



- Bericht -  
MoSyD  
Szenestudie

---

Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main  
2010

---

Oliver Müller, Bernd Werse und Carsten Schell

GOETHE-UNIVERSITÄT  
CENTRE FOR DRUG RESEARCH  
Frankfurt am Main, April 2011

Im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main

## INHALT

<b>0. Zusammenfassung – Veränderungen und aktuelle Situation</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Methodik</b> .....	<b>11</b>
2.1    Empirischer Zugang: Stichprobe und Erhebungsinstrument .....	11
2.2    Hinweise zur Ergebnispräsentation.....	13
<b>3. Feldzugang – Interviewtätigkeit im Szenealltag</b> .....	<b>14</b>
<b>4. Ergebnisse</b> .....	<b>17</b>
4.1    Soziodemographische Daten .....	17
4.1.1    Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität .....	17
4.1.2    Wohnsituation .....	18
4.1.3    Ausbildungs- und Beschäftigungssituation .....	19
4.1.4    Finanzielle Situation .....	21
4.1.5    Die Befragten der Frankfurter Drogenszene im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede .....	23
4.2    Substanzkonsum .....	26
4.2.1    Lifetime-Konsum .....	26
4.2.2    12-Monats-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz .....	28
4.2.3    Konsumintensität.....	32
4.2.4    Applikationsformen .....	35
4.2.5    Die Konsummuster im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede .....	38
4.3    Meinungen über Drogen .....	40
4.4    Der „Alltag auf der Szene“.....	42
4.4.1    Dauer und Häufigkeit des Aufenthalts auf der Szene.....	42
4.4.2    Die Orte des Konsums.....	44
4.4.3    Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung .....	46
4.4.4    Kontrollintensität, Hafterfahrungen und Haftgründe .....	51
4.4.5    Der Szenealltag im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede .....	52
4.5    Gesundheitszustand.....	54
4.5.1    Infektionsstatus und Risikoverhalten .....	54
4.5.2    Versicherungsstatus, Symptome und Beschwerden .....	56
4.5.3    Überdosierungen.....	58
4.5.4    Der Gesundheitszustand im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede .....	60
4.6    Inanspruchnahme des Hilfesystems .....	63
4.6.1    Substitution .....	63
4.6.2    Nutzung der Angebote des Drogenhilfesystems .....	66
4.6.3    Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede .....	69
<b>5. Literatur</b> .....	<b>71</b>

## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) .....	18
Tabelle 2: Aktuell gemeldeter Wohnsitz (%) nach Jahr der Befragung .....	19
Tabelle 3: Aktuelle Wohnsituation (%) nach Jahr der Befragung .....	19
Tabelle 4: Ausbildungs- und Beschäftigungssituation (%) nach Jahr der Befragung .....	20
Tabelle 5: Einkommensquellen (letzte 7 Tage, %) nach Jahr der Befragung .....	21
Tabelle 6: Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) nach Geschlecht 2010 .....	24
Tabelle 7: Aktuelle Wohnsituation der Befragten im Jahr 2010 (%) nach Geschlecht .....	25
Tabelle 8: Lifetime-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung .....	27
Tabelle 9: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert) nach Jahr der Befragung .....	28
Tabelle 10: 12-Monats-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung .....	29
Tabelle 11: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzraten (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain, Crack und nicht verschriebenen Substitutionsmitteln nach Jahr der Befragung .....	30
Tabelle 12: Applikationsformen von Heroin, Kokain und Crack (%) nach Jahr der Befragung .....	36
Tabelle 13: Gründe für den intravenösen Crackkonsum (%) nach Jahr der Befragung .....	37
Tabelle 14: Konsummuster im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede (%) .....	38
Tabelle 15: Applikationsformen von Heroin und Crack im Jahr 2010 (%): geschlechtsbezogene Unterschiede .....	39
Tabelle 16: Gründe für den Aufenthalt auf der Szene (%) nach Jahr der Befragung .....	43
Tabelle 17: Überwiegende Orte des intravenösen Konsums und des Crackrauchens nach Jahr der Befragung .....	45
Tabelle 18: Einschätzung der Verfügbarkeit von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung .....	47
Tabelle 19: Einschätzung der Qualität von Heroin, Crack und Kokain (%) nach Jahr der Befragung .....	48
Tabelle 20: Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung .....	54
Tabelle 21: Risikoverhalten bei der Benutzung von Utensilien zum intravenösen Konsum, 2008 und 2010 (nur aktuell intravenös Konsumierende, %) .....	55
Tabelle 22: Symptome und Beschwerden in den letzten 3 Monaten und Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung (%) nach Jahr der Befragung .....	57
Tabelle 23: Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung .....	59
Tabelle 24: Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung .....	59
Tabelle 25: Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung .....	60
Tabelle 26: Gesundheitszustand im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede .....	61
Tabelle 27: Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung .....	63
Tabelle 28: 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus im Jahr 2010 .....	65
Tabelle 29: Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten 3 Monaten im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede .....	70
Abbildung 1: Durchschnittsalter der Frankfurter „Drogenszene“ 1991 bis 2010 .....	17
Abbildung 2: Legalstatus der Einnahmequellen nach Jahr der Befragung .....	22
Abbildung 3: Durchschnittsalter (Mittelwerte) nach Geschlecht und Jahr der Befragung .....	23
Abbildung 4: Altersgruppen (%) nach Geschlecht im Jahr 2010 .....	24
Abbildung 5: Konsumhäufigkeit (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack derjenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen (jeweiliges n) nach Jahr der Befragung .....	33
Abbildung 6: Zusammengefasste Konsumintensität (%) von Heroin und Crack nach Jahr der Befragung .....	34
Abbildung 7: Heroin und Crack: 24-Stunden-Prävalenz und Anteil mit Nennung als Lieblingsdroge bzw. am meisten diskutierter Droge (%) nach Jahr der Befragung .....	41
Abbildung 8: Dauer des „Szeneaufenthalts“ und Lebensalter 2010, Anteile in % (bezogen auf die jeweilige Altersgruppe) .....	42
Abbildung 9: Einschätzung der Preisentwicklung und Preis pro Gramm Heroin, Crack und Kokain nach Jahr der Befragung .....	49
Abbildung 10: Anzahl berichteter Symptome und Beschwerden (Mittelwerte) und Einschätzungen zum Gesundheitszustand nach Jahr der Befragung .....	57
Abbildung 11: Substitutionsdauer (zusammengefasst, %) nach Jahr der Befragung .....	64
Abbildung 12: 24-Stunden-Prävalenzraten von Heroin und Crack (%) nach Behandlungsstatus und Jahr der Befragung .....	66
Abbildung 13: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung .....	67
Abbildung 14: Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung .....	68

## 0. Zusammenfassung – Veränderungen und aktuelle Situation

In der folgenden Zusammenfassung der vorliegenden Szenebefragung wird einerseits die aktuelle Situation in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main dargestellt, wie sie sich im Jahr 2010 präsentiert. Andererseits werden etwaige Veränderungen zentraler Inhaltsbereiche nachgezeichnet. Der größte Teil dieser Trendanalyse bezieht sich dabei auf den Beobachtungszeitraum 2002 bis 2010. Bei einigen Themenbereichen werden zusätzlich Resultate einer Studie aus dem Jahr 1995 mit einbezogen, zudem gibt es vereinzelt Vergleichsdaten aus den Jahren 1991-1993.

Was das allgemeine Erscheinungsbild der Szene betrifft, so war im Jahr 2008 noch ein leichter Gegentrend im Hinblick auf eine wieder höhere Sichtbarkeit von Szenemitgliedern und szenetypischem Verhalten im Straßenbild zu beobachten. Diese Entwicklung hat sich 2010 offenbar wieder umgekehrt, insbesondere nach der Veröffentlichung einer Artikelserie in der Bild-Zeitung im Juli des Jahres, die eine zeitweilig stark erhöhte Aktivität der Ordnungsbehörden und eine zeitweise deutlich geringere öffentliche Präsenz der Szeneangehörigen zur Folge hatte.

### Soziodemographische Daten

Das Durchschnittsalter der Szene hat sich zwischen 2008 und 2010 um über zwei Jahre auf nunmehr 38,2 Jahre erhöht, nachdem es zwischen 1991 und 2002 bereits deutlich gestiegen war und in den Folgejahren zwischen 35 bis 36 Jahren stagnierte. Insgesamt 84% der befragten Szenegänger(innen) (und damit etwas mehr als in der letzten Erhebung) sind im Großraum Frankfurt gemeldet. Der Anteil der Befragten, die in prekären Wohnsituationen leben, ist 2010 weiter zurückgegangen: Aktuell sind 6% der Befragten obdachlos und 32% wohnen in Notschlafunterkünften. 54% der Befragten haben eigene Kinder. Der größte Teil der minderjährigen Kinder lebt beim anderen Elternteil oder anderen Familienmitgliedern.

Nahezu die Hälfte der Befragten (46%) hat einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss. 20% weisen keinen Schulabschluss auf; damit wird der höchste Wert aller bisherigen Erhebungen erreicht. Auch bei der Frage nach der Berufsausbildung zeigt sich im Jahr 2010 mit 60% der Befragten, die über keinen entsprechenden Abschluss verfügen, der bislang höchste Anteil. Nahezu unverändert sind mehr als vier Fünftel der Befragten arbeitslos, die meisten davon langzeitarbeitslos. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit ist zwischen 2008 und 2010 nochmals deutlich, von 4,9 auf 5,9 Jahre gestiegen und erreicht ebenfalls ihren bislang höchsten Wert. Wie in den Vorjahren ist es offenbar umso schwieriger, sich in das Arbeitsleben zu reintegrieren, je stärker ein(e) Befragte(r) an die Szene gebunden ist: die Dauer der Arbeitslosigkeit steigt mit zunehmender Szenezugehörigkeit deutlich an.

Korrespondierend mit dem Anteil der Erwerbslosen beziehen mehr als drei Viertel der Befragten staatliche Unterstützungsleistungen (ALG I, ALG II, Sozialgeld). Über die Erhebungsjahre hinweg ist vor allem der Anteil derer, die Geld über regelmäßige Arbeit oder Jobs verdienen, zurückgegangen (aktuell: 15%). Neben diesen Quellen wird insbesondere der Drogenhandel, Familienangehörige sowie weitere illegale und legale Möglichkeiten (bei Frauen u.a. Prostitution) als Einnahmequellen genutzt. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten finanzieren sich ausschließlich auf legalem Wege. Im Jahr 2010 ist der Durchschnittswert

für die erzielten Einkünfte relativ deutlich zurückgegangen (von knapp 500 auf knapp 400 Euro. Auch die durchschnittlichen Ausgaben für Drogen haben sich reduziert, so dass der Anteil an den zur Verfügung stehenden Mitteln, der für Drogen ausgegeben wird, praktisch unverändert bei rund 80% liegt. Frauen haben durchschnittlich mehr Geld zur Verfügung als die befragten Männer.

### **Substanzkonsum, Preise, Qualität, Verfügbarkeit**

Auch im Jahr 2010 sind Heroin und Crack die mit Abstand am häufigsten konsumierten Drogen in der „offenen Drogenszene“. Nahezu alle Befragten verfügen über Konsumerfahrungen, und jeweils knapp zwei Drittel haben diese Substanzen in den letzten 24 Stunden konsumiert. Der in den letzten Jahren beobachtete Bedeutungszuwachs von Heroin hat sich in diesem Jahr nicht fortgesetzt; die Kennzahlen für den aktuellen Konsum liegen – nach mehrjährigen Anstiegen – jeweils wieder einige Prozentpunkte unter den Werten von 2008. Dagegen ist der aktuelle Crack-Konsum wieder leicht angestiegen, nachdem die Substanz in den Jahren zuvor leicht an Bedeutung verloren hatte. Frauen haben in den letzten 24 Stunden häufiger als Männer Crack konsumiert (77% vs. 58%). Männliche Befragte gebrauchen die Droge häufiger intravenös, während weibliche das Kokainderivat deutlich häufiger rauchen.

Während die Entwicklungen des Heroin- und Crackkonsums in den letzten Jahren im Zusammenhang mit der Preis- und Qualitätsentwicklung betrachtet werden konnten, ist dies aktuell nur bedingt der Fall: Während der Konsumrückgang bei Heroin mit etwas steigenden Preisen (aktuell: 50 Euro pro Gramm) und schlechterer Qualitätseinschätzung einhergehen, wird auch das etwas häufiger konsumierte Crack in seiner Qualität als schlechter eingeschätzt. Gleichzeitig hat sich der im Vorjahr drastisch (von 50€ auf 100€/g) gestiegene Preis im Jahr 2010 nicht geändert. Während vier von fünf Befragte Heroin vorzugsweise intravenös konsumieren, wird Crack unverändert in etwa gleichem Maße gespritzt und geraucht. Im Hinblick auf die Verfügbarkeit der beiden meistkonsumierten Drogen ist der zeitweilige leichte Rückgang 2008 als Ausreißer zu betrachten: für beide Substanzen geben nahezu alle Befragten an, dass sie leicht bzw. sehr leicht erhältlich seien.

Die in den vorherigen Befragungen deutlich gestiegene Bedeutung illegal gehandelter Benzodiazepine für die Konsummuster der Szeneangehörigen ist im Jahr 2010 etwa gleich geblieben: wie im Vorjahr hat knapp die Hälfte in den letzten 24 Stunden solche Stoffe konsumiert. Nicht fortgesetzt hingegen hat sich der Anstieg des Anteils derer, die diese Substanzen (unter anderem) intravenös konsumieren. Auch Benzodiazepine werden von über 90% der Befragten als leicht bzw. sehr leicht erhältlich eingeschätzt. Der Schwarzmarktpreis für diese Stoffe ist von 1,50 Euro auf 2 Euro pro Tablette angestiegen.

Der seit 2006 beobachtete leichte Anstieg der Verbreitung von Pulverkokain hat sich wieder ins Gegenteil verkehrt: Die 30-Tages-Prävalenz ist von 49% auf 30%, die 24-Stunden Prävalenz von 11% auf 7% zurückgegangen; somit werden wieder ähnliche Werte wie im Zeitraum zwischen 2002 und 2004 erreicht. Die Qualität der Droge wird weiterhin überwiegend als gut bis sehr gut bewertet.

Zwar hat die Hälfte der Befragten schon einmal nicht verschriebene Substitutionsmittel konsumiert, im Konsumalltag spielen sie aber nur eine untergeordnete Rolle: 9% haben in den letzten 30 Tagen illegal gehandeltes Methadon und 6% Buprenorphin (Subutex®) genommen; lediglich zwei Befragte haben auch in den letzten 24 Stunden derartige Präparate konsumiert.

Der Großteil der im Umfeld der „offenen Drogenszene“ Befragten weist weiterhin polyvalente Konsummuster auf. Neben Heroin und Crack sowie Benzodiazepinen und Substitutionsmitteln sind für nennenswerte Teilgruppen auch Alkohol und Cannabis fester Bestandteil des Konsumgeschehens. Durchschnittlich haben die Befragten in den zurückliegenden 30 Tagen 4,1 und in den letzten 24 Stunden 2,4 verschiedene Drogen konsumiert.

Im Hinblick auf die Konsumintensität zeigt sich im Jahr 2010 insgesamt das Bild einer tendenziellen Reduktion: So ist beispielsweise der in den vorherigen Erhebungen gestiegene Anteil der häufig Konsumierenden unter den aktuellen Benzodiazepingebraucher(inne)n wieder etwas zurückgegangen; ähnliches zeigt sich für die meisten anderen entsprechend abgefragten Substanzen. Darüber hinaus hat sich bei Heroin und Crack auch jeweils der Anteil derer mit exzessiven Konsummustern (mehr als 8x am Tag) reduziert; gleichzeitig sind die Anteile der Befragten, die diese Drogen nicht täglich konsumieren, angestiegen. Ein sehr deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern ist im Berichtsjahr bezüglich der Konsumintensität von Crack festzustellen: Während 45% der aktuell konsumierenden Frauen das Kokainderivat exzessiv gebrauchen, ist dies nur bei 8% der Männer der Fall.

### **Szenealltag, Kontrollintensität, Hafterfahrungen**

Im Durchschnitt sind die befragten Konsument(inn)en seit 12,8 Jahre in der Szene unterwegs, Frauen etwas länger als Männer. Die Mehrheit sucht täglich die Szene auf und hält sich im Schnitt etwas mehr als 7 Stunden dort auf. Hauptsächliche Gründe für den Szenebesuch sind in absteigender Reihenfolge Drogenkauf, „Leute besuchen“, Langeweile, der Status als Substituierte(r) und das Abwickeln von Geschäften. Insofern nimmt die Szene offenbar nach wie vor eine wichtige soziale Funktion für die Befragten ein.

Weiterhin findet der intravenöse Konsum weit überwiegend in den Druckräumen statt, während Crack zumeist auf der Straße geraucht wird. Der Rauchraum spielt als Ort des Konsums immer noch eine eher untergeordnete Rolle; als Gründe hierfür werden vor allem die ungünstigen örtlichen Bedingungen genannt. Die Bedeutung der Druckräume als Orte für den Spritzkonsum hat 2010 noch leicht zugenommen; gleichzeitig hat der intravenöse Gebrauch auf der Straße wieder abgenommen. Auch beim Crackrauchen hat der in diesem Fall dominierende Konsumort Straße, zugunsten privater Räumlichkeiten, etwas an Bedeutung eingebüßt. Auch Straßenzüge außerhalb des Bahnhofsviertels werden insgesamt seltener zum (inhalativen und intravenösen) Konsum genutzt als in den meisten der vorherigen Erhebungen. Die Druckräume werden im Schnitt häufiger von den Männern zum i.v.-Konsum aufgesucht, während Frauen häufiger auf der Straße und in privaten Räumlichkeiten injizieren.

Erstmals wurden in der 2010er Befragung Daten zu Kontrollen im öffentlichen Raum sowie Hafterfahrungen erhoben. Etwas mehr als die Hälfte wurden im zurückliegenden Monat mindestens einmal auf der Straße von der Polizei kontrolliert. Rund jede(r) Siebte erlebte in diesem Zeitraum mehr als fünf Kontrollen. Gegen 20% aller Befragten – rund ein Drittel derer, die im Vormonat kontrolliert wurden – wurde in den letzten 30 Tagen ein Platzverweis oder Aufenthaltsverbot ausgesprochen.

Nahezu vier von fünf Befragten waren in ihrem Leben mindestens einmal inhaftiert; im statistischen Mittel haben diese Personen bei 4,6 Haftaufenthalten insgesamt etwas mehr als vier Jahre in Gefängnissen verbracht. Männer weisen durchschnittlich eine höhere Gesamthaftdauer auf als Frauen. Als häufigste Gründe für Inhaftierungen wurden in absteigender

Reihenfolge Diebstahl, „Absitzen“ einer Geldstrafe, Drogenbesitz, Körperverletzung, Drogenhandel, Raub und Betrug genannt.

### **Gesundheitszustand, Risikoverhalten und Nutzung des Drogenhilfesystems**

Mit 97% sind nahezu alle Befragten aktuell krankenversichert. Der Gesundheitszustand der Befragten, gemessen an der Anzahl der berichteten Symptome sowie der subjektiven Einschätzung, ist, nach einer gewissen Verbesserung in den Vorjahren, aktuell etwa gleichgeblieben. Im Schnitt nennen die Interviewpartner(innen) 1,4 Symptome für die zurückliegenden 3 Monate. Frauen geben im Schnitt etwa so doppelt so viele Symptome an als Männer und schätzen auch subjektiv ihren Gesundheitszustand schlechter ein.

