwischen beiden Fragebogenerhebungen nicht signifikant unterschied (43% versus 46%) – höher als in Voruntersuchungen der Berliner Partyszene (ca. 40%) [9] sowie anderer Partyszenen (ca. 30 – 38%) [3, 43].

Denkbar wäre eine Überrepräsentation weiblicher und älterer Teilnehmer*innen in vorliegender Arbeit auf Grund der umfassenden Implementierung präventionsbezogener Themen: Untersuchungen zur allgemeinen Gesundheitsprävention zeigten eine positive Korrelation zwischen weiblichem Geschlecht bzw. Alter und Teilnahmebereitschaft im Sinne der Selbstselektion [97]. Das höhere mittlere Alter sowie der höhere Frauenanteil in der zweiten Fragebogenerhebung ließen sich demnach durch die noch dezidiere Ausrichtung auf Prävention erklären.

⁷⁴ Erklärungsansatz wurde vorab diskutiert [36].

⁷⁵ Das höhere mittlere Alter im Vergleich zu Voruntersuchungen wurde vorab berichtet [14].

Der Bildungsabschluss war innerhalb der ersten Fragebogenerhebung in der Online-Version signifikant höher als in der Paper/ Pencil-Version. Darüber hinaus war der Bildungsabschluss in der zweiten Fragebogenerhebung signifikant höher als in der ersten. Dies könnte mit dem jeweils höheren mittleren Alter in der Online-Version bzw. zweiten Fragebogenerhebung zusammengehangen haben, da Alter und Bildungsabschluss in beiden Fragebogenerhebungen mit moderatem Effekt positiv korrelierten ($r_s = .349$ respektive $r_s = .343$).⁷⁶

Für andere Partyszenen wurden höhere Anteile an Studierenden (ca. 49% versus 32%) [5] bzw. Hochschulabschlüssen (63% versus 39%/ 53%) [3] bei vergleichbarem Durchschnittsalter beschrieben. Dennoch war vor dem Hintergrund eines deutlich höheren Bildungsniveaus verglichen mit der Berliner Allgemeinbevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe (Hochschulabschluss: 23%) [98] erneut eine Verzerrung durch Selbstselektion nicht auszuschließen: Gebildete Teilnehmer*innen waren möglicherweise eher zur Reflexion ihres Konsumverhaltens und Auseinandersetzung mit Suchtprävention gewillt als Teilnehmer*innen mit einem niedrigeren Bildungshintergrund.⁷⁷ Darauf deuteten auch Voruntersuchungen zur Prävention riskanten Alkoholkonsums, bei denen Teilnehmer*innen mit einem niedrigeren Bildungshintergrund unterrepräsentiert waren [99]. Der stärkere Fokus auf Prävention in der zweiten Untersuchung könnte demnach einen Erklärungsansatz für den signifikant höheren Bildungsabschluss dargestellt haben.

Der Anteil an homo- oder bisexuell orientierten Teilnehmer*innen war etwa doppelt so hoch wie in einer deutschlandweiten Befragung der Allgemeinbevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe (23% versus 11%) [100].

Für internationale Partyszenen wurde der Anteil an homo- oder bisexuell orientierten Partygänger*innen – über eine Beschreibung als Risikogruppe hinausgehend [55] – bisher nicht erfasst. Die Berlin-spezifischen Daten des Global Drug Survey⁷⁸ zeigten jedoch vergleichbare

⁷⁶ Erklärungsansatz bezogen auf die Online-Version der ersten Fragebogenerhebung wurde vorab diskutiert [36].

⁷⁷ Eine potentielle Verzerrung durch Selbstselektion wurde vorab angeführt [10, 14, 36], ebenso der Anteil an Hochschulabschlüssen unter anderen Partygänger*innen [36] sowie der Vergleich mit der Berliner Allgemeinbevölkerung [14].

⁷⁸ Größte Befragung zu Substanzkonsum weltweit. Städtespezifische Konsumprävalenzen werden nicht veröffentlicht (daher keine Implementierung in Kapitel 1.2).

Ergebnisse (ca. 23%) [101]. Denkbar wäre ein Zusammenhang mit Berlin als lesbisch, schwul, bisexuell, transgender, queer und intersexuell* (LGBTQI*) toleranter Großstadt [102].⁷⁹

Der Anteil an Tourist*innen (8%) war gering verglichen mit zitierter rezenter Erhebung im Auftrag von Berliner Clubveranstalter*innen (20%) sowie geschätzten drei Millionen Tourist*innen, die jährlich explizit wegen Berlins Clubkultur anreisen [58].

Dies könnte zum einen auf einen Coverage Bias zurückzuführen gewesen sein: Tourist*innen könnten in den für die Erhebung genutzten Berlin-spezifischen Online-Portalen unterrepräsentiert gewesen sein. Zum anderen erneut auf eine Verzerrung durch Selbstselektion: In Berlin wohnhafte Partygänger*innen könnten stärker von mittel- oder langfristig implementierten Präventionsangeboten tangiert gewesen sein und daher größere Motivation gehabt haben, an der Befragung teilzunehmen.

5.2.2 Konsumprävalenzen

Im internen Vergleich waren vor allem die 12-Monats- (z. B. Amphetamin [82% versus 70%], MDMA [84% versus 74%], Kokain [73% versus 62%]) und Lebenszeitkonsumprävalenzen (z. B. Amphetamin [93% versus 80%], MDMA [94% versus 84%], Kokain [89% versus 78%]) für ausgewählte Substanzen in der zweiten Fragebogenerhebung signifikant höher.

Die höheren Lebenszeitkonsumprävalenzen könnten mit dem höheren mittleren Alter der Teilnehmer*innen der zweiten Fragebogenerhebung zusammengehangen haben. Insbesondere angesichts des ebenfalls signifikant höheren Anteils an Teilnehmer*innen, der im vergangenen Monat mindestens eine Partydroge abgesehen von Alkohol konsumierte (90% versus 82%), war jedoch eine größere Verzerrung durch Selbstselektion in der zweiten Fragebogenerhebung denkbar. So zeigten Partygänger*innen, die Partydrogen abgesehen von Alkohol konsumierten, möglicherweise größeres Interesse, an einer spezifisch auf Drug Checking zugeschnittenen Befragung teilzunehmen.⁸⁰

Die jeweils geringen Effektstärken ($\phi < .200$) und beinahe identische Verteilung der Substanzen deuteten dennoch auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beider Erhebungen hin.

⁷⁹ Die Vergleiche mit der deutschlandweiten Gesamtbevölkerung sowie den Daten des Global Drug Survey wurden vorab gezogen [36]. Ebenso wurde Berlin als LGBTQI*-tolerante Stadt beschrieben.

⁸⁰ Potentielle Verzerrung wurde vorab berichtet [14].

In beiden Fragebogenerhebungen waren die Konsumprävalenzen

- „deutlich höher als in der Berliner Gesamtbevölkerung in einer vergleichbaren Altersgruppe (30-Tage-Prävalenz des Konsums von mindestens einer Partydroge [abgesehen von Alkohol; Anmerkung des Autors]: 9%)“⁸¹ [1].
- deutlich höher als in genannter 20 Jahre zurückliegenden Erhebung unter Berliner Partygänger*innen (z. B. 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Amphetamin: 50%/53% versus 24%, MDMA: 49%/47% versus 23%, Kokain: 36%/41% versus 10%) [9]. Dies könnte – bei vergleichbarer Methodik – auf einen Anstieg des Konsums von Partydrogen hindeuten.
- höher als unter Partygänger*innen aus der Schweiz, Oslo, Australien und Flandern (vergleiche Tabelle 1) [3-6].
- ähnlich hoch wie unter Partygänger*innen aus Edinburgh, Slowenien und Montreal (vergleiche Tabelle 1) [2, 7, 8]. Dabei galt zu beachten, dass die Erhebungen aus Edinburgh und Slowenien ausschließlich Partygänger*innen inkludierten, die Partydrogen konsumierten. Die dort erhobenen Prävalenzwerte waren mit den Ergebnissen vorliegender Arbeit somit nur bedingt vergleichbar. In Montreal und Edinburgh war der Stichprobenumfang zudem vergleichsweise gering ($N = 210$ respektive $N = 122$).

Mit Blick auf Einzelsubstanzen war in beiden Fragebogenerhebungen der Konsum von Alkohol, Cannabis, Amphetamin, MDMA, Kokain und Ketamin am weitesten verbreitet. Die Validität dieser Daten wurde zum einen durch die kongruente Einschätzung der qualitativ befragten Partygänger*innen erhöht. Zum anderen wurden für genannte Substanzen – mit Ausnahme von Ketamin – auch in Untersuchungen anderer Partyszenen die höchsten Konsumprävalenzen beschrieben [2, 10].

Psychedelika (LSD, Psilocybin) wiesen moderate 12-Monats- (LSD: 33%/ 38%, Psilocybin: 30%/ 29%) und Lebenszeit- (LSD: 53%/ 60%, Psilocybin: 56%/ 67%), jedoch geringe 30-Tage-Prävalenzwerte (LSD: 12%/ 10%, Psilocybin: 7%/ 4%) auf. Dies könnte für einen eher unregelmäßigen Konsum gesprochen haben. In der Literatur wurde für einen substantiellen Teil der Psychedelika-Konsument*innen ein reflektiertes, eher auf Selbstexploration denn auf Hedonismus ausgelegtes Konsumverhalten beschrieben [103]. In Kombination mit den im

⁸¹ Die höheren Konsumprävalenzen im Vergleich zur Berliner Gesamtbevölkerung [10], zur 20 Jahre zurückliegenden Erhebung unter Berliner Partygänger*innen [10, 36] sowie Partygänger*innen aus der Schweiz [36] wurden vorab berichtet. Wörtlich Übernommenes entstammt [10].

Vergleich zu anderen Partydrogen geringeren Konsumrisiken [27] ergab sich keine dringliche Indikation für einen Ausbau entsprechender Präventionsangebote.

Ebenfalls geringe 30-Tage-Prävalenzwerte zeigte der Konsum von Methamphetamin (2%/ 2%), synthetischen Cathinonen (4%/ 1%) bzw. Cannabinoiden (< 1%/ 1%) sowie Heroin (1%/ < 1%). Zwar war ein unabsichtlicher Konsum genannter Substanzen in Form von Verunreinigungen [104] und folglich eine falsch niedrige Prävalenz denkbar.⁸² Es wurde zudem eine mögliche Zunahme des Konsums von NPS nach polizeilicher Kenntnis beschrieben. Dennoch schien es plausibel, dass genannte Substanzen trotz ihres großen medialen Echos [17, 89] derzeit eine eher untergeordnete Rolle in der Berliner Partyszene spielen.⁸³

Die 30-Tage-Prävalenz des Konsums von GHB/ GBL (9%/ 11%) und – wie bereits angemerkt – insbesondere Ketamin (32%/ 37%) war im Vergleich zu Vorarbeiten (GHB/ GBL: 1 – 8%, Ketamin: 5%) dagegen hoch [2, 3]. Denkbar wäre ein Zusammenhang mit oben genanntem hohem Anteil an homo- oder bisexuell orientierten Teilnehmer*innen: Für Berliner LGBTQI*-Partygänger*innen wurde in Presseberichten ein erhöhter Konsum von GHB/ GBL und Ketamin – auch im Rahmen von ‚Chemsex‘⁸⁴ – beschrieben [105].

5.2.3 Riskante Konsummuster, Risikogruppen und negative Konsumfolgen

Riskante Konsummuster

Die Rate an Fragebogenteilnehmer*innen mit einem positiven CAGE-AID (67%) ließ sich angesichts fehlender Vergleichswerte nur unzureichend in Relation setzen: In angeführter Untersuchung der Berliner Allgemeinbevölkerung wurden Missbrauch (2%) und Abhängigkeit (1%) lediglich für den Konsum von Cannabis erfasst [1]. Zudem erfolgte die Klassifikation nicht anhand des CAGE-AID, sondern der Kriterien der vierten Auflage des Diagnostischen und Statistischen Leitfadens psychischer Störungen.⁸⁵ Eine umfassende Befragung zu Substanzkonsum unter Berliner Studierenden als bedingt geeignete Referenzgruppe ($N = 9,351$, mittleres Alter: 24.4 Jahre, 51% weiblich) zeigte einen deutlich geringeren Anteil (33%) [106]. CAGE-AID-Raten bezogen auf andere Partyszenen lagen nicht vor. Dennoch war von einer

⁸² Ein unbewusster Konsum von NPS wurde vorab diskutiert [14].

⁸³ Auf die geringen Konsumprävalenzen von Methamphetamin und NPS wurde vorab verwiesen [36].

⁸⁴ Geschlechtsverkehr unter Drogeneinfluss. Häufig unter MSM.

⁸⁵ Von der Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft herausgegebenes Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen. Aktuell liegt die fünfte Version vor.

deutlich höheren Prävalenz riskanter Konsummuster im Vergleich zur Berliner Allgemeinbevölkerung auszugehen.

Substanzspezifisch wurde das Konsumrisiko von GHB/ GBL, Kokain sowie Ketamin von den Fragebogenteilnehmer*innen am höchsten verortet. Gemäß der partiell übertragbaren ‚Accuracy‘-Hypothese⁸⁶ [91] könnte dies Ausdruck eines riskanten Konsums genannter Substanzen gewesen sein. Umkehrt wurden Alkohol⁸⁷ und Cannabis die geringsten Konsumrisiken attribuiert.

Aus Sicht der interviewten berufsmäßigen Expert*innen gab es hinsichtlich GHB/ GBL Hinweise auf eine Diskrepanz zwischen Präklinik und Klinik im Sinne häufiger und risikobehafteter Rettungsdiensteinsätze bei gleichzeitiger Abnahme GHB/ GBL-assoziiierter Notfälle in der Rettungsstelle. Dies könnte für eine zumeist suffiziente präklinische Versorgung gesprochen haben – auch eingedenk der kurzen Halbwertszeit von etwa 30 bis 50 Minuten [34]. Insgesamt wurde GHB/ GBL kongruent zu den Fragebogenteilnehmer*innen jedoch insbesondere wegen eingangs angeführter Risiken von Bewusstlosigkeit sowie einer körperlichen Abhängigkeit [22, 35] als Substanz mit gesondertem Gefahrenpotential herausgestellt.

Mit Blick auf das höhere Abhängigkeitspotential verglichen mit anderen Stimulantien [24] zeigte sich die negative Bewertung der Fragebogenteilnehmer*innen von Kokain mit der Literatur vereinbar.

Zur Risikostratifizierung von Ketamin könnten – neben eingangs angeführtem Risiko von Atemdepression sowie dem höchsten Abhängigkeitspotential unter den Halluzinogenen [30] – Presseberichte über eine primäre Verwendung in der Veterinärmedizin (‘Pferdebetäubungsmittel‘ [107]) sowie das Beobachten bzw. Erleben eindrücklicher Nahtoderfahrungen beigetragen haben.

Die positive Bewertung von Alkoholkonsum könnte auf die breite gesellschaftliche Akzeptanz zurückzuführen gewesen sein, die sich durch die hohe Prävalenz in der Berliner Gesamtbevölkerung (30-Tage-Prävalenz in der entsprechenden Altersgruppe: 78%) [1], den legalen Status und die leichte Verfügbarkeit äußert. Demgegenüber stehen unter anderem beschriebene Hepato- und Neurotoxizität sowie das hohe Risikopotential bei Kombination mit anderen sedierenden Substanzen (z. B. GHB/ GBL) wegen der Gefahr von Atemdepression oder Bewusstlosigkeit [17, 34]. Die gängige Einteilung nach Nutt verortet Alkohol als risikoreichste

⁸⁶ Eine hohe Risikowahrnehmung spiegelt ein riskantes Konsumverhalten wider. Im Unterschied zu vorliegender Arbeit werden zumeist die vermutete persönliche Vulnerabilität (nicht diejenige bezogen auf Dritte) sowie konsumassoziierte Risiken (statt positive/ negative Auswirkungen) erfasst.

⁸⁷ Auf ein mögliches Unterschätzen der Risiken von Alkoholkonsum wurde vorab verwiesen [10].

psychotrope Substanz – vor Heroin und ‚Crack‘⁸⁸ [108]. Kongruent zur Einschätzung der interviewten berufsmäßigen Expert*innen zeigten Voruntersuchungen im Rahmen schwerwiegender negativer Konsumfolgen eine hohe Assoziation mit Alkoholkonsum (68%) [109]. Die Marginalisierung des Risikopotentials von Alkohol spiegelte sich auch insofern wider als in einigen eingangs angeführter Erhebungen unter internationalen Partygänger*innen Alkoholkonsum nicht erfasst wurde [2, 4, 5, 8].

Mit Blick auf Cannabis könnten erneut die vergleichsweise hohe Prävalenz in der Berliner Gesamtbevölkerung (30-Tage-Prävalenz in der entsprechenden Altersgruppe: 8% versus andere illegale Substanzen insgesamt: 3%), die medial großes Echo erfahrende medizinische Verwendung als Analgetikum bzw. Antiemetikum, der pflanzliche Ursprung sowie eine andauernde Legalisierungsdebatte zur Risikostratifizierung beigetragen haben.

Differenziert hinsichtlich der Konsumfrequenz wurde regelmäßiger Konsum substanzübergreifend riskanter bewertet als gelegentlicher Konsum. Dies stand im Einklang mit Studien, die bei hoher Konsumfrequenz ein erhöhtes Risiko für das Auftreten negativer Konsumfolgen zeigten [110].

Es bestanden jedoch Hinweise auf eine unzureichende Sensibilisierung gegenüber auch bei gelegentlichem Konsum bestehenden Konsumrisiken [111]. Dazu beigetragen haben könnte, dass bereits eingetretene, subtilere Folgeschäden durch gelegentlichen Konsum (z. B. leichte kognitive Defizite, leichte depressive Episoden) nicht registriert bzw. subjektiven positiven psychotropen Effekten untergeordnet worden waren.⁸⁹

Negative Konsumfolgen

Die Lebenszeitprävalenz (20%/ 18%) und Verteilung (insbesondere affektive Störungen) psychischer Erkrankungen zeigten sich nahezu kongruent in beiden Fragebogenerhebungen.

Plausibel erschien ein Zusammenhang zwischen den am häufigsten genannten rezidivierenden depressiven Störungen und der hohen Prävalenz des Konsums von MDMA und Kokain, wofür jeweils depressive Episoden als negative Konsumfolgen beschrieben wurden [24, 25]. Die höhere Lebenszeitprävalenz affektiver Störungen in der zweiten Fragebogenerhebung (10% versus 6%)

⁸⁸ Aus Kokainhydrochlorid abgeleitete Kokainbase mit stärkerer psychotroper Wirkung sowie höheren Konsumrisiken. Zumeist inhalativer Konsum.

⁸⁹ Ein mögliches Unterschätzen der Risiken gelegentlichen Konsums inklusive Erklärungsansatz wurden vorab angeführt [10].

könnte folglich mit der signifikant höheren Lebenszeitprävalenz des Konsums von MDMA (94% versus 84%) und Kokain (89% versus 78%, $\phi < .16$.) assoziiert gewesen sein.

Bei den seltener genannten Angststörungen und psychotischen Störungen könnte ein Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis, Amphetamin oder Psychedelika bestanden haben [18, 22, 27]. Psychotische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen könnten sich dabei insofern falsch niedrig dargestellt haben als Partygänger*innen mit entsprechenden Symptomen nicht an der Befragung teilnehmen konnten.

Sowohl im Vergleich zur Berliner Allgemeinbevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe (ca. 30% innerhalb eines Jahres wegen einer psychischen Erkrankung in ärztlicher Behandlung) [112] als auch zu internationalen Partygänger*innen (PTBS: 51%, Depression: 66% – 70%) [113-115] war die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen gering. Dabei galt jedoch zu beachten, dass genannte Voruntersuchungen im Unterschied zu vorliegender Arbeit ausschließlich Partydrogen konsumierende Partygänger*innen inkludierten. Auch wurden Symptome einer Depression bzw. PTBS und nicht wie in vorliegender Arbeit ärztlich diagnostizierte Erkrankungen erfragt. Die Ergebnisse waren somit nur bedingt vergleichbar. Ungeachtet einer potentiell falsch niedrigen Lebenszeitprävalenz angesichts der gesellschaftlichen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen⁹⁰ [116] sowie nicht erfasster somatischer wie sozialer Folgeschäden ließ sich diebezüglich dennoch kein dringlicher Handlungsbedarf ableiten.

Risikogruppen

Hinsichtlich der in der Literatur mit der höchsten Evidenz beschriebenen Risikogruppen (männliche Partygänger im Allgemeinen und MSM im Besonderen, junge Partygänger*innen [54, 55]) zeigten sich in vorliegender Untersuchung inkonsistente Befunde:

Alle drei Subpopulationen wurden von den qualitativ Befragten als Risikogruppen benannt. Das jeweilig postulierte Risikoverhalten (z. B. höhere Konsumfrequenz, größeres Substanzspektrum, erhöhtes Risiko für [sexuell übertragbare] Infektionserkrankungen) ließ sich aufgrund fehlender Daten nicht quantitativ validieren.

Bezogen auf signifikante Unterschiede hinsichtlich der CAGE-AID-Fragen korrelierte männliches Geschlecht (71% versus weiblich: 65%, $\phi = -.069$) positiv mit einem riskanten Konsumverhalten. Auch angesichts signifikanter Unterschiede hinsichtlich des Nutzungsverhaltens von Drug Checking ergaben sich Hinweise auf riskantere Konsummuster unter männlichen Partygängern (selteneres Verwerfen der Probe bei unerwartet hohen

⁹⁰ Potentielle Verzerrung wurde vorab benannt [36].

Dosierungen [1% versus weiblich: 5%, Cramers $V = .111$] bzw. häufigerer Konsum der gewohnten Dosis bei ausschließlich unerwarteten Substanzen [1% versus weiblich: 0%, Cramers $V = .098$]). Signifikante Unterschiede hinsichtlich der relativen Risikowahrnehmung deuteten jedoch – erneut unter Anwendung der bedingt übertragbaren ‚Accuracy‘-Hypothese – auf ein riskanteres Konsumverhalten unter weiblichen Partygängerinnen hin (höhere Risikowahrnehmung insbesondere bei gelegentlichem Konsum, η^2 jeweils $< .100$).

In Abhängigkeit der sexuellen Orientierung oder des Alters zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des CAGE-AID. Zum einen deuteten jedoch signifikante Unterschiede hinsichtlich der relativen Risikowahrnehmung auf riskanteren Alkoholkonsum unter homosexuellen Teilnehmer*innen hin (η^2 jeweils $< .100$). Zum anderen zeigten sich deutliche Hinweise auf ein weniger protektives Nutzungsverhalten von Drug Checking unter jungen Teilnehmer*innen.

Gruppenunterschiede für die von den interviewten berufsmäßigen Expert*innen ergänzend beschriebenen Tourist*innen wurden aufgrund fehlender Implementierung in das Studienvorhaben nicht post hoc geprüft, um Verzerrungen zu vermeiden. Damit übereinstimmend wurden für Partygänger*innen auf Reisen jedoch in Vorarbeiten höhere Konsumprävalenzen [117] sowie insbesondere Konsumfrequenzen (Konsum von MDMA \geq fünf Mal pro Woche: 37% versus 7%) [118] als im Heimatland beschrieben. Als weitere Risikofaktoren wurden uninformierter Erstkonsum psychoaktiver Substanzen [119] sowie eine fehlende Kenntnis über wesentliche Strukturen des Gesundheitssystems im Urlaubsland angeführt [120]. Neben einer Optimierung der medizinischen Versorgung im Falle von – wie von den interviewten medizinischen Expert*innen beschrieben – akuten vegetativen Entgleisungen bzw. psychischen Erregungszuständen (z. B. Etablierung von Handlungsleitfäden, frühzeitiger und breitflächiger Einsatz von toxikologischen Untersuchungen) gilt es Hürden hinsichtlich des Adressierens mit präventiver Maßnahmen zu überwinden (zumeist kurzer Aufenthalt, potentielle Sprachbarriere, anzunehmende geringe intrinsische Präventionsmotivation). Am erfolgversprechendsten erscheinen diesbezüglich – neben globalen Informationskampagnen – niedrigschwellige aufsuchende Angebote.