Die Hepatitis-C-Infektionsrate bewegt sich seit 2002 mit rund zwei Dritteln der Befragten auf einem unverändert hohen Niveau. 6% geben im Jahr 2010 an, HIV-positiv zu sein. Damit wurde die im Jahr 2008 ermittelte, im Vergleich zu den vorherigen Erhebungen deutlich geringere Höhe der entsprechenden Infektionsrate bestätigt.

Nur geringfügige Änderungen gab es bei den 2008 erstmals erhobenen Angaben zum Risikoverhalten im Zusammenhang mit dem intravenösen Konsum. Aktuell benutzt rund jede(r) Siebte zumindest gelegentlich eine Injektionsnadel mehrfach, knapp 30% verwenden Utensilien zum i.v.-Konsum gelegentlich gemeinsam mit anderen und rund jede(r) Vierte teilt zuweilen Drogen mit anderen in einer Spritze. Etwas mehr als die Hälfte – Männer doppelt so häufig wie Frauen – gibt an, gar keine derartigen riskanten Verhaltensweisen zu praktizieren.

Knapp zwei Drittel der im Jahr 2010 Befragten haben mindestens einmal die Erfahrung einer Überdosis gemacht. In 94% der Fälle wurde vor der letzten Überdosis (unter anderem) Heroin konsumiert; alle anderen Drogen werden in diesem Zusammenhang jeweils weniger als halb so oft genannt. Die 2008 beobachtete Bedeutungszunahme von Benzodiazepinen in dieser Hinsicht hat sich in der aktuellen Erhebung bestätigt. Wie in den Vorjahren wird als Hauptgrund für die Überdosierung am häufigsten eine unbekannte Drogenqualität angegeben. Mittlerweile mit Abstand am häufigsten (60%) haben die ÜberdosiererInnen Hilfe von Mitarbeiter(inne)n der Drogenhilfe erhalten, was in gewissem Sinne folgerichtig ist, da mehr als die Hälfte der Überdosierungen in Konsumräumen stattfinden.

Mehr als die Hälfte der Befragten (57%) befindet sich aktuell in einer Substitutionsbehandlung. Damit hat sich der seit 2003 insgesamt zu beobachtende ansteigende Trend nochmals deutlich fortgesetzt. Weiterhin erhalten rund vier von fünf Substituierten Methadon als Substitutionsmittel, während der zuvor angestiegene Anteil derer, die mit Buprenorphin (Subutex®) substituiert werden, seit 2006 bei rund 10% stagniert. Die Hälfte der Substituierten ist maximal ein Jahr in Behandlung, rund jede(r) Sechste bereits mehr als fünf Jahre.

Nach wie vor konsumieren Substituierte seltener Heroin und Crack als Nicht-Substituierte. Während der Heroinkonsum der Substituierten nach einer gewissen Angleichung 2008 wieder etwas reduziert hat, ist die Crack-Prävalenz in dieser Gruppe nach einem Rückgang in der letzten Befragung wieder angestiegen.

Von den Angeboten des Frankfurter Drogenhilfesystems werden am häufigsten (in absteigender Reihenfolge) Kontaktladen, Essen, Druckraum, Beratungsgespräche und Spritzenaustausch genutzt. 99% der Befragten haben in den letzten 3 Monaten mindestens eines der vorgehaltenen Hilfeangebote in Anspruch genommen, 93% haben Angebote der Drogenhilfe mindestens einmal pro Woche genutzt. Bei der Nutzung der einzelnen Angebote ist über den

Zeitverlauf jeweils kein eindeutiger Trend erkennbar. Beratungsgespräche, medizinische Behandlung und Rauchraum werden von den weiblichen Befragten häufiger genutzt, während die befragten Männer häufiger das Angebot der Druckräume in Anspruch nehmen.

## 1. Einleitung

Mit dem vorliegenden Bericht wird die Situation in der „offenen Drogenszene“<sup>1</sup> in Frankfurt am Main im Jahr 2010 unter Einbeziehung weiterer Erhebungen aus den Jahren 1995, 2002, 2003, 2004, 2006 und 2008 beschrieben.

Die Studie stellt ein Forschungsmodul neben anderen im Rahmen des bewährten *Monitoring-Systems Drogentrends* (MoSyD) dar, das vom Centre for Drug Research (CDR) im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main entwickelt und implementiert wurde. MoSyD zielt mittels verschiedener empirischer und analytischer Zugänge auf eine umfassende Beschreibung der Drogengebrauchssituation – mit Blick auf legale wie illegale Drogen – in Frankfurt ab (Kemmesies/ Hess 2001). Insgesamt umfasst das Design vier Forschungsmodule:

1. Schülerbreitenbefragung,
2. Experten-Panel,
3. Trendscout-Panel,
4. Szenestudie.

Im Rahmen von MoSyD handelt es sich bei der Szenestudie 2010 um die fünfte Erhebung, vier der Erhebungen erfolgten in den Jahren 2002 (Kemmesies 2002), 2004 (Prinzleve et al. 2005), 2006 (Müller et al. 2007) und 2008 (Müller et al. 2009). Darüber hinaus fließen die Daten der Szenebefragung 2003, die vom CDR im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekts 'Kokainkonsum in Frankfurt am Main' (Zurhold/ Müller 2007) erhoben wurden, in den vorliegenden Bericht mit ein.

Um auch längerfristige Veränderungen in der Szene darstellen zu können, wird zudem auf eine ältere Studie aus dem Jahr 1995 (Kemmesies 1995) zurückgegriffen. Diese enthält zum Teil identische Fragekomplexe, so dass vergleichende Betrachtungen vorgenommen werden können.

Unter Berücksichtigung der bereits angesprochen Studien gewährt die vorliegende Untersuchung Einblick in die aktuelle Situation auf der „offenen Drogenszene“, wie sie sich zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews Ende Juni bis Ende Juli 2010 darstellt.

Während dieses Erhebungszeitraumes vollzogen sich in der Drogenszene am Hauptbahnhof – vor dem Hintergrund medialer Berichterstattung – auffällige ordnungspolitische Veränderungen. Bis Mitte Juli, also in den ersten Wochen der Befragung, waren Ansammlungen von Konsument(inn)en und offener intravenöser Konsum im öffentlichen Raum nicht selten zu beobachten. Mitte Juli 2010 veröffentlichte die Bild-Zeitung eine Reihe von Artikeln, welche die vermeintlich unhaltbaren Zustände im Frankfurter Bahnhofsviertel anprangerten („Nur noch Dirnen, Dreck und Drogen!“; Bild vom 13.07.2010 und „Putzen unter Polizeischutz“; Bild vom 14.07.2010), woraufhin die verstärkten Kontrollen und Präsenz von Polizei und Ordnungskräften zu einer zeitweiligen deutlichen Reduktion des öffentlichen Konsums und der Ansammlung von Konsument(inn)en führte. Diese Schilderungen dokumentieren noch einmal, dass solche Erhebungen immer nur ein Abbild der Situation zu einem bestimm-

---

<sup>1</sup> Wenn im weiteren Verlauf von „offener Szene“ bzw. „Drogenszene“ gesprochen wird, so bezeichnet dies ein soziales Netzwerk kompulsiver Konsument(inn)en illegaler Drogen, deren Lebensmittelpunkt im öffentlichen Raum (im Wesentlichen im Bereich des Frankfurter Bahnhofsviertels) sowie den Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe liegt.

ten Zeitpunkt darstellen und es sich in diesem Fall um eine Momentaufnahme der Drogenszene im Sommer 2010 handelt.

Wie in den Vorjahren liegen die thematischen Schwerpunkte der Interviews auf:

- praktizierten Drogengebrauchsmustern,
- Alltagsbewältigung,
- Gesundheitszustand,
- Inanspruchnahme der Drogenhilfe.

Wie bereits ausgeführt, ist die vorliegende Szenestudie 2010 ein Forschungsmodul neben anderen im Rahmen des Monitoring-Systems Drogentrends des CDR (vgl. aktuell: Werse et al. 2010). Die Zusammenführung der Forschungsmodule in einem Gesamtbericht (Jahresbericht 2010) wird die Analyse im Spiegel der Beobachtungen aus den anderen Forschungsmodulen erlauben und damit einen erweiterten Aussagehorizont über das Drogengebrauchsverhalten in Frankfurt am Main bieten. Der Jahresbericht 2010 des CDR erscheint im Laufe des Jahres 2011 und wird im Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main erhältlich sein. Der vorliegende Bericht konzentriert sich auf die sich überwiegend aus intensiven Konsument(inn)en „harter Drogen“ rekrutierende Straßenszene und damit auf einen spezifischen, im öffentlichen Bewusstsein jedoch sehr präsenten Ausschnitt des Drogenkonsums.

Bevor die Studie und ihre Ergebnisse dargestellt werden, gilt es einigen Personen zu danken. In erster Linie sind dies die vielen Interviewpartner(innen), die sich die Zeit genommen und Einblicke in ihre Lebensbedingungen gewährt haben. Darüber hinaus gebührt auch den Leiter(inne)n und Mitarbeiter(inne)n der Drogenhilfeeinrichtungen ein Dankeschön für die Unterstützung, die Anregungen und die kooperative Bereitstellung von Räumlichkeiten zur Durchführung der Interviews. Schließlich sei Christiane Bernard für ihre Interviewtätigkeit gedankt<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Die übrigen Interviews wurden von den beiden Mitautoren Carsten Schell und Oliver Müller durchgeführt.

## 2. Methodik

### 2.1 Empirischer Zugang: Stichprobe und Erhebungsinstrument

Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit mit den vorangegangenen Untersuchungen zu gewährleisten, werden die Bedingungen für die Befragungen möglichst konstant gehalten. Dies gilt sowohl für das Erhebungsinstrument (standardisierter Fragebogen) und den Erhebungszeitraum als auch für die Stichprobenauswahl. Die Stichprobe umfasst daher, wie in den Jahren zuvor, 150 Drogenkonsument(inn)en, die je etwa zur Hälfte unmittelbar auf der „offenen Drogenszene“ im Bahnhofsviertel und in den niedrigschwelligen Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe rekrutiert wurden. Als Erhebungsinstrument diente ein standardisierter Fragebogen, der sich eng an die Fragebögen der Szenestudien aus den vorangegangenen Jahren anlehnt, um systematische Vergleiche anstrengen zu können. Erstmals wurde 2010 am Ende des Fragebogens der sogenannte „HIV-Code“ erfragt. Hierbei wurden die Interviewpartner(innen) gebeten, jeweils aus einem Buchstaben des Vornamens und des Nachnamens, der Länge der Namen, dem Geschlecht und dem Geburtsjahr einen Code zu bilden. Dieser Code gilt als nicht re-identifizierbar und enthält zudem außer dem Geschlecht und dem Geburtsjahr – die bereits im Fragebogen abgefragt wurden – keine konkreten Daten<sup>3</sup>. Die Wahrscheinlichkeit, dass zwei Personen denselben Code aufweisen, ist sehr gering. Daher ermöglicht es diese Verschlüsselung, bei zukünftigen Befragungen zu erfassen, wer bereits in vorangegangenen Jahren befragt wurde und ob sich möglicherweise Veränderungen im Konsumverhalten erkennen lassen. Der Code wird z.B. auch von unseren Kolleg(inn)en des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg für die Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg seit 2005 erfolgreich verwendet (Aktuell: Oechler et al. 2009). Die Konsumenten wurden ausdrücklich nach ihrem Einverständnis gefragt und die Bildung des HIV-Codes war auch keine notwendige Bedingung für die Teilnahme an der Studie. Insgesamt waren acht Personen nicht bereit, den Code zu bilden. Dieser Code hat es uns auch erstmals erlaubt, zu überprüfen, wie viele Personen eventuell 2010 doppelt befragt wurden. Trotz des Versuches der Interviewer(innen), sich abzusprechen, wurden demnach sieben Personen doppelt befragt. Um keine Verzerrung durch diese Doppelbefragungen entstehen zu lassen, wurde jeweils das zweite Interview aus dem Datensatz gelöscht (die Interviews wurden während der Befragung chronologisch geordnet). Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass beim jeweiligen ersten Interview eher die Wahrheit gesagt wurde und beim zweiten Interview möglicherweise leicht von der Wahrheit abgewichen wurde, um die erste Teilnahme an der Befragung zu verschleiern. Diese Annahme deckt sich mit der Beobachtung, dass die meisten der sieben Interviews in einigen Punkten nicht deckungsgleich waren. Insgesamt gingen also 143 Interviews in die Auswertung ein.

Ebenfalls zum ersten Mal wurden die Konsument(inn)en gefragt, wie häufig sie im letzten Monat von der Polizei kontrolliert wurden und wie oft ein Platzverweis oder Aufenthalts-

---

<sup>3</sup> Beim HIV-Code – ursprünglich im Zusammenhang mit der anonymen Erfassung von HIV-Infizierten entwickelt – handelt es sich um einen anerkannten Anonymisierungsschlüssel, der bundesweit angewendet wird und die Anforderungen des Datenschutzes erfüllt.

verbot<sup>4</sup> ausgesprochen wurde. Darüber hinaus wurden in der aktuellen Erhebung Fragen zu Hafterfahrungen und Haftzeiten in den Fragebogen mit aufgenommen.

Die Befragung selbst ist als fragebogengestütztes Interview gestaltet, d.h. die Fragen werden in Gestalt einer Face-to-Face-Interviewsituation mit der/dem Interviewpartner(in) systematisch durchgegangen und die Antworten vom Interviewenden direkt im Erhebungsbogen dokumentiert. Der Fragebogen berührt im Wesentlichen folgende Inhaltsbereiche<sup>5</sup>:

- Soziale Grunddaten
  - Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand, Kinder
  - Schul- und Berufsausbildung, aktuelle Beschäftigungssituation
  - Wohnsituation
  - Finanzielle Situation
- Konsumerfahrungen, aktuell praktiziertes Drogengebrauchsmuster
  - Lifetime-Prävalenz, Einstiegsalter
  - Aktuelle Konsumintensität
  - Applikationsformen
- Meinungen und Ansichten über Drogen
- „Szene-Alltag“
  - Dauer und Intensität des „Szeneaufenthalts“
  - Orte des Konsums
  - Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung
  - Kontrollen/Sanktionen durch Ordnungsbehörden und Hafterfahrungen
- Gesundheit
  - Symptome und Beschwerden
  - Überdosierungen und deren Begleitumstände
  - Risikoverhalten hinsichtlich der Benutzung von Utensilien zum i.v. Konsum
- Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems
  - Substitution
  - Nutzung der vorgehaltenen Angebote

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass mit dem vorliegenden Bericht die spezifische Situation in der Frankfurter „offenen Drogenszene“ dokumentiert wird, weshalb Verallgemeinerungen auf andere Gruppen von Drogenkonsument(inn)en oder „offene Drogenszenen“ in anderen Städten nur schwer möglich sind. Allerdings wird für den Bereich der Frankfurter Szene wird mit der gewählten Untersuchungsmethodik eine möglichst hohe *exemplarische Abbildungsqualität* angestrebt. Hierzu dient zunächst die gewählte Stichprobengröße (n=150), da das quantitative Ausmaß der „offenen Drogenszene“ in der Umgebung des Hauptbahnhofs auf einen Kreis von wenigen hundert Personen geschätzt wird, der sich – mit Tagesschwankungen – mehr oder weniger permanent im Kerngebiet der Szene aufhält. Zum anderen wurden die Interviewpartner(innen) relativ gleichmäßig über die Wochentage und Tageszeiten rekrutiert, um möglichst das ganze Spektrum unterschiedlicher Personen beziehungsweise Konsumentengruppen erfassen zu können. Weiterhin ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dass die Interviewpartner(innen) – im Unterschied zu einem institutio-

<sup>4</sup> Der Platzverweis ist eine polizeirechtliche Maßnahme, die der Gefahrenabwehr dienen soll und zeitlich auf 24 Stunden begrenzt ist. Ein Aufenthaltsverbot ist eine Anordnung, die von einer Gemeinde ausgesprochen werden kann und die sich auf einen längeren Zeitraum sowie ein größeres Gebiet bezieht als ein Platzverweis.

<sup>5</sup> Für nähere Informationen kann der Fragebogen beim CDR angefragt werden.

nellen Forschungszugang, etwa in Therapieeinrichtungen oder Haftanstalten (s. Kapitel 3) – unmittelbar im Feld, also auf der offenen Drogenszene aufgesucht wurden. Insgesamt kann daher mit den erhobenen Daten eine vergleichsweise umfassende und präzise Beschreibung der Frankfurter „offenen Drogenszene“ vorgenommen werden.

## 2.2 Hinweise zur Ergebnispräsentation

Zur Veranschaulichung und besseren Übersichtlichkeit sind die Ergebnisse häufig in tabellarischer oder grafischer Form dargestellt. Als statistische Verfahren dienen ausschließlich gängige und vielfach erprobte Tests. Zur Überprüfung von Verteilungsunterschieden wird der Chi<sup>2</sup>-Test verwendet. Bei der Prüfung von Mittelwertsunterschieden und der Analyse von Zusammenhängen richtet sich die Auswahl des Verfahrens nach dem Skalenniveau und der Verteilung der Messwerte. Zur Anwendung kamen entsprechend sowohl sog. nonparametrische Verfahren (U-Test, H-Test zur Prüfung von Mittelwertsunterschieden, Rangkorrelation zur Analyse von Zusammenhängen) als auch parametrische Tests wie varianzanalytische Verfahren (ANOVA, MANOVA) zur Prüfung von Mittelwertsunterschieden und die Produkt-Moment-Korrelation.

Zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse ist jeweils das Signifikanzniveau bzw. die Irrtumswahrscheinlichkeit angeführt. Dabei bedeutet eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0,05$  (\*; siehe Kasten), dass die gefundenen Unterschiede mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% kein Zufallsprodukt darstellen, also signifikant sind. Diese Unterschiede können solche zwischen den Erhebungszeitpunkten (1995, 2002, 2003, 2004, 2006, 2008, 2010) oder auch zwischen verschiedenen Teilgruppen (z.B. Männer und Frauen) sein. Bei  $p < 0,01$  (\*\*) beträgt diese Wahrscheinlichkeit 99%, bei  $p < 0,001$  (\*\*\*) 99,9%. In den Fällen, in denen nicht nur die Veränderungen zwischen den Erhebungen insgesamt untersucht werden, sondern auch Veränderungen in bestimmten Teilgruppen, beispielsweise Männer und Frauen berücksichtigt werden, ist das Signifikanzniveau zu „adjustieren“. Das heißt, die Irrtumswahrscheinlichkeit  $p'$  wird entsprechend der Anzahl an einzelnen Vergleichen angepasst. An der inhaltlichen Bedeutung ändert sich dadurch nichts, d.h. auch hier bedeutet z.B. \* bzw.  $p' < 0,05$  eine (statistische) Sicherheit der Ergebnisse von 95 %.

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit bzw. Verständlichkeit sind nicht die Werte der jeweiligen statistischen Koeffizienten, sondern nur das Signifikanzniveau (Sig.) der jeweiligen Unterschiede angegeben.

Die Signifikanz, also die (statistische) Sicherheit, dass der ermittelte Unterschied bei einer Fragestellung nicht auf Zufallsschwankungen beruht, ist durch Sternchen wiedergegeben. Unabhängig davon, welches statistische Testverfahren angewandt wurde, bedeutet \* stets eine 95%ige Sicherheit, \*\* eine 99%ige Sicherheit und \*\*\* eine 99,9%ige Sicherheit des ermittelten Unterschieds. Die Abkürzung „n.s.“ bedeutet „nicht signifikant“, d.h. die gefundenen Unterschiede können auf Zufallsschwankungen zurückzuführen sein.

Weiterhin und abschließend sei darauf hingewiesen, dass die präsentierten Prozentwerte als ganze Zahlen und die Mittelwerte (AM) und Standardabweichungen ( $\pm$ ) bis auf eine Dezimalstelle gerundet dargestellt sind.

### 3. Feldzugang – Interviewtätigkeit im Szenealltag

Wie bei den vorherigen Befragungen wurden insgesamt 150 Interviews geführt. Von diesen 150 Personen wurden 71 außerhalb der Konsumräume – unmittelbar auf der „Drogenszene“ – angesprochen, die anderen 79 Interviewten in den Kontaktbereichen der Konsumräume. Die Kontaktabbahnungen in den Konsumräumen wurden relativ gleichmäßig auf alle vier bestehenden Einrichtungen ('Eastside'/Schielestraße, 'Druckraum Niddastraße', 'La Strada'/Mainzer Landstraße und 'Druckraum Elbestraße') verteilt. Dankenswerterweise konnten wir – wie in den Jahren zuvor – neben den o.g. Einrichtungen, die über einen Konsumraum verfügen – auch wieder das 'Café Fix' (Moselstraße) nutzen, um dort Interviews zu führen.

Wie bereits in der Einleitung angesprochen, bot sich im Laufe der Erhebungsphase ein wechselhaftes Bild der Szene. Bis etwa Mitte Juli konnte man wie bereits 2008 intravenösen Konsum auf der Straße beobachten (inklusive der Vorbereitung zum Konsum, z.B. Aufkochen usw.). Mit der Veröffentlichung der Artikel Mitte Juli 2010 in der Bild-Zeitung, welche die Präsenz von Drogenkonsument(inn)en und Prostituierten im Bahnhofsviertel anprangerten, änderte sich die Situation. Polizei- und Ordnungskräfte traten stärker in Erscheinung und die Anzahl der Konsumenten auf der Straße nahm zunächst deutlich ab. Ansammlungen von mehreren Personen oder offener intravenöser Konsum war deutlich weniger zu beobachten. Dadurch erschwerte sich zeitweise auch die Ansprache der potenziellen Interviewpartner auf der Straße. Die Situation entspannte sich allerdings nach wenigen Tagen wieder, wenngleich der Zustand bei Führung der letzten Interviews durch die Polizeipräsenz immer noch angespannter als zu Beginn der Befragung 2010 war.

Eine Straßenszene, die sich klar von den Besucher(inne)n der Einrichtungen abgrenzt, existiert nach unseren Beobachtungen weiterhin nicht. Nach wie vor sind beispielsweise dieselben Konsument(inn)en auf der Straße und wenig später in den Einrichtungen anzutreffen. Das Bahnhofsviertel scheint nach wie vor den zentralen Anlaufpunkt für die Angehörigen der Straßenszene darzustellen.

Potenzielle Interviewpartner(innen) wurden zu Beginn über die Hintergründe der Untersuchung informiert. Erst am Ende eines Kontaktabbahnungsgesprächs wurde erwähnt, dass eine Aufwandsentschädigung von 5 Euro gezahlt wird. Der finanzielle Aspekt eines möglichen Interviewkontakts wurde damit bewusst an das Ende eines von genereller Interviewbereitschaft gekennzeichneten Kontaktabbahnungsgesprächs gesetzt, um rein monetär motivierte Interviews zu vermeiden. Wieder sehr gut angenommen wurde, dass die Interviewten am Ende des Interviews eine kleine Süßigkeit (eine kleine Tüte Gummibärchen o.ä.) erhielten, eine Zugabe, die über das Vereinbarte hinaus ging und damit positiv überraschte.

Bei der Kontaktabbahnung ergaben sich zum Teil wieder Verweisketten im Sinne einer Art Snowball-Sampling, was nicht intendiert war. Szenemitglieder, die uns kannten oder mit uns ein Interview geführt hatten, vermittelten uns neue Interviewpartner(innen). Insgesamt wurden 176 Personen angesprochen (2008: 181 Personen), um die anvisierten 150 Interviews durchzuführen. Ein Interview kam also bei 85% (2008: 83%) der angesprochenen Personen zustande. Damit ist diese Quote noch etwas besser als 2008 und kann angesichts der Sensibilität der zu erhebenden Daten als sehr hoch angesehen werden.

Von den 26 Personen, die nicht zu einem Interview bereit waren, gaben 10 Personen (2008: 7) an, 'keine Zeit' zu haben, 15 Personen (2008: 21) hatten 'kein Interesse' und 1 Per-

son (2008: 3) nannte 'kein Vertrauen' als Ablehnungsgrund. Andere Gründe wurden bei der aktuellen Befragung wie bereits 2008 nicht angegeben.

### **Exkurs: Auszüge aus den Forschungstagebüchern**

Diese Auszüge aus den Forschungstagebüchern der Interviewer(innen) stellen punktuelle Erlebnisse aus der Feldarbeit dar. Wir führen sie hier an, um einen lebendigeren Eindruck von der Feldarbeit zu vermitteln. Es liegt in der Natur solcher Wahrnehmungen, dass sie subjektiv gefärbt sind – dennoch glauben wir, dass sie illustrative Schlaglichter auf Teilausschnitte der Realität des Alltags auf der Frankfurter „offenen Drogenszene“ im Sommer 2010 werfen:

#### *1. Woche:*

*Ich nähere mich einer Gruppe von Drogenkonsument(inn)en, die sich vor einer Einrichtung der Drogenhilfe gebildet hat. Ich werde misstrauisch beäugt und die Gruppe beginnt sich aufzulösen. Eine Konsumentin, die ich am Tag zuvor interviewt hatte, läuft in diesem Moment vorbei und verkündet laut, dass ich nicht von der Polizei und „okay“ sei. Die Gruppe schließt sich daraufhin wieder zusammen und nimmt ihre Aktivitäten wieder auf.*

*Ein Konsument über die Qualität von Heroin in Frankfurt am Main: „Heroin in Frankfurt macht kein warmes Gefühl, nur warme Füße“.*

#### *2. Woche:*

*Ein Konsument schläft während des Interviews ein und ist nur schwer wieder wach zu bekommen.*

*Ein Konsument, der über 50 Jahre ist, bemängelt die fehlenden Angebote für ältere Konsumenten. So hätte er im mündlichen Gespräch nach Ablehnung der Kostenzusage für eine Therapie gesagt bekommen: „es lohnt sich bei Ihnen nicht mehr“.*

#### *3. Woche*

*Ein sichtlich gut gelaunter Interviewpartner berichtet, dass er gerade das Drogenversteck eines Händlers gefunden hat: 26 Gramm Crack.*

*Nach den Artikeln in der Bild-Zeitung wirkt die plötzliche Präsenz von Polizei, Ordnungskräften und Presse etwas überzogen. Die meisten Konsument(inn)en nehmen es gelassen hin.*

*Am bundesweiten Gedenktag für verstorbene Drogengebraucher(innen) wirkt der Trauerzug mit Ex-Konsument(inn)en recht bedrückend.*

Die Interviews wurden von einer Mitarbeiterin und zwei Mitarbeitern des CDR von Ende Juni bis Ende Juli 2010 geführt. Alle drei Interviewer(innen) verfügen über langjährige Erfahrung im Drogenhilfebereich und mit der Durchführung sozialwissenschaftlicher Interviews. Jede(r) Mitarbeiter(in) führte jeweils 50 Interviews. Die Interviewer waren angewiesen, sich verstärkt auf Männer als Interviewpartner zu konzentrieren, die Interviewerin mehr auf Frauen. Diese Verteilung sollte helfen, Doppelinterviews zu vermeiden. Darüber hinaus sprach man sich immer wieder ab, wer welche Personen bereits interviewt hatte. Von den 150 Befragten waren – dem Forschungsdesign entsprechend – ca. ein Drittel Frauen und zwei Drittel Männer (48 vs. 102).

Fast alle Interviews konnten wieder in Räumen der Drogenhilfe durchgeführt werden. Nach der Ansprache auf der Straße wurde versucht, sich in Räumlichkeiten der Drogenhilfe zurückzuziehen, damit – dem direkten Szenegeschehen entzogen – mehr Ruhe und Konzentration für das Interview hergestellt werden konnte. Von den insgesamt 150 Interviews wurden 91% im Kontaktbereich, 6% in Büroräumen und 3% auf der Straße geführt.

Die Interviews fanden relativ gleichmäßig über die Wochentage verteilt statt. Die frühesten Interviews wurden gegen 10 Uhr morgens geführt, das späteste gegen 22 Uhr. Für die Interviews wurde im Schnitt etwa 25 Minuten benötigt, das längste Interview dauerte ca. 45 Minuten.

Es sei an dieser Stelle wieder ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ein schlechter psychischer oder physischer Zustand potenzieller Interviewpartner(innen) kein Ausschlusskriterium für die Befragung darstellte. Wie schon in den Vorjahren ließ sich beobachten, dass Interviewte, die sich in einem scheinbar schlechten psychischen oder physischen Zustand befanden, oft sehr klare und strukturierte Antworten geben konnten, was leider auch genau umgekehrt der Fall sein konnte.

In den Interviews wurde die Expertenrolle der Interviewpartner(innen) betont: Sie wurden ausdrücklich als Expert(inn)en ihrer Lebenswelt angesprochen und respektiert. Die Feldarbeit geschah im Sinne des Selbstverständnisses einer klassischen Ethnographie.

## 4. Ergebnisse

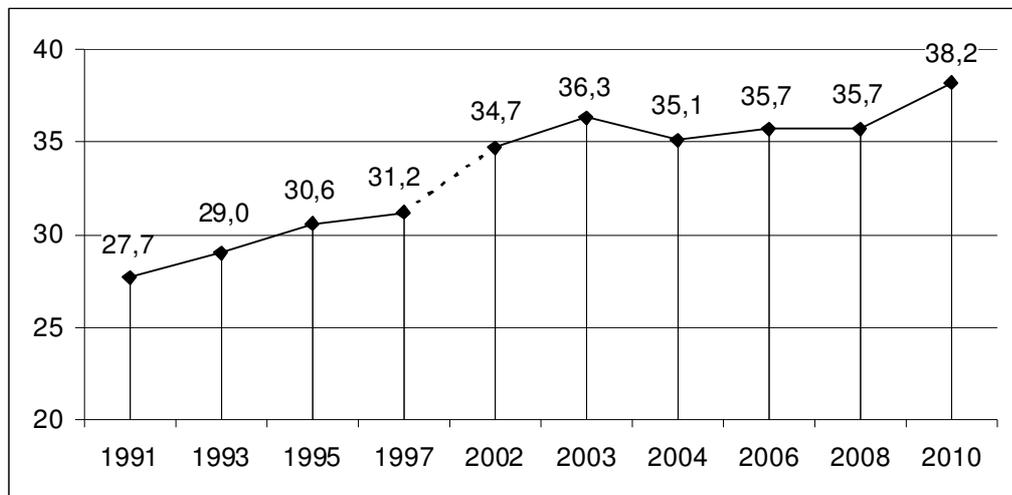
### 4.1 Soziodemographische Daten

#### 4.1.1 Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität

Dem Forschungsdesign entsprechend sind von den 143 Personen, deren Interviews in die Auswertung gingen, annähernd ein Drittel Frauen und zwei Drittel Männer (48 Frauen vs. 95 Männer). Das durchschnittliche Alter der im Jahr 2010 Befragten liegt bei 38,2 Jahren. Gegenüber der Ersterhebung 1995 ist damit das Durchschnittsalter der Szeneangehörigen signifikant angestiegen. Nachdem 2004 das beobachtete Durchschnittsalter leicht zurückgegangen war und in den folgenden Berichtsjahren stagnierte, ist es aktuell wieder deutlich gestiegen und erreicht nun den höchsten Wert aller Erhebungen.

Bezieht man weitere Studien<sup>6</sup> aus dem Umfeld der Frankfurter „offenen Drogenszene“ mit ein, erlaubt dies eine Betrachtung der Veränderungen in der Alterszusammensetzung über einen vergleichsweise langen Zeitraum (1991 bis 2010). Das Durchschnittsalter der Szene (Abb. 1) hat sich demnach insgesamt deutlich erhöht. Der bereits in vorangegangenen Berichten diskutierte Trend zu einer älter werdenden Drogenszene hat sich damit im Jahr 2010 fortgesetzt.

Abbildung 1: Durchschnittsalter der Frankfurter „Drogenszene“ 1991 bis 2010



Von allen im Jahr 2010 Befragten geben 66% an, ledig zu sein, 12% sind verheiratet und 21% geschieden. Über die Jahre betrachtet zeigen sich beim Familienstand signifikante Veränderungen, die hauptsächlich darauf zurückzuführen sind, dass der Anteil der Verheirateten 1995 (15%) noch leicht höher lag, der Anteil an Geschiedenen analog dazu etwas niedriger (12%).

Insgesamt 54% der Befragten geben an, eigene Kinder zu haben (2002: 52%; 2003: 47%; 2004: 44%; 2006: 44% 2008: 49%). Wie auch 2008 gibt keine der 2010 befragten Frauen an, aktuell schwanger zu sein (2006: 2). Im Falle einer Elternschaft der Befragten wird seit 2006 zusätzlich erhoben, wo die Kinder untergebracht sind. Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass nach wie vor die Kinder am häufigsten beim jeweilig anderen Elternteil unter-

<sup>6</sup> Berücksichtigt wurden die Studien von Vogt (1992), Ostheimer et al. (1993) und Barth et al. (1997).

gebracht sind, also nicht bei dem Interviewpartner bzw. der Interviewpartnerin. Auch gibt unverändert keine der befragten Personen an, dass das Kind bei ihr alleine untergebracht ist. Im Vergleich zu den Vorjahren wird 2010 mit 10% deutlich häufiger angegeben, dass das Kind bzw. die Kinder bei Mutter und Vater gemeinsam untergebracht sind. 2008 wurde diese Antwortmöglichkeit überhaupt nicht genannt. Auf 12% zugenommen hat auch die unterschiedliche Unterbringung bei mehreren Kindern<sup>7</sup>. Kontinuierlich rückläufig ist die Vermittlung an Adoptiv- oder Pflegeeltern (nicht aus der Familie) oder die vorübergehende Unterbringung bei Familienangehörigen (\*\*\*) . Im Unterschied zu den Vorjahren sind fünf der betreffenden Kinder (6%) in einem Heim untergebracht.

**Tabelle 1: Unterbringung der vorhandenen Kinder (%)**

	2006	2008	2010	Sig.
Bei Kindsvater und Kindsmutter	2	0	10	***
Bei Kindsmutter bzw. Kindsvater ohne Interviewpartner	40	52	42	
Bei Familie (vorübergehend)	18	10	5	
Bei Familie (Pflege oder Adoption)	2	14	10	
Unterschiedliche Unterbringung (mehrere Kinder)	3	5	12	
Kinder sind selbstständig (über 18)	17	10	13	
Zur Adoption freigegeben oder bei Pflegeeltern	17	10	1	
Institutionelle Unterbringung (Heim)	0	0	6	
Sonstige Unterbringung	2	0	0	

77% der Befragten im Jahr 2010 sind deutscher Nationalität (1995: 79%, 2002: 79%, 2003: 75%, 2004: 76%, 2006: 67%, 2008: 77%), keiner der aktuell Befragten ist Spätaussiedler(in) (1995: 1%, 2002: 1%, 2003: 0%, 2004: 4%, 2006: 4%, 2008: 4%), und 23% der Befragten gehören einer anderen Nationalität an (1995: 19%, 2002: 19%, 2003: 25%, 2004: 20%, 2006: 29%, 2008: 19%). Damit ist der Anteil deutscher Staatsbürger(innen) gegenüber der Befragung 2008 unverändert. Da 2010 keine Spätaussiedler(innen) an der Befragung teilgenommen haben, hat sich der Anteil von Personen mit anderer Nationalität entsprechend erhöht.

#### 4.1.2 Wohnsituation

Betrachtet man im Zusammenhang mit der Wohnsituation zunächst den offiziellen Status, das heißt die Angaben, wo die Befragten polizeilich gemeldet sind, so zeigt sich zunächst, dass unverändert die meisten Befragten (77%) ihren gemeldeten Wohnsitz in Frankfurt am Main haben. 7% sind im Großraum Frankfurt, 8% in Hessen und 1% außerhalb Hessens gemeldet. Weitere 7% gaben an, aktuell über keinen gemeldeten Wohnsitz zu verfügen (s. Tab. 2).

<sup>7</sup> Die Zunahme von unterschiedlichen Unterbringungen der Kinder lässt sich nicht mit einem etwaigen Anstieg des Anteils von Personen mit mehr als einem Kind erklären: 2010 gaben 49% der Personen mit Kindern an, mehr als ein Kind zu haben, 2008 waren es 34% und 2006 53%. Trotz dieser schwankenden Zahlen ist die unterschiedliche Unterbringung der Kinder kontinuierlich von 3% im Jahr 2006 auf 12% 2010 gestiegen.

**Tabelle 2: Aktuell gemeldeter Wohnsitz (%) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Frankfurt	61	70	73	66	65	77	***
Großraum Frankfurt	17	6	8	11	9	7	
Hessen	2	4	5	3	11	8	
außerhalb Hessens	8	5	8	4	5	1	
Ausland	1	1	0	0	0	0	
nicht gemeldet	11	14	6	16	11	7	

Zwischen den Befragungen zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede (\*\*\*), die keine eindeutige Tendenz aufweisen. Allerdings zeigt sich, dass der Anteil derer, die ihren gemeldeten Wohnsitz in Frankfurt am Main haben, seit 2004 zurückgegangen und aktuell mit 77% nicht nur wieder gestiegen ist, sondern auch den höchsten Wert aller Befragungen erreicht. Auf 7% gesunken ist hingegen seit 2006 der Anteil derer, die über keine aktuelle Meldeadresse verfügen.

Auch beim Vergleich der aktuellen Wohnsituation zeigen sich signifikante Unterschiede (\*\*\*) zwischen den Erhebungen (s. Tab. 3).

**Tabelle 3: Aktuelle Wohnsituation (%) nach Jahr der Befragung**

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
obdachlos	19	10	18	11	14	12	4	***
eigene Wohnung	27	19	23	24	31	35	37	
mit Partner/User	6	5	5	9	1	5	3	
Partner/Non-User	3	8	4	5	4	4	9	
WG/User	3	3	3	1	3	3	1	
WG/Non-User	3	6	3	2	3	1	2	
Notschlafunterkunft	27	39	33	37	30	32	32	
betreutes Wohnen	0	5	4	3	7	3	5	
Eltern	12	4	6	5	3	9	5	
Sonstige	0	1	1	2	3	0	1	

Mehr als jeder Dritte der im Jahr 2010 Befragten wohnt in seiner eigenen Wohnung. Dieser Anteil ist seit 2002 kontinuierlich angestiegen und erreicht den bisher höchsten Stand aller Erhebungen. Der Anteil derer, die angeben, obdachlos zu sein, hat sich seit 2006 kontinuierlich verringert und liegt nun bei 4%. Korrespondierend mit dieser Beobachtung hat auch die faktische Obdachlosigkeit (obdachlos oder Notschlafunterkunft) abgenommen: So ist dieser Anteil von etwa der Hälfte (2002-2004) auf rund ein Drittel gesunken, allerdings leben 36% der befragten Konsument(inn)en immer noch auf der Straße oder in einer Notschlafunterkunft.