Mit Blick auf die von den qualitativ befragten Partygänger*innen postulierte positive Korrelation zwischen psychischen Vorerkrankungen und riskantem Substanzkonsum wurden in der Literatur eine höhere Konsumfrequenz, ein geringeres Alter bei Erstkonsum sowie höhere Lebenszeitkonsumprävalenzen für Partygänger*innen mit PTBS verglichen mit psychisch nicht vorerkrankten Partygänger*innen beschrieben [114]. Ohne direkten Bezug zur Partyszene wurden

des Weiteren eine höhere Prävalenz von Substanzkonsum im Allgemeinen [121] sowie riskanter Konsummuster im Besonderen [122] unter Adoleszenten mit positiver psychiatrischer Anamnese gezeigt. Vor diesem Hintergrund einerseits, beschriebener negativer Konsumfolgen andererseits (vergleiche Kapitel 1.1.1) konnte hinsichtlich der positiven Korrelation von positivem CAGE-AID und psychischen Erkrankungen in vorliegender Untersuchung nicht letztgültig differenziert werden, ob psychische Erkrankungen zu einem riskanterem Konsumverhalten führten oder umgekehrt psychische Erkrankungen gehäuft aus riskantem Konsumverhalten resultierten (vergleiche Abschnitt *Negative Konsumfolgen*).

5.2.4 Änderungsmotivation

Mehrere Aspekte deuteten auf eine Änderungsmotivation in Bezug auf das Substanzkonsumverhalten insbesondere unter Partygänger*innen mit riskantem Konsumverhalten hin. So ließ sich einerseits gemäß der ‚Behavioral-Motivation-Hypothese‘⁹¹ [91] anhand der Risikostratifizierung vor allem bezogen auf regelmäßigen Konsum eine relevante Präventionsmotivation ableiten. Andererseits zeigte sich eine positive Korrelation von positivem CAGE-AID und Beratungs- sowie Reduktionswunsch.

Die Differenz zwischen Reduktions- (47%) und Beratungswunsch (22%) implizierte im Allgemeinen einen geringen Stellenwert von Beratungsangeboten – möglicherweise aufgrund mangelnder oder aversiver Erfahrungswerte der Teilnehmer*innen. Insbesondere im Hinblick auf Teilnehmer*innen mit riskantem Konsumverhalten zeigte sich jedoch die Relevanz von Beratungsangeboten anhand der positiven Korrelation von Reduktions- und Beratungswunsch (vergleiche Abbildung 3).

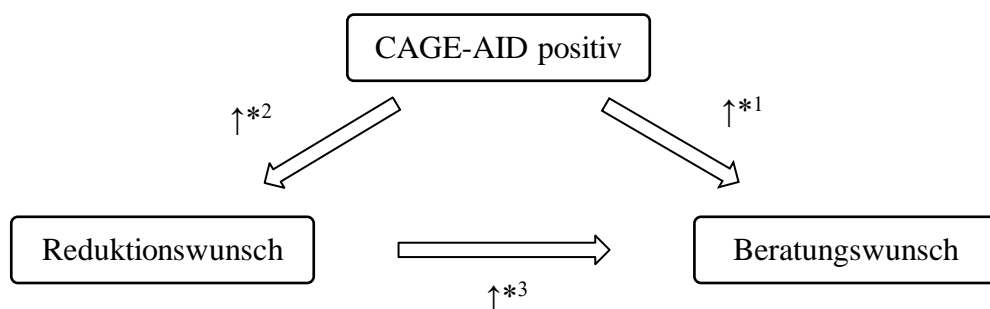


Abbildung 3. Veranschaulichung signifikanter Zusammenhänge von Risikokonsum, Reduktions- und Beratungswunsch der Teilnehmer*innen der ersten Fragebogenerhebung. ↑ = signifikant häufigere Angabe.

*¹ 27% versus 16% (bei negativem CAGE-AID), $\phi = .122$. *² 47% versus 20% (bei negativem CAGE-AID), $\phi = .255$.

*³ 29% versus 22% (ohne Reduktionswunsch), $\phi = .082$.

⁹¹ Risikowahrnehmung und Präventionsmotivation korrelieren positiv.

Aufgrund fehlender Vergleichswerte ließen sich die Daten nur unzureichend extern validieren. Oben angeführte, lediglich bedingt vergleichbare Erhebung unter Berliner Studierenden zeigte einen deutlich geringeren Anteil an Teilnehmer*innen mit Beratungswunsch (4%) [106].

Angesichts der Diskrepanz mit Blick auf die hohe Prävalenz von Teilnehmer*innen mit riskantem Konsumverhalten (67% CAGE-AID positiv) sollten Angebote zur Konsumreflexion künftig dennoch ausgebaut werden, um die intrinsische Änderungsmotivation unter Berliner Partygänger*innen zu stärken und negative Konsumfolgen zu reduzieren.

5.2.5 Priorisierte Präventionsansätze inklusive Drug Checking

Hinsichtlich der Einschätzung der interviewten berufsmäßigen Expert*innen bezüglich der Notwendigkeit neuer Präventionsangebote war der häufige Dringlichkeitsverweis auffällig (z. B. E6: „Ja, es besteht dringend Handlungsbedarf“ oder E3: „[...] präventives Loch“). Das wiederholt postulierte Missverhältnis zwischen umfassender Partyszene und vergleichsweise wenigen Präventionsangeboten deutete auf den Mangel eines staatlich finanzierten, spezifisch auf die Bedürfnisse von Partygänger*innen zugeschnittenen Präventionsträgers in Berlin hin.⁹² Des Weiteren klang eine partielle Frustration von Präventionsakteur*innen ob der gegenwärtigen strukturellen wie finanziellen Situation an (z. B. E15: „So wie es im Moment ist, stehen wir da auf dem Schlauch und stochern mit unseren Flyern da in der Wüste [...]“ oder E3: „Also, wir brauchen wirklich viel mehr Mittel für die Prävention [...]“). Als (inter-)nationale Referenzen gelten Projekte wie ‚Drug Scouts‘ in Leipzig [123] oder ‚checkit!‘ in Wien [124].

Auch anhand der Aussagen der qualitativ befragten Partygänger*innen zu priorisierten Präventionsansätzen sowie der ausnahmslos positiven Bewertung der vorgegebenen Präventionsansätze durch die Fragebogenteilnehmer*innen ließ sich ein impliziter Wunsch nach neuen Präventionsangeboten ableiten.

Hinsichtlich der Identifizierung priorisierter Ansätze zeigten sich bei der Bewertung der vorgegebenen Präventionsansätze zwar signifikante Unterschiede, jedoch mit moderater Effektstärke ($\eta^2 = .035$, $M_{Diff} \leq 0.65$). Ursächlich könnte eine fehlende „intensive Auseinandersetzung mit den individuellen Vor- und Nachteilen der verschiedenen Ansätze“⁹³ gewesen sein. Hilfreich waren daher insbesondere auch die im Freitextfeld explizit genannten Wünsche. Bei teilweiser Dopplung mit den vorgegebenen Ansätzen galt es, potentielle

⁹² An dieser Stelle sei erneut auf das nach Publikation der Daten der ersten Untersuchung von der SenGPG initiierte Projekt „Sonar – Safer Nighlife Berlin“ verwiesen (vergleiche Kapitel 1.2).

⁹³ Übernommen aus [10].

Verzerrungen durch Fragepositionseffekte zu beachten. Zuvor angeführte Ansätze wurden möglicherweise nicht erneut im Freitextfeld genannt und stellten sich dadurch falsch niedrig dar. Umgekehrt könnten zuvor angeführte Ansätze noch präsent gewesen sein und sich im Freitextfeld überrepräsentiert dargestellt haben. Letzterer Effekt könnte insbesondere bei Teilnehmer*innen, die sich im Vorfeld der Befragung nicht mit Prävention auseinandergesetzt hatten, ausgeprägter gewesen sein. Im Freitextfeld genannte, zuvor nicht zur Bewertung angeführte Ansätze könnten daher – trotz geringerer Fallzahlen – die Präventionsbedürfnisse am adäquatesten abgebildet haben.

Weitere Hinweise für die Selektion priorisierter Präventionsansätze ergaben sich aus den Expert*inneninterviews. Auffällig zeigten sich dabei die Homogenität der Aussagen sowie die erneut teils nachdrückliche Ausdrucksweise (z. B. E9: „[...] wäre es extrem hilfreich, wenn endlich mal – was ja auch im Koalitionsvertrag von Berlin steht – das Drug Checking kommen würde“ oder E2: „[...] Aufklärungsarbeit [...] Das ist natürlich ganz wichtig“).

In der Zusammenschau wurden insbesondere Drug Checking sowie neue Aufklärungsangebote priorisiert, die im Folgenden detaillierter diskutiert werden sollen.

Drug Checking

Die hohe Nutzungsbereitschaft (91%) verbunden mit protektiven Reaktionen auf unerwartet hohe Dosierungen (90% Konsum einer geringeren Dosis) bzw. verunreinigte Proben (*ohne* den intendierten Wirkstoff: 93% kein Konsum bzw. *mit* dem intendierten Wirkstoff: 66% kein Konsum) kulminierten in deutlichen Hinweisen auf eine Reduktion von Konsumrisiken durch Drug Checking.

Die Nutzungsbereitschaft war dabei analog zu Vorbefunden (ca. 80 – 95%) [4, 42, 43], protektive Effekte angesichts verunreinigter Proben *mit* dem intendierten Wirkstoff größer als in Voruntersuchungen (17% bzw. 32% kein Konsum) [13, 125]. Es galt jedoch zu beachten, dass lediglich hypothetische Reaktionen auf verschiedene Testergebnisse erfragt wurden. Untersuchungen von tatsächlichen Reaktionen zeigten einen geringeren Anteil an Nutzer*innen, der verunreinigte Proben *ohne* den intendierten Wirkstoff verwarf (ca. 75%) [13, 126].⁹⁴

Das in Berlin geplante stationäre Drug-Checking-Angebot könnte den Bedürfnissen der Berliner Partygänger*innen insofern entsprechen als die Mehrheit der Befragten (77%) angab, ihre Substanzen hauptsächlich im Vorfeld des Clubbesuchs zu erwerben. Die Substanzprüfung könnte demnach ebenfalls im Vorfeld erfolgen und bedürfte nicht zwangsläufig eines mobilen Angebots.

⁹⁴ Genannte Einschränkung wurde vorab berichtet [14].

Vorhergehende Arbeiten zeigten jedoch eine häufigere Nutzung von mobilen Drug-Checking-Angebote durch Partygänger*innen im Allgemeinen [42] sowie riskant konsumierende, unerfahrene Partygänger*innen im Besonderen [127].⁹⁵ Auch ein*e interviewte*r Präventionsarbeitende*r sowie ein*e qualitativ befragte*r Partygänger*in sprachen sich explizit für eine Kombination aus stationären und mobilen Angeboten aus. Hinsichtlich einer möglichen zusätzlichen Implementierung mobiler Angebote in Berlin könnte der Einsatz elaborierter quantitativer Verfahren (z. B. HPLC) bedeutsam sein: Verglichen mit rein qualitativen Methoden wurde dafür eine höhere Nutzungsbereitschaft gezeigt (94% versus 45% bzw. 69%) [39, 42]. Potentielle Hindernisse könnten erschwerte Untersuchungsbedingungen (Lautstärkepegel, Intoxikation der Nutzer*innen) sowie ein höherer finanzieller wie personeller Aufwand im Vergleich zu stationären Angeboten sein [38].

Durch Sicherstellen von Straffreiheit und Anonymität würde das geplante Berliner Modellprojekt die signifikant mit moderatem Effekt ($\eta^2 = .301$) am höchsten bewerteten Hindernisse der Befragten aus vorliegender Arbeit sowie vorhergehenden Untersuchungen (nur 6% Nutzung bei möglicher Strafverfolgung) [42] umgehen.⁹⁶ Da zum Zeitpunkt der Fragebogenerstellung nicht alle Details zum Modellprojekt bekannt waren, wurde die Bereitschaft, auf die Ergebnismitteilung mehrere Tage zu warten, nicht erfasst. In vorhergehenden Arbeiten waren nur etwa 30 – 60% der Partygänger*innen bereit, einen entsprechenden Zeitraum zu warten [2, 42, 43].⁹⁷

Die geplante komplementierende Konsumerberatung wurde von Fragebogenteilnehmer*innen (79%), interviewten berufsmäßigen Expert*innen sowie Partygänger*innen aus früheren Studien (ca. 60 – 85%) [2, 4] positiv bewertet. Gegenstand der Beratung könnten spezifische Risikofaktoren der detektierten Substanzen⁹⁸ inklusive möglicher Interaktionspotentiale sein. Aufgegriffen werden könnte auch das potentiell letale Risiko von Überdosierungen [128] oder Mischkonsum [12], da sowohl Partygänger*innen in Vorarbeiten als auch die Befragten in vorliegender Arbeit Hinweise einer unzureichenden Sensibilisierung hinsichtlich beider Aspekte zeigten. So wurde in Vorarbeiten gezeigt, dass Partygänger*innen bei erstmaligem Konsum einer

⁹⁵ Die Nutzung von stationärem Drug Checking angesichts des frühzeitigen Substanzerwerbs sowie potentielle Vorteile mobiler Angebote wurden vorab berichtet [14].

⁹⁶ Die Bedeutung von Straffreiheit und Anonymität unter den Fragebogenteilnehmer*innen sowie anderen Partygänger*innen wurde vorab angeführt [14].

⁹⁷ Genannte Einschränkung wurde vorab berichtet [14].

⁹⁸ Der Vergleich mit anderen Partygänger*innen wurde vorab veröffentlicht [14]. Ebenso die potentielle inhaltliche Ausrichtung auf Risikofaktoren der detektierten Substanzen.

Substanz unreflektiert die ihnen angebotene Dosierung wählten [129]. In vorliegender Arbeit wurde mit Blick auf die Nutzungsmotivationen das Vermeiden nicht psychoaktiver Streckstoffe signifikant besser als das Vermeiden anderer psychoaktiver Substanzen bewertet. Das Vermeiden von Überdosierungen⁹⁹ wurde wiederum signifikant schlechter als beide genannten Motivationen und Neugierde bewertet. Informationen zu detektierten Substanzen und Dosierungen sollten des Weiteren im Falle konsumassoziierter Notfälle zur Therapieoptimierung an das medizinische Personal übergeben werden.

Sowohl die quantitativ als auch die qualitativ befragten Partygänger*innen gaben an, ihre Substanzen vornehmlich bei Freund*innen oder bekannten Drogenhändler*innen zu erwerben. Durch den persönlichen Kontakt könnten einerseits Informationen über unerwartet hoch dosierte oder verunreinigte Proben unter Partygänger*innen ausgetauscht werden – ein Aspekt, der bereits in früheren Arbeiten gezeigt werden konnte [8, 42]. Andererseits könnte die durch Drug Checking erzielte Transparenz einen marktwirtschaftlichen Anreiz für Drogenhändler*innen darstellen, möglichst unverfälschte Substanzen in adäquater Dosierung zu verkaufen: Partygänger*innen könnten die ‚Qualität‘ der erworbenen Substanzen vergleichen.¹⁰⁰

Abgesehen von oben berichteten Unterschieden hinsichtlich Reaktionen sowie Nutzungsmotivationen zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede im Nutzungsverhalten von Drug Checking in Abhängigkeit soziodemographischer Parameter. Adaptionen zur gezielten Adressierung von Subpopulationen mit gesondertem Gefahrenpotential schienen daher nicht notwendig.

Aus Umfanggründen nicht erhoben wurde, ob die Prävalenz von Partydrogenkonsum im Allgemeinen sowie riskanter Konsummuster im Besonderen – wie von Kritiker*innen befürchtet [43, 46-48] – durch Drug Checking zunehmen könnte. Genannte positive Effekte könnten dadurch aufgehoben werden. Konträr zu diesen hypothesenbasierten Kritiklinien liefern empirische Erhebungen jedoch Hinweise darauf, dass Drug Checking nicht zu riskanterem Konsumverhalten, früherem Konsumbeginn oder mehr Abhängigkeitserkrankungen führt [2, 41, 130].¹⁰¹

⁹⁹ Auf die vergleichsweise niedrige Bewertung des Vermeidens von Überdosierungen wurde vorab hingewiesen [14]. Signifikante Unterschiede wurden nicht berichtet.

¹⁰⁰ Auf einen möglichen Austausch unter Partygänger*innen sowie potentielle positive Auswirkungen auf die Qualität der verkauften Substanzen wurde vorab verwiesen [14].

¹⁰¹ Die fehlenden empirischen Hinweise auf eine Konsumsteigerung durch Drug Checking wurden vorab berichtet [14, 36].

Aufklärung

Der Wunsch nach Aufklärungsangeboten einerseits, einer Entstigmatisierung bzw. Entkriminalisierung von Konsum andererseits könnte in einen Ausbau akzeptierender Aufklärungsangebote kulminieren.

Hinsichtlich der strukturellen Umsetzung zeigte sich erneut ein inkonsistentes Bild. So priorisierten die Fragebogenteilnehmer*innen feste Beratungsstellen, die qualitativ befragten Partygänger*innen sowie beruflichen Expert*innen dagegen aufsuchende sowie digitale Angebote. Vorarbeiten zeigten unter Partygänger*innen kongruent zur Bewertung der Fragebogenteilnehmer*innen eine höhere Vertrauenswürdigkeit von festen Beratungsstellen verglichen mit digitalen Angeboten [49]. Die vergleichsweise negative Bewertung von aufsuchenden Angeboten durch die Fragebogenteilnehmer*innen könnte auf ein unzureichendes semantisches Itemverständnis zurückzuführen gewesen sein. Synergetische Effekte könnten in diesem Rahmen jedoch mittels des ebenfalls gewünschten Verteilens von Safer-Use-Artikeln erzielt werden. Konsens zwischen quantitativ und qualitativ Befragten bestand in der Etablierung von Peer-to-Peer-Angeboten. Kongruent zur Einschätzung der interviewten berufsmäßigen Expert*innen finden sich in der Literatur diesbezüglich Hinweise auf eine effiziente Wissensvermittlung sowie konsekutive Abnahme der Konsumfrequenz unter Partygänger*innen [131].

Beratungsinhalte könnten vor dem Hintergrund berichteter Faktoren mit gesondertem Gefahrenpotential bzw. unzureichender Sensibilisierung Risiken assoziiert mit dem Konsum von GHB/ GBL, Kokain, Ketamin, Alkohol und Cannabis sowie substanzübergreifend mit gelegentlichem Konsum sein.

Mit Blick auf genannte Korrelationen von insbesondere männlichem Geschlecht¹⁰² sowie in geringerem Maße auch Homo-/ Bisexualität und jungem Alter mit einem riskanten Konsumverhalten sollten entsprechende Subpopulationen von Berliner Partygänger*innen prioritär adressiert werden. Die vergleichsweise negative Bewertung von spezifisch auf MSM zugeschnittene Angebote durch die Fragebogenteilnehmer*innen könnte dabei erneut mit einem unzureichenden kontextualen Itemverständnis (MSM als in der Literatur beschriebene Risikogruppe) assoziiert gewesen sein. Darüber hinaus könnten die Bedürfnisse von MSM als Subpopulation der befragten Grundgesamtheit marginalisiert worden sein. Im Sinne der

¹⁰² Die Charakterisierung von männlichen Teilnehmern als Risikogruppe erfolgte vorab [14].

Verhältnisprävention sollte auch Fachpersonal (Clubmitarbeiter*innen, medizinisches Personal) in Aufklärungsangebote inkludiert werden.

In conclusio wurde aufbauend auf den publizierten Daten der ersten Untersuchung mit „Sonar – Safer Nighlife Berlin“ im August 2018 ein spezifisch auf Berliner Partygänger*innen zugeschnittenes, durch die SenGPG finanziertes Präventionsprojekt etabliert [132, 133]. Vertreten wird ein akzeptierender Ansatz. Im Fokus stehen aufsuchende wie digitale Informationsangebote, das Verteilen von Safer-Use-Artikeln sowie Schulungen für Clubmitarbeiter*innen. Durch multiple Träger (Fixpunkt e. V., Notdienst Berlin e. V., Vista gGmbH) und Kooperation mit weiteren Akteur*innen (Clubcommission, eclipse e. V.) sollen möglichst viele Partygänger*innen erreicht werden. Nach Klärung letzter personeller wie finanzieller Belange (Stand: Mai 2022) soll zudem besagtes Drug-Checking-Modellprojekt starten [134].

Zur Beantwortung offener Forschungsfragen könnten künftige Arbeiten

- Hinweise für eine Zunahme von Partydrogenkonsum bzw. riskanter Konsummuster durch akzeptierende Aufklärung sowie Drug Checking erfassen.
- die ‚tatsächlichen‘ Reaktionen der Nutzer*innen von Drug Checking untersuchen, um Auswirkungen auf das Konsumverhalten präziser verorten zu können.
- potentiell stärkere positive Effekte durch mobile Drug-Checking-Angebote prüfen.
- Veränderungen von Reinheitsgrad und Dosierungen verkaufter Substanzen evaluieren.
- etwaige Effekte von Drug Checking auf die medizinische Versorgung von Partygänger*innen ermitteln.

Literaturverzeichnis

1. Kraus L, Pabst A, de Matos EG, Piontek D. Epidemiologischer Suchtsurvey 2012: Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin [2012 Epidemiological Survey of Substance Abuse in the Adolescent and Adult Population of Berlin]. München: IFT; 2014. Research Report No. 185.
2. Sande M, Sabic S. The importance of drug checking outside the context of nightlife in Slovenia. *Harm Reduct J.* 2018;15(1):Art.2.
3. Nordfjaern T, Bretteville-Jensen AL, Edland-Gryt M, Gripenberg J. Risky substance use among young adults in the nightlife arena: An underused setting for risk-reducing interventions?. *Scand J Public Health.* 2016;44(7):638-45.
4. Day N, Criss J, Griffiths B, Gujral SK, John-Leader F, Johnston J, Pit S. Music festival attendees' illicit drug use, knowledge and practices regarding drug content and purity: a cross-sectional survey. *Harm Reduct J.* 2018;15(1):Art.1.
5. Van Havere T, Lammertyn J, Vanderplasschen W, Bellis M, Rosiers J, Broekaert E. Illicit drug use in the flemish nightlife scene between 2003 and 2009. *Eur Addict Res.* 2012;18(4):153-60.
6. Chinet L, Stephan P, Zobel F, Halfon O. Party drug use in techno nights: a field survey among French-speaking Swiss attendees. *Pharmacol Biochem Behav.* 2007;86(2):284-9.
7. Gross SR, Barrett SP, Shestowsky JS, Pihl RO. Ecstasy and drug consumption patterns: a Canadian rave population study. *Can J Psychiatry.* 2002;47(6):546-51.
8. Riley SC, James C, Gregory D, Dingle H, Cadger M. Patterns of recreational drug use at dance events in Edinburgh, Scotland. *Addiction.* 2001;96(7):1035-47.
9. Tossmann P, Boldt S, Tensil MD. The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. *Eur Addict Res.* 2001;7(1):2-23.
10. Helbig J, Ernst F, Viohl L, Roediger L, Köhler S, Ströhle A, Romanczuk-Seiferth N, Heinz A, Betzler F. Präventionsansätze zur Reduktion von Konsumrisiken in der Berliner Partyszene [Harm Reduction and Preventive Measures in Berlin's Party Scene]. *Psychiatr Prax.* 2019;46(8):445-50.
11. Barrett SP, Gross SR, Garand I, Pihl RO. Patterns of Simultaneous Polysubstance Use in Canadian Rave Attendees. *Subst Use Misuse.* 2005;40(9-10):1525-37.
12. Connor JP, Gullo MJ, White A, Kelly AB. Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. *Curr Opin Psychiatry.* 2014;27(4):269-75.