#### 4.1.3 Ausbildungs- und Beschäftigungssituation

Wie in den vorherigen Erhebungen geben die meisten Befragten einen Hauptschulabschluss (46%) als höchsten Schulabschluss an. 20% einen Realschulabschluss, 12% das Abitur und 1% einen sonstigen Abschluss. 20% verfügen über keinen Schulabschluss (s. Tab. 4). Damit

ist im Vergleich zu 2008 der Anteil derer, die einen Hauptschulabschluss oder keinen Schulabschluss angeben, wieder leicht gestiegen, analog dazu ist der Anteil derer mit Realschulabschluss leicht gesunken. Der Anteil derer, die über keinen Schulabschluss verfügen, erreicht damit den höchsten Stand im Vergleich zu den vorangegangenen Befragungen (\*\*).

Eine abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre oder Studium) können 2010 39% der Befragten vorweisen. 60% geben an, keine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben, und 1% befindet sich noch in der Ausbildung. Der Anteil derer, die über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen, erreicht damit den höchsten Stand im Vergleich zu den vorangegangenen Befragungen.

Wie in den Jahren zuvor ist der überwiegende Teil (81%) der Befragten arbeitslos. Wie in den Vorjahren ist der Großteil der Betroffenen auch arbeitslos gemeldet (2002: 85%, 2003: 70%, 2004: 88%, 2006: 86%, 2008: 84%, 2010: 94%; jeweils bezogen auf die Gruppe der Arbeitslosen). Bei genauerer Betrachtung der „sonstigen“ Beschäftigungsverhältnisse 2010 zeigt sich, dass diese auf Arbeitsbeschäftigungsmaßnahmen (5%), Hausfrau bzw. Hausmann (1%) und (Früh-)Rente (8%) zurückzuführen sind.

**Tabelle 4: Ausbildungs- und Beschäftigungssituation (%) nach Jahr der Befragung**

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
<b>Schulabschluss</b>								
Kein	13	13	16	10	17	16	20	**
Hauptschule	48	43	46	52	47	43	46	
Realschule	27	34	23	25	22	28	22	
Gymnasium	5	8	11	11	13	12	12	
Sonstige	7	2	5	3	1	1	1	
<b>Berufsausbildung</b>								
Keine	52	46	43	43	43	57	60	*
Lehre/Studium	44	52	55	57	54	42	39	
in Ausbildung	4	2	2	0	3	1	1	
<b>Beschäftigungssituation</b>								
Vollzeit	7	7	5	3	4	1	3	n.s.
Arbeitslos	79	83	79	85	86	81	83	
Sonstiges	14	10	16	12	10	18	15	

Die Dauer der Arbeitslosigkeit beträgt 2010 durchschnittlich 70,7 ( $\pm 71,5$ ) Monate und erreicht damit den deutlich höchsten Wert aller Erhebungen (2002: 54,4 ( $\pm 56,9$ ) Monate, 2003: 54,4 ( $\pm 59,4$ ), 2004: 49,6 ( $\pm 54,2$ ), 2006: 55,7 ( $\pm 68,3$ ) 2008: 58,9 ( $\pm 70,4$ ); n.s.). Nach wie vor ist für alle sechs Befragungen festzuhalten, dass die Mehrheit der arbeitslosen Drogenkonsument(inn)en als langzeitarbeitslos zu bezeichnen ist.

Insgesamt zeigt sich dabei ein nach wie vor hoch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Dauer, mit der sich die Befragten regelmäßig auf der „Drogenszene“ aufhalten (\*\*\*); demnach geht ein langjähriger Szeneaufenthalt mit einer längeren Arbeitslosigkeit einher. Dies kann als Indiz dafür gelten, dass mit zunehmender Bindung an die Szene (bzw. längerer Zugehörigkeit) auch die Schwierigkeit zunimmt, Drogenkonsument(inn)en in das Arbeitsleben zu reintegrieren.

#### 4.1.4 Finanzielle Situation

Die Analyse der unterschiedlichen Einkommensquellen, aus denen die Befragten in der letzten Woche Geld bezogen haben (Tab. 5), zeigt, dass unverändert staatliche Unterstützung (Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung) die am häufigsten genannte Geldquelle ist. Mit insgesamt 78% liegt dieser Wert wieder leicht über dem von 2008 und ist identisch mit dem Wert aus dem Jahr 2002 (2002: 78%, 2003: 66%, 2004: 67%, 2006: 59%, 2008: 74%). Andere wichtige Einnahmequellen sind Drogengeschäfte (34%), andere illegale Aktivitäten (22%), die Unterstützung durch Eltern/Familie (16%), Arbeit/Jobben (15%), andere legale Aktivitäten (15%) und Prostitution (12%). Alle weiteren Einnahmequellen liegen unter 10%, wobei auch in diesem Jahr die (Früh-)Rente mit 6% als relativ neue Kategorie weiterhin erwähnenswert bleibt.

Zwischen den einzelnen Befragungen zeigen sich zum Teil signifikante Veränderungen: Die Veränderungen beim Bezug von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld (\*\*\*) lassen sich vornehmlich mit der Einführung des Arbeitslosengeldes II am 01.01.2005 erklären, wodurch diese Kategorien nicht mehr besonders trennscharf sind.

**Tabelle 5: Einkommensquellen (letzte 7 Tage, %) nach Jahr der Befragung**

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Arbeit / „Jobben“	27	33	26	26	16	18	15	**
Arbeitslosengeld	-- <sup>a</sup>	18	12	17	35	24	22	***
Sozialhilfe	62	60	54	50	24	50	56	***
Eltern/Familie	30	11	11	11	19	14	16	***
Partner(in)	11	6	3	3	4	7	2	*
Freunde/Bekannte	-- <sup>a</sup>	4	5	3	13	8	5	*
Prostitution	11	11	16	8	14	14	12	n.s.
Drogengeschäfte	43	34	43	38	34	41	34	n.s.
Service machen	19	1	4	3	5	3	5	***
Verkauf von Medikamenten	7	4	1	2	5	3	1	*
Andere illegale Aktivitäten	19	20	11	9	18	23	22	**
Andere legale Aktivitäten	15	7	7	9	10	17	15	*
(Früh-)Rente <sup>b</sup>	--	--	--	--	--	7	6	n.s.

<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar.

<sup>b</sup> Im Jahr 2008 zum ersten Mal in nennenswerter Anzahl genannt

Arbeit bzw. „Jobben“ als Einnahmequelle der letzten 7 Tage hat inzwischen deutlich abgenommen und erreicht mit 15% den niedrigsten Wert aller Befragungen (\*\*). Auch die Unterstützung durch Freunde/Bekannte hat inzwischen signifikant abgenommen (\*), was insbesondere auf einen Rückgang seit 2006 zurückzuführen ist. Beim Verkauf von Medikamenten sowie anderen legalen wie auch illegalen Aktivitäten zeigen sich zwar Veränderungen, allerdings ohne klare Trendrichtung, wenngleich sich der Anteil in allen diesen Kategorien gegenüber der letzten Befragung 2008 jeweils leicht verringert hat. Weitere signifikante Unterschiede bei den Einkommensquellen sind auf starke Veränderungen zwischen den Jahren 1995 und 2002 zurückzuführen. Dies gilt sowohl für das „Service machen“<sup>8</sup> als auch bezüg-

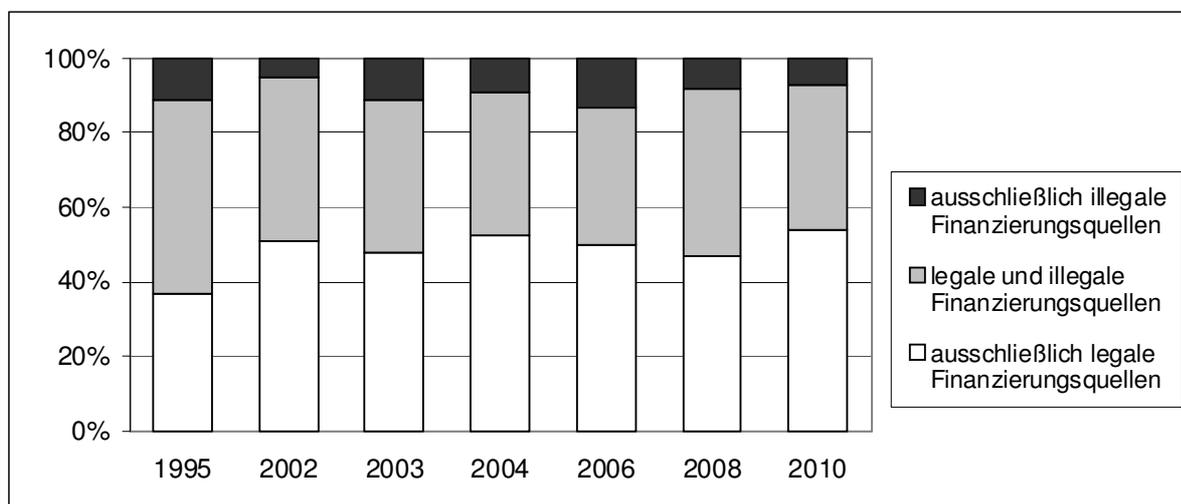
<sup>8</sup> Beim „Service machen“ werden anderen Konsumenten die Utensilien für den intravenösen Konsum bereitgestellt, oder „Serviceleute“ injizieren anderen Konsumenten u.U. die Drogen. Diese Dienstleistungen werden durch die Überlassung des für das Aufziehen der Substanzen in die Spritze benutzten Filters oder durch die Abgabe geringer Drogenmengen entlohnt.

lich der finanziellen Unterstützung durch die Eltern/ Familie oder den/die Partner(in), welche seit 1995 deutlich an Bedeutung verloren haben (vgl. Tab. 5).

Wie Tabelle 5 ebenfalls verdeutlicht, verfügen die Befragten in der Regel über mehrere Einkommensquellen. Betrachtet man die von den Befragten als Haupteinnahmequelle angegebenen Finanzierungsquellen, lassen sich über den Erhebungszeitraum signifikante (\*\*\*) Veränderungen beobachten. Der Anteil derer, für die staatliche Unterstützungsleistungen (Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung) die Haupteinnahmequelle darstellen, lag 2006 deutlich höher als in den Befragungen zuvor, sinkt aber seitdem wieder leicht, aber kontinuierlich und beträgt aktuell 38% (1995: 19%, 2002: 31%, 2003: 28%, 2004: 28%, 2006: 42%, 2008: 40%). Der Anteil der Befragten, die ihr Einkommen hauptsächlich über regelmäßige Arbeit oder Jobs bestreiten können, liegt deutlich niedriger als zwischen 1995 und 2004, ist aber seit 2006 relativ konstant und beträgt aktuell 8% (1995: 17%, 2002: 18%, 2003: 14%, 2004: 15%, 2006: 9%, 2008: 7%). Die Prostitution schließlich spielt vor allem für die befragten Frauen eine wesentliche Rolle: Aktuell geben 29% der Frauen Prostitution als Haupteinnahmequelle an (siehe 4.1.5).

Fasst man die finanzielle Situation im Hinblick auf den Legalstatus der Einnahmequellen zusammen, so gibt nach wie vor jeweils nur eine Minderheit an, sich ausschließlich über illegale Wege zu finanzieren (1995: 11%, 2002: 5%, 2003: 11%, 2004: 9%, 2006: 13%, 2008: 8%, 2010: 7%). Der Anteil derjenigen, die ihr Einkommen ausschließlich über legale Einnahmequellen bestreiten, ist dagegen zwischen 1995 (37%) und 2002 (51%) deutlich angestiegen und erreicht 2010 mit 54% den höchsten Wert aller durchgeführten Befragungen (2003: 48%, 2004: 52%, 2006: 50%, 2008: 47%, 2010: 54%; s. Abb. 2).

**Abbildung 2: Legalstatus der Einnahmequellen nach Jahr der Befragung**



Insofern bleibt festzuhalten, dass es seit 2002 etwa der Hälfte der Befragten gelingt, sich ausschließlich über legale Mittel zu finanzieren.

Im Durchschnitt stehen den im Jahr 2010 Befragten 396 Euro pro Woche zur Verfügung. Sie verfügen damit durchschnittlich über deutlich weniger Geld als in den Befragungen zuvor (1995: 550 €, 2002: 552 €, 2003: 608 €, 2004: 439 €, 2006: 462 €, 2008: 593 €). Für diesen bemerkenswerten Rückgang bietet sich keine plausible Erklärung an, zumal sich die Anteile der jeweiligen Einkommensquellen zwischen 2008 und 2010 nur in geringem Maße geändert haben (s. Tab. 5). Mit dem Rückgang des zur Verfügung stehenden Geldes geht

auch ein Rückgang der durchschnittlichen wöchentlichen Ausgaben für Drogen einher: Mit durchschnittlich 316 Euro pro Woche geben die Konsument(inn)en im Vergleich zu den Erhebungen zuvor weniger Geld für Drogen aus (1995: 413 €, 2002: 481 €, 2003: 510 €, 2004: 356 €, 2006: 373 €, 2008: 479 €).

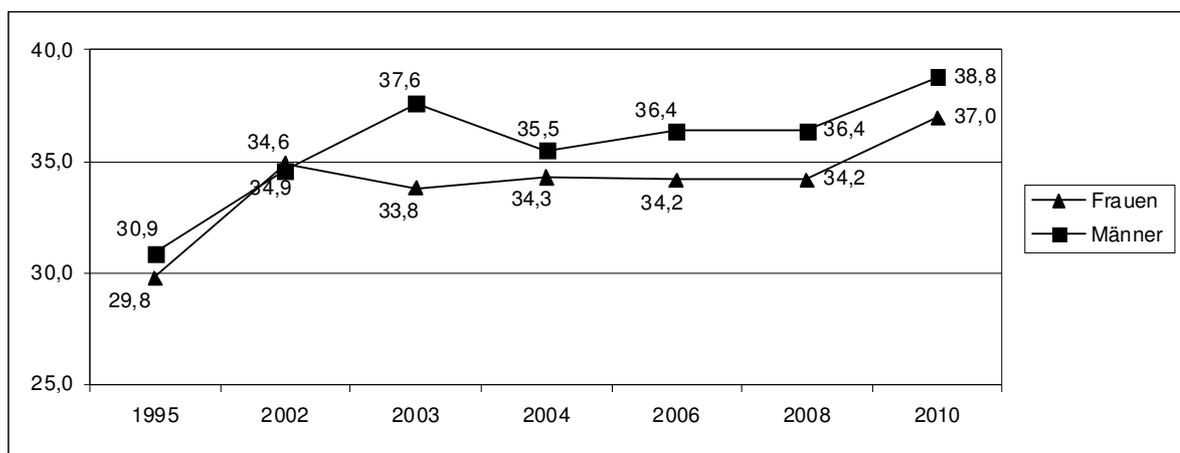
Betrachtet man den relativen Anteil, den die Ausgaben für Drogen am insgesamt zur Verfügung stehenden Einkommen ausmachen, zeigt sich, dass sich mit 80% der Einkommensanteil, der für Drogen ausgegeben wird, seit der Befragung 2004 kaum verändert hat (2002: 87%; 2003: 84%; 2004: 81%, 2006: 81%, 2008: 81%).

#### 4.1.5 Die Befragten der Frankfurter Drogenszene im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Im Folgenden werden die soziodemographischen Daten zusammengefasst und im Hinblick auf geschlechtsbezogene Unterschiede untersucht.

Das durchschnittliche Alter der im Jahr 2010 Befragten liegt bei 38,2 Jahren. Gegenüber der Ersterhebung 1995 ist damit das Durchschnittsalter der Szeneangehörigen signifikant gestiegen und erreicht den bisher höchsten ermittelten Durchschnittswert. Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede zeigen sich dahingehend, dass in sämtlichen Erhebungen die Männer im Mittel älter sind als die Frauen (s. Abb. 3).

**Abbildung 3: Durchschnittsalter (Mittelwerte) nach Geschlecht und Jahr der Befragung**



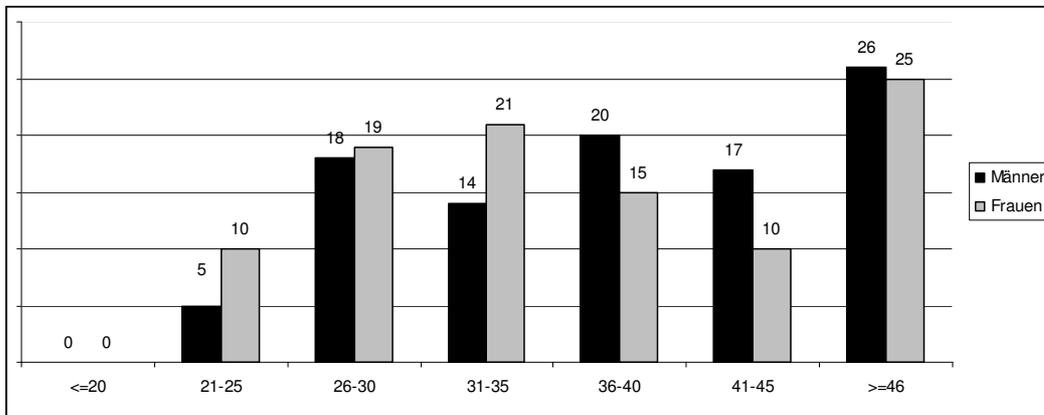
Mit 38,8 gegenüber 37 Jahren beträgt der Altersunterschied zwischen den Geschlechtern in der aktuellen Befragung durchschnittlich etwa zwei Jahre. Der Altersanstieg zeigt sich also sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen.

Besonders junge, unter 20-jährige Drogenkonsument(inn)en sind in allen Befragungen mit maximal 3% relativ selten und 2010 überhaupt nicht vertreten. Auffällig ist im Jahr 2010 der hohe Anteil der über 46-Jährigen; sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen stellt diese Gruppe inzwischen etwa ein Viertel der befragten Drogenkonsument(inn)en (s. Abb. 4).

Der Anteil der über 40-Jährigen hat sich bei den Männern (43%), aber auch bei den Frauen (35%) seit 1995 deutlich erhöht und stellt inzwischen jeweils mehr als ein Drittel der Befragten (Frauen über 40: 1995: 0%, 2002: 27%, 2003: 24%, 2004: 26%, 2006: 24%, 2008: 34%; Männer über 40 Jahre: 1995: 5%, 2002: 23%, 2003: 34%, 2004: 24%, 2006: 28%,

2008: 28%). Der beobachtete Altersanstieg lässt sich also zum einen auf weniger unter 20-Jährige, als auch auf einen Anstieg der über 40-jährigen Drogenkonsument(inn)en zurückführen. Dies gilt sowohl für die Männer als auch für die Frauen, wenngleich diese Veränderung bei den Männern etwas stärker ausgeprägt ist.

**Abbildung 4: Altersgruppen (%) nach Geschlecht im Jahr 2010**



Mit 66% ist das Gros der im Jahr 2010 Befragten ledig, 21% sind geschieden und 12% verheiratet. Im Beobachtungszeitraum zeigt sich damit, dass der Anteil der Verheirateten leicht gesunken ist (1995: 15%), der Anteil an Geschiedenen analog dazu etwas gestiegen ist (1995: 12%; \*\*). Geschlechtsbezogene Unterschiede hinsichtlich des Familienstands lassen sich aktuell nicht beobachten.

Von den Befragten geben 54% an, eigene Kinder zu haben; auch bei der Elternschaft zeigen sich keine statistisch signifikanten Geschlechterunterschiede (51% der Männer vs. 60% der Frauen). Keine der 2010 befragten Frauen gibt an, aktuell schwanger zu sein. Signifikante Differenzen zeigen sich zwischen den Geschlechtergruppen im Hinblick auf die Frage, wo die Kinder untergebracht sind (s. Tab. 6).

**Tabelle 6: Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) nach Geschlecht 2010**

	Männer	Frauen
Bei Kindsmutter bzw. Kindsvater ohne Interviewpartner	63	7
Bei Familie (vorübergehend)	0	14
Bei Familie (Pflege oder Adoption)	2	24
Unterschiedliche Unterbringung (mehrere Kinder)	6	21
Kinder sind selbstständig (über 18)	13	14
Institutionelle Unterbringung (Heim)	0	17
Zur Adoption freigegeben oder bei Pflegeeltern	2	0
Bei Kindsvater und Kindsmutter	15	3

Während die absolute Mehrheit der Männer (63%) angibt, dass ihre Kinder bei der Kindsmutter leben, übergeben im Gegensatz dazu die Frauen ihre Kinder häufig – vorübergehend oder dauerhaft – in die Obhut von Familienangehörigen oder an ein Heim. Die befragten Frauen erhalten insofern weniger Unterstützung durch den Kindsvater, sondern greifen häufig auf familiäre oder institutionelle Hilfe zurück. Auffällig ist 2010, dass insgesamt 8 % der Befragten angegeben, dass die vorhandenen Kinder bei ihnen mit dem jeweiligem Vater bzw.

der Mutter untergebracht sind (2006: 2%, 2008:0%<sup>9</sup>), dies betrifft 15% der Männer und 3% der Frauen.

Von den 2010 Befragten wohnen 37% in ihrer eigenen Wohnung. Dieser Anteil ist seit 2002 kontinuierlich angestiegen und erreicht den bisher höchsten Stand aller Erhebungen. Korrespondierend mit dieser Beobachtung hat auch die faktische Obdachlosigkeit abgenommen: So ist dieser Anteil von etwa der Hälfte auf rund ein Drittel gesunken; allerdings leben 36% der befragten Konsumentinnen und Konsumenten immer noch auf der Straße oder in einer Notschlafunterkunft.

Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede bezüglich der Wohnsituation lassen sich 2010 nicht feststellen, wenngleich mit 8% gegenüber 2% ein größerer Anteil an Frauen obdachlos ist, seltener in einer eigenen Wohnung wohnt, jedoch auch seltener in einer Notschlafunterkunft und häufiger in einer Einrichtung des betreuten Wohnens untergebracht ist (s. Tab. 7).

**Tabelle 7: Aktuelle Wohnsituation der Befragten im Jahr 2010 (%) nach Geschlecht**

	Männer	Frauen	Sig.
obdachlos	2	8	n.s.
eigene Wohnung	39	33	
Partner / User	3	4	
Partner / Non-User	11	6	
WG mit User	1	2	
WG mit Non-User	1	4	
Notschlafunterkunft	37	23	
Betreutes Wohnen	1	13	
Eltern	5	4	

Hinsichtlich der Ausbildungs- und Beschäftigungssituation der Interviewpartner(innen) lässt sich für 2010 zunächst festhalten, dass das Gros der Befragten (46%) einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss vorweisen kann, 22% haben einen Realschulabschluss und 12% das Abitur. Demgegenüber besitzen 20% keinen Schulabschluss. Der Anteil derer, die über keinen Schulabschluss verfügen, erreicht damit den höchsten Stand im Vergleich zu den vorangegangenen Befragungen (\*\*).

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern können bezüglich der Schulbildung 2010 nicht beobachtet werden. Die noch 2008 beobachtete Tendenz zu einer etwas besseren Schulbildung bei den Männern bzw. schlechteren Schulbildung bei den Frauen hat sich damit also nicht fortgesetzt.

Eine abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre oder Studium) können 2010 39% der Befragten vorweisen; 60% geben an, keine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben. Der Anteil derer, die über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen, ist im Berichtszeitraum nahezu kontinuierlich gestiegen und erreicht den höchsten Stand im Vergleich zu den vorangegangenen Befragungen (1995: 52%, 2002: 46%, 2003: 43%, 2004: 43%, 2006: 43%, 2008: 57%; \*\*). Auch bei der Berufsausbildung zeigen sich 2010 keine geschlechtsbezogenen Unterschiede.

<sup>9</sup> 2006 zum ersten Mal erhoben

Nahezu unverändert hoch ist mit 83% der aktuelle Anteil an Arbeitslosen; mit 82% der Frauen gegenüber 83% bei den Männern ist auch hier kein Unterschied zu beobachten. Insgesamt beträgt die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit für die Gesamtgruppe der Befragten 70,7 Monate ( $\pm 71,5$ ) und erreicht damit den höchsten Wert aller Erhebungen. Wenngleich diese Entwicklung statistisch nicht signifikant ist, liefert sie dennoch einen Hinweis darauf, dass sich die Langzeitarbeitslosigkeit der Szeneangehörigen möglicherweise weiter ausdehnt. Frauen sind mit etwa sieben Jahren im Durchschnitt knapp eineinhalb Jahre länger arbeitslos als die männlichen Interviewpartner.

Für 38% der Befragten sind staatliche Unterstützungsleistungen (Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung) die Haupteinnahmequelle. Der Anteil der Befragten, die ihr Einkommen hauptsächlich über regelmäßige Arbeit oder Jobs bestreiten können, beträgt aktuell 8%. Die Prostitution schließlich spielt vor allem für die befragten Frauen eine wesentliche Rolle: Aktuell geben 29% der Frauen Prostitution als Haupteinnahmequelle an (1995: 25%, 2002: 25%, 2003: 29%, 2004: 22%, 2006 31%, 2008: 27%), aber keiner der Männer (1995: 3%, 2002: 1%, 2003: 2%, 2004: 0%, 2006 1%, 2008: 0%).

Im Hinblick auf den Legalstatus der Einnahmequellen gibt nach wie vor nur eine Minderheit an, sich ausschließlich über illegale Wege zu finanzieren; aktuell betrifft dies 7%. Der Anteil derjenigen, die ihr Einkommen ausschließlich über legale Einnahmequellen bestreiten, ist dagegen deutlich angestiegen und erreicht 2010 mit 54% den höchsten Wert aller durchgeführten Befragungen. Frauen finanzieren sich mit 62% etwas häufiger ausschließlich auf legalem Wege als Männer mit 49%; allerdings erreicht dieser Unterschied keine statistische Signifikanz. Es bleibt festzuhalten, dass es seit 2002 etwa der Hälfte der Befragten gelingt, sich ausschließlich über legale Mittel zu finanzieren.

Insgesamt geben die im Jahr 2010 Befragten einen wöchentlichen Durchschnittsverdienst von 396 Euro an. Mit 344 Euro pro Woche stehen den befragten Männern dabei aktuell durchschnittlich deutlich weniger finanzielle Mittel zur Verfügung als den befragten Frauen (498 Euro). Mit 418 Euro gegenüber 265 Euro geben die Frauen jedoch im Schnitt auch mehr Geld pro Woche für Drogen aus – in beiden Fällen sind die Unterschiede statistisch jedoch nicht signifikant.

## 4.2 Substanzkonsum

### 4.2.1 Lifetime-Konsum

Bei der Frage, welche Substanzen die Befragten in ihrem Leben bereits mindestens ein Mal konsumiert haben, zeigen sich wie in sämtlichen Vorjahren für diverse legale und illegale Drogen sehr hohe Werte hinsichtlich entsprechender Konsumerfahrungen (s. Tab. 8).

Nikotin und Heroin wurden dabei von (nahezu) allen Befragten ausprobiert; nur etwas niedrigere Werte zeigen sich für Alkohol, Cannabis, Kokain und Crack. Rund sechs von sieben Befragten haben Konsumerfahrungen mit Benzodiazepinen, und auch Speed wurde von fast vier Fünfteln der Befragten schon einmal konsumiert. Über die Hälfte der Befragten haben Gebrauchserfahrungen mit LSD und Ecstasy und etwas weniger als jede(r) Zweite auch mit Opium; weniger als ein Drittel hat psychoaktive Pilze probiert. Rund neun von zehn Befragten haben Erfahrungen mit intravenösem Konsum.

**Tabelle 8: Lifetime-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung**

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Nikotin	100	99	99	99	100	100	100	n.s.
Heroin	99	93	98	99	99	99	99	**
Kokain	99	95	99	99	98	99	97	n.s.
Alkohol	97	98	97	99	98	99	97	n.s.
Cannabis	99	97	95	96	98	97	97	n.s.
Crack	41	96	97	95	93	93	97	***
Benzodiazepine <sup>b</sup>	a	73	79	81	82	85	85	n.s.
Speed	79	73	72	79	83	82	78	n.s.
LSD	81	63	64	65	55	65	62	***
Ecstasy	33	45	44	57	59	67	59	***
Opium	68	52	57	54	54	37	42	***
Psychoaktive Pilze	a	49	39	37	35	27	27	***
Methadon (nicht verschrieben)	a	a	a	a	a	62	45	**
Buprenorphin (nicht verschrieben)	a	a	a	a	a	41	31	n.s.
intravenöser Konsum	a	91	91	95	87	93	88	n.s.

<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar.

<sup>b</sup> bis 2003: "nicht verschriebene Medikamente"

Statistisch signifikante Änderungen der Lifetime-Prävalenz über den Befragungszeitraum zeigen sich für LSD, Ecstasy, Opium und Pilze, wobei die Signifikanz jeweils überwiegend mit den höheren (LSD, Opium, Pilze) bzw. niedrigeren (Ecstasy) Werten in den ersten Erhebungsjahren zu begründen ist, wogegen es in den letzten Jahren nur geringe Veränderungen bzw. Verschiebungen ohne klare Trendrichtung zu beobachten gab (s. Tab. 8). Ähnliches gilt für die Entwicklung bei Crack, für das lediglich im Jahr 1995 eine deutlich niedrigere Lifetime-Prävalenz beobachtet werden konnte. Die signifikante Veränderung bei der Konsumerfahrung mit Heroin schließlich ist ausschließlich auf den „Ausreißer“ im Jahr 2002 zurückzuführen, als „nur“ 93% der Befragten angaben, die Substanz probiert zu haben, im Unterschied zu 98-99% in sämtlichen anderen Erhebungen.

Im Jahr 2008 erstmals abgefragt wurde der Konsum von nicht verschriebenen Substitutionsmitteln. Aktuell geben 45% der Befragten (und damit weniger als zwei Jahre zuvor) an, dass sie mindestens einmal im Leben nicht verschriebenes Methadon konsumiert haben. Knapp ein Drittel hat Konsumerfahrungen mit nicht verschriebenem Buprenorphin (in der Regel Subutex<sup>®</sup>). Insgesamt haben 50% mindestens einmal ein nicht verschriebenes Substitutionsmittel konsumiert.

Der Erstkonsum findet im Fall der legalen Drogen Nikotin und Alkohol durchschnittlich im Alter von rund 13 Jahren statt, der von Cannabis mit etwa 15 Jahren. Höher liegt das Einstiegsalter bei den „harten Drogen“, die jeweils zwischen 18 und Anfang 20 erstmals genommen werden. Das Alter, in dem im Schnitt das erste Mal irgendeine illegale Droge außer Cannabis konsumiert wurde, liegt im Jahr 2010 bei 17,9 Jahren. Der erstmalige intravenöse Konsum illegaler Drogen findet mit 22,9 Jahren im Schnitt rund fünf Jahre später statt. Dass Crack mit aktuell 27,2 Jahren durchschnittlich einige Jahre später als alle anderen „harten Drogen“ gebraucht wird, dürfte nach wie vor damit zu begründen sein, dass das Kokainderivat erst seit Ende der 1990er Jahre eine nennenswerte Verbreitung in der Frankfurter Szene

gefunden hat, also zu einem Zeitpunkt, zu dem ein nicht unwesentlicher Teil der Befragten bereits über mehrjährige Erfahrungen mit „harten Drogen“ verfügte.

Über den gesamten Erhebungszeitraum sind für das Alter des Erstkonsums bei einigen Substanzen signifikante Veränderungen festzustellen. Allerdings zeigt sich lediglich bei Ecstasy ein deutlicher Trend: hier ist das Einstiegsalter fast kontinuierlich zurückgegangen. Bei LSD, Heroin und Crack sind vergleichsweise deutliche Schwankungen zu beobachten (s. Tab. 9).

**Tabelle 9: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert<sup>a</sup>) nach Jahr der Befragung**

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Nikotin	12,4	12,6	13,4	13,1	12,9	12,8	12,9	n.s.
Alkohol	13,3	13,7	13,9	13,1	13,2	13,4	13,4	n.s.
Cannabis	14,8	16,1	16,0	15,5	15,2	15,2	15,3	n.s.
LSD	16,9	18,3	18,5	18,2	17,4	18,0	18,0	**
Speed	19,4	20,4	20,0	20,3	18,7	19,8	18,9	n.s.
Ecstasy	23,7	22,6	23,6	21,4	21,1	19,4	19,1	***
Kokain	20,2	21,4	21,0	20,8	20,3	19,9	20,5	n.s.
Heroin	18,4	21,2	20,6	20,1	20,6	19,9	21,3	**
Crack	26,5	29,1	29,0	28,1	26,8	26,6	27,2	*
„harte“ Drogen <sup>b</sup> insgesamt	16,5	18,7	18,5	18,3	17,9	17,5	17,9	n.s.
intravenöser Konsum	<sup>c</sup>	22,3	22,9	21,6	22,0	21,2	22,9	n.s.

<sup>a</sup> Bezogen auf diejenigen mit Konsumerfahrungen.

<sup>b</sup> Als „harte Drogen“ gelten hier: Ecstasy, LSD, Speed, Kokain, Crack und Heroin.

<sup>c</sup> Keine Daten verfügbar.

Die durchschnittliche Dauer der Erfahrungen mit „harten Drogen“, hat sich seit 1995 (14,1 Jahre) nahezu kontinuierlich erhöht, wobei der entsprechende Wert aktuell nochmals deutlich gestiegen ist und im Jahr 2010 mit 20,3 Jahren die längste Zeitspanne aufweist (2002: 16 Jahre, 2003: 17,9 Jahre, 2004: 16,8 Jahre, 2006: 17,8 Jahre, 2008: 18,2 Jahre). Diese Ergebnisse zur Länge der „Drogenkarriere“ gehen einher mit der in 4.1.1. dargestellten Beobachtung eines nochmals gestiegenen Durchschnittsalters: Die Tendenz zu einer längeren Verweildauer in der Szene bzw. einem höheren Anteil von besonders langjährigen Szeneangehörigen hat sich im Jahr 2010 fortgesetzt.

#### 4.2.2 12-Monats-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz

Für eine Betrachtung der jeweils aktuellen Gebrauchsmuster in der Szene werden im Folgenden die jeweiligen Werte für die 12-Monats-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz dargestellt.

Bei der 12-Monats-Prävalenz (s. Tab. 10) zeigt sich zunächst eine ähnliche Rangfolge der Substanzen wie bei der Lifetime-Prävalenz, allerdings mit dem Unterschied, dass Benzodiazepine mit aktuell 75% in der Relation betrachtet eine wichtigere Rolle einnehmen. Nur von quantitativ untergeordneter Bedeutung ist der Gebrauch von psychoaktiven Pilzen, LSD, Ecstasy, Opium und Speed, auch wenn für diese Substanzen noch relativ hohe Lifetime-Prävalenzraten vorliegen (s. 4.2.1). Bei den meisten Befragten liegt der Letztkonsum dieser

Drogen schon viele Jahre zurück. 17% haben in den letzten 12 Monaten nicht verschriebenes Methadon und 13% Buprenorphin konsumiert.

**Tabelle 10: 12-Monats-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung**

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Heroin	97	81	83	91	90	94	89	***
Crack	31	94	92	92	89	89	89	***
Benzodiazepine <sup>b</sup>	<sup>a</sup>	52	64	71	69	81	75	***
Alkohol	79	69	72	78	70	75	73	n.s.
Cannabis	85	70	67	74	69	69	69	*
Kokain	93	52	45	49	62	69	51	***
Speed	15	9	10	17	14	17	10	n.s.
Opium	19	7	4	12	5	11	9	***
Ecstasy	7	5	10	11	6	11	6	n.s.
psychoaktive Pilze	<sup>a</sup>	5	5	1	3	4	2	n.s.
LSD	7	4	3	4	1	3	2	**
Methadon (nicht verschrieben)	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	23	17	n.s.
Buprenorphin (nicht verschrieben)	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	11	13	n.s.

<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar.

<sup>b</sup> bis 2003: "nicht verschriebene Medikamente"

Signifikante Veränderungen der 12-Monats-Prävalenzraten zeigen sich zunächst bei Heroin, dessen Kennzahl sich nach dem sehr hohen Wert 1995 und dem Rückgang bis 2002 seit 2004 offenbar auf rund 90% eingependelt hat. Praktisch gleichgeblieben ist seit 2006 die 12-Monats-Prävalenz von Crack (aktuell gleichauf mit Heroin), die 1995 noch deutlich niedriger lag. Nicht fortgesetzt hat sich im Jahr 2010 der in den letzten Jahren beobachtete deutliche Anstieg der 12-Monats-Prävalenz von Benzodiazepinen; der entsprechende Anteil ist wieder um sechs Prozentpunkte gesunken. Auch der ansteigende Trend beim Kokainkonsum seit 2003 hat sich aktuell wieder ins Gegenteil verkehrt. Keine klaren Trends lassen sich trotz der signifikanten Änderungen bei den 12-Monats-Prävalenzraten von Cannabis, Opium und LSD ablesen (s. Tab. 10).

An den 12-Monats-Prävalenzraten lässt sich mithin ablesen, dass außer Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack keine weiteren Drogen eine wesentliche Rolle im Drogengebrauchsverhalten der Befragten einnehmen. Die weitere Darstellung der 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzwerte beschränkt sich daher auf diese relevanten Substanzen. Die entsprechenden Ergebnisse sind in Tab. 11 zusammengefasst. Zusätzlich sind an dieser Stelle auch die Prävalenzraten für nicht verschriebene Substitutionsmittel wiedergegeben, da die entsprechenden Werte in der Befragung 2008 erstmals erhoben wurden, womit u.a. geklärt werden sollte, welchen Stellenwert die Stoffe in den aktuellen Konsummustern einnehmen.