13. Martins D, Barratt MJ, Pires CV, Carvalho H, Vilamala MV, Espinosa IF, Valente H. The detection and prevention of unintentional consumption of DOx and 25x-NBOMe at Portugal's Boom Festival. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 2017;32:e2608.
14. Betzler F, Helbig J, Viohl L, Ernst F, Roediger L, Gutwinski S, Ströhle A, Köhler S. Drug Checking and Its Potential Impact on Substance Use. *Eur Addict Res.* 2021;27(1):25-32.
15. Osang A. Todeskampf im Berghain. *Der Spiegel* [Internet]. 2018 Mar 18 [cited 2020 Jul 10]; Available from: <https://www.spiegel.de/spiegel/berghain-in-berlin-wie-eine-junge-frau-im-beruehmtesten-klub-der-welt-starb-a-1198482.html>.
16. Deutschenbaur L, Walter M. Neurobiologische Effekte von Alkohol. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie.* 2014;14(1):4-10.
17. Abrahao KP, Salinas AG, Lovinger DM. Alcohol and the Brain: Neuronal Molecular Targets, Synapses, and Circuits. *Neuron.* 2017;96(6):1223-38.
18. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SR. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med.* 2014;370(23):2219-27.
19. Mechoulam R, Parker LA. The endocannabinoid system and the brain. *Annu Rev Psychol.* 2013;64(1):21-47.
20. Schoeler T, Petros N, Di Forti M, Klamerus E, Foglia E, Ajnakina O, Gayer-Anderson C, Colizzi M, Quattrone D, Behlke I, Shetty S, McGuire P, David AS, Murray R, Bhattacharyya S. Effects of continuation, frequency, and type of cannabis use on relapse in the first 2 years after onset of psychosis: an observational study. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(10):947-53.
21. Heal DJ, Smith SL, Gosden J, Nutt DJ. Amphetamine, past and present - a pharmacological and clinical perspective. *J Psychopharmacol.* 2013;27(6):479-96.
22. Betzler F, Heinz A, Kohler S. Synthetic Drugs - An Overview of Important and Newly Emerging Substances. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2016;84(11):690-8.
23. Mitcheson L, McCambridge J, Byrne A, Hunt N, Winstock A. Sexual health risk among dance drug users: cross-sectional comparisons with nationally representative data. *Int J Drug Policy.* 2008;19(4):304-10.
24. Ciccarone D. Stimulant abuse: pharmacology, cocaine, methamphetamine, treatment, attempts at pharmacotherapy. *Prim Care.* 2011;38(1):41-58.
25. Michael White C. How MDMA's pharmacology and pharmacokinetics drive desired effects and harms. *J Clin Pharmacol.* 2014;54(3):245-52.
26. Baumann S, Becher T, Frambach D, Wenz H, Kirschning T, Borggrefe M, Rapp S, Akin I. Hyponatriämieinduziertes lebensbedrohliches Hirnödem nach Ecstasykonsum

[Hyponatremia-induced life-threatening cerebral edema after ecstasy use]. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2016;111(6):547-50.

27. Passie T, Halpern JH, Stichtenoth DO, Emrich HM, Hintzen A. The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide: A Review. *CNS Neurosci Ther*. 2008;14(4):295-314.

28. Müller F, Lenz C, Dolder P, Lang U, Schmidt A, Liechti M, Borgwardt S. Increased thalamic resting-state connectivity as a core driver of LSD-induced hallucinations. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;136(6):648-57.

29. Dinis-Oliveira RJ. Metabolism of psilocybin and psilocin: clinical and forensic toxicological relevance. *Drug Metab Rev*. 2017;49(1):84-91.

30. Dinis-Oliveira RJ. Metabolism and metabolomics of ketamine: a toxicological approach. *Forensic Sci Res*. 2017;2(1):2-10.

31. Gahlinger PM. Club drugs: MDMA, gamma-hydroxybutyrate (GHB), Rohypnol, and ketamine. *Am Fam Physician*. 2004;69(11):2619-26.

32. Mion G, Villevieille T. Ketamine pharmacology: an update (pharmacodynamics and molecular aspects, recent findings). *CNS Neurosci Ther*. 2013;19(6):370-80.

33. Bay T, Eghorn LF, Klein AB, Wellendorph P. GHB receptor targets in the CNS: focus on high-affinity binding sites. *Biochem Pharmacol*. 2014;87(2):220-8.

34. Busardo FP, Jones AW. GHB pharmacology and toxicology: acute intoxication, concentrations in blood and urine in forensic cases and treatment of the withdrawal syndrome. *Curr Neuropharmacol*. 2015;13(1):47-70.

35. Kamal RM, van Noorden MS, Wannet W, Beurmanjer H, Dijkstra BA, Schellekens A. Pharmacological Treatment in gamma-Hydroxybutyrate (GHB) and gamma-Butyrolactone (GBL) Dependence: Detoxification and Relapse Prevention. *CNS Drugs*. 2017;31(1):51-64.

36. Betzler F, Ernst F, Helbig J, Viohl L, Roediger L, Meister S, Romanczuk-Seiferth N, Heinz A, Ströhle A, Köhler S. Substance Use and Prevention Programs in Berlin's Party Scene: Results of the SuPrA-Study. *Eur Addict Res*. 2019;25(6):283-92.

37. Bundesministerium für Gesundheit. Das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 10]; Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/n/npsg.html>.

38. Brunt T. Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 15]; Available from: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6339/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Drug-checking-harm-reduction_0.pdf.

39. Grabenhofer S, Kociper K, Nagy C, Luf A, Schmid R. Drug Checking und Aufklärung vor Ort in der niedrigschwelligen Präventionsarbeit. In: von Heyden M, Jungaberle H, Majić T, editors. *Handbuch Psychoaktive Substanzen*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2018. p. 327-38.
40. Camilleri AM, Caldicott D. Underground pill testing, down under. *Forensic Sci Int*. 2005;151(1):53-8.
41. Buecheli A, Quinteros-Hungerbuehler I, Schaub M. Evaluation der Partydrogenprävention in der Stadt Zürich. *SuchtMagazin*. 2010;36(5):41-7.
42. Barratt MJ, Bruno R, Ezard N, Ritter A. Pill testing or drug checking in Australia: Acceptability of service design features. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(2):226-36.
43. Wiese S, Verthein U. Drug-Checking für Drogenkonsumenten – Risiken und Potenziale. *SUCHT*. 2014;60(6):315-22.
44. Keijsers L, Bossong MG, Waarlo AJ. Participatory evaluation of a Dutch warning campaign for substance-users. *Health, Risk & Society*. 2008;10(3):283-95.
45. Brunt TM, Nagy C, Bucheli A, Martins D, Ugarte M, Beduwe C, Ventura Vilamala M. Drug testing in Europe: monitoring results of the Trans European Drug Information (TEDI) project. *Drug Test Anal*. 2017;9(2):188-98.
46. Dundes L. DanceSafe and ecstasy: protection or promotion? *J Health Soc Policy*. 2003;17(1):19-37.
47. Winstock AR, Wolff K, Ramsey J. Ecstasy pill testing: harm minimization gone too far? *Addiction*. 2001;96(8):1139-48.
48. Schneider J, Galettis P, Williams M, Lucas C, Martin JH. Pill testing at music festivals: can we do more harm? *Intern Med J*. 2016;46(11):1249-51.
49. Falck RS, Carlson RG, Wang J, Siegal HA. Sources of information about MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine): perceived accuracy, importance, and implications for prevention among young adult users. *Drug Alcohol Depend*. 2004;74(1):45-54.
50. Bellis MA, Hughes K, Lowey H. Healthy nightclubs and recreational substance use. From a harm minimisation to a healthy settings approach. *Addict Behav*. 2002;27(6):1025-35.
51. Gripenberg Abdon J, Wallin E, Andreasson S. Long-term effects of a community-based intervention: 5-year follow-up of 'Clubs against Drugs'. *Addiction*. 2011;106(11):1997-2004.
52. Stöver H. Akzeptierende Drogenarbeit weiterentwickeln!. *Sozial Extra*. 2009;33(38):38-41.
53. Byrnes HF, Miller BA, Bourdeau B, Johnson MB, Buller DB, Berteletti J, Rogers VA. Prevention of Alcohol and Other Drug Overuse Among Nightclub Patrons: A Randomized Trial of a Group-Based Mobile Intervention at Nightclubs. *J Stud Alcohol Drugs*. 2019;80(4):423-30.

54. Van Havere T, Vanderplasschen W, Broekaert E, De Bourdeaudhui I. The influence of age and gender on party drug use among young adults attending dance events, clubs, and rock festivals in Belgium. *Subst Use Misuse*. 2009;44(13):1899-915.
55. Lea T, Reynolds R, de Wit J. Alcohol and club drug use among same-sex attracted young people: associations with frequenting the lesbian and gay scene and other bars and nightclubs. *Subst Use Misuse*. 2013;48(1-2):129-36.
56. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Drogen und Sucht in Berlin: Situationsbericht 2014 [Internet]. 2014 [cited 2020 Jul 10]; Available from: https://www.berlin-suchtpraevention.de/wp-content/uploads/2016/10/2014_Bericht_DrogenSuchtsituation_Berlin_SenGS.pdf.
57. Coldwell W. Nightlife reports: clubbing in Berlin. *The Guardian* [Internet]. 2016 Jul 15 [cited 2020 Jul 10]; Available from: <https://www.theguardian.com/travel/2016/jul/15/berlin-clubs-nightlife-germany-techno>.
58. Clubcommission Berlin. Clubkultur Berlin 2019: Daten für die Berliner Clubs und Veranstalter in der professionellen Clubszene [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 20]; Available from: https://projektzukunft.berlin.de/fileadmin/user_upload/pdf/Publikationen/190730_CC_Clubkultur_Studie_FIN.pdf.
59. Schaarschmidt T, Goetzke LM. Zum Koksen bitte aufs Klo. *TONIC* [Internet] 2016 Mar 26 [cited 2020 Jul 20]; Available from: <https://www.tonic-magazin.de/artikel/clubdrogen>.
60. Fachstelle für Suchtprävention Berlin. „Party ohne Alkohol...?“ – Ergebnisse der Befragungen von jungen Partygänger*innen im Rahmen des Clubmission-Projektes. *Themenheft Suchtprävention*. 2017;48:6.
61. Fachstelle für Suchtprävention Berlin. Projekte für junge Menschen: Clubmission [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 20]; Available from: https://www.berlin-suchtpraevention.de/projekte/fuer-junge-menschen_clubmission/.
62. Fachstelle für Suchtprävention Berlin. Projekte für junge Menschen: Risflecting [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 20]; Available from: https://www.berlin-suchtpraevention.de/projekte/fuer-junge-menschen_risflecting/.
63. Fixpunkt. BEST Clubbing: Schulungsprogramm zur Gesundheitsförderung im Partysetting [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 20]; Available from: <http://best-clubbing.fixpunkt.org/>.
64. Eclipse. Wir über uns [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 20]; Available from: <https://eclipse-ev.de/eclipse/>.
65. ManCheck Berlin. Beratung & Angebote [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 20]; Available from: <https://www.mancheck-berlin.de/beratung/>.

66. Schwulenberatung Berlin. Über uns [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 20]; Available from: <https://schwulenberatungberlin.de/uber-uns>.
67. Cousto H. Das Drug-Checking-Programm von Eve & Rave e.V. Berlin: Chronologie des Programms und der staatlichen Repressionsmaßnahmen gegen das Drug-Checking-Programm von Eve & Rave [Internet]. 2002 [cited 2020 Jul 20]; Available from: <https://www.eve-rave.net/download.sp?file=dc111.pdf>.
68. Nestler C. Zulässigkeit und rechtliche Rahmenbedingungen von Drug-Checking unter dem Betäubungsmittelgesetz. In: Tögel-Lins K, Werse B, Stöver H, editors. Checking Drug-Checking: Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag; 2019. p. 69-95.
69. Brülls M. Drug-Checking in Berlin - Der geprüfte Rausch. Taz [Internet]. 2019 Jul 18 [cited 2020 Jul 20]; Available from: <https://taz.de/Drug-Checking-in-Berlin/!5607478/>.
70. Leiner DJ. SoSci Survey (Version 2.5.00) [Computer software]. 2017; Available from <https://www.soscisurvey.de>.
71. Brown RL, Rounds LA. Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. *Wis Med J*. 1995;94(3):135-40.
72. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Perception of Risks Associated with Drug Use [Internet]. 2004 [cited 2020 Jul 20]; Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3461EN.html>.
73. Batinic B, Moser K. Determinanten der Rücklaufquote in Online-Panels. *Zeitschrift für Medienpsychologie*. 2005;17(2):64-74.
74. Musicboard Berlin. Clubkataster [Internet]. 2015 Jun 2 [cited 2020 Aug 4]; Available from: <https://www.clubkataster.de/>.
75. THE CLUBMAP. Berliner Clubs sortiert nach Musik Stil [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 4]; Available from: <https://www.theclubmap.com/music-style/>.
76. Resident Advisor. Clubs in Berlin, Germany [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 4]; Available from: <https://www.residentadvisor.net/clubs.aspx?ai=34>.
77. The Local. Berlin clubs - the ten most famous and notorious [Internet]. 2017 Feb 3 [cited 2020 Aug 4]; Available from: <https://www.thelocal.de/20170203/these-are-berlins-most-famous-and-notorious-clubs-clubbing-berlin>.
78. iHeartBerlin. Das Berliner Club ABC [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 4]; Available from: <http://www.iheartberlin.de/de/berlinclubabc/>.

79. Lück D, Landrock U. Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der quantitativen Sozialforschung. In: Baur N, Blasius J, editors. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer; 2014. p. 397-409.
80. Hannemann TV, Kraus L, Piontek D. Consumption Patterns of Nightlife Attendees in Munich: A Latent-Class Analysis. *Subst Use Misuse*. 2017;52(11):1511-21.
81. Dilling H, Freyberger HJ, editors. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Vol. 9. Göttingen: Hogrefe; 2019.
82. Greving B. Messen und Skalieren von Sachverhalten. In: Albers S, Klapper D, Konradt U, Walter A, Wolf J, editors. Methodik der empirischen Forschung. Vol. 3. Wiesbaden: Gabler; 2009. p. 65-78.
83. Cohen J. Statistical Power Analysis. *Curr Dir Psychol Sci*. 1992;1(3):98-101.
84. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Vol. 4. Wiesbaden: Springer; 2011. p. 182-4.
85. Dresing T, Pehl, T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Vol. 6. Marburg: Self-publishing; 2015. p. 17-23.
86. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey G, Mruck K, editors. Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: Springer; 2010. p. 601-13.
87. Leiner DJ. SoSci Survey (Version 3.1.04) [Computer software]. 2019; Available from <https://www.soscisurvey.de>.
88. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods reasearch. Vol. 2. Thousand Oaks: Sage; 2011. p. 90-5.
89. Kuckartz U. Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer; 2014. p. 66-9.
90. Uwe F. Triangulation: Eine Einführung. Vol. 3. Wiesbaden: Springer; 2008. p. 75-96.
91. Klepper S, Odenwald M, Rockstroh B. Risikowahrnehmung und Alkoholabhängigkeit. *SUCHT*. 2016;62(6):374–82
92. Bogner K, Landrock U. Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. Mannheim: GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften; 2015. p. 1-9.
93. Moosbrugger H, Kelava A. Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test (Testgütekriterien). In: Moosbrugger H, Kelava A, editors. Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Vol. 2. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012. p. 8-25.
94. Sullivan GM, Artino AR, Jr. Analyzing and interpreting data from likert-type scales. *J Grad Med Educ*. 2013;5(4):541-2.

95. Helfferich C. Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N, Blasius J, editors. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer; 2014. p. 559-74.
96. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-51.
97. Sjøgaard AJ, Selmer R, Bjertness E, Thelle D. The Oslo Health Study: The impact of self-selection in a large, population-based survey. *Int. J. Equity Health*. 2004;3(1):Art.3.
98. Niemann-Ahrendt K. Bildungsstand der Bevölkerung in Berlin und Brandenburg. *Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin Brandenburg*. 2016;10(3):40-3.
99. Bertholet N, Cunningham JA, Faouzi M, Gaume J, Gmel G, Burnand B, Daepfen JB. Internet-based brief intervention for young men with unhealthy alcohol use: a randomized controlled trial in a general population sample. *Addiction*. 2015;110(11):1735-43.
100. Deveaux F. Counting the LGBT population: 6% of Europeans identify as LGBT [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 8]; Available from: <https://daliaresearch.com/blog/counting-the-lgbt-population-6-of-europeans-identify-as-lgbt/>.
101. Maier L, Barrat M, Winstock, A. Global Drug Survey 2017. Paper Presented at the NIGHTS 2017 - STADT NACH ACHT conference; 2017 Nov 9-11; Berlin.
102. VisitBerlin. Gay Berlin: LGBTI*-Guide für Berlin [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 9]; Available from: <https://www.visitberlin.de/de/lgbti-gay-berlin>.
103. Prepeliczay S. Motivationen und Morphologie des Freizeitgebrauchs von Psychedelika (LSD, Psilocybin-Pilze) - Eine qualitative Interviewstudie [dissertation]. Bremen: Universität Bremen; 2016.
104. Gerace E, Seganti F, Luciano C, Lombardo T, Di Corcia D, Teifel H, Vincenti M, Salomone A. On-site identification of psychoactive drugs by portable Raman spectroscopy during drug-checking service in electronic music events. *Drug Alcohol Rev*. 2019;38(1):50-6.
105. Zehms E. Berlin im Rausch: Chemsex und Partydrogen. Siegessäule [Internet]. 2020 Jan 2 [cited 2020 Aug 10]; Available from: <https://www.siegessaule.de/magazin/berlin-im-rausch-chemsex-und-partydrogen/>.
106. Viohl L, Ernst F, Gabrysch J, Petzold MB, Kohler S, Ströhle A, Betzler F. 'Higher education' - substance use among Berlin college students. *Eur J Neurosci*. 2019;50(3):2526-37.
107. Molina D. Wir haben mit Ärzten über ein Ketamin-Gerücht gesprochen, das in der Partyszene seine Runden dreht [Internet]. 2016 [cited 2022 Apr 8]; Available from: <https://www.vice.com/de/article/vdj9wb/ist-gefahrlloser-ketamin-konsum-waehrend-derschwangerschaft-tatsaechlich-moeglich-476>.

108. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*. 2010;376(9752):1558-65.
109. Palamar JJ, Acosta P, Le A, Cleland CM, Nelson LS. Adverse drug-related effects among electronic dance music party attendees. *Int J Drug Policy*. 2019;73:81-7.
110. Morley KI, Lynskey MT, Moran P, Borschmann R, Winstock AR. Polysubstance use, mental health and high-risk behaviours: Results from the 2012 Global Drug Survey. *Drug Alcohol Rev*. 2015;34(4):427-37.
111. Parrott AC. Why all stimulant drugs are damaging to recreational users: an empirical overview and psychobiological explanation. *Hum Psychopharmacol*. 2015;30(4):213-24.
112. Leyh G. Statement. Paper presented at the BARMER press conference: Von Depressionen bis Angststörungen – Psychische Erkrankungen bei jungen Erwachsenen in Berlin; 2018 May 17; Berlin.
113. Ter Bogt TFM, Engels RCME. “Partying” Hard: Party Style, Motives for and Effects of MDMA Use at Rave Parties. *Subst Use Misuse*. 2005;40(9-10):1479-502.
114. Narvaez JCM, Remy L, Bermudez MB, Scherer JN, Ornell F, Surratt H, Kurtz SP, Pechansky F. Re-traumatization Cycle: Sexual Abuse, Post-Traumatic Stress Disorder and Sexual Risk Behaviors among Club Drug Users. *Subst Use Misuse*. 2019;54(9):1499-508.
115. Pechansky F, Remy L, Surratt HL, Kurtz SP, Rocha TB, Von Diemen L, Bumaguin DB, Inciardi J. Age of Sexual Initiation, Psychiatric Symptoms, and Sexual Risk Behavior among Ecstasy and LSD Users in Porto Alegre, Brazil: A Preliminary Analysis. *J Drug Issues*. 2011;41(2):217-31.
116. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *Br J Psychiatry*. 2013;203(2):146-51.
117. Elliott L, Morrison A, Ditton J, Farrall S, Short E, Cowan L, Gruer L. Alcohol, Drug Use and Sexual Behaviour of Young Adults on a Mediterranean Dance Holiday. *Addict Res*. 1998;6(4):319-40.
118. Bellis MA, Hughes K, Bennett A, Thomson R. The role of an international nightlife resort in the proliferation of recreational drugs. *Addiction*. 2003;98(12):1713-21.
119. Bellis MA, Hughes K, Calafat A, Juan M, Schnitzer S. Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands. *Eur Addict Res*. 2009;15(2):78-86.
120. Flaherty GT, Maxemous KK, Nossier RE, Bui YG. The highs and lows of drug tourism: a travel medicine perspective. *J Travel Med*. 2017;24(6):1-3.

121. Mangerud WL, Bjerkeset O, Holmen TL, Lydersen S, Indredavik MS. Smoking, alcohol consumption, and drug use among adolescents with psychiatric disorders compared with a population based sample. *J Adolesc.* 2014;37(7):1189-99.
122. Conway KP, Swendsen J, Husky MM, He JP, Merikangas KR. Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results From the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(4):280-8.
123. Drug Scouts [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 8]; Available from: <https://drugscouts.de>.
124. Checkit! Kompetenzzentrum für Freizeitdrogen [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 8]; Available from: <https://checkit.wien>.
125. Valente H, Martins D, Carvalho H, Pires CV, Carvalho MC, Pinto M, Barratt MJ. Evaluation of a drug checking service at a large scale electronic music festival in Portugal. *Int J Drug Policy.* 2019;73:88-95.
126. Saleemi S, Pennybaker SJ, Wooldridge M, Johnson MW. Who is 'Molly'? MDMA adulterants by product name and the impact of harm-reduction services at raves. *J Psychopharmacol.* 2017;31(8):1056-60.
127. Hungerbuehler I, Buecheli A, Schaub M. Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use - evaluation of zurich's drug checking services. *Harm Reduct J.* 2011;8:Art.16.
128. Armenian P, Mamantov TM, Tsutaoka BT, Gerona RR, Silman EF, Wu AH, Olson KR. Multiple MDMA (Ecstasy) overdoses at a rave event: a case series. *J Intensive Care Med.* 2013;28(4):252-8.
129. Beselia A, Kirtadze I, Otiashvili D. Nightlife and Drug Use in Tbilisi, Georgia: Results of an Exploratory Qualitative Study. *J Psychoactive Drugs.* 2019;51(3):247-53.
130. Benschop A, Rabes M, Korf DJ. Pill Testing, Ecstasy & Prevention: A Scientific Evaluation in Three European Cities. Amsterdam: Rozenberg; 2002. p. 61-84.
131. Silins E, Bleeker AM, Simpson M, Dillon P, Copeland J. Does Peer-Delivered Information at Music Events Reduce Ecstasy and Methamphetamine Use at Three Month Follow-Up? Findings from a Quasi-Experiment across Three Study Sites. *J Addiction Prevention.* 2013;1(3):Art.8.
132. Piest A, Schmolke R. Sonar – Safer Nightlife Berlin: Kooperationsprojekt zur Schadensminimierung und Gesundheitsförderung im Nachtleben gestartet. In: Paritätischer Rundbrief [Internet]. 3. Quartal 2019 [cited 2022 Apr 28]; Available from: https://safer-nightlife.berlin/wp-content/uploads/2019/08/Paritätischer_Rundbrief_3_2019_auszug.pdf.

133. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Partydrogen in Berlin wissenschaftlich untersucht – Prävention wird verstärkt [Internet]. 2018 Feb 7 [cited 2022 Apr 28]; Available from: <https://www.berlin.de/sen/archiv/gpg-2016-2021/2018/pressemitteilung.673359.php>.

134. Drug Checking in Berlin: Kostenlose Drogentests sollen bald kommen. Berliner Morgenpost [Internet]. 2022 Jan 3 [cited 2022 Apr 28]; Available from: <https://www.morgenpost.de/berlin/article234221881/Drug-Checking-Kostenlose-Drogentests-sollen-bald-kommen.html>.

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Fragebogen der ersten Untersuchung	73
Anhang 2: Interviewleitfaden.....	79
Anhang 3: Kategoriensystem und Kodierleitfaden zur Auswertung der Interviews der berufsmäßigen Expert*innen	81
Anhang 4: Kategoriensystem und Kodierleitfaden zur Auswertung der Interviews der Partygänger*innen.....	88
Anhang 5: Kodierte Textstellen der Interviews der berufsmäßigen Expert*innen.....	92
Anhang 6: Kodierte Textstellen der Interviews der Partygänger*innen.....	118
Anhang 7: Fragebogen der zweiten Untersuchung	125

Anhang 1: Fragebogen der ersten Untersuchung

Liebe_r Teilnehmer_in,

vielen Dank, dass du dich bereit erklärst, an unserer Studie teilzunehmen. Wir wollen untersuchen, ob es in der Berliner Partyszene den Wunsch nach mehr Beratung zum Thema Drogenkonsum gibt (Aufklärung, Hilfe zu Safer Use, „Drogencheck“, etc.). Um die Angebote an eure Bedürfnisse anzupassen, stellen wir auch ein paar Fragen zu deiner Person und deinem Konsum.

Auch wenn du keine illegalen Drogen nimmst, kannst du den Fragebogen gerne ausfüllen.

Wir versichern dir, dass deine **Anonymität** zu jedem Zeitpunkt gewahrt bleibt. Es ist uns **KEIN** Rückschluss auf deine Person möglich.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert maximal 5-10 Minuten.

Am Ende des Fragebogens erhältst du Informationen zum Konsum illegaler Drogen in Berlin.

Unter den Teilnehmer*innen werden außerdem **Amazon-Gutscheine verlost (10 x 20€)**.

Mit dem Ausfüllen des Fragebogens erklärst du dich damit einverstanden, dass die anonym erhobenen Daten zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden.

1. Bitte gib dein Alter in Jahren an.

2. Bitte gib dein Geschlecht an.

Weiblich

Männlich

Andere:

3. Bitte gib die Art deines Aufenthalts in Berlin an.

Wohnhaft in Berlin (seit mind. 4 Wochen)

Tourist

Andere:

4. Bitte nenne deinen höchsten erreichten Bildungsabschluss.

Kein Abschluss

Hauptschulabschluss

Mittlere Reife

Abitur

Ausbildung

Hochschulabschluss

5. Welche (berufliche) Tätigkeit übst du derzeit aus?

- Schule
- Ausbildung
- Studium
- Angestellt
- Selbstständig
- Arbeitslos
- Andere:

6. Welcher Sexualität fühlst du dich zugehörig?

- Heterosexuell
- Homosexuell
- Bisexuell
- Andere:

7. Hast du jemals eine der folgenden Drogen genommen?

Bitte die zutreffenden auswählen. Mehrfachnennungen sind möglich.

Vom Arzt verschriebene Medikamente bitte NICHT nennen.

	Im letzten Monat	Im letzten Jahr	Schon einmal	Nie
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amylnitrit („Poppers“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GHB/ GBL („G“, Liquid Ecstasy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphetamin (Speed, Pep)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alpha-Ciatylglutarat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nikotin (Tabak)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazepine (Valium® = Diazepam, Tavor®, Rohypnol®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Methamphetamin (Crystal Meth)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel auf Opiatbasis (Tramal®, Tilidin®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuro-Enhancer (Ritalin®, Medikinet®, Vigil®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis (Gras, Marihuana, Haschisch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Methanoltensid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MDMA (Ecstasy, Teile, MDMA-Kristalle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LSD (Acid, Pappen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Synthetische Cathinone („Badesalze“, MMC, MDMC, MDPV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ketamin (Keta, „K“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Synthetische Cannabinoide („Spice“, andere psychoaktive Kräutermischungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psilocybin (Pilze, Magic Mushrooms)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Bitte nenne – falls zutreffend – andere Drogen, die du schon einmal genommen hast.

9. Welche drei Drogen – außer Alkohol und Nikotin – nimmst du am häufigsten?

(1 = am häufigsten)

1.

2.

3.

Warum nimmst du sie?

Bitte beziehe dich bei 1-3 auf die Drogen aus der letzten Frage.

Droge Nr. 1

Droge Nr. 2

Droge Nr. 3

Mit wie vielen Jahren hast du sie zum ersten Mal genommen?

Bitte beziehe dich bei 1-3 auf die Drogen aus der letzten Frage.

Droge Nr. 1

Droge Nr. 2

Droge Nr. 3

10. Wünschst du dir, deinen Konsum von Droge 1-3 in den nächsten 12 Monaten zu reduzieren?

Bitte beziehe dich bei 1-3 auf die Drogen aus der letzten Frage.

	Ja	Nein
Droge Nr. 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Droge Nr. 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Droge Nr. 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Wie bewertest du die allgemeinen Auswirkungen auf jemand anderen, wenn sie/er...

Erklärung: **manchmal** = 1x pro Monat oder seltener, **regelmäßig** = 1x pro Woche oder häufiger

	Sehr negativ				Sehr positiv
...manchmal Amphetamin nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...regelmäßig Amphetamin nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...manchmal GHB/ GBL nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...regelmäßig GHB/ GBL nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...manchmal MDMA nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...regelmäßig MDMA nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...manchmal Ketamin nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...regelmäßig Ketamin nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...manchmal Kokain nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...regelmäßig Kokain nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...manchmal Cannabis nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...regelmäßig Cannabis nimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...manchmal Alkohol trinkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...regelmäßig Alkohol trinkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Hattest du schon mal das Gefühl, dass du deinen Alkohol- oder Drogenkonsum reduzieren solltest?

- Ja
- Nein

13. Hast du dich schon darüber aufgeregt, wenn andere Leute dich wegen deines Alkohol- oder Drogenkonsums kritisierten?

- Ja
- Nein

14. Hattest du wegen deines Alkohol- oder Drogenkonsums schon Gewissensbisse?

- Ja
- Nein

15. Hast du am Morgen nach dem Erwachen schon als erstes Alkohol oder Drogen genommen, um deine Nerven zu beruhigen oder den Kater loszuwerden?

- Ja
- Nein

16. Wurde bei dir jemals eine psychische Erkrankung (dazu zählen auch Abhängigkeitserkrankungen) diagnostiziert?

- Nein
- Ja, welche?:

17. Besteht bei dir Bedarf oder Interesse an einer Beratung zum Umgang mit Drogen?

- Ja
- Nein

18. Bitte bestimme auf der Skala, für wie sinnvoll du folgende Präventions-/ Hilfeangebote hältst.

	Gar nicht sinnvoll		Sehr sinnvoll		
feste Beratungsstellen in Berlin, die bei Bedarf kostenlose Beratung anbieten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Mobile) Drogenprüfung auf Reinheit (Drugchecking/Pill Testing)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Webseiten und Foren mit Informationen über Drogenkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulung von Jugendarbeitern und Lehrern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulung des Personals aus der Partyszene zum Umgang mit Drogenkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spezielle Beratung für MSM über Drogenkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(men who have sex with men)

Beratung und Hilfe „vor Ort“ (Festival, Club, Warteschlange, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Förderung von verantwortungsvollem Konsum („Safer Use“) und akzeptierender Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufklärung in Schulen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Was sind deine Erwartungen oder Wünsche für ein Präventions-/ Hilfeangebot?

Vielen Dank für deine Teilnahme!

Anhang 2: Interviewleitfaden

-
- 1 In welchem Berufsfeld sind Sie tätig?
Was ist Ihre Position?
Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem Beruf?

 - 2 Inwiefern kommen Sie im Rahmen Ihres Berufs mit dem Konsum illegaler Drogen in der Berliner Partyszene in Berührung?
Um welche Substanz(en) handelt es sich primär?

 - 3 Welche illegalen Drogen werden Ihrer Einschätzung nach in der Berliner Partyszene am häufigsten konsumiert?

 - 4 Welche Gründe sehen Sie als maßgeblich an für den Konsum illegaler Drogen in der Berliner Partyszene?

 - 5 Lassen sich Ihrer Meinung nach den Konsumenten unterschiedlicher illegaler Drogen in der Berliner Partyszene spezifische Charakteristika zuordnen (Alter, Geschlecht, Sexualpräferenz, etc.)?
Gibt es Risikogruppen für riskanten Konsum illegaler Drogen in der Berliner Partyszene?

 - 6 Hat sich Ihrer Beurteilung nach der Konsum illegaler Drogen in der Berliner Partyszene in den letzten Jahren verändert?
Falls ja, inwiefern?
Falls ja, wodurch?

 - 7 Mithilfe welcher Parameter verorten Sie das Gefahrenpotential einer illegalen Droge?

 - 8 Lässt sich Ihrer Ansicht nach risikoarmer von riskantem Konsum illegaler Drogen in der Berliner Partyszene abgrenzen?
Falls ja, welche Faktoren spielen dabei eine Rolle?

 - 9 Gibt es positive Attribute, die Sie dem Konsum illegaler Drogen in der Berliner Partyszene zuschreiben?

 - 10 Besteht Ihrer Meinung nach Handlungsbedarf angesichts des Konsums illegaler Drogen in der Berliner Partyszene?
Falls ja, welche Ansätze schlagen Sie vor?

 - 11 Welche Suchtpräventionsstellen/ -maßnahmen für illegale Drogen kennen Sie in Berlin?
Wie bewerten Sie deren jeweilige Sinnhaftigkeit auf einer Skala von „nicht“ – „wenig“ – „mittelmäßig“ – „ziemlich“ – „sehr“?

 - 12 Gibt es Präventionsansätze gegen riskanten Konsum illegaler Drogen in der Berliner Partyszene, die Sie aktuell vermissen?
-

13 Können Sie ein Beispiel einer aus Ihrer Sicht sinnvollen Suchtpräventionsmaßnahme außerhalb Berlins nennen?

Falls ja, was zeichnet diese aus?

Falls ja, inwiefern ließe sich diese auf Berlin übertragen?

14 Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Anhang 3: Kategoriensystem und Kodierleitfaden zur Auswertung der Interviews der berufsmäßigen Expert*innen

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregel
OK 1	Tätigkeit		
UK 1.1	Verbindungspunkte	<p>Verbindungspunkte mit Substanzkonsum bzw. Prävention im Kontext der Berliner Partyszene</p> <p>mit „Und was das ‚Nightlife‘ betrifft, bin ich sowohl in der selektiven, indizierten Prävention als auch in der strukturellen Prävention tätig im Rahmen von unserem Schulungsprogramm und der Vor-Ort-Arbeit.“ (E5, 11-14)</p> <p>„[...] was auch dazu geführt hat, dass wir in den vergangenen Jahren gemeinsam mit [...] ein Schulungsprogramm entwickelt haben für Mitarbeitende im Nachtleben [...].“ (E9, 25-28)</p> <p>„Als Notarzt wird man ja gerade nachts sehr oft zu entsprechenden Patientenkreisen hinzugerufen. Gerade im Bezirk [...], in dem wir ja stationiert sind, gibt es ja eine sehr bunte Clubszene, so dass es eben leider zum gängigen Alltag gehört.“ (E5, 13-16)</p>	<p>exklusive Aussagen zu Tätigkeitsbereichen ohne unmittelbaren Bezug zur Berliner Partyszene (z. B. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit)</p>
UK 1.2	Berufserfahrung	<p>Erfahrung bezogen auf die Tätigkeit mit Bezug zu Substanzkonsum bzw.</p> <p>„Beruflich seit dem Studium seit 1995.“ (E4, 12)</p>	

	Prävention im Kontext der Berliner Partyszene		<p>„Ich selbst bin bei [...] festangestellt seit 2009, habe meinen ersten vor-Ort-Dienst am Kottbusser Tor 2003 gemacht.“ (E5, 7-8)</p> <p>„Als Notarzt bin ich seit 20 Jahren tätig.“ (E6, 10)</p>
OK 2	Substanzkonsum		
UK 2.1	Konsumierte Substanzen	häufig in der Berliner Partyszene konsumierte Substanzen	<p>„Also, am meisten konsumiert wird Alkohol [...], gefolgt von Cannabis [...], dann Amphetamin, also Speed, in geringem Umfang nur Methamphetamin, also Crystal Meth [...]. Dann MDMA, Ecstasy, Kokain, dann Ketamin [...] und dann eben auch noch in bestimmten Subszenen: Pilze, LSD und auch sogenannte ‚Legal Highs‘ [...], aber auch das ist im Vergleich zu den anderen Substanzen eher am Randbereich.“ (E3, 29-37)</p> <p>„[...] und dann eben auch noch in bestimmten Subszenen: Pilze, LSD und auch sogenannte ‚Legal Highs‘ [...], aber auch das ist im Vergleich zu den anderen Substanzen eher am Randbereich.“ (E3, 34-37)</p>
UK 2.2	Risikokonsum	Substanzen oder Verhaltensweisen	<p>„Besonderes Gefahrenpotential sehe ich bei ‚G‘, da gibt es ja eine körperliche Abhängigkeitskomponente, die eine Rolle spielt. Und da ist es ja dann so, dass die User sich</p> <p>exklusive allgemeinen Risikofaktoren ohne</p>

	<p>gesondertem Risiko für negative Konsumfolgen</p>	<p>für <i>irgendwann aus der Feierszene verabschieden, wenn sie eine Abhängigkeit entwickeln und sich damit ins Private zurückziehen.</i>“ (E5, 174-177)</p> <p><i>„Beim Alkohol ist es so, dass wir nicht nur denken, es ist am häufigsten, sondern auch verantwortlich für einen Großteil der Probleme. Nicht nur für sich allein genommen, sondern eben auch in Kombination.“</i> (E13, 67-69)</p>	<p>direkten Bezug zur Berliner Partyszene (z. B. Mischkonsum, hohe Konsumfrequenz)</p>
<p>UK 2.3 Risikogruppen</p>	<p>Subgruppen innerhalb der Berliner Partyszene mit gesondertem Risiko für negative Konsumfolgen</p>	<p>„Also ich würde schon sagen, die eher jungen [Partygänger*innen; Anmerkung des Autors] bis 24 sind die, die Kompetenz auch brauchen – Konsumkompetenz.“ (E4, 157-158)</p> <p><i>„Wir sehen häufiger mal Touristen, die mit der Menge oder der Mischung Probleme haben und dann hier in Psychose-ähnlichem Zustand zu uns kommen. Oder in einer hoffnungslosen Überdosierung mit Tachykardien und Blutdruckschwankungen. Das ist sicherlich eine Risikogruppe.“</i> (E1, 48-51)</p>	<p>umfasst auch Aussagen zum jeweiligen Risikoverhalten der Risikogruppen</p>

OK 3	Prävention		
UK 3.1	Handlungsbedarf	Beurteilung der Notwendigkeit neuer Präventionsangebote	<p>„Es besteht großer Handlungsbedarf.“ (E4, 271)</p> <p>„Ja, Handlungsbedarf gibt es auf jeden Fall.“ (E10, 94)</p>
UK 3.2	Drug Checking	Einschätzungen bezüglich einer Einführung von Drug Checking	<p>„Ja, definitiv Drug Checking in Berlin. Also das wäre durchaus sehr sinnvoll und denke ich der Lebensrealität und der Realität der Tatsachen angemessen.“ (E14, 119-120)</p> <p>„Wenn es das Angebot gibt, sagen wir: ‚Es wäre eine Katastrophe, wenn man Drug Checking macht ohne eine motivierende Kurzintervention‘. Weil was ist, also was gefunden wurde: Die Leute haben es trotzdem genommen, die wussten es dann auch, die haben gesagt: ‚Ach, bei mir wird das nicht so schlimm‘. Also da noch mal kurze Information: ‚Was machste denn jetzt mit dem Ergebnis?‘“ (E4, 423-427)</p> <p>„Das heißt Drug Checking würde eine zentrale Rolle darin spielen [...]. So wie es im Moment ist, stehen wir da auf dem Schlauch und stochern mit unseren Flyern da in der Wüste und hoffen, dass wir mit unseren Informationen, die Leute treffen, die sie auch brauchen.“ (E15, 190-197)</p>

UK 3.3	Aufklärung von Partygänger*innen	Einschätzungen von neuer Aufklärungsangebote für Partygänger*innen	<p>„Ansonsten sehe ich tatsächlich auch Aufklärungsarbeit: Was macht das, was macht das in Kombination mit anderen Substanzen? Das ist natürlich ganz wichtig.“ (E2, 161-162)</p> <p>„Ich denke schon, dass die Suchthilfe – egal ob jetzt Frühintervention, Prävention oder sonst irgendetwas – schon in die Szene gehen muss, um Infos zu streuen; von alleine kommt niemand her – warum auch? – das kann ich auch verstehen.“ (E7, 183-185)</p>
UK 3.4	Aufklärung von Fachpersonal	Einschätzungen von neuer Aufklärungsangebote für Fachpersonal	<p>„Es gab ja von [...] auch dieses [...] Projekt, wo dann zum Beispiel so Clubschulungen gemacht worden sind von dem Personal. So etwas muss eben stark erweitert werden [...].“ (E3, 245-247)</p> <p>„Ausbildung von den Rettungskräften wäre zum Beispiel auch gut, das hören wir auch immer wieder, dass die Rettungsstellen überfordert sind und nicht einschätzen können: ‚Was hat der konsumiert?‘ – da wäre auf jeden Fall Bedarf.“ (E7, 138-141)</p>
UK 3.5	Gesellschaftlicher Umgang und rechtlicher Status	Aussagen zu gesellschaftlichen Umgang mit Substanzkonsum	<p>„[...] und ganz am Anfang stünde eine ganz allgemeine wachsende Akzeptanz oder Toleranz in der Gesellschaft – also wünschenswert wäre ein gesamtgesellschaftlicher</p>

Prävention sowie zu rechtlichen Implikationen Wandel, um den Konsum von Substanzen aus der ‚Schmuddelecke‘ zu entheben und das irgendwie auf eine Ebene zu stellen, wo es ok ist, wo Menschen ihre eigenen Entscheidungen treffen, ohne dafür stigmatisiert zu werden, sondern die Möglichkeit haben, so risikoarm wie möglich ihre Entscheidungen umzusetzen.“ (E13, 325-330)

„Es bedarf letztendlich auch, weil der Anreiz, wenn Drogen angeboten werden, natürlich auch groß ist, diese auszuprobieren, letztendlich auch repressiver Maßnahmen. Da kommen wir gar nicht drum herum, um letztendlich auch zu verhindern, dass sich möglicherweise auch ein strukturierter Handel in manchen Clubs verfestigt.“ (E11, 128-132)

UK 3.6 Kooperation Aussagen zur gegenwärtigen Kooperationsituation zwischen Präventionsakteur*innen sowie Optimierungsmöglichkeiten „[...] und wir müssen vor allem auch vernetzter arbeiten, also die einzelnen Disziplinen, die zum Teil noch so nebeneinander her ‚wurschteln‘: Medizin und auch die verschiedenen Fachrichtungen der Medizin, die Psychologen und Therapeuten, die Sozialpädagogen, die Pharmazeuten, die Toxikologen – die müssen sich besser miteinander vernetzen, [...] was eben auch ganz wichtig ist, dass das auch auf einer politischen Ebene dann sozusagen,

dass die sich auch mit einbringt in den Diskurs.“ (E3, 309-317)

UK 3.7	Finanzielle Mittel	Aussagen zur gegenwärtigen Finanzlage von Präventionsstellen sowie einem etwaigen Bedarf für größere finanzielle Mittel	<p><i>„Also, wir brauchen wirklich viel mehr Mittel für die Prävention [...].“ (E3, 304-305)</i></p> <p><i>„Wir können halt immer wieder unseren Mitgliedern ab und zu mal so eine Schulung aus Mitgliedsbeiträgen finanzieren oder wie gesagt so auf Spendenbasis, okay, aber solange die Frage nicht gelöst ist, wer dieses Angebot dauerhaft bezahlt, bleibt es halt immer mal wieder nadelstichmäßig [...].“ (E9, 580-583)</i></p>
--------	--------------------	---	--

Anhang 4: Kategoriensystem und Kodierleitfaden zur Auswertung der Interviews der Partygänger*innen

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregel
OK 1	Tätigkeitsbereich der Interviewpartner*innen	<p>aktueller Tätigkeitsbereich</p> <p>„Genau, ich habe soziale Arbeit studiert und das 2015 abgeschlossen mit einem Bachelor.“ (P3, 12)</p> <p>„Ich bin in der Veranstaltungstechnikbranche tätig und bin dort Lichttechniker. [...] Auch in Clubs, ja.“ (P1, 5-12)</p>	
OK 2	Verbindungspunkte Substanzkonsum bzw. Prävention im Kontext der Berliner Partyszene	<p>Verbindungspunkte mit bzw. Substanzkonsum bzw. Prävention im Kontext der Berliner Partyszene</p> <p>„Ich bin sehr früh auch schon in verschiedene auch subkulturelle Partyszenen gerutscht und habe dadurch auch auf Festivals oder hier in Berlin selbst schon viele illegale Drogen konsumiert. Und auch viele Freunde gehabt, mit denen ich eben darüber gesprochen habe oder erlebt habe, dass das ein großes Thema ist und sehr präsent ist, Drogen zu konsumieren.“ (P3, 27-30)</p> <p>„Ja, also in meinem Studium ist es vor allem durch meine Kommilitonen, die feiern gehen und Drogen nehmen, genauso wie ich. Und in der Galerie, wenn auf Messen oder so mal groß Abendessen gab, wurde dort auf den Toiletten gekokst.“ (E5, 13-15)</p>	<p>umfasst auch Aussagen zum persönlichen Konsum bzw. Präventionsverhalten</p>

OK 3	Substanzkonsum			
UK 3.1	Konsumierte Substanzen	häufig in der Berliner Partyszene konsumierte Substanzen.	<p>„Speed‘, danach MDMA, danach Ketamin, danach Kokain.“ (P5, 23)</p> <p>„Ja, Alkohol ist ja auch noch eine Droge. Ja, Alkohol auch.“ (P2, 55)</p> <p>„Ich glaube, hauptsächlich Cannabis. Und was die chemischen Sachen angeht, vor allem ‚Speed‘, MDMA und Ketamin.“ (P4, 11-12)</p>	Exklusive Aussagen zum persönlichen Konsum
UK 3.2	Risikokonsum	Substanzen oder Verhaltensweisen mit gesondertem Risiko für negative Konsumfolgen.	<p>„Also, einmal dieser Mischkonsum auf jeden Fall, dass man irgendwann auch gar nicht mehr den Überblick hat, was man jetzt genau genommen hat.“ (P2, 83-84)</p> <p>„Und ich finde, es kommt halt auch drauf an, was für Drogen – natürlich ist ‚Ecstasy‘ auch keine leichtzunehmende Droge, aber für mich persönlich, ist es trotzdem ein Unterschied, als wenn ich jetzt vollgepumpt mit Heroin oder ‚Crystal Meth‘ oder irgendwas wäre.“ (P2, 133,136)</p>	
UK 3.3	Risikogruppen	Subgruppen innerhalb der Berliner Partyszene mit gesondertem Risiko für negative Konsumfolgen	<p>Ich würde schon sagen, dass auf jeden Fall Jugendliche oder junge Menschen eine Risikogruppe darstellen, (P3, 62)</p>	

„Ich glaube, bei den ganzen Substanzen ist es, wenn du psychisch prädispositioniert bist, dass die dann alle eventuell ein größeres Problem sind. Also, ich meine, Marihuana wird immer relativ harmlos von vielen dargestellt, es kann aber auch Psychosen auslösen, wenn man da so eine gewisse Prädisposition hat.“ (P4, 39-42)

OK 4 Prävention

UK 4.1 Handlungsbedarf Beurteilung der Also erstmal würde ich sagen, dass immer Handlungsbedarf
Notwendigkeit neuer ist, bei so einer Sache wie Drogenkonsum.“ (P3, 112-113)
Präventionsangebote

UK 4.2 Drug Checking Einschätzungen bezüglich „Ich finde es gut, dass es solche Stellen gibt, die die Drogen
einer Einführung von Drug testen auf ihre Reinheit, auf jeden Fall.“ (P2, 221-222)
Checking

UK 4.3 Aufklärung von Einschätzungen bezüglich „Ich denke mal, es könnte viel informiert werden. Das ist,
Partygänger*innen neuer glaube ich, in anderen Städten, beziehungsweise in anderen
Aufklärungsangebote für Ländern teilweise so, dass dann auch in den Clubs oder
Partygänger*innen sowas, dass es da halt Informationsstellen gibt [...].“ (P4, 66-68)

„Ich weiß es nicht, um ehrlich zu sein. Weil ich wüsste nicht, ob ich die in Anspruch nehmen würde. Weil ich merke es ja jetzt, wie es bei mir ist. Ich bin in Berührung gekommen mit

Drogen, mir ging es immer gut und selbst, wenn da irgendwo ein Stand gewesen wäre, hätte ich mich jetzt an dem Abend nicht informiert und hätte mir da nicht irgendetwas durchgelesen.“ (P2, 217-220)

UK 4.4	Gesellschaftlicher Umgang und rechtlicher Status	Aussagen zum gesellschaftlichen Umgang mit Substanzkonsum bzw. Prävention sowie zu rechtlichen Implikationen	zum „Ich glaube, dass ich dabei relativ simpel für die Legalisierung von Drogen bin, weil ich finde, dass, wenn es einen offenen Umgang mit etwas gibt, sich viele Leute mit den Folgen auseinandersetzen und es nicht stigmatisiert wird. Und ich glaube, dass es für die Feierszene auch nicht schlecht wäre.“ (P5, 84-87)
--------	--	--	--

Anhang 5: Kodierte Textstellen der Interviews der berufsmäßigen Expert*innen

OK 1 Tätigkeit

UK 1.1 Verbindungspunkte

- *„Ja, insofern, dass wir ab und zu die Opfer des Drogenkonsums hier behandeln mit Überdosierungen oder Einnahme von Drogen, die die Partymenschen bisher nicht eingenommen haben, oder mit den Folgen nicht klarkommen.“ (E1, 13-15)*
 - *„Es ist immer stark abhängig, auch von der Jahreszeit. Im Sommer schafft man sicherlich so fünf, sechs Patienten pro Woche. Und im Winter, wenn das Wetter schlecht ist, es keine großen Partys sind und die Clubs auch weg sind, kann auch manchmal sein, dass ein Wochenende gar keiner kommt, hier in [...]. Aber wie gesagt, ich denke die Dunkelziffer zum Gebrauch ist sehr hoch und wir sehen sicherlich nur ganz, ganz wenige, von den wirklichen Nutzern.“ (E1, 140-145)*
 - *„[...] also ich glaube, da ist die Hemmschwelle relativ gering, hier medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch offensichtlich ist die Angst vor irgendwelchen Konsequenzen, die sie ohnehin bei uns nicht zu befürchten haben, extrem gering.“ (E1, 163-165)*
 - *„Also im weitesten Sinne bin ich in der Gastronomie tätig als selbstständiger Betreiber verschiedener Läden, einiger Clubs, einem größeren, zwei kleineren, und einem Restaurant. Oder sogar zwei Restaurants mittlerweile.“ (E2, 6-8)*
 - *„Sicher, ja. Es gibt bestimmt einige oder viele, von denen ich weiß, dass die Drogen konsumieren.“ (E2, 21-22)*
 - *„[...] bin im Vorstand von [...], also ein Verband aus Partydrogenprojekten, die eben den schadensminimierenden Ansatz in Deutschland voranbringen wollen.“ (E3, 8-10)*
 - *„Da bin ich aktiv und dann bin ich in der [...] drin, also habe die mitgegründet. Das ist ein Verband, vor allem aus Drogenträgern aus der Region, die Drug Checking voranbringen will und eben auch so schadensminimierende Ansätze in der Partyszene verankert.“ (E3, 20-23)*
 - *„Wir haben, weil wir wissen, dass in Berlin extrem viele illegale Substanzen im Partysetting genommen werden, haben wir unsere Kampagne [...] und zwar haben wir gesagt, wir wollen nicht so sehr wie die psychedelischen Ambulanzen innen drin sein, denn*
-

dann ist die Entscheidung wahrscheinlich gerade ums Eck, sondern wir haben gesagt: ‚Wie könnten wir an Leute rankommen, wenn sie warten?‘ [...].“ (E4, 16-23)

- *„Und was das ‚Nightlife‘ betrifft, bin ich sowohl in der selektiven, indizierten Prävention als auch in der strukturellen Prävention tätig im Rahmen von unserem Schulungsprogramm und der Vor-Ort-Arbeit. Mit Infoständen des Partyteams ist das Projekt, das wir 2011 gestartet haben.“ (E5, 11-14)*
- *„Als Notarzt wird man ja gerade nachts sehr oft zu entsprechenden Patientenkreisen hinzugerufen. Gerade im Bezirk [...], in dem wir ja stationiert sind, gibt es ja eine sehr bunte Clubszene, so dass es eben leider zum gängigen Alltag gehört.“ (E5, 13-16)*
- *„[...] ich würde mal schätzen, so im Monat über alle Dienste gemittelt, sind es im Monat für dieses Fahrzeug so 20 bis 25 Drogennotfälle im Monat, bei denen wir als Notärzte mit dazu gerufen werden. Für die Rettungswagen ist es noch deutlich mehr.“ (E5, 21-24)*
- *„Wir sind ja wie gesagt für [...] zuständig und dadurch haben wir damit schon Berührungspunkte.“ (E7, 17-18)*
- *„[...] und generell Partydrogenkonsum, Mischkonsum, sehr wohlüberlegter Konsum: was setze ich wann wie ein?, das hat sich in den letzten drei-vier Jahren auf jeden Fall geändert und das liegt auch daran, dass sich der Bezirk hier verändert.“ (E7, 27-29)*
- *„Aber wir haben in unseren Beratungsstellen tatsächlich gar nicht so wenige Menschen, die aufgrund von Konsum von Cannabis, Stimulantien aber auch Alkohol Beratung suchen. Und deren Substanzkonsum findet natürlich auch total in der Berliner Feierszene statt.“ (E8, 22-24)*
- *„Und für [...]. bin ich inzwischen seltener, aber doch so ein bis zwei Events im Jahr, wo ich dann direkt auch im Partykontext arbeite.“ (E8, 26-27)*
- *„Also von daher komme ich relativ oft damit in Berührung; als ich früher aktiv Veranstaltungen organisiert habe, was ich eben auch noch gelegentlich mache, aber jetzt nicht mehr so regelmäßig, war das eigentlich fast permanent ein Thema, was so mitlief,*

was auch dazu geführt hat, dass wir in den vergangenen Jahren gemeinsam mit [...] ein Schulungsprogramm entwickelt haben für Mitarbeitende im Nachtleben [...].“ (E9, 23-28)

- *„Also man kann schon sagen, dass eigentlich alle Jugendlichen, die hier zu uns kommen – fast alle Jugendlichen, das stimmt nicht ganz – illegale Drogen konsumieren. Teilweise auch schon relativ früh damit angefangen haben und definitiv die meisten auch in der Berliner Partyszene unterwegs waren oder immer noch unterwegs sind.“ (E10, 22-25)*
- *„Und ich hatte jetzt beispielsweise, jetzt in der Vergangenheit, eher indirekt mit dem Thema zu tun, weil wir Beschwerden und Probleme mit Anwohnern hatten – gerade um die [...] -Straße herum, weil da sehr viel konsumiert wird. Aber – zum Erstaunen – es waren auch jetzt eher, auch in Rücksprache mit der Polizei, weniger Partydrogen, sondern eher auch wieder Leute mit – also Opiaten.“ (E11, 30-34)*
- *„Insofern als dass wir bei Vorfällen in Zusammenhang mit Diskotheken, Clubs oder Partys natürlich Kenntnisse erhalten von den eingeleiteten Verfahren. [...] die informieren uns dann über entsprechende Informationskanäle, dass im Zusammenhang mit dem einen oder anderen Club ein Verfahren eingeleitet wurde, dass ein Gast mit Rauschgift erkannt wurde, oder, dass ein Türsteher jemanden mit Rauschgift angezeigt hat, der in den Club wollte.“ (E12, 14-21)*
- *„Also, wenn es zwei Vorgänge pro Monat sind, die uns hier tatsächlich erreichen als offizielles Strafvermittlungsverfahren, dann denke ich mal, ist es ungefähr das, zwei bis drei Fälle, von denen wir Kenntnis kriegen.“ (E12, 202-204)*
- *„Da heißt wir machen ja Infostände auf Partys und manchmal auch so kleine psychedelische Ambulanzen. Das ist sozusagen der Fachbegriff dafür, dass wir einen ‚Space‘ aufbauen, der zum Ausruhen einlädt, zum in Kontakt treten, der auch Leute auffängt, die gerade eine schwierige Zeit haben oder nicht dahin kommen wollen, dass sie eine schwierige Phase haben, und dann unterstützen und begleiten wir die.“ (E13, 31-35)*

-
- „[...] ist es natürlich immer wieder ein Thema, in der Frage, sei es jetzt irgendwie Anwohneranfragen, oder eben natürlich auch die Projekte berichten lassen. Also ich habe auch sehr engen Austausch immer mit den Suchtberatungsstellen, da kommt das natürlich auch vor.“ (E14, 17-20)
 - „[...] wir sind im Nachtleben unterwegs, in den schwulen Szenen, auch in Cruising-Gebieten [...]“ (E15, 22-23)
 - „Und dann geben wir denen entweder einen Flyer oder sie wollen vielleicht nur das Zieh-Pack – da ist ja wieder der Flyer drin – oder aber wir sagen gleich: ‚Du kannst da und da hingehen, da wird dir geholfen‘.“ (E15, 340-342)
-

UK 1.2 Berufserfahrung

- „Ich bin jetzt seit neun Jahren in der Rettungsstelle.“ (E1, 10)
 - „Seit etwa 33 Jahren.“ (E2, 10)
 - „Also, circa, zu [...] bin ich 1995 gestoßen. War selber auch Partygänger - bin hier so in der aufkommenden Berliner Partyszene sozialisiert gewesen und seitdem beschäftige ich mich eben mit Partydrogenkonsum und Prävention in diesem Bereich, schadensminimierende Ansätze.“ (E3, 12-15)
 - „Beruflich seit dem Studium seit 1995.“ (E4, 12)
 - „Ich selbst bin bei [...] festangestellt seit 2009, habe meinen ersten vor-Ort-Dienst am Kottbusser Tor 2003 gemacht.“ (E5, 7-8)
 - „Als Notarzt bin ich seit 20 Jahren tätig.“ (E6, 10)
 - „Eigentlich in der Drogenhilfe seit meinem Studienabschluss 2004. Und dann habe ich erst selber Drogenberatung gemacht und jetzt eben Bereichsleitung. Und ich mache seit 15 Jahren ehrenamtlich Partyprävention [...]“ (E8, 12-14)
 - „Okay, also in der Suchthilfe, oder in dem Verein hier, bin ich seit 2008 [...]“ (E10, 16)
 - „Ok, also ich bin als Suchthilfe Koordinatorin für das Bezirksamt [...] seit März 2016 tätig [...], war aber davor elf Jahre lang in der Suchtberatung tätig und habe eine Suchtberatungsstelle geleitet [...]“ (E11, 7-10)
 - „So knapp fünf Jahre jetzt.“ (E12, 11)
-

-
- „Also ich – seit so sechs Jahren ungefähr.“ (E13, 27)
 - „Bei mir ist ein bisschen länger, ich habe 2005 angefangen, also 12 Jahre jetzt.“ (E13, 28)
 - „Als Pädagoge in der Prävention bin ich seit 1999 tätig, das sind jetzt 18 Jahre. In Berlin bei [...] bin ich seit 2003 und die Projektleitung mache ich seit 2006, das sind elf Jahre.“ (E15, 13-14)
-

OK 2 Substanzkonsum

UK 2.1 Konsumierte Substanzen

- „[...] viele Leute, denke ich, konsumieren Kokain.“ (E2, 30)
 - „Also, am meisten konsumiert wird Alkohol [...], gefolgt von Cannabis [...], dann Amphetamin, also Speed, in geringem Umfang nur Methamphetamin, also Crystal Meth [...]. Dann MDMA, Ecstasy, Kokain, dann Ketamin [...] und dann eben auch noch in bestimmten Subszenen: Pilze, LSD und auch sogenannte Legal Highs [...], aber auch das ist im Vergleich zu den anderen Substanzen eher am Randbereich.“ (E3, 29-37)
 - „[...] also Speed, Ecstasy zu Partybeginn [...], dann zum Runterkommen halt Kiffen.“ (E4, 92-95)
 - “Das sind Amphetamine, auch Ecstasy erfährt ja gerade eine Renaissance.“ (E4, 97)
 - „MDMA ist auf jeden Fall eine Substanz, sei es in Form von Ecstasy-Tabletten oder als Pulver, was auf jeden Fall vorne unter die ‚Top-Five‘ gehört. Und ja, ich vermute, dass es ungefähr gleich auf mit Amphetamin, also Speed, ist.“ (E5, 37-39)
 - „Ansonsten überall eigentlich verbreitet sind die Amphetamine und Ecstasy/ MDMA. Das ist traditionell in der Elektroszene. Ketamin spielt mittlerweile auch eine zusätzliche Rolle [...].“ (E6, 77-79)
 - „[...] Amphetamine, Ecstasy spielen mit, nach wie vor im Feiertext, würde ich aufgrund meiner beruflichen Erfahrung sagen, die Hauptrolle. Alkohol ist auch immer dabei, das wird häufig vergessen.“ (E8, 46-48)
 - „[...] insbesondere der Alkohol, der in puncto Mischkonsum immer eine starke Rolle spielt [...]. Aber ansonsten geht es auch um den Konsum von Cannabis und Marihuana, Haschisch und solche Sachen, die sehr weit verbreitet sind, die im Prinzip schon zum
-

nicht diskutierten Alltag und Nachtleben gehören. [...] im musikalischen Bereich der elektronischen Musik sind oftmals paar chemische Substanzen noch mit im Spiel. MDMA ist schon eine Substanz, die gerne ins Spiel kommt. GBL, also GHB landläufig, spielt immer mal wieder eine Rolle.“ (E9, 40-49)

- „[...] die Drogen, die am häufigsten konsumiert werden, sind Cannabis, Amphetamin und MDMA.“ (E10, 53-54)
- „Also ich denke nach wie vor, dass es immer noch – Ecstasy ziemlich weit vorne ist und Speed und Kokain.“ (E11, 39-40)
- „Das sind primär leider wieder Ecstasy, es war eine Zeit lang eigentlich schon vom Markt verschwunden. [...] In den letzten ein, zwei Jahren steigen wieder die Fälle mit Ecstasy. Unter anderem hauptsächlich Amphetamine.“ (E12, 23-26)
- „Ja, aber mit Sicherheit muss man auch noch mit dazuzählen, ich denke mal Cannabis, weil Cannabis sehr, sehr weit verbreitet ist.“ (E12, 34-35)
- „[...] wir befürchten im Moment, dass auch die neuen psychoaktiven Stoffe sich zunehmend in der Partyszene ausbreiten.“ (E12, 39-40)
- „Also wir haben nochmal festgestellt, dass tatsächlich Alkohol und Nikotin super vorrangig sind und sich daran illegalisierte Substanzen anschließen [...]. Dazu gehört Marihuana, MDMA, Kokain und je nach Szene vielleicht auch LSD.“ (E13, 53-57)
- „Auf jeden Fall auch Alkohol, natürlich.“ (E14, 23)
- „Cannabis natürlich, das ist, würde ich sagen, auf jeden Fall das häufigste, was man immer wieder hört. Aber auch so klassische Partydrogen wie jetzt Ecstasy, MDMA spielen eine Rolle, und auch Kokain dann.“ (E14, 32-34)
- „[...] ah und was ich vorhin noch vergessen habe, natürlich, was eine ganz wichtige Substanz ist im Berliner Nachtleben, ist Speed. Die ist natürlich richtig weit verbreitet und auch relativ preiswert hier.“ (E14, 87-89)
- „Wenn man natürlich auf die Party- und Feierszene abzielt, sind es sicherlich in bestimmtem Umfang GBL - in Berlin überwiegend GBL, nicht GHB - dann halt sicherlich Speed, Ketamin, MDMA; die Droge Nummer eins ist Alkohol, überall, egal wo.“ (E15, 36-39)

-
- *„Natürlich wird viel gekifft, gerade in Berlin, [...].“ (E15, 50)*
-

UK 2.2 Risikokonsum

- *„Wenn wir das feststellen können, ist es ganz häufig Speed, Ecstasy, Kokain ist jetzt wieder im Kommen, Cannabinoide manchmal, aber eher selten, GHB ist jetzt deutlich wieder auf dem Rückmarsch.“ (E1, 17-19)*
 - *„Also, jetzt in letzter Zeit, ist so ein bisschen Speed, Ecstasy in Kombination mit Kokain im Kommen. Und, ja gut, das macht natürlich Tachykardien, Blutdruckanstiege, die wir hier behandeln müssen, und die Patienten sind natürlich sehr agitiert. Das fällt in letzter Zeit ein bisschen auf.“ (E1, 148-151)*
 - *„GHB/GBL sind dazugekommen. Da gab es, als es dann sozusagen kam, erstmal Riesenprobleme mit. Also, gab es wirklich viele bewusstlose Partygänger, die dann aus den Clubs irgendwie rausgetragen werden mussten und von den Rettungssanitätern abtransportiert worden sind. Aber auch das hat sich gebessert. Also auch da sind die Leute heutzutage viel aufgeklärter, sodass solche Vorfälle meiner Wahrnehmung nach deutlich seltener passieren.“ (E3, 131-136)*
 - *„[...] ich habe mit dem LKA mal alle Ecstasy-Pillen, die gerade gefunden wurden in Berlin, zeigen lassen, letztes Jahr, also noch relativ, glaube sogar Ende letzten Jahres. Riskant an einer Droge sind auch die Menge und die Aufmachung: Früher waren Ecstasy-Pillen Pillen mit einem kleinen Schmetterlingchen oder sonst was drauf, heute sind es 3D-Fabrikate, ‚Hello-Kitty‘-Köpfe, die sind schon allein von der Menge, haben die eine wesentlich größere Menge an Substanz und haben keine Sollbruchstellen.“ (E4, 195-200)*
 - *„Die Ecstasy-Pillen sind ja sehr hoch dosiert derzeit. Das ist ein besonderes Gefahrenpotenzial.“ (E5, 148-149)*
 - *„Besonderes Gefahrenpotenzial sehe ich bei ‚G‘, da gibt es ja eine körperliche Abhängigkeitskomponente, die eine Rolle spielt. Und da ist es ja dann so, dass die User sich irgendwann aus der Feierszene verabschieden, wenn sie eine Abhängigkeit entwickeln und sich damit ins Private zurückziehen.“ (E5, 174-177)*
-

-
- „Wo ich eigentlich auch die hauptsächliche Problemlage in dieser Stadt sehe, dass gewisse Feierleute teilweise auch ein ziemliches aggressives Verhalten an den Tag legen, dass draußen wenig sozial verträglich mit der Umwelt interagiert wird. Das liegt meiner Ansicht nach primär an der Verfügbarkeit und der Selbstverständlichkeit, wie in unserer Gesellschaft Alkohol konsumiert wird.“ (E5, 114-118)
 - „Also besonders viel GHB, damit werden wir sehr häufig konfrontiert. Ketamin in sämtlichen Aufbereitungen, Kokain in sämtlichen Formen, seltener Heroin. Ja und ansonsten der übliche Cannabiskonsum, der für uns als Notärzte aber nur relevant wird, wenn er in wirklich exzessiver Form begangen wird.“ (E6, 27-30)
 - „Das dann bis zu einem Punkt alles Mögliche genommen wird und dann kommt noch GHB dazu oder so und dann wird's wirklich bedrohlich.“ (E6, 74-75)
 - „Also erstmal ist es von der Zahl her deutlich mehr geworden. Vor 20 Jahren war das wirklich kaum ein Thema. Da war es eher der wirklich harte Konsum, also Heroin gespritzt zum Beispiel, und heute sind es halt eher ‚Liquid Ecstasy‘/ GHB oder alle möglichen anderen Partydrogen, die in Form von Tabletten unbekannter Art genommen werden.“ (E6, 33-36)
 - „[...], dass man eine Substanz konsumiert, bei der man eventuell nicht weiß, was genau drinsteckt – also gerade was so Research Chemicals betrifft, Ecstasy-Pillen.“ (E7, 95-96)
 - „Also hier bei uns in der Beratungsstelle auf jeden Fall ‚Crystal‘. Das ist ein Riesenproblem, weil der psychische Verfall tatsächlich sehr, sehr, sehr schnell ist.“ (E7, 109-110)
 - „Von den Kolleg*innen aus den anderen Beratungsstellen hören wir auch immer wieder Ketamin – ist ja das Thema in Berlin schlechthin in der Partyszene – und das wird als besonders gefährlich eingeschätzt, weil man zum Beispiel, wenn man sich überdosiert, sich selber gar nicht mehr schützen kann. Dasselbe gilt auch für GHB und GBL – und Alkohol auch, darf man auch nicht vergessen.“ (E7, 100-114)
-