Etwa zwei Drittel der Befragten haben in den letzten 30 Tagen und 38% in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken. Für beide Kennzahlen lassen sich über den gesamten Erhebungszeitraum keine signifikanten Änderungen feststellen. Bei der 30-Tages-Prävalenz von Cannabis lag der Ausgangswert aus dem Jahr 1995 über denen der folgenden Erhebungen; seither lassen sich Schwankungen ohne klare Richtung beobachten (aktuell: 55%). Die Can-

nabis-24-Stunden-Prävalenz erreicht 2010 zwar mit 17% den niedrigsten Wert aller bisherigen Erhebungen, die Veränderung erreicht allerdings keine statistische Signifikanz.

**Tabelle 11: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzraten (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain, Crack und nicht verschriebenen Substitutionsmitteln nach Jahr der Befragung**

		1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
30-Tages-Prävalenz	Alkohol	67	61	62	65	56	68	65	n.s.
	Cannabis	71	59	56	65	51	59	55	*
	Heroin	93	73	78	83	87	88	84	***
	Benzodiazepine <sup>b</sup>	a	47	56	63	61	77	68	***
	Kokain	89	36	30	25	45	49	30	***
	Crack	8	90	91	89	85	83	85	***
	Methadon (nicht v.)	a	a	a	a	a	12	9	n.s.
	Buprenorphin (nicht v.)	a	a	a	a	a	5	6	n.s.
24-Stunden-Prävalenz	Alkohol	43	39	39	37	31	33	38	n.s.
	Cannabis	31	26	21	26	21	23	17	n.s.
	Heroin	85	58	57	59	63	71	66	***
	Benzodiazepine <sup>b</sup>	a	30	27	35	29	47	47	***
	Kokain	79	9	9	4	16	11	7	***
	Crack	3	79	61	62	65	59	64	***
	Methadon (nicht v.)	a	a	a	a	a	3	1	n.s.
	Buprenorphin (nicht v.)	a	a	a	a	a	1	0	n.s.

<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar

<sup>b</sup> bis 2003: "nicht verschriebene Medikamente"

Der Konsum von Benzodiazepinen war in den Vorjahren deutlich angestiegen. Im Fall der 30-Tages-Prävalenz war diesbezüglich eine nahezu kontinuierliche Entwicklung festzustellen, die sich allerdings 2010 nicht fortgesetzt hat. Der Spitzenwert von 77% aus dem Jahr 2008 hat sich wieder auf aktuell 68% reduziert. Gleichgeblieben ist hingegen der vor zwei Jahren deutlich angestiegene Wert für die 24-Stunden-Prävalenz der Sedativa. Im Unterschied zu den Vorjahren, in denen jeweils rund jede(r) Dritte am zurückliegenden Tag Benzodiazepine konsumiert hatte, trifft dies seit 2008 nunmehr auf fast jede(n) zweite(n) Interviewte(n) zu. Insofern hat sich offenbar der Trend einer höheren Bedeutung der Medikamente für die aktuellen Gebrauchsmuster im Jahr 2010 verfestigt.

Wieder rückläufig ist hingegen die Bedeutung von (Pulver-)Kokain: die 30-Tages-Prävalenz ist nach relativ deutlichen Anstiegen in den Vorjahren wieder um nahezu 20 Prozentpunkte auf aktuell 30% zurückgegangen, und auch die 24-Stunden-Prävalenz hat 2010 nochmals leicht abgenommen. Die Verbreitung der Droge bewegt sich also etwa wieder auf dem Niveau, auf das sie Anfang der 2000er Jahre nach dem Aufkommen von Crack in der Frankfurter Szene abgesunken war (s. Tab. 11).

Wie in Tab. 11 anhand der 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen abzulesen, sind Heroin und Crack nach wie vor diejenigen Substanzen, die in den Drogengebrauchsmustern der Szenemitglieder die deutlich wichtigste Rolle einnehmen. Im Jahr 2010 liegen die 30-Tages- und die 24-Stunden-Prävalenz für beide Drogen wieder nahezu gleichauf (84% vs. 85% bzw. 66% vs. 64%). Dies resultiert zum einen aus dem Umstand, dass sich der Trend

eines zunehmenden Heroinkonsums seit 2002 – nach vorherigem deutlichem Rückgang – aktuell nicht fortgesetzt hat. Beide Kennzahlen für den aktuellen Konsum des Opiats sind nach den vergleichsweise hohen Werten 2008 wieder um mehrere Prozentpunkte zurückgegangen. Zum anderen ist die 30-Tages-Prävalenz von Crack, nach einem leichten, aber kontinuierlichen Rückgang seit 2003, wieder leicht angestiegen. Einen deutlicheren Anstieg – von 59% auf 64% – gibt es beim Konsum der Substanz in den zurückliegenden 24 Stunden zu vermelden. Bei dieser Kennzahl ist allerdings zu beachten, dass diese in den Vorjahren ohne klare Trendrichtung schwankte – auf den extrem hohen Wert im Jahr 2002 folgte ein deutlicher Rückgang, gefolgt von einem dreijährigen Anstieg, worauf sich 2008 wieder ein relativ klarer Rückgang anschloss.

Nicht verschriebene Substitutionsmittel spielen offenbar nur bei einem kleinen Teil der Szeneangehörigen eine Rolle: Rund jede(r) Zehnte hat in den letzten 30 Tagen nicht verschriebenes Methadon konsumiert und etwa jede(r) Zwanzigste nicht verschriebenes Buprenorphin. Bezogen auf die letzten 24 Stunden hat aktuell lediglich 1% illegal erworbenes Methadon und kein(e) einzige(r) Befragte(r) Buprenorphin ohne Verschreibung konsumiert (s. Tab. 11). Diese Zahlen deuten darauf hin, dass vermutlich ein gewisser, wenn auch geringer Anteil der Szene in ‚Notsituationen‘ auf illegal gehandelte Substitutionsmittel zurückgreifen dürfte. Ein regelmäßiger bzw. alltäglicher Konsum dieser Substanzen ohne Verschreibung ist hingegen wohl eher auf seltene Einzelfälle beschränkt.

Im gesamten, nunmehr 15-jährigen Beobachtungszeitraum (1995 – 2010) sind somit in Bezug auf die aktuellen Drogengebrauchsmuster eine Reihe von Veränderungen zu beobachten. Neben der auffälligen Veränderung zwischen 1995 und 2002, als Crack das Kokainpulver innerhalb der Szene nahezu vollständig ersetzte, betrifft dies u.a. die Verbreitung von Heroin, die Anfang des letzten Jahrzehnts zunächst deutlich zurückging, um dann wieder – vermutlich im Zusammenhang mit der Marktlage – relativ klar anzusteigen, wobei sich diese Entwicklung aktuell nicht fortgesetzt hat. Daneben fällt insbesondere die Entwicklung bei den Benzodiazepinen auf, deren Konsum sich bis 2008 deutlich gesteigert hat. Zwar hat sich dieser Trend im Hinblick auf 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz wieder umgekehrt, doch die 24-Stunden-Prävalenz und damit der Stellenwert für aktuelle, ‚alltägliche‘ Gebrauchsmuster ist gleichbleibend hoch.

Was die Entwicklungen bei Kokain und Crack angeht, so ist nach wie vor ebenfalls auf die Marktlage zu verweisen. Kokainpulver ist in der Straßenszene unverändert vergleichsweise schwer erhältlich; der szeninterne Markt für Kokainderivate wird von Crack dominiert. Damit lassen sich unter anderem die niedrigen Zahlen für den aktuellen Konsum von Pulverkokain erklären. Insgesamt gesehen sind die 24-Stunden-Prävalenzraten von Kokainprodukten (Kokainpulver und/oder Crack) im Erhebungszeitraum signifikant gesunken: von 79% bzw. 80% (1995/2002) auf 62% (2003/2004), 67% (2006) und 60% im Jahr 2008. Auch dieser Trend hat sich indes 2010 nicht fortgesetzt: der Wert hat sich vor allem wegen des höheren Crackkonsums wieder auf 67% erhöht, womit er aber noch deutlich unter denen der ersten Erhebungsjahre liegt. Die Zahl derjenigen, die in den letzten 30 Tagen Kokain und/oder Crack konsumiert haben, hat sich dagegen kaum verändert (1995: 89%, 2002: 91%, 2003: 92%, 2004: 90%, 2006: 87%, 2008: 88%, 2010: 89%). Insofern nehmen Kokainprodukte für den aktuellen Konsum einen nahezu unverändert bedeutsamen Stellenwert ein, der tägliche Konsum hat sich hingegen nach 2002 reduziert und schwankt seither ohne eindeutige Tendenz.

Betrachtet man abschließend die Veränderungen unter dem übergreifenden Aspekt des multiplen Konsums, so präsentieren sich keine signifikanten Veränderungen. Bei allen sieben Befragungen haben die Interviewten in den zurückliegenden 30 Tagen durchschnittlich rund vier Substanzen konsumiert (1995: 3,5; 2002: 4,1; 2003/2006: 4,0; 2004: 4,3; 2008: 4,5; 2010: 4,1). In den letzten 24 Stunden wurden jeweils etwas mehr als zwei Substanzen gebraucht (1995/2002: 2,4; 2003: 2,1; 2004/2006: 2,3; 2008: 2,5; 2010: 2,4)<sup>10</sup>. Die bei den einzelnen Drogen festzustellenden Veränderungen gehen demnach nicht mit Veränderungen im Ausmaß des multiplen Konsums einher.

### 4.2.3 Konsumintensität

Wie in den vorherigen Berichten zur Szenestudie beziehen sich die folgenden Angaben zur Konsumintensität einerseits auf die jeweilige Konsumhäufigkeit, andererseits auf die Anzahl der pro Tag bzw. pro Woche gebrauchten Konsumeinheiten. Die jeweiligen Prozentanteile beschränken sich dabei auf die Angaben derjenigen, die die jeweilige Substanz in den letzten 30 Tagen konsumiert haben. Zudem beschränkt sich die Analyse entsprechend der Relevanz bei den beobachteten 30-Tages-Prävalenzraten auf den Konsum von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack.

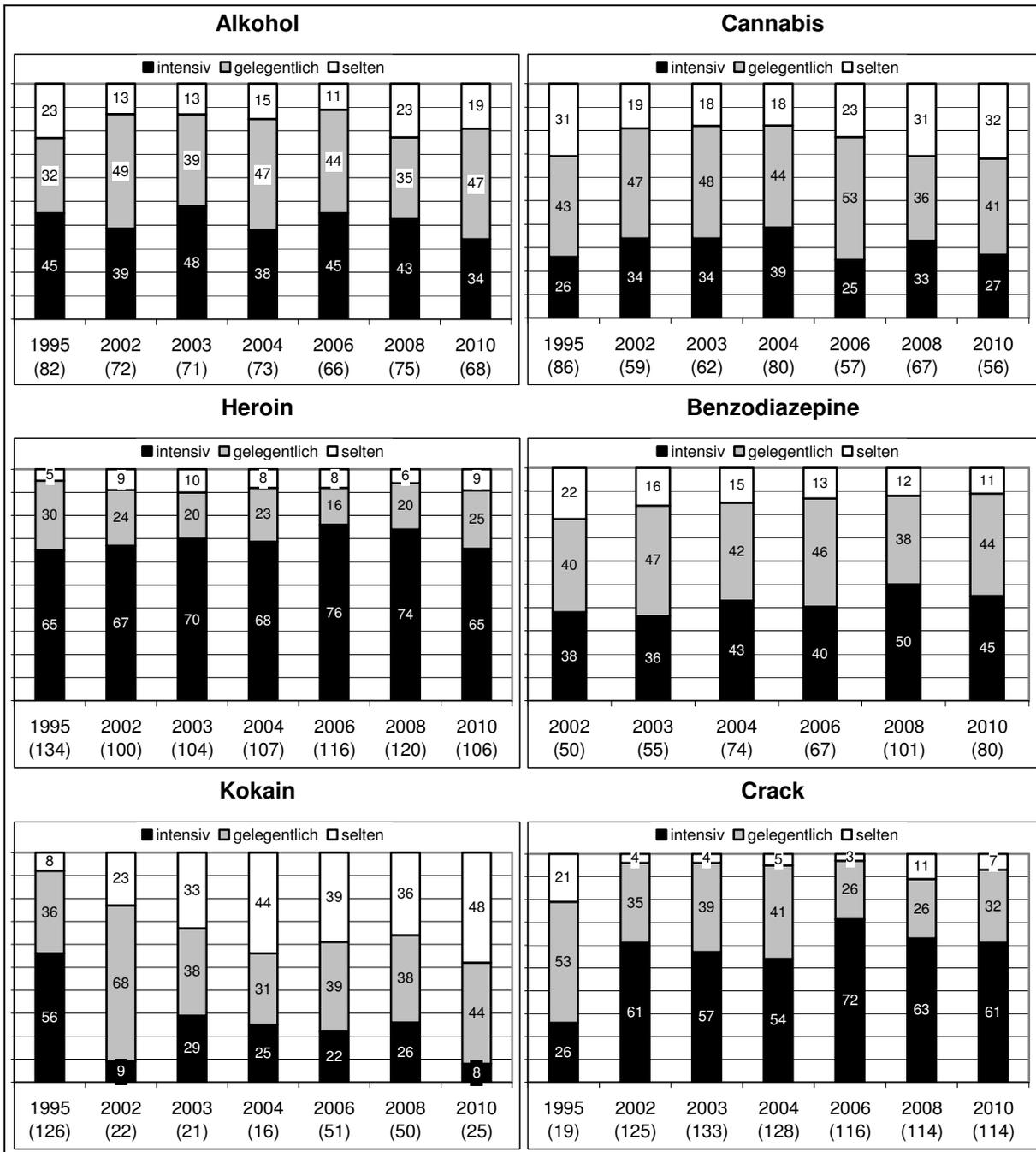
Die Angaben zur Konsumhäufigkeit wurden dahingehend zusammengefasst, ob die Befragten die entsprechende Substanz in den letzten 30 Tagen „intensiv“ (täglich oder nahezu täglich), „gelegentlich“ (einmal oder mehrmals wöchentlich) oder „selten“ (weniger als ein Mal pro Woche) konsumiert haben.

Nach wie vor zeigen sich dabei für Alkohol, Cannabis, Heroin und Benzodiazepine über den Erhebungszeitraum gesehen keine signifikanten Veränderungen in der Konsumhäufigkeit. Ungeachtet gewisser Schwankungen in beide Richtungen können über die Erhebungen hinweg rund 40% derjenigen mit Alkoholgebrauch in den letzten 30 Tagen als Intensivkonsument(inn)en gelten, während die übrigen Befragten mit Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen gelegentlich oder selten trinken. Etwas deutlichere – wenngleich auch nicht signifikante – Schwankungen sind bei der Konsumintensität von Cannabis festzustellen; aktuell konsumiert etwas mehr als ein Viertel der Befragten täglich. Etwas höher als in den Vorjahren liegt seit 2008 der Anteil derer, die selten Cannabis konsumieren (Abb. 5).

Der höchste Anteil intensiv Konsumierender ist mit knapp zwei Dritteln nach wie vor bei Heroin festzustellen. Allerdings hat sich dieser Wert im Vergleich zu 2008 aktuell wieder etwas reduziert. Auch diese Beobachtung deutet also trotz fehlender statistischer Signifikanz auf eine (wieder) etwas nachlassende Bedeutung des Opiats im Szenealltag hin. In der Tendenz gilt dies auch für die Benzodiazepine, wobei deren Verbreitung in den Vorjahren stärker gestiegen war als die für Heroin. Im Jahr 2010 konsumieren 45% und damit fünf Prozentpunkte weniger als vor zwei Jahren täglich derartige Medikamente. In der mittelfristigen Betrachtung ist dabei zu beachten, dass der *Gesamtanteil* der aktuell Konsumierenden zuvor noch deutlich niedriger und im Jahr 2008 klar höher lag als 2010. Somit war im Erhebungsjahr 2008 bezogen auf den gesamten Anteil intensiv Konsumierender ein (vorläufiger) Höhepunkt erreicht.

<sup>10</sup> Seit 2008 inklusive Methadon und Buprenorphin (Subutex®)

**Abbildung 5: Konsumhäufigkeit (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack derjenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen (jeweiliges n) nach Jahr der Befragung**



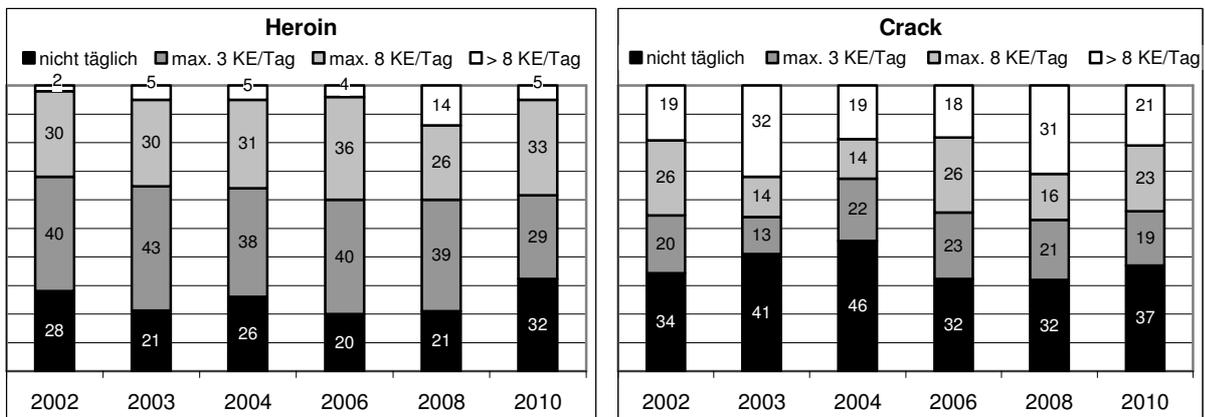
Lediglich für die Konsumhäufigkeit von Kokain und Crack lassen sich statistisch signifikante Veränderungen zwischen den einzelnen Erhebungen beobachten, wobei die Signifikanz in erster Linie auf den Veränderungen zwischen 1995 und 2002 beruht, als sich sowohl der Gesamtanteil der aktuellen Kokainkonsument(inn)en als auch der Anteil intensiv Konsumierender geradezu drastisch reduziert hatte; eine umgekehrte Entwicklung ist im gleichen Zeitraum für die Konsumfrequenz und -intensität von Crack festzustellen. Zwischenzeitlich war der intensive Kokainkonsum (innerhalb der wiederum gewachsenen Gruppe der aktuell Konsumierenden) wieder angestiegen; im Jahr 2010 hingegen erreicht er den niedrigsten Wert aller Erhebungen. Nur noch relativ geringe Schwankungen sind nach dem massiven Anstieg des generellen Konsums wie auch des Intensivkonsums im Jahr 2002 bei Crack zu beobachten. 2006 war der Anteil intensiv Konsumierender innerhalb der etwas kleiner gewordenen

Gruppe der aktuellen Konsument(inn)en angestiegen, was auf eine gewisse „Polarisierung“ bezüglich des Crack-Konsums in der Szene hindeutete. Diese Tendenz hat sich in den letzten beiden Befragungen allerdings nicht fortgesetzt – der in 4.2.2 dokumentierte leichte Bedeutungsgewinn von Crack im aktuellen Berichtsjahr geht weder mit einer Erhöhung noch mit einer Reduzierung des Anteils intensiv Konsumierender einher (s. Abb. 5).