-
- „Was sicherlich eine große Veränderung war, war einmal das Aufkommen von GHB. Was ganz anders war, dadurch, dass es tatsächlich bei Überdosierung wirklich ernsthafte bis lebensbedrohliche Probleme gibt.“ (E8, 40-42)
 - „Wir haben in der Regel, wenn wir dann Konsumenten oder auch Meldungen von der Feuerwehr bekommen, dass Krankenhauseinlieferungen stattgefunden haben, oder ärztliche Versorgung erforderlich war, Mischkonsum. Mit Alkohol verstärkt die Wirkung schon einmal generell, auch bei Cannabis.“ (E12, 35-38)
 - „Wir haben im Jahr 2016 bundesweit 37 nachweisbare Todesfälle nach NPS-Konsum gehabt. Mit den synthetischen Cannabinoiden ist wirklich nicht zu spaßen.“ (E12, 76-77)
 - „Aber es geht schon bei Amphetaminen los, es geht dann über Ecstasy, es geht über die ganzen synthetischen Drogen: Heroin, Kokain und dann wie gesagt ‚Crystal‘, als für mich immer noch ganz obenstehend, die gefährlichste aller Drogen.“ (E12, 111-113)
 - „Beim Alkohol ist es so, dass wir nicht nur denken, es ist am häufigsten, sondern auch verantwortlich für einen Großteil der Probleme. Nicht nur für sich allein genommen, sondern eben auch in Kombination.“ (E13, 67-69)
 - „In den Clubs gibt es große Probleme damit, bis hin, dass sie versuchen, die Substanz zu verbieten, womit sie natürlich auslösen, dass Leute, die auf GBL umkippen, sich verstecken - was sehr, sehr ungesund enden kann.“ (E15, 91-93)
 - „[...] bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen, wenn wir hier an die hochpotenten MDMA-Pillen denken, die im Umlauf sind.“ (E15, 116-117)

UK 2.3 Risikogruppen

-
- „Wir sehen häufiger mal Touristen, die mit der Menge oder der Mischung Probleme haben und dann hier in Psychose-ähnlichem Zustand zu uns kommen. Oder in einer hoffnungslosen Überdosierung mit Tachykardien und Blutdruckschwankungen. Das ist sicherlich eine Risikogruppe.“ (E1, 48-51)
-

-
- *„Also, sicherlich ist es so ein Teil der Schwulenszene, die relativ riskant konsumiert, wenn man so die Definitionsmuster benutzt. Also gerade, wenn i.v.-Konsum praktiziert wird.“ (E3, 80-81)*
 - *„Das weiß man ja insgesamt, dass gewisse Co-Faktoren bei Männern größer sind als bei Frauen, was richtig riskantes Verhalten angeht.“ (E4, 133-134)*
 - *„Also ich würde schon sagen, die eher Jungen bis 24 sind die, die Kompetenz auch brauchen – Konsumkompetenz.“ (E4, 157-158)*
 - *„Wobei natürlich die Menschen, die sich am riskantesten verhalten, Männer sind, die Sex mit Männern haben. Die ja alleine schon über ihre Sexualpraktiken Übertragungswege vereinfachen, wie zum Beispiel von STI sowie Hepatitiden oder HIV.“ (E5, 90-93)*
 - *„Ich sehe aber schon auch, dass vor allem junge Menschen, sehr junge Menschen – auch das hängt immer von der Peer-Gruppe ab, was die Konsumgewohnheiten betrifft: Wenn das jetzt hoch riskant konsumierende Mischkonsumenten sind, die in einer hohen Frequenz und in einer hohen Dosis diverse Substanzen vermischen, dann wirkt sich das auf das Individuum aus – da sehe ich natürlich vor allem auch junge Leute ziemlich gefährdet.“ (E5, 123-128)*
 - *„Das Ganze ergänzt sich dann ja dadurch, dass da internationales Publikum aus der ganzen Welt hierherkommt und genau dafür nach Berlin kommt. Um mal ein Wochenende lang wirklich Vollgas zu geben.“ (E5, 128-130)*
 - *„Wir haben beobachtet, dass insbesondere Jugendliche oder junge Erwachsene aus dem britischen Raum natürlich ganz andere Konsummuster haben als unsere Jugendlichen oder jungen Erwachsenen; also, dass viel exzessiver, viel schneller konsumiert wird und das verändert natürlich auch die Atmosphäre in den Clubs.“ (E7, 71-75)*
 - *„Wenn wir uns jetzt einfach nur auf die Partydrogenkonsument*innen beschränken, ist das auch schon eine bestimmte Altersgruppe: Wir gehen hier in der Beratungsstelle eigentlich davon aus, dass das so ungefähr bis Anfang/ Mitte 30 geht. Diejenigen, die aber tatsächlich eine Problematik daraus entwickeln, sind dann oft schon Anfang bis Ende 30, weil sie den*
-

Absprung nicht geschafft haben. [...] Und die landen dann hier und sind dann meistens schon – ja das sind keine jungen Erwachsenen mehr, das sind normale Erwachsene, die massive Probleme entwickelt haben.“ (E7, 48-61)

- *„[...] definitiv würde ich sagen, erst einmal, auf der männlichen Seite ist die Versuchung, zu konsumieren, wird deutlich häufiger nachgegeben als auf der weiblichen Seite. Auch das Spektrum dessen, was da konsumiert wird, ist größer und auch die, sag ich jetzt mal, Hemmschwelle, sich selber da zu limitieren, ist bei Frauen schneller erreicht bzw. sind Männer oder jüngere Männer, würde ich jetzt auch mal sagen, eher bereit, da weiterzugehen als Frauen. Und ich habe auch festgestellt, dass irgendwann der Reiz des Ausprobierens von bestimmten Substanzen bei Frauen früher nachlässt. Ich würde sagen mit Mitte 20 geht es rapide zurück, während die Männer gerne noch fünf oder zehn Jahre dranhängen [...].“ (E9, 86-94)*
- *„[...] wenn sie aber volljährig sind, von Erwachsenen wollen wir noch nicht reden, aber das heißt, da ist immer noch, die Geldmittel sind begrenzt [...], man hat keine Erfahrung, das sind so typische GHB- oder GBL-Szenarien, das ist irgendwie ganz preiswert, kann ich barrierefrei mir besorgen, aber mit der Dosierung ist es halt so eine Sache, wenn ich aber kaum eine andere Möglichkeit habe, dann bin ich auch schnell dabei, das überzudosieren [...].“ (E9, 108-114)*
- *„Wenn ich dann irgendwie jetzt bei Mitte 20 bin und die Leute so ein bisschen in ihrem Leben angekommen sind und herausgefunden haben, wer sie sind, oder was sie vielleicht wollen oder könnten, so dann nimmt auch glaub ich so erstmal der Hang ab, sich durch psychoaktive Substanzen zu viel von dieser gewonnenen Erkenntnis wieder in Frage zu stellen.“ (E9, 128-132)*
- *„[...] sexpositive Partys zum Beispiel im Schwulenbereich, das ist definitiv eine Risikogruppe, die auch nur sehr spezifisch erreicht werden kann, meiner Meinung nach, wo im Prinzip ein starker Konsum von Substanzen schon zum Setting dazugehört.“ (E9, 149-152)*

-
- „[...] Touristen und also Berlin-Besucher, die vielleicht hier drei-, vier Tage/ ein verlängertes Wochenende in Berlin sind und natürlich so die ultimative Party-experience versuchen mitzunehmen, weil alle Welt davon spricht, dass man so toll in Berlin Party feiern kann [...].“ (E9, 170-173)
 - „Ansonsten auch teilweise – erinnere ich mich noch an eher junge, überwiegend Männer mit, finde ich auch noch einmal, nicht risikoarmem Konsum, wo halt wirklich mächtig nachgelegt wird, also richtig.“ (E11, 173-175)
 - „[...] also, dass gerade bei jungen Leuten der viel beschworene Mischkonsum eine Rolle spielt.“ (E14, 45)
 - „Was in Berlin sicherlich auch ein offenes Geheimnis ist, dass GBL ein Problem ist - auch und vor allem für Touristen, die denken, sie nehmen GHB, da kommt es dann zu Überdosierungen.“ (E15, 89-91)
-

OK 3 Prävention

UK 3.1 Handlungsbedarf

- „Ja, ich denke mal, Handlungsbedarf gibt es immer. Ist die Frage, wie soll er aussehen?! Ich denke, man muss sicherlich weiterhin aufklären, und ganz wichtig, aus meiner Sicht, den Drogenmarkt im Auge behalten.“ (E1, 108-110)
 - „Definitiv. Ich würde mir sehr wünschen, die Gesellschaft würde sich diesem Thema wirklich sehr viel mehr öffnen.“ (E2, 155-156)
 - „Ja. Generell ist Berlin weit hinterher, was die Prävention und so schadensminimierende Ansätze im Partybereich betrifft. [...] Berlin hat eine der prominentesten Partyszene in Europa, [...] demgegenüber steht praktisch ein präventives Loch. [...] jetzt gibt es hier ein Partyteam vom [...], die eben auch in begrenztem Umfang und völlig unterfinanziert mal einen Stand auf einer Party machen, aber das ist bei weitem nicht ausreichend. Wir bräuchten wirklich ein gut finanziertes Projekt, was regelmäßig auf die Partys geht, wo dann entsprechend auch Bedarf ist, an Aufklärung.“ (E3, 213-225)
 - „Es besteht großer Handlungsbedarf.“ (E4, 271)
 - „Ja, vor allem was die Prävention betrifft, sehe ich Handlungsbedarf.“ (E5, 221)
-

-
- *„Ja es besteht dringend Handlungsbedarf. [...] Also die Rettungsstellen in den Kliniken sind am Wochenende voll von Minderjährigen, die wegen dem Konsum von Drogen mit dem Rettungswagen dorthin gelangt sind und die wirklich gefährdet sind, weil sie eben keine Erfahrung haben. Und die zum Beispiel auch auf Partys gehen, auf denen sie das nicht erwartet hätten im Entferntesten. Also wenn irgendwelche Leute Jahr ein Jahr aus Drogen nehmen, zu den entsprechenden Partys gehen und volljährig sind, dann sind sie dafür auch ein bisschen selbst verantwortlich. Die Kinder und Jugendlichen werden davon überrascht, ohne dass sie da wirklich Erfahrung haben. Und deshalb besteht da aus meiner Sicht Handlungsbedarf.“* (E6, 96-107)
 - *„Auf jeden Fall.“* (E7, 120)
 - *„[...] also es gibt ja Präventionsangebote und wenn wir uns aber das Setting Berliner Nachtleben angucken, dann gibt es da gar nicht so viel. Dann gibt es dann und wann [...], die ja in Warteschlangen so Informationen verteilt, die ja sicherlich für einen Teil der Zielgruppe eine gute Maßnahme ist. Und tatsächlich im Partykontext weiß ich nur von [...]. [...] macht, glaube ich, auch ein paar Veranstaltungen. Und das ist aber für eine Stadt wie Berlin gar nicht so wahnsinnig viel.“* (E8, 163-169)
 - *„Also wir sind in Berlin schon weiter als an manch andern Punkten, das muss man mal vorwegschicken. Das ist jetzt nicht so, dass wir in Berlin, also die Szene organisiert ja schon auch einen Teil dessen, was ich hier alles gerade schon beschrieben habe. [...] Trotzdem kann es natürlich irgendwie nicht das Ende aller Bemühungen sein [...].“* (E9, 474-490)
 - *„Ja, Handlungsbedarf gibt es auf jeden Fall.“* (E10, 94)
 - *„Ich finde schon, dass es viel mehr Möglichkeiten geben sollte, dass in der Partydrogenszene aufgeklärt wird [...].“* (E11, 111-113)
 - *„Aus polizeilicher Sicht, ja. [...]. Wir setzen uns da jetzt gezielt mit Mitarbeitern örtlicher Polizeidienststellen, mit den Clubbetreibern zusammen und werden dann mal schauen, wie wir auch gemeinsam und auch in kooperativer Zusammenarbeit dieses Problem etwas strukturierter angehen können.“* (E12, 123-127)
-

-
- *„Dringend, ja.“ (E15, 199)*
 - *„Also in Berlin ist es so, dass eigentlich niemand, soweit ich weiß, finanzielle Förderung dafür bekommt, dass er abends auf Partys Informationen zu Substanzgebrauch gibt.“ (E15, 203-204)*

UK 3.2 Drug Checking

- *„Wenn man da eine Möglichkeit findet, ist es, aus medizinischer Sicht, rechtlich habe ich keine Ahnung, absolut wünschenswert.“ (E1, 212-213)*
 - *„Ich denke tatsächlich, wenn man so Drug-Checking-Einrichtungen hat, dass Leute prüfen lassen können, was man da eigentlich für eine Substanz hat. Damit man nicht eventuell Reinigungsmittel oder Chlortabletten oder sonst irgendetwas sich reinpfeift. Das, denke ich, wäre ein wichtiger Faktor [...].“ (E2, 156-159)*
 - *„Ich sage nur, Drug Checking sollte nicht in einer Atmosphäre stattfinden, die halt auch gleich mit Strafe einhergeht.“ (E2, 169-170)*
 - *„Es ist natürlich nur problematisch, wenn ich jetzt sage: ‚Hey, bringt uns eure illegalen Drogen, wir testen die, um euren Reinheitsgrad zu ermitteln‘. Dann könnte ich mir vorstellen, dass ich mich irgendwo strafbar mache.“ (E2, 235-237)*
 - *„Dass die User viel besser darüber informiert sind, was da auch in ihren Pulvern und Tabletten alles drin sein kann. Zum Beispiel über die Publikationen von Drug-Checking-Ergebnissen in Österreich, in der Schweiz. Wo dann Pillen untersucht werden, die dann hier in Berlin im Umlauf sind.“ (E3, 123-126)*
 - *„[...] was mir eben auch noch ein besonderes Anliegen ist, ist so Drug-Checking-Angebote. Informationen tatsächlich auch darüber, was in ihrer Substanz drin ist und in welcher Dosierung das drin ist.“ (E3, 198-200)*
 - *Also, wenn ich zum Beispiel sehe, was in Österreich mit checkit! angeboten wird: Drug Checking vor Ort, die bringen ein ganzes Labor mit auf die Party, aber machen dann nicht nur Drug Checking, sondern natürlich auch Aufklärung und Kontaktaufnahme mit Usern, auch problematische User können damit sozusagen sehr frühzeitig erreicht werden. Oder in Spanien/ Katalonien*
-

Energy Control, *auch ein Projekt, was aufklärerisch unterwegs ist, mit Peers und mit Drug Checking. Das sind wirklich so Leuchttürme, sage ich mal, an denen wir uns hier in Berlin unbedingt auch orientieren sollten.*“ (E3, 268-274)

- *„Wenn es das Angebot gibt, sagen wir: ‚Es wäre eine Katastrophe, wenn man Drug Checking macht ohne eine motivierende Kurzintervention‘. Weil was ist, also was gefunden wurde: Die Leute haben es trotzdem genommen, die wussten es dann auch, die haben gesagt: ‚Ach, bei mir wird das nicht so schlimm‘. Also da noch mal kurze Information: ‚Was machste denn jetzt mit dem Ergebnis?‘“ (E4, 423-427)*
- *„Ja, Drug Checking, natürlich vermissen wir [...].“ (E5, 341)*
- *„Ja da fehlt natürlich ein Partyprojekt, was ausfinanziert ist und dafür hauptsächlich zuständig ist. Das kann man nicht nebenbei machen und ja, das wäre natürlich schön, wenn das kommen würde. Und wenn Drug Checking möglich wäre, wäre das sicher auch eine vernünftige Komponente, die da auch mit ins Spiel kommen sollte.“ (E5, 346-349)*
- *„Sicherlich eine gute Idee, vor allem, wenn man schnelle Ergebnisse bekommt. In den Kliniken, was wir als Schnelltest haben, sind nur qualitative Analysen. Quantitative Spezialuntersuchungen dauern lange, da sind die Patienten in der Regel schon wieder zu Hause. Und das nützt uns dann zur Einschätzung des aktuellen Risikos recht wenig. Insofern, wenn es das gäbe, an den Brennpunkten vielleicht, wäre das eine echt gute Sache.“ (E6, 143-147)*
- *„Also Thema Drug Checking – wenn wir eine Stadt sind, wo sehr viele Drogen, insbesondere in der Partyszene, konsumiert werden und es viele Substanzen gibt, wo man nicht sehen kann: ‚Was ist das jetzt eigentlich, das ich konsumiere?‘, da sollte das auf jeden Fall eingeführt werden.“ (E7, 120-123)*
- *„Insofern wäre es ja sinnvoll, wenn man zumindest über die Zusammensetzung der Droge als Konsument mehr wissen würde. Also wenn Sie generell über alle Substanzen hinweg fragen, finde ich, muss es eine Möglichkeit geben für Konsumenten, das besser einzuschätzen und das wäre ganz klar Substanzanalysen, Drug Checking, die das überhaupt ermöglichen würden, so ein Potential einzuschätzen.“ (E8, 92-96)*

-
- *„Ja, das ist natürlich tatsächlich eine Intervention, die sich ja auch in anderen europäischen Ländern sehr bewährt hat, eine gute Möglichkeit ist, mit Konsumenten in Kontakt zu kommen, und man tatsächlich bestimmte Risiken ja direkt kenntlich machen kann, so. [...]. Insofern halte ich das tatsächlich, im Sinne des Gesundheitsschutzes, für ein gutes Angebot für Konsumenten und halte das für eine große Chance für die Drogen- und Suchthilfe, das zu verknüpfen, weil wir darüber tatsächlich noch einmal mit Menschen in Kontakt kommen, die uns so erstmal nicht aufsuchen. Das halte ich dann für sehr sinnvoll.“ (E8, 268-276)*
 - *„Idealerweise hätte man beides. Also sowohl stationäre Anlaufpunkte in Berlin, gerne mehrere verknüpft mit bekannten Einrichtungen, und dann wiederum im Partysetting, wird man nochmal andere Leute erreichen, die dann eben nicht in Beratungsstelle ‚XY‘ laufen.“ (E8, 322-325)*
 - *„[...] und das zweite ist, dass wir sowas wie ein Drug Checking brauchen, meiner Meinung nach [...].“ (E9, 397-398)*
 - *„[...] das heißt, da ist es eigentlich aus medizinischer, gesundheitlicher Sicht auch nicht verantwortlich, wenn ich da den Konsumenten im Unklaren lasse. Die Tatsache, dass ich das illegalisiere, verschlimmert die Situation meiner Meinung nach nur [...].“ (E9, 410-412)*
 - *„[...] und meiner Meinung nach wäre es extrem hilfreich, wenn endlich mal, was ja auch im Koalitionsvertrag von Berlin steht, das Drug Checking kommen würde. Das wäre mein größter Wunsch eigentlich in der ganzen Geschichte. [...] gesetzt den Fall, es gäbe diese Möglichkeit, dann würden wir auf einen Schlag einen Großteil des Risikos in den Griff bekommen, meiner Meinung nach.“ (E9, 491-497)*
 - *„Drug Checking, genau. Das ist ja zum Teil sehr umstritten. Ich finde das aber gut, weil ich glaube, dass man eventuell auch wirklich Todesfälle verhindern kann, wenn man davon ausgeht, dass die Leute sowieso konsumieren.“ (E10, 108-110)*
 - *„[...] und da kommt man in diese Richtung Drug Checking – dass es natürlich immer auch sein kann, ich plane für mich einen ‚risikoarmen‘ Konsum und da ich eben nicht weiß, was das für eine Substanz ist, kann es eben sein, dass da plötzlich etwas drin*
-

ist, das dazu führt, dass ich – dass es mir sehr schlecht geht oder so. Also in die Richtung eher, dass man – wenn es so eine Möglichkeit geben würde – dann wäre die an dieser Stelle beispielsweise hilfreich.“ (E11, 94-98)

- *„[...] also wenn wir es uns jetzt wünschen könnten, wäre natürlich Drug Checking ganz oben auf der Liste, weil wir glauben, wenn man mindestens das Vorhandensein bestimmter Substanzen nachweisen kann, im besten Fall sogar die Konzentration, würde das das Risiko enorm verringern können. Und es ist auch ein unglaublich gutes Mittel, um einfach mit den Menschen in Kontakt treten zu können.“ (E13, 363-367)*
- *„Also das Nonplusultra sind natürlich die Labore vor Ort.“ (E13, 403)*
- *„Ja, definitiv Drug Checking in Berlin. Also das wäre durchaus sehr sinnvoll und denke ich der Lebensrealität und der Realität der Tatsachen angemessen.“ (E14, 119-120)*
- *„Ja, sieht man ja auch in Österreich oder in der Schweiz, weil einerseits ist es eine Möglichkeit, überhaupt die Konsumenten zu erreichen, weil, also die werden ja offensichtlich nur sehr schwer erreicht von Angeboten, und das ist ja etwas, wo man eben erstmal Vertrauen aufbauen kann, überhaupt an die Leute rankommt und dann ja direkt, das ja immer mit Interventionen verbunden ist, zum Thema Reflexion des eigenen Konsum. Ja, solche Geschichten und das wäre natürlich wichtig, auch gerade für die Berliner Partyszene.“ (E14, 93-98)*
- *„Und Drug Checking hat mehrere positive Effekte: Der eine positive Effekt ist, die Person, die eine Substanz zum Testen gibt, weiß hinterher was drin ist. Der andere ist, andere können informiert werden, darüber, was in dieser Substanz ist [...].“ (E15, 177-180)*
- *„Das heißt Drug Checking würde eine zentrale Rolle darin spielen [...]. So wie es im Moment ist, stehen wir da auf dem Schlauch und stochern mit unseren Flyern da in der Wüste und hoffen, dass wir mit unseren Informationen, die Leute treffen, die sie auch brauchen.“ (E15, 190-197)*

- *„Ich denke, man muss sicherlich weiterhin aufklären [...].“ (E1, 109)*
 - *„Ansonsten sehe ich tatsächlich auch Aufklärungsarbeit: Was macht das, was macht das in Kombination mit anderen Substanzen? Das ist natürlich ganz wichtig.“ (E2, 161-162)*
 - *„[...] und warum sollten dann nicht diesbezüglich auch Infostände da sein. Weil auch Drogen nehmen, oder nicht nehmen und wie wir das sehen, entspringt einer Haltung, die auch wieder politisch zu bewerten ist, und deswegen würde ich mich auf jeden Fall sehr dafür bereit erklären, [...] und ähnlichem die Tür aufzumachen.“ (E2, 231-234)*
 - *„Aber es gibt natürlich immer auch einen Konsumentenkreis, der weniger gut informiert ist, weil er vielleicht bildungsferner ist, und da muss man eben auch sehen, dass man solche Konsumenten auch erreicht, rechtzeitig erreicht, durch entsprechende Angebote.“ (E3, 140-143)*
 - *„Also, es müsste deutlich ausgeweitet werden: Wir bräuchten ein gutes Internetangebot für Berlin [...].“ (E3, 243-244)*
 - *„[...] sehr gutes Internetangebot haben und die ja auch immer diesen Peer-Ansatz vertreten. Also, dass User, oder Partygänger, die selber aktiv in der Partyszene sich bewegen und da teilnehmen, dass die da auch mit eingebunden werden, als Multiplikatoren, dass es da Schulungen gibt und dass sie dann eben auch so fundiertes Wissen an die Hand bekommen, was sie weitergeben können. Anknüpfend an solche Angebote und solche Erfahrungen, so etwas brauchen wir auch in Berlin.“ (E3, 258-263)*
 - *„[...] aber machen dann nicht nur Drug Checking, sondern natürlich auch Aufklärung und Kontaktaufnahme mit Usern, auch problematischen Usern, können damit, sozusagen, sehr frühzeitig erreicht werden.“ (E3, 269-271)*
 - *„Auch nicht mobil, sondern wirklich Menschen - finde ich echt wichtig -, Kompetenz, kann ich mir auch nicht anlesen, Kompetenz ist ja mehr als Wissen, mit Kompetenz muss ich mich irgendwie auseinandersetzen.“ (E4, 412-414)*
-

-
- „Also erstmal generell, dass viel zu früh eigentlich versäumt wird, in einer objektiven Art und Weise, jungen Menschen Substanzkunde beizubringen, Safer-Use- und Risikostrategien. Da findet ja nicht so viel statt, also schon im schulischen Bereich denke ich.“ (E5, 221-224)
 - „Also einerseits, sowohl in der Partyszene selber, dass eben vor Ort Angebote installiert werden. Die müssen ja nicht unbedingt flächendeckend sein, das ist ja gar nicht möglich in dieser Stadt. Aber man sollte sich schon auf einer strategischen Ebene überlegen, wo gibt es bestimmte Settings, wo Präventionsangebote vor Ort sein sollten, die gestärkt werden können.“ (E5, 231-234)
 - „Dafür braucht es aber auch ‚Social Media‘, internetgestützte Präventionsangebote, denn alle haben ein Smartphone und dort ist die Informationsquelle Nummer eins aus meiner Sicht.“ (E5, 259-261)
 - „Unser Wunsch ist ja immer, dass Menschen, die noch kein Problem entwickelt haben, für sich Kompetenzen entwickeln, wie sie möglichst gut und verantwortungsbewusst damit umgehen können, wenn sie sich dazu entschlossen haben, zu konsumieren – also Harm Reduction, alles, was in die Richtung geht. Aufklärung, Drogenmündigkeit, so in die Richtung.“ (E7, 126-130)
 - „Ich denke schon, dass die Suchthilfe – egal ob jetzt Frühintervention, Prävention oder sonst irgendetwas – schon in die Szene gehen muss, um Infos zu streuen; von alleine kommt niemand her – warum auch? – das kann ich auch verstehen.“ (E7, 183-185)
 - „Ja, was wir gerne machen würden – da sind wir auch bereits dran, wie viele andere Beratungsstellen auch – also wirklich konkrete Angebote zu entwickeln in Richtung zieloffene Arbeit [...].“ (E7, 302-304)
 - „Also was ich sinnvoll finden würde, ist, wenn etablierte Träger, die auch so Angebote zur Konsumreflektion, Kompetenz anbieten.“ (E8, 173-174)
 - „Und da eben auch mit Peers zu arbeiten und gerade in der Feierszene gibt es ja durchaus Protagonisten, die sich für das Thema interessieren und sich engagieren und sich auch weiterengagieren wollen, und auch, sagen wir mal, ganz glaubwürdig in den Botschaften sind, die sie ja dann vermitteln.“ (E8, 187-190)
-

-
- „[...] es ist immer auf jeden Fall wünschenswert, dass so ein Informationsangebot ausgebaut wird [...].“ (E9, 490-491)
 - „Was ich grundsätzlich gut finde, das ist natürlich so ein bisschen der Bereich der Schulprävention [...].“ (E10, 110-111)
 - „Ich finde schon, dass es viel mehr Möglichkeiten geben sollte, dass in der Partydrogenszene aufgeklärt wird, dass es standardmäßig vielleicht Infostände gibt, dass es ein bisschen mehr einen bewussteren Umgang gibt – so etwas könnte ich mir zum Beispiel gut vorstellen.“ (E11, 111-114)
 - „[...] auch noch einmal so ein bisschen Infektionsprophylaxe, Safer Use, irgendwie in der Richtung. Das fände ich halt auch noch einmal ganz wichtig, weil ich mir auch nicht ganz sicher bin, wie weit das so geläufig ist.“ (E11, 131-134)
 - „Vielleicht kann man es ja so formulieren: Für mich müsste Prävention schon in der Schule anfangen. Und es wäre wünschenswert, aus meiner Sicht, wenn es da ein strukturiertes und einheitliches Vorgehen geben würde.“ (E12, 166-169)
 - „Und es gibt eine ganze Menge an nachwachsenden Konsument*innen, die auch wieder neu informiert, geschult und unterrichtet werden wollen beziehungsweise die auch konsumieren, wenn sie nicht informiert sind, und deswegen ist grundsätzlich die Präsenz von Präventionsangeboten, Infoständen, etc. wünschenswert und erhaltungswürdig.“ (E13, 350-354)
 - „Ich wollte noch sagen, dass aus unserer Sicht sich so ein akzeptierender Ansatz unglaublich bewährt hat, weil wir den Menschen auf Augenhöhe begegnen, sie nicht das Gefühl haben, sich Fachmenschen oder ‚Fachsimpeleien‘ aussetzen zu müssen und von uns auch nicht bewertet werden in dem was sie tun, sondern sehr objektive Infos erhalten. Und würden uns auch wünschen, dass der Ansatz breitgefächerter wäre in der Präventionslandschaft.“ (E13, 355-359)
 - „Genau, anonyme Beratungsangebote und lauter so ein Zeug, wir vertreten das ganz stark, auch ideologisch.“ (E13, 462-463)
 - „Also eben tatsächlich, dass die vor Ort gehen, das funktioniert gut, dass die die Leute da direkt ansprechen, dass man sozusagen Infos auch gibt zum Thema: Wie wirkt diese Substanz überhaupt? Also dann gibt ja da ganz viele Geschichten mit irgendwie Flyern und wenn du das konsumiert hast, dann achte darauf, Wasser zu trinken und solche Geschichten. Natürlich, das ist sehr sinnvoll [...].“ (E14, 129-133)
-

-
- *„Aber die Vor-Ort-Arbeit, face-to-face von glaubwürdigen Menschen, die aus der akzeptierenden Substanzarbeit kommen, in die Szene rein, die Vertrauen in die Szene haben; darüber kann ich viele Informationen an die Zielgruppe bringen, die das dann auch ernst nimmt.“ (E15, 216-219)*

UK 3.4 Aufklärung Fachpersonal

- *„[...] und ganz wichtig, aus meiner Sicht, den Drogenmarkt im Auge behalten. Also was an Neuentwicklungen zu uns reinkommt [...]. Das würde uns, als Mediziner gesehen, enorm helfen, wenn wir Trends schon im frühen Stadium erkennen könnten. Wir denken, oder ich denke aktuell, dass wir sicherlich das eine oder andere Mal von neuen Substanzen überrascht werden und da vor Problemen stehen werden.“ (E1, 109-116)*
 - *„Es gab ja von [...] auch dieses [...] Projekt, wo dann zum Beispiel so Clubschulungen gemacht worden sind von dem Personal. So etwas muss eben stark erweitert werden [...].“ (E3, 245-247)*
 - *„[...] , dass Settings sich fit und gut aufgestellt sehen, um bestimmte Situationen handeln zu können. Vor allem Notfälle, aber auch generell Wissen im Umgang mit Substanzen und Menschen, die gerade konsumiert haben, was brauchen die gerade.“ (E5, 310-313)*
 - *„Ausbildung von den Rettungskräften wäre zum Beispiel auch gut, das hören wir auch immer wieder, dass die Rettungsstellen überfordert sind und nicht einschätzen können: ‚Was hat der konsumiert?‘ – da wäre auf jeden Fall Bedarf.“ (E7, 138-141)*
 - *„[...] ein Schulungsprogramm entwickelt haben für Mitarbeitende im Nachtleben, um da auch diejenigen, die professionell in diesem Bereich tätig sind, aus so einer Grauzone des Halbwissens rauszuholen und da auch sozusagen eine Kompetenz in diesen Fragen zu vermitteln. Das habe ich einfach von meiner praktischen Arbeit her mitgenommen, dass dort eigentlich ein enormer Aufklärungsbedarf besteht.“ (E9, 27-31)*
-

-
- *„[...] und auch denke ich die Schulung von Barpersonal und Clubmitarbeitern ist äußerst wichtig. Dass die auch zum Beispiel sehen, wenn es jemandem nicht gut geht, wenn jemand irgendwie auf einem Trip ist, wenn irgendwas passiert, allein um im Notfall gut handeln zu können [...].“ (E14, 133-135)*
 - *„Und dass die ja auch direkt eben an den Leuten dran sind, viel näher als alle möglichen Sozialarbeiter, die jetzt irgendwie einmal vor einer Party oder vorm Club auftauchen [...].“ (E14, 174-176)*
 - *„Es gibt auch schon ein tolles Projekt bei [...], da machen wir auch mit teilweise, da geht es darum, die Settings, also die Clubs, sicherer zu machen. Da werden die Betreiber beim Rundgang darauf aufmerksam gemacht, welche Probleme es geben könnte bei Substanzgebrauch in ihren Clubs, zum Beispiel, dass es kein Wasser gibt oder keinen Erste-Hilfe-Raum oder was auch immer. Dann wird das Personal geschult, um Sachen zu erkennen, auch Erste-Hilfe leisten zu können [...].“ (E15, 232-237)*
-

UK 3.5 Gesellschaftlicher Umgang und rechtlicher Status

- *„Ich würde mir sehr wünschen, die Gesellschaft würde sich diesem Thema wirklich sehr viel mehr öffnen.“ (E2, 155-156)*
 - *„Es darf nur nicht immer mit dem erhobenen Zeigefinger und der drohenden Strafe wegen Illegalität einhergehen.“ (E2, 162-163)*
 - *„[...] gerade die Kriminalisierung der Konsumenten, die hat sich als völlig kontraproduktiv erwiesen. Also, damit wird die Erreichbarkeit der Konsumenten erschwert, aber die hat keinen Effekt [...].“ (E3, 306-308)*
 - *„[...] weil das Thema Drogen durch die Illegalisierung einfach tabuisiert wird. Das ist aus meiner Sicht die größte Barriere, um da überhaupt objektiv mal ins Gespräch zu kommen und vernünftig etwas anzuschieben.“ (E5, 237-239)*
 - *„Es sollte generell auch etwas offener damit umgegangen werden – nicht in dem Sinne, wie es in den Clubs ist: jeder konsumiert so, wie er möchte – sondern wirklich offen anzusprechen: hier gibt es eine Veränderung in der Stadt, vielleicht sollten wir mal über die Vor- und Nachteile reden, es aber nicht problematisieren.“ (E7, 123-126)*
-

-
- *„Die Frage der Legalität, Illegalität, der was ist erlaubt oder worüber kann man mit dem Kontaktbereichsbeamten so einfach sprechen, dass das erst einmal so zweitrangig ist. Genau. Trotzdem hatten wir zum Beispiel auch sehr gute Kooperationsebenen mit der Polizei in puncto Drogen zum Beispiel, also weil wir die Erfahrung gemacht haben, dass im Polizeibereich auch erstmal vorherrscht: ‚Wenn es kein Problem gibt, gibt es kein Problem!‘“ (E9, 280-285)*
 - *„[...] weil ich glaube, dass das Wichtige ist, dass die Menschen und dann eben gerade Kinder und Jugendliche lernen, dass das etwas ist, was dazugehört und, dass man möglichst früh darüber spricht und es schafft, in der Gesellschaft da offen mit umzugehen.“ (E10, 112-115)*
 - *„Es bedarf letztendlich auch, weil der Anreiz, wenn Drogen angeboten werden, natürlich auch groß ist, diese auszuprobieren, letztendlich auch repressiver Maßnahmen. Da kommen wir gar nicht drum herum, um letztendlich auch zu verhindern, dass sich möglicherweise auch ein strukturierter Handel in manchen Clubs verfestigt.“ (E11, 128-132)*
 - *„[...] und ganz am Anfang stünde eine ganz allgemeine wachsende Akzeptanz oder Toleranz in der Gesellschaft – also wünschenswert wäre ein gesamtgesellschaftlicher Wandel, um den Konsum von Substanzen aus der ‚Schmuddelecke‘ zu entheben und das irgendwie auf eine Ebene zu stellen, wo es ok ist, wo Menschen ihre eigenen Entscheidungen treffen, ohne dafür stigmatisiert zu werden, sondern die Möglichkeit haben, so risikoarm wie möglich ihre Entscheidungen umzusetzen.“ (E13, 325-330)*
 - *„Zur Prävention – also wir haben es vorhin schon einmal genannt, aber um es nochmal zu betonen – ist auch nach wie vor die Entkriminalisierung von Drogengebraucher*innen.“ (E13, 478-480)*
 - *„Das tun die, ob wir das verbieten oder illegalisieren oder was weiß ich, ob wir sie unter Strafe stellen, oder was auch immer, versuchen, irgendwelche Dealerringe auszuheben oder was da dann immer durch die Presse geht - die Leute werden Substanzen konsumieren.“ (E15, 240-242)*
-

- *„[...] und wir müssen vor allem auch vernetzter arbeiten, also die einzelnen Disziplinen, die zum Teil noch so nebeneinander her ‚wurschteln‘: Medizin und auch die verschiedenen Fachrichtungen der Medizin, die Psychologen und Therapeuten, die Sozialpädagogen, die Pharmazeuten, die Toxikologen – die müssen sich besser miteinander vernetzen, [...] was eben auch ganz wichtig ist, dass das auch auf einer politischen Ebene dann sozusagen, dass die sich auch mit einbringt in den Diskurs.“ (E3, 309-317)*
 - *„Ich glaube - ich muss das noch mal, das ist einer meiner wichtigsten Punkte, deshalb reite ich auf dem auch so rum [...]. Substanzkonsum, überhaupt Drogenkonsum, in der Partyszene ist dermaßen, gerade in Berlin, ganz anders als in der Schweiz, total anders, ist super polarisiert: Einmal ist [...], dann konsumiert man selber, dann ist man nicht professionell, also dann will man nur Selbsthilfe und auch die psychedelischen Ambulanzen und dann ist alles andere schrecklich: ‘Die wollen immer nur die Drogen verbieten‘. Dann kommen die Beratungsstellen, die sagen: ‘Oh Gott, [...], das ist ja eine ‚Superscheiße‘, das sind einfach Leute, die Party machen und zwischendurch mal in einem Zelt vorbeischaun, na das ist ja auch schön‘. Das ist so unfachlich [...].“ (E4, 334-342)*
 - *„Und ich glaube, das könnte man – wenn man sich da vernetzen würde – könnte man das halt viel breiter in Deutschland streuen, um viel mehr Substanzwarnungen herauszugeben [...].“ (E7, 179-181)*
 - *„Wenn die gemeinsam mit tatsächlich so Peer-Projekten, was ja durchaus [...] ist, an bestimmten Stellen zusammenarbeiten würden, um tatsächlich eher den eigenen Bekanntheitsgrad zu erhöhen, auch als vertrauensvoller und kompetenter Partner wahrgenommen zu werden [...].“ (E8, 174-177)*
 - *„Also stehen wir zum Beispiel ganz oft vor der Situation, dass wir mit Clubs oder Veranstaltungen kooperieren wollen, es da aber so eine Furcht gibt, dass es, wenn man sich einen Infostand zum Konsum einlädt, auch ein öffentliches Statement wäre: ‚Ja, hier gibt es Drogen, auch illegale Drogen‘. Und es auch eine Angst gibt, in Konflikt zu kommen mit der Polizei. Da würde es*
-

unglaublich helfen, wenn es ein Umdenken gäbe, um es auch den Clubs möglich zu machen, besser Sorge zu tragen für ihre Gäste [...].“ (E13, 334-339)

- *„Aber was so fehlt, ist die Vernetzung der Angebote, die Schließung der Lücken, die es gibt. Es verläuft alles nebeneinanderher und wenn ich als Kunde - sage ich jetzt mal - diesen Wust von verschiedenen Angeboten nicht überblicke, dann finde ich auch das Richtige für mich nicht.“ (E15, 325-328)*

UK 3.7 Finanzielle Mittel

- *„Also, wir brauchen wirklich viel mehr Mittel für die Prävention, wir können viel mehr Mittel aus der Repression abziehen [...].“ (E3, 304-306)*
 - *„Also es fehlt Geld [...].“ (E4, 414)*
 - *„Ja, da fehlt natürlich ein Partyprojekt, was ausfinanziert ist und dafür hauptsächlich zuständig ist. Das kann man nicht nebenbei machen [...].“ (E5, 346-348)*
 - *„[...] ist ja ein vergleichbares Angebot, aber ohne jegliche Finanzierung, also nur spendenbasiert, und das hat natürlich zum Nachteil, dass es immer darauf angewiesen ist, dass die Menschen sich da komplett ehrenamtlich engagieren, und das hat dann nicht vielleicht die Kontinuität [...].“ (E8, 203-206)*
 - *„Wir können halt immer wieder unseren Mitgliedern ab und zu mal so eine Schulung aus Mitgliedsbeiträgen finanzieren oder wie gesagt so auf Spendenbasis ok, aber solange die Frage nicht gelöst ist, wer dieses Angebot dauerhaft bezahlt, bleibt es halt immer mal wieder nadelstichmäßig [...].“ (E9, 580-583)*
 - *„Also wenn, dann wäre es eher wünschenswert, wenn es über eine andere Ebene, wie jetzt Senatsebene oder so, eine Unterstützung gäbe für entsprechende Projekte, die dann hier und da umgesetzt werden können.“ (E11, 218-220)*
 - *„Das Ganze kostet ja irgendwie Geld. [...] und wir finden zum Beispiel, dass Gesundheitsprävention, finanziell getragen von Seiten des Senats, auch bei den Clubbetreibern stattfinden könnte beispielsweise. [...], dass sie zum Beispiel kostenlos Wasser*
-

anbieten könnten oder Ähnliches. Vielleicht sogar, dass finanzielle Möglichkeiten geschaffen werden, dass sogar permanente Infostände angeboten werden können, wo Kosten übernommen werden von den Flyern oder Ähnlichem. Also wenn wir uns noch was wünschen könnten, neben Drug Checking, dann wäre es sowas.“ (E13, 587-597)

- *„Also in Berlin ist es so, dass eigentlich niemand – soweit ich weiß – finanzielle Förderung dafür bekommt, dass er abends auf Partys Informationen zu Substanzgebrauch gibt. [...] wir reden erstmal von Informationen zu emanzipiertem, informiertem Substanzgebrauch. Dafür gibt es, soweit ich weiß, keinerlei Mittel, genauso, wie es keine Mittel gibt zur Herstellung von Konsumutensilien [...].“ (E15, 203-208)*
-

Anhang 6: Kodierte Textstellen der Interviews der Partygänger*innen

OK 1	Tätigkeitsbereich
------	-------------------

- „Ich bin in der Veranstaltungstechnikbranche tätig und bin dort Lichttechniker. [...] Auch in Clubs, ja.“ (P1, 5-12)
- „Ich habe mein Studium [...] Anfang des Jahres beendet und bin tätig als [...] Und, genau, ich habe vor noch einen Master zu machen, aber jetzt erstmal seit vier Monaten – also ich bin im sozialen Bereich tätig, und seit vier Monaten arbeite ich bei einem Träger in Spandau: Jugendhilfe und Familienhilfe machen wir.“ (P2, 6-11)
- „Okay also momentan bin ich beruflich im Gartenbau tätig und helfe ab und zu meiner Mutter beim Kellnern.“ (P3, 7-8)
- „Genau, ich habe soziale Arbeit studiert und das 2015 abgeschlossen mit einem Bachelor.“ (P3, 12)
- „Ich studiere Molekulare Lebenswissenschaften und arbeite gerade in einer Arbeitsstelle zur Krebsforschung und schreibe dort auch meine Masterarbeit.“ (P4, 5-6)
- „Ich bin Studentin. Ich studiere Psychologie im Bachelor. [...] Ich bin jetzt im siebten Semester und dann auch fertig. Ist es relevant, dass ich nebenbei in einer Galerie arbeite?“ (P5, 5- 8)

OK 2	Verbindungspunkte
------	-------------------

- „Ich gehe auch gerne mal feiern, ja. [...] Ich nehme auch gerne mal Drogen, ja.“ (P1, 14-19)
- „Im Internet habe ich mich natürlich auch schon einmal informiert über Drogen und die Wirkung, aber auch natürlich über Einflüsse, wie es hergestellt wird und sowas alles.“ (P1, 122-123)
- „Ich achte auf die Herkunft der Substanzen [...]. [Erwerb auf der Straße; Anmerkung des Autors] Kann auch schon einmal passieren, aber jetzt nicht bei ‚Koks‘ oder bei ‚Speed‘, wo halt alles Mögliche drin sein kann. [...] [Erwerb bei Freunden; Anmerkung des Autors] Ja.“ (P1, 129-134)
- „Okay, naja bei mir ist es eigentlich. Ja, MDMA, also ‚Ecstasy‘, Kokain und Speed, Marihuana.“ (P2, 52-53)

-
- *„Ein bisschen vorsichtig werde, wenn es um Drogen geht, die andere Leute mir verkaufen oder mir anbieten. Weil, eigentlich habe ich, ich versuche es auch immer noch, dass ich eigentlich immer nur, was von – entweder selber gekauft habe, wo ich die Quelle kannte und wusste, dass es nicht irgendein zusammengemischtes Zeug ist, oder von Freunden [...].“ (P2, 194-198)*
 - *„Naja, halt so, wenn man mal was Neues ausprobiert irgendwie, keine Ahnung. Wenn man jetzt Pilze ausprobieren will, oder MDMA ausprobieren will, dass man dann guckt, wie wird das hergestellt, von welchen Drogen kommt das und so halt, genau. Das habe ich dann im Internet nachgelesen, oder mich bei Freunden informiert, die Ahnung davon hatten.“ (P2, 211-214)*
 - *„Und im privaten Bereich, also ich habe selber mit 19 Jahren angefangen, illegale Drogen zu konsumieren und das seitdem über die Jahre mit Pausen auch immer wieder gemacht. Ich bin sehr früh auch schon in verschiedene auch subkulturelle Partyszenen gerutscht und habe dadurch auch auf Festivals oder hier in Berlin selbst schon viele illegale Drogen konsumiert. Und auch viele Freunde gehabt, mit denen ich eben darüber gesprochen habe oder erlebt habe, dass das ein großes Thema ist und sehr präsent ist, Drogen zu konsumieren.“ (P3, 25-30)*
 - *[Informieren vor dem Konsum; Anmerkung des Autors] „Nein, da muss ich leider sagen, da wünsche ich mir von mir selbst mehr Courage, mehr Initiative, mich damit mehr auseinanderzusetzen. Da bin ich bisher ein bisschen nachlässig und naiv.“ (P3, 181-182)*
 - *[Herkunft der Substanzen; Anmerkung des Autors] „Ja, das ist mir schon wichtig. Mir war auch immer wieder wichtig in all den Jahren, dass ich immer wieder Leute unterstütze, bzw. wenn ich mir Drogen hole, dass ich das Gefühl habe, der Mensch, der das verkauft, geht da mit Gewissen ran und hat ein Bewusstsein für seinen Verkauf. Und habe vermieden in Parks oder so zu kaufen. Einfach weil ich mit der Qualität unzufrieden war, oder es nicht einschätzen konnte.“ (P3, 188-192)*
 - *„Also, wenn ich das plane, dann informiere ich mich auf jeden Fall darüber im Internet, oder versuche mich zu informieren, je nachdem, was ich für Informationsquellen finde. Wenn irgendetwas spontan ist, dann ist es eher so, dass ich dann die Leute frage: ‘Ok, was ist das und was macht das?’“ und dann auch auf vertrauenswürdige Personen quasi höre.“ (P4, 89-92)*
-