Unverändert dominieren Heroin und Crack also nicht nur bei der Betrachtung der generell konsumierten Drogen, sondern auch bezüglich der Anteile täglicher Konsument(inn)en. Auch hier haben sich die entsprechenden Anteile mit 65% bzw. 61% wieder etwas angenähert.

Um die Konsummuster beider Substanzen einer detaillierteren Analyse zu unterziehen, wurde nicht nur die Konsumhäufigkeit, sondern auch die Konsumintensität, d.h. die Anzahl der Konsumeinheiten, evaluiert<sup>11</sup>. Auch hier wurden die Angaben kategorisiert, wobei vier Gruppen entsprechend der berichteten Konsumhäufigkeit gebildet wurden: 1. eine Gruppe mit nicht täglichem Konsum, 2. eine Gruppe mit einem Konsum von maximal drei Einheiten pro Tag, 3. eine Gruppe mit deutlich höher dosiertem Konsum von maximal acht Konsumeinheiten und schließlich 4. eine Gruppe mit exzessivem Konsum von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag. In Abb. 6 sind – ähnlich wie in den vorherigen Befragungen – deutliche Unterschiede in den Konsummustern von Heroin und Crack abzulesen.

**Abbildung 6: Zusammengefasste Konsumintensität (%) von Heroin und Crack nach Jahr der Befragung**



Bei Heroin zeigt sich im Jahr 2010 eine relativ gleichmäßige Verteilung der Konsument(inn)en (jeweils rund 30%) auf die Gruppen derer, die nicht täglich, maximal 3 bzw. maximal 8 Konsumeinheiten pro Tag konsumieren, während lediglich ein kleiner Teil der Befragten – aktuell 5% – einen exzessiven Heroinkonsum von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag aufweist. Bei dieser Verteilung hat es 2010 eine gewisse Verschiebung gegeben: während sich in sämtlichen Vorerhebungen mit jeweils etwa 40% die größte Gruppe aus Personen rekrutierte, die ein bis drei Konsumeinheiten täglich gebrauchen, ist diese Gruppe um 10 Prozentpunkte kleiner geworden, während die Gruppen der nicht täglich Konsumierenden und derjenigen mit 3-8 Konsumeinheiten pro Tag größer geworden sind. Da gleichzeitig die – im Vorjahr angewachsene – Gruppe der exzessiv Konsumierenden wieder deutlich kleiner geworden ist, deuten diese Beobachtungen insgesamt auf tendenziell moderatere Heroin-

<sup>11</sup> Angaben zur Anzahl der Konsumeinheiten liegen für 1995 nicht vor, die Analyse beschränkt sich somit auf die Jahre 2002 bis 2010.

Konsummuster hin, zumal die Anzahl der nicht täglich Konsumierenden den höchsten Wert aller Erhebungen erreicht. Allerdings weisen sämtliche berichteten Veränderungen keine statistische Signifikanz auf. Letzteres gilt auch für die Konsumintensität von Crack. Hier bilden mit aktuell 37% nach wie vor die nicht täglich Konsumierenden die größte Gruppe; gleichzeitig gebrauchen mit 21% im Vergleich zu Heroin deutlich mehr Konsument(inn)en exzessiv, d.h. mehr als achtmal am Tag, Crack. Entsprechend sind die beiden mittleren Gruppen deutlich kleiner als bei der Konsumintensität von Heroin. Auch beim Kokainderivat lässt sich im Berichtsjahr eine gewisse Tendenz zu moderateren Konsummustern ablesen: die Gruppe der exzessiven Konsument(inn)en ist – nach deutlichem Anstieg im Vorjahr – kleiner geworden, die Gruppe der nicht täglich Konsumierenden hingegen leicht angewachsen (Abb. 6). Insgesamt lassen sich weiterhin deutliche Differenzen hinsichtlich der Konsumintensität zwischen beiden Substanzen feststellen: einer relativ gleichmäßigen Verteilung von gelegentlichem, regelmäßigem und häufigem Konsum und einem geringem Anteil exzessiven Konsums bei Heroin steht eine etwas stärker ‚polarisierende‘ Verteilung bei Crack gegenüber. Allerdings haben sich diese Verteilungsmuster im Jahr 2010 etwas aneinander angeglichen. Die beobachteten Veränderungen der Konsumintensität von Heroin und Crack zwischen den einzelnen Befragungen zeigen weiterhin keinen klaren Trend an und erreichen auch keine statistische Signifikanz.

#### 4.2.4 Applikationsformen

Die verschiedenen Applikationsformen von Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack werden seit dem Jahr 2002 erhoben. Dabei wird den Interviewten die Möglichkeit gegeben, auch Kombinationen von Applikationsformen bzw. bei Crack die Bevorzugung bestimmter Applikationsmuster anzugeben. Zwischen den Erhebungen sind diverse signifikante Veränderungen zu beobachten (s. Tab. 12). Bei Heroin und Kokain dominiert in allen Befragungen der intravenöse Konsum. Allerdings ist im Fall von Heroin seit 2002 eine leichte, signifikante Tendenz hin zu einem geringeren Anteil intravenöser Applikation zu beobachten (mit einem leichten Gegentrend im Jahr 2008). Aktuell wird mit 81% der aktuellen Konsumenten, die Heroin ausschließlich spritzen, der niedrigste Wert aller Erhebungen erreicht; gleichzeitig hat sich vor allem der Anteil nasalen Konsums etwas erhöht. Die signifikante Veränderung bei der Applikation von Kokain (das sowieso nur von einem eher geringen Anteil der Befragten aktuell konsumiert wird) ist ausschließlich auf die höheren Werte für nasalen Konsum in den Jahren 2002 und 2003 zurückzuführen; seitdem hat sich nur noch wenig geändert.

**Tabelle 12: Applikationsformen von Heroin, Kokain und Crack (%)<sup>a</sup> nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Heroin (n)	(98)	(99)	(108)	(113)	(116)	(99)	
Intravenös	93	90	84	84	87	81	*
Nasal	3	7	9	10	9	12	
Rauchen	4	3	3	4	2	3	
intravenös und anderes	0	0	4	2	2	4	
Kokain (n)	(18)	(12)	(12)	(37)	(32)	(14)	
Intravenös	72	83	100	89	94	93	**
Nasal	17	17	0	8	6	0	
Rauchen	11	0	0	3	0	0	
intravenös und anderes	0	0	0	0	0	7	
Crack (n)	(125)	(130)	(125)	(115)	(104)	(108)	
ausschließlich rauchen	29	38	39	37	34	31	**
ausschließlich intravenös	23	12	12	33	29	21	
rauchen und i. v. - vor allem rauchen	16	23	18	16	17	19	
rauchen und i. v. - vor allem i. v.	28	22	22	12	18	19	
rauchen und i. v. gleichberechtigt	4	5	9	3	2	9	
Crack (Mehrfachnennung)							
Intravenös	71	62	61	63	66	69	n.s.
Rauchen	77	88	88	67	71	79	***

<sup>a</sup> Bezogen auf diejenigen mit Konsum

Crack ist weiterhin die einzige Droge, die in ähnlichem Maße ausschließlich inhalativ und intravenös gebraucht wird *und* bei der ein nennenswerter Anteil (aktuell insgesamt 48%) die Substanz sowohl raucht als auch spritzt. Wie in den Vorjahren nimmt das Rauchen der Substanz mit 79% der Konsument(inn)en, die dies überhaupt praktizieren und 31%, die Crack ausschließlich rauchen, knapp die wichtigere Rolle unter den Applikationsformen ein. Über zwei Drittel der Befragten konsumieren Crack unter anderem intravenös und 21% spritzen es ausschließlich. Signifikante Veränderungen lassen sich zunächst dahingehend beobachten, dass – nach einem leichten Anstieg 2003 – der ausschließliche Rauchkonsum seit 2004 leicht abgenommen hat; auch der ausschließliche intravenöse Konsum hat sich nach einem sprunghaften Anstieg im Jahr 2006 ebenfalls wieder reduziert. Keine eindeutigen Tendenzen sind bei der generellen Verwendung der Einnahmearten zu beobachten: Während der Anteil derer, die Crack rauchen, relativ deutlich schwankte, ohne einen klaren Trend anzuzeigen, hat sich der generelle intravenöse Konsum von Crack über den Erhebungszeitraum hinweg nicht signifikant geändert (siehe Tab. 12). Dieser durchweg hohe Anteil intravenösen Konsums ist indes weiterhin bemerkenswert, da es sich bei Crack um eine eigens für den Rauchkonsum aufbereitete Substanz handelt.

Da die Applikationsform von Benzodiazepinen im Fragebogen anders abgefragt wird als für die anderen Substanzen (statt der *bevorzugten* Applikation wird hier nur danach gefragt, ob diese Substanzen *mindestens einmal pro Woche* intravenös konsumiert werden),

sind die entsprechenden Werte nicht in Tabelle 12 enthalten<sup>12</sup>. Aktuell geben 34% der aktuell Konsumierenden an, die Substanz (unter anderem) i.v. zu applizieren – damit ist der Anteil im Vergleich zu 2008 (44%) relativ deutlich gesunken. In den vorherigen Erhebungen war dieser Anteil allerdings deutlich angestiegen (2002: 9%, 2003: 12%, 2004/2006: 35%). Somit hat sich dieser Trend eines zunehmenden Spritzkonsums von Benzodiazepinen aktuell nicht fortgesetzt.

Um ein genaueres Verständnis davon zu bekommen, warum Crack von einem Großteil der Befragten injiziert wird, werden die Interviewpartner(innen) zusätzlich nach den Motiven für den intravenösen Crackkonsum gefragt. Wie in den meisten Vorjahren werden in erster Linie Gründe für den intravenösen Crackgebrauch angeführt, die sich auf eine – tatsächlich oder vermeintlich – bessere bzw. gesteigerte Wirkung beziehen (s. Tab. 13). So nennen aktuell mehr als neun von zehn Interviewpartner(innen) einen „besseren Kick“ als wesentliches Motiv (die signifikante Veränderung deutet hier auf keinen klaren Trend hin) und rund drei Viertel verweisen auf einen „besseren Turn“ im Zusammenhang mit der Möglichkeit, die Droge mit anderen Substanzen zu mischen. In eine ähnliche Richtung weist das Motiv „um den Stoff besser auszunutzen“, das aktuell von der Hälfte der Befragten genannt wird.

**Tabelle 13: Gründe für den intravenösen Crackkonsum (%)<sup>a</sup> nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Spritzen-Feeling	29	43	36	48	26	40	*
um den Stoff am besten auszunutzen	57	45	59	63	57	50	n.s.
weil kaum/kein Pulver-Kokain zu bekommen ist	67	63	58	52	35	50	***
weil Heroin/spritzbare Drogen teilweise schwer zu bekommen sind	0	4	5	5	10	5	n.s.
besserer Kick	94	78	91	90	83	92	**
kann es mischen, besserer Turn	65	72	66	71	67	74	n.s.
weil die Qualität nicht so gut ist	4	12	17	18	12	33	***

<sup>a</sup> Bezogen auf diejenigen mit intravenösem Crackkonsum

Ebenfalls 50% nennen die schlechte Verfügbarkeit von Pulverkokain als Grund für den i.v.-Konsum von Crack – dieser Anteil ist wieder angestiegen, nachdem er in den Vorjahren (in denen auch die Prävalenz von Pulverkokain leicht anstieg; s. 4.2.3) deutlich zurückgegangen war. Ebenfalls nach vorherigem Rückgang wieder angestiegen ist der Anteil derer, die angeben, nicht auf das „Spritzen-Feeling“ verzichten zu wollen. Bemerkenswert ist der aktuelle Anstieg beim Motiv „weil die Qualität nicht so gut ist“: während es hier bis 2008 keine signifikanten Veränderungen gab und der entsprechende Anteil stets unter 20% lag, wird dieser Grund nunmehr von einem Drittel der Konsument(inn)en genannt. Offensichtlich schlägt sich in diesem Jahr bei diesem Motiv die als schlechter wahrgenommene Qualität der Substanz (s. 4.4.3) nieder – im Unterschied zu den Jahren 2004 und 2006, als die Qualität ebenfalls als vergleichsweise schlecht bewertet wurde. Weiterhin relativ selten werden Schwierigkeiten bei der Beschaffung anderer Drogen wie Heroin als Grund für den intravenösen Crackkonsum genannt.

<sup>12</sup> Zudem wurde bei der diesjährigen Auswertung ein Fehler im Datensatz ersichtlich, wegen dem die entsprechenden Werte für die Jahre vor 2006 nicht exakt nachvollzogen werden können. Da die nachberechneten Daten für 2006-2008 aber kaum von den zuvor errechneten abweichen, kommt den unbereinigten Daten dennoch eine gewisse Aussagekraft zu, auch wenn kein Signifikanzwert angegeben werden kann.

#### 4.2.5 Die Konsummuster im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Abschließend werden die im Jahr 2010 beobachteten Konsummuster in der Frankfurter „Drogenszene“ anhand der relevanten Variablen zusammengefasst und auf geschlechtsbezogene Unterschiede hin untersucht. Berücksichtigt werden dabei die 24-Stunden-Prävalenzen von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack, die Angaben zum multiplen Konsum, zur Konsumintensität von Heroin und Crack sowie die Applikationsformen.

Wie in Tabelle 14 ersichtlich, rangieren Heroin und Crack für die Konsummuster der im Jahr 2010 befragten Drogenkonsument(inn)en wieder etwa gleichauf an der Spitze der Rangliste der konsumierten Substanzen – jeweils rund zwei Drittel haben das Opiat bzw. das Kokainderivat in den letzten 24 Stunden konsumiert. Daneben spielen mit 47% auch Benzodiazepine eine vergleichsweise wichtige Rolle bei der 24-Stunden-Prävalenz, gefolgt von Alkohol mit 38%. Weniger als ein Fünftel haben am zurückliegenden Tag Cannabis geraucht, und Kokain hat mit 7% nur noch eine marginale Bedeutung für die aktuell praktizierten Konsummuster der Szeneangehörigen. Weiterhin lassen sich die Drogengebrauchsmuster der Befragten als multipler Konsum charakterisieren: In den letzten 30 Tagen haben die Interviewpartner(innen) durchschnittlich 4,1 und in den letzten 24 Stunden 2,4 Substanzen konsumiert.

**Tabelle 14: Konsummuster im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede (%)**

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
24-Stunden-Prävalenzen (%)				
Alkohol	38	36	42	n.s.
Cannabis	17	17	17	n.s.
Heroin	66	66	67	n.s.
Benzodiazepine	47	44	52	n.s.
Kokain	7	8	4	n.s.
Crack	64	58	77	*
Anzahl konsumierter Substanzen (AM ± SD)				
letzte 30 Tage	4,1 (± 1,6)	4,1 (± 1,7)	4,0 (± 1,5)	n.s.
letzte 24 Stunden	2,4 (± 1,4)	2,3 (± 1,5)	2,6 (± 1,2)	n.s.
Konsumintensität (%) <sup>a</sup>				
Heroin				n.s.
nicht täglich	32	32	33	
max. 3 KE / Tag	29	32	24	
max. 8 KE / Tag	33	32	36	
> 8 KE / Tag	5	5	6	
Crack				***
nicht täglich	37	46	18	
max. 3 KE / Tag	19	18	21	
max. 8 KE / Tag	23	27	16	
> 8 KE / Tag	21	8	45	

<sup>a</sup> Bezogen auf diejenigen mit Konsum

Im Unterschied zum Vorjahr zeigt sich bei der 24-Stunden-Prävalenz von Crack ein geschlechtsbezogener Unterschied, der auch statistische Signifikanz erreicht: Während knapp vier Fünftel der Frauen am zurückliegenden Tag Crack konsumiert haben, trifft dies nur auf rund drei Fünftel der Männer zu (s. Tab. 14). Bei den 24-Stunden-Prävalenzraten der übrigen Substanzen zeigen sich nur geringe, nicht signifikante Differenzen, die insgesamt auf einen etwas stärker ausgeprägten Substanzkonsum seitens der Frauen hindeuten. Die durchschnittliche Anzahl der in den letzten 24 Stunden konsumierten Substanzen liegt bei den weiblichen Befragten allerdings nur knapp – und nicht signifikant – über dem Wert der männlichen Interviewpartner. Bei der Anzahl der im letzten Monat konsumierten Drogen zeigt sich kein Unterschied zwischen den Geschlechtern (s. Tab. 14).

Bei der Konsumintensität verteilen sich die befragten Heroinkonsument(inn)en zu jeweils rund einem Drittel auf die nicht täglich Konsumierenden, Konsument(inn)en mit maximal drei und solche mit drei bis acht Konsumeinheiten pro Tag. Mit 5% gebrauchen nur noch sehr wenige Heroinkonsument(inn)en die Droge exzessiv, d.h. mehr als achtmal pro Tag. Im Unterschied dazu weist rund ein Fünftel der Crackkonsument(inn)en einen exzessiven Gebrauch des Kokainderivats auf; demgegenüber konsumieren aber auch nahezu zwei Fünftel die Substanz nicht täglich.

Bei der Intensität des Heroinkonsums zeigen sich im Jahr 2010 keine geschlechtsbezogenen Differenzen. Umso deutlicher fällt aktuell aber der signifikante Unterschied bei der Konsumintensität von Crack aus: Annähernd die Hälfte der Konsumentinnen gebraucht die Droge exzessiv gegenüber weniger als einem Zehntel der männlichen Konsumenten. Umgekehrt stellen bei den Männern diejenigen mit nicht täglichem Konsum mit knapp der Hälfte der aktuell Konsumierenden die größte Gruppe, gegenüber rund einem Fünftel der Konsumentinnen. Somit hat sich der bereits in den Vorjahren beobachtete signifikante ‚Vorsprung‘ der befragten Frauen im Hinblick auf exzessive Crackgebrauchsmuster im Erhebungsjahr nochmals deutlich vergrößert.

Bei einem abschließenden Blick auf die Applikationsformen zeigt sich zunächst in Tab. 15, dass bei Heroin eindeutig die intravenöse Konsumform dominiert, während Crack in etwa gleichem Maße geraucht wie injiziert wird. Rund ein Drittel (34%) der Benzodiazepin-Konsument(inn)en konsumiert auch diese Substanzen zumindest gelegentlich intravenös.