-
- *[Herkunft der Substanzen; Anmerkung des Autors] „Ja, da achte ich drauf.“ (P4, 104)*
 - *„Ja, also in meinem Studium ist es vor allem durch meine Kommilitonen, die feiern gehen und Drogen nehmen, genauso wie ich. Und in der Galerie, wenn auf Messen oder so mal groß Abendessen gab, wurde dort auf den Toiletten gekokst.“ (P5, 13-15)*
 - *„Da ich meistens nie plane, Drogen zu nehmen, sondern es meistens ziemlich spontan passiert und ich sowieso schon Alkohol getrunken habe, informiere ich mich vorher selten.“ (P5, 144-145)*
 - *„Ja, mittlerweile schon mehr, wobei ich da auch noch ziemlich naive Aktionen hatte, also im Club von irgendjemanden gekauft, oder direkt auf der Toilette mitgezogen, die Person kannte ich überhaupt nicht, es hätte jegliche Substanz sein können. Aber da bin ich ein bisschen besser geworden.“ (P5, 155-158)*
-

OK 3 Substanzkonsum

UK 3.1 Konsumierte Substanzen

- *„Also zurzeit auf jeden Fall Ketamin und Koks und ein bisschen MDMA.“ (P1, 17)*
 - *„Am häufigsten, würde ich sagen, beim Feiern, Marihuana nicht so viele, aber auch auf jeden Fall. Dann würde ich sagen, Pilze, aber auch auf jeden Fall ‚Ecstasy‘, Ketamin, Speed und Kokain.“ (P2, 45-47)*
 - *„Ja, Alkohol ist ja auch noch eine Droge. Ja, Alkohol auch.“ (P2, 55)*
 - *„Also ich denke im Vordergrund steht der Konsum von Cannabis [...]. Und sonst würde ich ‚Ecstasy‘ und ‚Speed‘ als wirklich häufigste Drogen nennen, die konsumiert werden.“ (P3, 35-36)*
 - *„Ich glaube, hauptsächlich Cannabis. Und was die chemischen Sachen angeht, vor allem ‚Speed‘, MDMA und Ketamin. Kokain vielleicht auch, das kann ich nicht genau einschätzen.“ (P4, 11-12)*
 - *„‚Speed‘, danach MDMA, danach Ketamin, danach Kokain.“ (P5, 23)*
-

UK 3.2 Risikokonsum

- *„Also, einmal dieser Mischkonsum auf jeden Fall, dass man irgendwann auch gar nicht mehr den Überblick hat, was man jetzt genau genommen hat.“ (P2, 83-84)*
- *„Dann auf jeden Fall, auch wenn man Leute kennenlernt. Also, wenn ich jetzt irgendwie unterwegs bin, ist es echt oft so, dass mir Leute was anbieten, sei es Freunde von mir, oder auch fremde Leute, die dann halt sagen: ‚Ja, hier, willst du ein bisschen was?‘ Und gefährlich könnte es werden, wenn man von jedem Fremden, oder von jeder x-beliebigen Person anfängt, etwas zu nehmen, obwohl man gar nicht weiß, was genau es ist.“ (P2, 84-89)*
- *„[...], dass man irgendwann – kenne ich jetzt nicht von mir, aber von Bekannten – irgendwann auch gar nicht mehr ohne Drogen feiern gehen kann, und, dass [...] die Hemmschwelle halt so gering wird, dass man auch anfängt, unter der Woche Drogen zu nehmen [...].“ (P2, 92-95)*
- *„Und ich finde, es kommt halt auch drauf an, was für Drogen – natürlich ist ‚Ecstasy‘ auch keine leichtzunehmende Droge, aber für mich persönlich, ist es trotzdem ein Unterschied, als wenn ich jetzt vollgepumpt mit Heroin oder ‚Crystal Meth‘, oder irgendwas wäre.“ (P2, 133,136)*
- *„Also zum Beispiel, dass man eine ‚Ecstasy‘-Pille kauft und irgendwie die nächsten zwei Tage nicht mehr zurechtkommt, weil irgendwie der ‚Speed‘-Anteil so hoch ist, dass die Dosis einfach zu stark und nicht einschätzbar ist, weil man eben nicht weiß, wie die Drogen dosiert sind.“ (P3, 80-83)*

UK 3.3 Risikogruppen

- *„Ich würde schon sagen, dass auf jeden Fall Jugendliche oder junge Menschen eine Risikogruppe darstellen, weil sie halt einfach noch nicht so genau wissen, wo sie hinwollen mit ihrem Leben und Drogen da eine einfache Antwort sein können. [...] oder auch Menschen mit psychischen Problemen in ihrem Leben, mit familiären Problemen oder Lebenssituationsproblemen.“ (P3, 62-66)*
-

-
- *„Ich glaube, bei den ganzen Substanzen ist es, wenn du psychisch prädispositioniert bist, dass die dann alle eventuell ein größeres Problem sind. Also, ich meine, Marihuana wird immer relativ harmlos von vielen dargestellt, es kann aber auch Psychosen auslösen, wenn man da so eine gewisse Prädisposition hat.“ (P4, 39-42)*
 - *„Ja, also junge Erwachsene oder spät Pubertierende, dort wo die Phase am akutesten ist.“ (P5, 50)*
-

OK 4 Prävention

UK 4.1 Handlungsbedarf

- *„Also erstmal würde ich sagen, dass immer Handlungsbedarf ist, bei so einer Sache wie Drogenkonsum.“ (P3, 112-113)*
-

UK 4.2 Drug Checking

- *„Und auf jeden Fall muss geachtet werden, dass der Stoff halt nicht gedampft wird oder halt mit Schadstoffen – schadstofffrei bleiben. Und deshalb müsste es vielleicht eine Kontrolle dort geben. [...] Drug Checking, sowas, ja.“ (P1, 72-76)*
 - *„Ich finde es gut, dass es solche Stellen gibt, die die Drogen testen auf ihre Reinheit, auf jeden Fall.“ (P2, 221-222)*
 - *„Also, dass ich jetzt extra zu einer bestimmten Adresse hinfahren müsste, um meine Drogen da zu testen, würde ich wahrscheinlich nicht machen. Wenn es jetzt im Club wäre, wäre es auf jeden Fall niedrigschwelliger – also dann würde ich es wahrscheinlich, auf jeden Fall, eher testen, oder in Anspruch nehmen.“ (P2, 225-229)*
 - *„[...] ist der gesamte Bereich des Drug Checkings. Um einfach wirklich sicherzustellen, wie ist die Droge dosiert, die ich jetzt konsumiere.“ (P3, 118-121)*
 - *„Und genau, auch die Qualitätssicherung der Substanzen, dass da nicht irgendwelche Streckmittel drin sind, die dann vielleicht noch mehr Nebenwirkungen auf meine Gesundheit haben.“ (P3, 124-125)*
 - *„[...] oder dass man auch die Substanzen testen kann und so weiter. Und das finde ich ziemlich gut.“ (P4, 68-69)*
 - *„Was ich auch schade finde ist, dass es hier diese Stellen nicht gibt, wo du deine gekauften Substanzen prüfen lassen kannst.“ (P5, 113-114)*
-

- *„Ich habe sowas schon einmal gesehen, halt [...] zum Beispiel. Dort wird halt gesagt, was, halt auch informativ gesagt, was die Drogen machen, worauf man aufpassen muss. Also denen bin ich schon einmal über den Weg gelaufen, auf jeden Fall. [...] Halte ich auch für sinnvoll, auf jeden Fall.“ (P1, 81-85)*
 - *„Ich weiß es nicht, um ehrlich zu sein. Weil ich wüsste nicht, ob ich die in Anspruch nehmen würde. Weil ich merke es ja jetzt, wie es bei mir ist. Ich bin in Berührung gekommen mit Drogen, mir ging es immer gut und selbst, wenn da irgendwo ein Stand gewesen wäre, hätte ich mich jetzt an dem Abend nicht informiert und hätte mir da nicht irgendetwas durchgelesen.“ (P2, 217-220)*
 - *„Und was ich auch persönlich in letzter Zeit mehr erfahren habe, ist dieser ganze präventive Bereich, das Konfrontieren mit dem Thema Drogen und Konsum. Direkt vor Ort Möglichkeiten zu haben, darüber zu sprechen, zu wissen, dass es auch mal ok ist, zwischendurch eine Banane zu essen und das einen nicht irgendwie komplett vom ‚Trip‘ holt oder solchen Quatsch. Genau dieses konstruktivere Auseinandersetzen mit dem Thema vor Ort [...].“ (P3, 126-130)*
 - *„Auf jeden Fall [mehr Informationsangebote; Anmerkung des Autors]. Das ist glaube ich auch ein Bereich, wo ich es interessanter finden würde, wenn es einen immer professionelleren und konstruktiveren Umgang mit Drogen geben würde.“ (P3, 184-185)*
 - *„Ich denke mal, es könnte viel informiert werden. Das ist, glaube ich, in anderen Städten, beziehungsweise in anderen Ländern teilweise so, dass dann auch in den Clubs oder sowas, dass es da halt Informationsstellen gibt [...].“ (P4, 66-68)*
 - *„Also, ich hatte das früher in der Schule, dass wir auf jeden Fall mal so ein bisschen aufgeklärt worden sind – beziehungsweise auch später. Ja, das fand ich eigentlich nicht schlecht. Und sowas sollte man auf jeden Fall weitermachen.“ (P4, 75-77)*
 - *„Natürlich, dort an den Orten, wo konsumiert wird, da ist es natürlich auch praktisch, Informationen zu haben, für viele Leute, glaube ich.“ (P4, 95-96)*
-

-
- *„Definitiv. Das [staatlich geförderte Informationsangebote; Anmerkung des Autors] ist auf jeden Fall etwas, das ich extrem wichtig finde.“ (P5, 153)*
-

UK 4.4 Gesellschaftlicher Umgang und rechtlicher Status

- *„Also ich finde sowieso, dass Drogen legalisiert werden sollten [...].“ (P1, 71)*
 - *„Oder ich bin der Meinung, dass es gut wäre, dass vielleicht jede Studienrichtung anbietet, sich zum Beispiel einmal in der Woche in einem Seminar mit dem Thema Drogenkonsum beschäftigt. Also dass es halt einfach noch mehr Räume gibt für Kommunikation und Transparenz bezüglich des Drogenkonsums.“ (P3, 155-159)*
 - *„Und dass Menschen, die eben Drogen konsumieren nicht eben gleich einen Stempel kriegen, von wegen sie sind drogensüchtig. [...] Von daher wäre, das Stigma der Drogensüchtigen aufzuheben, sehr interessant für mich.“ (P3, 199-203)*
 - *„Ich glaube, dass ich dabei relativ simpel für die Legalisierung von Drogen bin, weil ich finde, dass, wenn es einen offenen Umgang mit etwas gibt, sich viele Leute mit den Folgen auseinandersetzen und es nicht stigmatisiert wird. Und ich glaube, dass es für die Feierszene auch nicht schlecht wäre.“ (P5, 84-87)*
 - *„Und ich glaube, dass das auch ein Schritt wäre, also wenn man aufhört, also nicht mehr so stigmatisierend über Drogen redet, sondern dem das auch bisschen das nehmen würde, ein Mittel von Rebellion sein könnte.“ (P5, 93-95)*
-

Anhang 7: Fragebogen der zweiten Untersuchung

Liebe Teilnehmer*innen,

vielen Dank, dass du dich bereit erklärst, an unserer Folgebefragung teilzunehmen!

Unsere letzte Umfrage zu Präventionsangeboten hat ergeben: ihr wollt Drugchecking und mehr Beratung/ Information über Partydrogen. Dank eurer Angaben stellt die Stadt Berlin insgesamt 300.000€ für Präventionsangebote zur Verfügung und Drugchecking soll bald in Berlin angeboten werden!

Damit die Angebote an eure Bedürfnisse angepasst werden können, stellen wir ein paar Fragen zu Drugchecking sowie zu deiner Person und deinem Konsum.

Wir versichern dir, dass deine **Anonymität** zu jedem Zeitpunkt gewahrt bleibt. Es ist uns **KEIN** Rückschluss auf deine Person möglich.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert maximal 5-10 Minuten.

Am Ende des Fragebogens erhältst du die Hauptergebnisse aus der letzten Umfrage zu Substanzkonsum und Präventionsangeboten in Berlin. Unter den Teilnehmer*innen werden außerdem wieder **Amazon-Gutscheine verlost (5x 20€)**.

Mit dem Ausfüllen des Fragebogens erklärst du dich damit einverstanden, dass die anonym erhobenen Daten zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden.

Was ist Drugchecking?

Drugchecking ist eine Möglichkeit, eine Substanz, die man vorhat zu konsumieren, auf Inhaltsstoffe zu untersuchen.

Dabei gibt man einen minimal kleinen Teil seiner Substanz oder Pille zur Analyse ab. Untersucht wird: Ist die gewünschte Substanz drin und in welcher Menge? Was ist neben der gewünschten Substanz enthalten (z. B. Streckstoffe)?

Man erhält die Testergebnisse dann mit einem kurzen Informationsgespräch, in dem u.a. über die Inhaltsstoffe und deren Konsum(-risiken) gesprochen wird. Drugchecking wird üblicherweise in Beratungsstellen angeboten, bei denen man die Probe abgibt, die dann zur Analyse eingeschickt wird. Man erhält das Ergebnis nach 3-4 Tagen, die Analyse ist sehr genau. Teilweise gibt es auch mobiles Drugchecking auf Events, dort erhält man die Ergebnisse nach 1-5 Stunden. In Deutschland wird bislang noch kein Drugchecking angeboten.

1. Bitte gib dein Alter in Jahren an.

2. Bitte gib dein Geschlecht an.

- Weiblich
 Männlich
 Andere:

3. Bitte nenne deinen höchsten erreichten Bildungsabschluss.

- Kein Abschluss
 Hauptschulabschluss
 Mittlere Schulabschluss
 Abitur
 Ausbildung
 Hochschulabschluss

4. Hast du jemals eine der folgenden Drogen genommen?

Bitte die zutreffenden auswählen. Mehrfachnennungen sind möglich.

Vom Arzt verschriebene Arzneimittel bitte NICHT nennen.

	Im letzten Monat	Im letzten Jahr	Schon einmal	Nie
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Poppers“ (z. B. Amylnitrit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GHB/ GBL („G“, Liquid Ecstasy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphetamin (Speed, Pep)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alpha-Ciatylglutarat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nikotin (z. B. Tabak, Liquids für E-Zigaretten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazepine (z. B. Diazepam=Valium®, Tavor®, Rohypnol®, Zolpidem®, Zopiclon®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Methamphetamin (Crystal Meth)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel auf Opiatbasis (z. B. Tramadol, Tilidin, Oxycodon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuro-Enhancer (z. B. Methylphenidat wie Ritalin®, Medikinet®, Modafinil wie Vigil®)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cannabis (Gras, Marihuana, Haschisch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Methanoltensid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MDMA (Ecstasy, Teile, MDMA-Kristalle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD (Acid, Pappen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Synthetische Cathinone (,Badesalze‘, z. B. Mephedron, MMC, MDMC, MDPV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ketamin (Keta, ,K‘)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Synthetische Cannabinoide (,Spice‘, andere psychoaktive Kräutermischungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psilocybin (Pilze, Magic Mushrooms)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Drugchecking kann eine Probe darauf untersuchen, ob die erwartete Substanz (z. B. MDMA in einer Pille) vorhanden ist, und in welcher Menge. Außerdem kann festgestellt werden, ob eine unerwartete psychoaktive Substanz enthalten ist.

5. Wenn der Wirkstoffgehalt einer Probe besonders hoch ist, was würdest du tun?

- Die gewohnte Menge nehmen
- Weniger nehmen
- Mehr nehmen
- Gar nicht nehmen
- Andere:

6. Wenn die Probe neben der erwarteten Substanz auch eine unerwartete Substanz (die du nicht kennst oder willst) enthält, was würdest du tun?

- Die gewohnte Menge nehmen
- Weniger nehmen
- Mehr nehmen
- Gar nicht nehmen
- Andere:

7. Wenn die Probe gar nicht die erwartete Substanz enthält (sondern nur unbekannte Substanzen), was würdest du tun?

- Die gewohnte Menge nehmen
- Weniger nehmen
- Mehr nehmen
- Gar nicht nehmen
- Andere:

8. Was wären Gründe oder Hindernisse, die dich eventuell davon abhalten würden, Drugchecking in Anspruch zu nehmen?

	Trifft gar nicht zu			Trifft sehr zu	
Gefahr, von Anderen erkannt zu werden, wenn ich hingehe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sorge um Anonymität/ Datenschutz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sorge vor Strafverfolgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist mir zu aufwändig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere: <input style="width: 300px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Wenn du auf einem Event vorhast zu konsumieren, wo kaufst/ erhältst du deine Substanzen?

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|------------------|-----------------------|-----|-----------------------|--------------|
| Immer
dem Event | VOR | Eher
Event | VOR | dem
mal so | Mal so
mal so | Eher
Event | AUF | dem
dem Event | Immer
AUF |
| <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |

10. Wenn du deine Substanzen NICHT auf dem Event kaufst oder erhältst, woher beziehst du sie?

	Trifft gar nicht zu			Trifft sehr zu	
Von mir bekannten DealerInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von mir unbekanntem DealerInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestelle ich im Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekomme ich von Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere: <input style="width: 300px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Aus welchen Gründen würdest du Drugchecking in Anspruch nehmen?

	Trifft gar nicht zu			Trifft sehr zu		
Überdosierungen vermeiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verunreinigungen mit Streckstoffen vermeiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere psychoaktive Substanzen vermeiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin einfach neugierig, was darin ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte meinen Dealer testen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung, Konsumreflexion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Drugchecking kann mit persönlicher Beratung einschließlich Konsumreflexion verbunden sein. Das...

	Trifft gar nicht zu			Trifft sehr zu		
...finde ich sinnvoll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...halte ich für unnötig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kann bei Anderen sinnvoll sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wäre ein Grund für mich, Drugchecking <u>nicht</u> in Anspruch zu nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Wurde bei dir jemals eine psychische Erkrankung (dazu zählen auch Abhängigkeitserkrankungen) diagnostiziert?

Nein

Ja, welche?

14. Würdest du ein Drugchecking-Angebot generell in Anspruch nehmen?

Trifft gar nicht zu

Trifft sehr zu

zu

Eidesstattliche Versicherung

Ich, Jonas Helbig, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Substanzkonsum und Prävention in der Berliner Partyszene [Club Drug Use and Prevention Measures in Berlin’s Nightlife Scene]“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Anteilerklärung

Jonas Helbig hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

1. Betzler F, Ernst F, **Helbig J**, Viohl L, Roediger L, Meister S, Romanczuk-Seiferth N, Heinz A, Ströhle A, Köhler S. Substance Use and Prevention Programs in Berlin's Party Scene: Results of the SuPrA-Study. *Eur Addict Res.* 2019;25(6):283-92.

Beitrag im Einzelnen: Literaturrecherche. Mitwirkung bei Fragebogenerstellung, Durchführung beider Erhebungsmodalitäten und Erstellung des Manuskripts.

2. **Helbig J**, Ernst F, Viohl L, Roediger L, Köhler S, Ströhle A, Romanczuk-Seiferth N, Heinz A, Betzler F. Präventionsansätze zur Reduktion von Konsumrisiken in der Berliner Partyszene [Harm Reduction and Preventive Measures in Berlin's Party Scene]. *Psychiatr Prax.* 2019;46(8):445-50.

Beitrag im Einzelnen: Mitarbeit bei der Erstellung des Interviewleitfadens und Durchführung der Interviews. Auswertung der qualitativen Daten. Erstellung des Manuskripts inklusive beider Abbildungen.

3. Betzler F, **Helbig J**, Viohl L, Ernst F, Roediger L, Gutwinski S, Ströhle A, Köhler S. Drug Checking and Its Potential Impact on Substance Use. *Eur Addict Res.* 2021;27(1):25-32.

Beitrag im Einzelnen: Literaturrecherche. Mitwirkung bei Fragebogenerstellung, Erhebung und Auswertung. Mitarbeit bei der Erstellung und Einreichung des Manuskripts (Einleitung, Diskussion, Limitationen).

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsliste

1. Betzler F, Ernst F, **Helbig J**, Viohl L, Roediger L, Meister S, Romanczuk-Seiferth N, Heinz A, Ströhle A, Köhler S. Substance Use and Prevention Programs in Berlin's Party Scene: Results of the SuPrA-Study. *Eur Addict Res.* 2019;25(6):283-92.
2. **Helbig J**, Ernst F, Viohl L, Roediger L, Köhler S, Ströhle A, Romanczuk-Seiferth N, Heinz A, Betzler F. Präventionsansätze zur Reduktion von Konsumrisiken in der Berliner Partyszene [Harm Reduction and Preventive Measures in Berlin's Party Scene]. *Psychiatr Prax.* 2019;46(8):445-50.
3. Betzler F, **Helbig J**, Viohl L, Ernst F, Roediger L, Gutwinski S, Ströhle A, Köhler S. Drug Checking and Its Potential Impact on Substance Use. *Eur Addict Res.* 2021;27(1):25-32.
4. Bendau A, Viohl L, Petzold MB, **Helbig J**, Reiche S, Marek R, Romanello A, Moon DU, Gross RE, Masah DJ, Gutwinski S, Mick I, Montag C, Evens R, Majić T, Betzler F. No party, no drugs? Use of stimulants, dissociative drugs, and GHB/GBL during the early COVID-19 pandemic. *Int J Drug Policy.* 2022 Apr; 102:103582.
5. Klein AV, Roediger L, Bendau A, Viohl L, Ernst F, **Helbig J**, Kühne F, Petzold MB, Betzler F. Problem drinking among university students in Berlin. *J Am Coll Health.* 2022; Jul 11 [Epub ahead of print].

Bescheinigung einer akkreditierten Statistikerin



CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

Charité | Campus Charité Mitte | 10117 Berlin

Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie (iBikE)

Direktor: Prof. Dr. Geraldine Rauch

Postanschrift:
Charitéplatz 1 | 10117 Berlin
Besucheranschrift:
Reinhardtstr. 58 | 10117 Berlin

Tel. +49 (0)30 450 562171
geraldine.rauch@charite.de
<https://biometrie.charite.de/>



Name, Vorname: Helbig, Jonas
Emailadresse: jonas.helbig@charite.de
Matrikelnummer: 219410
PromotionsbetreuerIn: Prof. Dr. Andreas Ströhle
Promotionsinstitution / Klinik: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Bescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass Herr Jonas Helbig innerhalb der Service Unit Biometrie des Instituts für Biometrie und klinische Epidemiologie (iBikE) bei mir eine statistische Beratung zu einem Promotionsvorhaben wahrgenommen hat. Folgende Beratungstermine wurden wahrgenommen:

- Termin 1: 17.11.2020

Folgende wesentliche Ratschläge hinsichtlich einer sinnvollen Auswertung und Interpretation der Daten wurden während der Beratung erteilt:

- Explorative Interpretation der p-Werte

Diese Bescheinigung garantiert nicht die richtige Umsetzung der in der Beratung gemachten Vorschläge, die korrekte Durchführung der empfohlenen statistischen Verfahren und die richtige Darstellung und Interpretation der Ergebnisse. Die Verantwortung hierfür obliegt allein dem Promovierenden. Das Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie übernimmt hierfür keine Haftung.

Datum: 17.11.2020

Name des Beraters/ der Beraterin: Kerstin Rubarth



Unterschrift BeraterIn, Institutsstempel



Danksagung

Ich danke Herrn Professor Andreas Ströhle für die Überlassung des Themas. Ferner danke ich Clara Felicitas Ernst, Leonard Viohl und Lukas Rödiger für die kollegiale Zusammenarbeit.

Herrn Professor Andreas Heinz, Herrn Professor Stephan Köhler sowie Frau Professorin Nina Romanczuk-Seiferth danke ich für gewinnbringende Anmerkungen im Rahmen des Publikationsprozesses. Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Felix Betzler für seine Betreuung.

Meiner Familie und meinen Freunden danke ich für ihre Unterstützung in herausfordernden Phasen.