**Tabelle 15: Applikationsformen von Heroin und Crack im Jahr 2010 (%): geschlechtsbezogene Unterschiede**

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Heroin				
intravenös	81	82	79	n.s.
Nasal	12	9	18	
sonstiges	7	9	3	
Crack				*
ausschließlich rauchen	31	24	42	
ausschließlich intravenös	21	29	8	
Rauchen und i.v. – vor allem rauchen	19	14	29	
Rauchen und i.v. – vor allem i.v.	19	24	11	
Rauchen und i.v. gleichberechtigt	9	9	11	

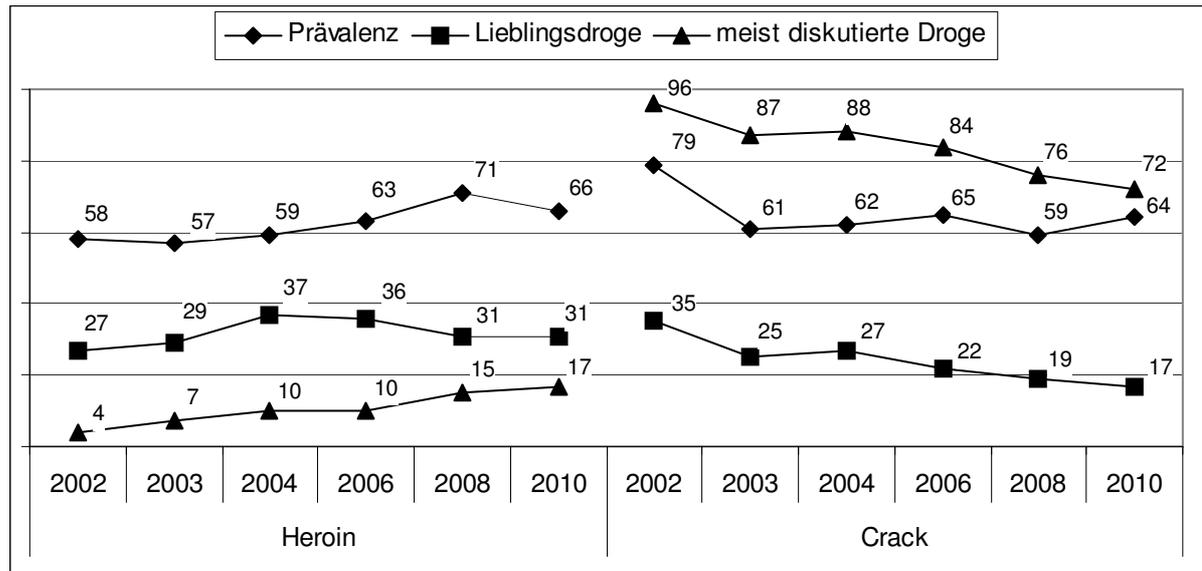
Bei der geschlechtsbezogenen Betrachtung zeigt sich kein Unterschied im Hinblick auf die Applikationsform von Heroin. Bei Crack hingegen ist eine signifikante Differenz feststellbar: Frauen konsumieren das Kokainderivat häufiger ausschließlich mittels Rauchen, Männer hingegen öfter ausschließlich intravenös. Dies schlägt sich auch bei einer Betrachtung der generell genutzten Applikationsformen nieder: Weibliche Befragte nehmen Crack signifikant häufiger als männliche zumindest gelegentlich inhalativ zu sich (92% vs. 71%; \*), während Männer die Droge etwas (nicht signifikant) häufiger (auch) spritzen (76% vs. 58%). Umgekehrt stellt sich das Verhältnis im Hinblick auf Benzodiazepine dar: Hier geben Frauen häufiger als Männer an, diese mindestens wöchentlich zu spritzen (52% vs. 30%; \*). Während weibliche Konsumierende bei diesen Stoffen also tendenziell häufiger die ‚effektivere‘ Applikationsform wählen, dominiert beim Crackkonsum unter den Frauen der schneller bzw. kurzfristiger durchzuführende Rauchkonsum. Dies erscheint vor dem Hintergrund der beobachteten häufigeren exzessiven Crack-Gebrauchsmuster auch als folgerichtig: So würden z.B. mehr als acht intravenöse Konsumvorgänge pro Tag bereits einen wesentlichen Teil der zur Verfügung stehenden Zeit einnehmen.

### 4.3 Meinungen über Drogen

Im Hinblick auf Meinungen oder Einschätzungen der Szeneangehörigen zu bestimmten Drogen wird seit der Erhebung 2002 u.a. gefragt, welche Substanz die Befragten als ihre Lieblingsdroge betrachten, über welche Substanz auf der Szene am meisten diskutiert wird, welche bisher noch nicht konsumierte Substanz die Befragten gerne probieren würden und welche Substanz sie am meisten ablehnen.

Im Zeitverlauf sind dabei einige bemerkenswerte Entwicklungen zu beobachten, die teilweise im Zusammenhang mit der Entwicklung der Prävalenzraten zu betrachten sind, teilweise aber auch nicht. Zunächst seien an dieser Stelle die Resultate zur „Lieblingsdroge“ dargestellt: Hier rangiert wie in den meisten Vorjahren Heroin auf dem ersten Rang; der aktuelle Prozentanteil ist mit 31% ebenso hoch wie im Vorjahr. In den vorherigen Erhebungen hatte dieser Wert jeweils entweder etwas höher oder niedriger gelegen (s. Abb. 7). Auf Platz 2 folgt Crack; diese Droge erzielt nach einem nahezu kontinuierlichen Rückgang mit 17% den niedrigsten Wert aller Erhebungen. Bei der Frage nach der „meist diskutierten“ Droge wird Crack mit 72% klar am häufigsten genannt, auch hier ist indes ein kontinuierlicher Rückgang seit 2002 zu beobachten. Eine umgekehrte Entwicklung ist für Heroin festzustellen, das bei dieser Frage aktuell von 17% genannt wird. Diese Kontinuität der Trendentwicklungen überrascht insofern, als sich die Trends bei den Prävalenzraten 2010 nicht weiter fortgesetzt haben: Crack ist trotz eines (Wieder-)Anstieges der 24-Stunden-Prävalenz von 59% auf 64% weiter subjektiv unpopulärer geworden, und umgekehrt ist Heroin zumindest bezogen auf die Frage nach der meist diskutierten Droge subjektiv noch etwas wichtiger geworden, obwohl die 24-Stunden-Prävalenz um fünf Prozentpunkte absank. Allerdings ging der Anstieg der Prävalenz zwei Jahre zuvor mit einem Rückgang der subjektiven Beliebtheit einher (s. Abb. 7).

**Abbildung 7: Heroin und Crack: 24-Stunden-Prävalenz und Anteil mit Nennung als Lieblingsdroge bzw. am meisten diskutierter Droge (%) nach Jahr der Befragung**



Auch bei den übrigen bei diesen beiden Fragen genannten Drogen zeigen sich diverse bemerkenswerte Beobachtungen: So ist beispielsweise der Anteil der Nennungen von Kokainpulver als Lieblingsdroge nochmals um einen Prozentpunkt auf 12% angestiegen; im Jahr 2002 lag dieser Wert noch bei lediglich 3%. Dieser nochmalige Anstieg ist angesichts dessen, dass die Prävalenzraten nach den erhöhten Werten 2006 und 2008 wieder gesunken sind, erstaunlich. Die nächsthäufige Nennung ist bei dieser Frage im Übrigen mit 10% ein Cocktail aus Heroin und Crack, wobei hier im Zeitverlauf keine nennenswerten Veränderungen zu beobachten sind. Weiterhin rückläufig ist die Angabe von Cannabis als Lieblingsdroge; aktuell wird die Substanz nur noch von 2% genannt; 2003 waren es noch 10%. Auch der analog zu den Prävalenzraten im Jahr 2008 noch leicht angestiegene Anteil für Benzodiazepine als präferierte Substanz ist von 5% wieder auf 3% gesunken. Bei der meist diskutierten Droge erzielt im Jahr 2010 keine andere Droge außer Crack und Heroin einen Wert oberhalb von 1%.

Insofern zeigt sich ein weiteres Mal, dass die Ergebnisse zur Drogenpräferenz und zu den meist diskutierten Substanzen meistens, aber nicht immer mit der Konsumprävalenz im Zusammenhang stehen. Ein noch stärker abweichendes Bild zeigt sich hinsichtlich der Frage, welche Droge am stärksten abgelehnt wird. Hier gehen die Nennungen von Drogen wie Heroin und Crack im Turnusvergleich praktisch gar nicht mit der Entwicklung der Prävalenzraten einher, weder in positiver noch in negativer Korrelation. Allerdings zeigt sich bei dieser Frage auch eine hohe Spannweite an genannten Substanzen – so wird in den meisten Erhebungsjahren am häufigsten LSD genannt (aktuell: 23%), eine Droge, die vermutlich aufgrund des Wirkspektrums im Szenegeschehen keine Rolle spielt. Auf den nächsten Rangplätzen folgen Crack (17%), Ecstasy (9%), Heroin und Benzodiazepine (je 6%). Über den gesamten Erhebungsturnus zeigt sich bei dieser Frage eine signifikante Veränderung, die allerdings bei keiner einzigen Substanz einen klaren Trend anzeigt.

Keine nennenswerten Veränderungen gibt es bei den Daten zur Frage, welche bislang noch nicht konsumierte Substanz die Interviewten gerne einmal probieren würden. Bei allen Befragungen antworten mehr als zwei Drittel, dass es eine solche Substanz nicht gebe; aktuell wird der höchste Wert aller Erhebungen erreicht (2002: 70%, 2003: 76%, 2004: 69%,

2006: 69%, 2008: 76%, 2010: 81%; \*). Keine einzelne Substanz erzielt hier aktuell mehr als 3% der Nennungen (Opium, Methamphetamin: je 3%; Ecstasy, Meskalin, LSD: je 2%).

## 4.4 Der „Alltag auf der Szene“

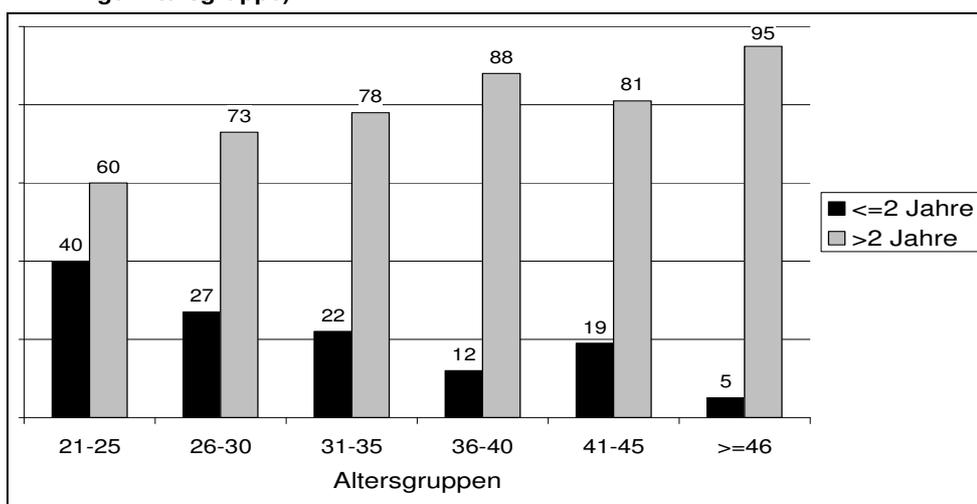
Im Folgenden werden wesentliche Charakteristika des Aufenthalts auf der „offenen Drogenszene“ untersucht. Dies betrifft vor allem Angaben dazu, seit wann sich die Interviewten regelmäßig auf der Szene aufhalten und wie umfassend dieser Aufenthalt jeweils ist, sowie weitere Merkmale, die im Zusammenhang mit den praktizierten Konsummustern stehen. Dies betrifft einerseits die Orte, an denen konsumiert wird, andererseits die Qualität, Verfügbarkeit und Preisentwicklung der Substanzen.

### 4.4.1 Dauer und Häufigkeit des Aufenthalts auf der Szene

Die Angaben dazu, seit wann die Befragten die Szene regelmäßig aufsuchen, zeigen eine extrem große Spannweite zwischen einem Monat und 37 Jahren; der Mittelwert liegt bei 12,8 ( $\pm 10$ ) Jahren. Bei einem Median<sup>13</sup> von 10 hält sich die Hälfte der im Jahr 2010 Befragten seit 10 Jahren und länger regelmäßig auf der Szene auf. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungen<sup>14</sup>.

Eine positive Korrelation besteht zwischen der Dauer des „Szeneaufenthalts“ und dem Lebensalter, das heißt, je älter die Befragten sind, desto länger halten sie sich auch auf der Szene auf. Neben der Gruppe der langjährigen Szenegänger(innen) gibt es jedoch auch eine nennenswerte Zahl an Drogenkonsument(inn)en, die mit einer maximalen Dauer von zwei Jahren erst vergleichsweise kurz regelmäßig die Szene aufsuchen – 2010 trifft dies insgesamt auf 17% der Befragten zu.

**Abbildung 8: Dauer des „Szeneaufenthalts“ und Lebensalter 2010, Anteile in % (bezogen auf die jeweilige Altersgruppe)**



<sup>13</sup> Der Median ist der Wert, durch den eine Häufigkeitsverteilung in zwei gleich große Hälften geteilt wird, so dass in jeder Hälfte genau 50% aller Fälle liegen.

<sup>14</sup> 2002: 10,5  $\pm$  8,5 Jahre; 2003: 12,3  $\pm$  8,6 Jahre; 2004: 11,7  $\pm$  9,6 Jahre; 2006: 13,1  $\pm$  9,2 Jahre; 2008: 11,5  $\pm$  9,0 Jahre; 2010: 12,8  $\pm$  10 Jahre; n.s.

Eine eindeutige Trendentwicklung ist für diese Gruppe an „Szeneneulingen“ über den Beobachtungszeitraum nicht erkennbar: So lag ihr Anteil 2002 und 2004 bei etwa einem Viertel, in den Jahren 2003 und 2006 dagegen mit gut einem Zehntel deutlich darunter; ihr aktueller Anteil von 17% ist aber identisch mit dem aus der Erhebung 2008. Entsprechend dem Zusammenhang zwischen der Dauer des „Szeneaufenthalts“ und dem Lebensalter zeigen sich dabei Unterschiede in der Altersstruktur zwischen denjenigen mit vergleichsweise kurzem Szeneaufenthalt und den übrigen Befragten (s. Abb. 8).

Insgesamt sind die „Szene-Neueinsteiger(innen)“ mit einem Durchschnittsalter von knapp 34 Jahren rund vier Jahre jünger als diejenigen, die sich bereits seit über zwei Jahren auf der Drogenszene aufhalten. Damit hat sich das durchschnittliche Alter der „Szene-Neulinge“ dem der erfahrenen Szenegänger angenähert und erreicht den höchsten Wert der bisherigen Befragungen (2002: 30 Jahre, 2003: 30 Jahre, 2004: 28 Jahre, 2006: 33 Jahre, 2008 30 Jahre). Ein Grund für das gestiegene Durchschnittsalter dürfte sein, dass bei der aktuellen Befragung niemand befragt wurde, der jünger als 20 Jahre ist. Darüber hinaus korrespondiert dieses Ergebnis aber auch mit der Beobachtung, dass das Durchschnittsalter der Konsument(inn)en stetig steigt. Ein genauere Vergleich der beiden Gruppen zeigt, dass es keine wesentlichen Differenzen hinsichtlich des Einstiegs in den Konsum illegaler Drogen gibt. Offensichtlich gelingt es einem Teil der Konsument(inn)en, „harter“ Drogen eine Integration in die offenen Szenestrukturen über einen längeren Zeitraum zu vermeiden.

In allen Befragungen lässt sich beobachten, dass sich die Interviewten sehr häufig und lange – im Durchschnitt 5 bis 6 Tage pro Woche, jeweils 7 bis 9 Stunden – auf der Szene aufhalten. Weder bei der Anzahl an Tagen, die die Befragten pro Woche in der Szene verbringen, noch bei der täglichen Anzahl an Stunden zeigen sich über den Befragungszeitraum statistisch signifikante Veränderungen, wenngleich 2010 mit durchschnittlich 7,3 Stunden am wenigsten Zeit auf der Szene verbracht wird.<sup>15</sup> Der Anteil derjenigen, die sich täglich in der Szene aufhalten, liegt seit 2003 bei rund zwei Dritteln (2002: 57%, 2003: 65%, 2004: 69%; 2006: 63%, 2008: 67%, 2010: 62%). Der Anteil an Befragten, die sich täglich zwölf Stunden und länger auf der Szene aufhalten, seit der Erhebung 2003 zurückgegangen und beträgt aktuell 22% (2002: 37%, 2003: 43%, 2004: 31%; 2006: 27%, 2008: 27%, \*\*\*).

**Tabelle 16: Gründe für den Aufenthalt auf der Szene (%)<sup>a</sup> nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Drogen kaufen	89	79	81	81	93	84	**
Leute treffen	68	73	68	78	77	71	***
Drogen verkaufen	31	33	41	37	34	26	n.s.
Langeweile	41	46	52	65	59	56	***
Service machen	9	9	7	11	7	10	n.s.
Geschäfte abwickeln	42	41	46	53	47	36	n.s.
bedingt durch Substitution	14	31	33	35	26	41	***

<sup>a</sup> Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten „trifft zu“ und „trifft teils - teils zu“.

<sup>15</sup> Tage pro Woche: 1995: 5,4 ± 2,3, 2002: 5,0 ± 2,5, 2003: 5,5 ± 2,2, 2004: 5,6 ± 2,3; 2006: 5,6 ± 2,1; 2008: 5,8 ± 2,0; 2010: 5,5 ± 2,2 (n.s.).  
Stunden: 1995: 9,0 ± 7,6, 2002: 9,6 ± 8,0, 2003: 9,7 ± 6,6, 2004: 8,3 ± 6,5, 2006: 8,0 ± 6,7; 2008: 8,2 ± 6,2; 2010: 7,3 ± 5,7 (n.s.).

Der am häufigsten genannte Grund für den Szenekontakt ist unverändert der Erwerb von Drogen (84%), gefolgt von dem sozialen Anlass „Leute treffen“ oder einfach „Langeweile“ (56%). 41% der Befragten nennen die Substitution als Grund für den Szeneaufenthalt und 36% „Geschäfte abwickeln“ (Tab. 16).

Bei den Motiven für den Szeneaufenthalt zeigen sich zwischen den Befragungen zum Teil signifikante Unterschiede: Die Motive „Leute treffen“ und „Drogen verkaufen“ nehmen seit 2006 und „Drogen kaufen“ seit 2008 ab. Signifikant und gegenüber der letzten Befragung deutlich angestiegen ist die Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung als Grund, um sich im Bahnhofsviertel aufzuhalten. Dieser klare Anstieg rechtfertigt einen genaueren Blick auf die Gruppe der befragten Substituierten: Betrachtet man ausschließlich die Gruppe der Substituierten, zeigt sich, dass 72% ihre Substitutionsbehandlung als Grund für den Szeneaufenthalt nennen (2002: 50%, 2003: 72%, 2004: 71%, 2006: 74%, 2008: 53%, 2010: 72%, \*). Dies ist gegenüber der Befragung 2008 ein deutlicher Anstieg. Allerdings zeigt sich auch, dass dieser Anteil etwa denen aus den Jahren 2003, 2004 und 2006 entspricht. So ist der aktuelle Anstieg auch auf eine erhöhte Anzahl an Substituierten unter den Befragten 2010 zurückzuführen (2010: 81 Personen, 2008: 72 Personen)

#### 4.4.2 Die Orte des Konsums

Neben dem Erwerb und dem Verkauf von Drogen findet auch der Konsum in erheblichem Maße selbst auf der Drogenszene statt – dies zum Teil wie gesundheits- und ordnungspolitisch intendiert in den Drogenkonsumräumen, teilweise jedoch auch in der Öffentlichkeit. Seit 2002 werden die interviewten Drogengebraucher(innen) nach den Orten des Konsums befragt, wobei hier der intravenöse Konsum und das Crackrauchen getrennt erfasst werden. In den Befragungen 2002 und 2003 wurde nach dem überwiegenden Konsumort gefragt. Seit der Erhebung 2004 können die Befragten mehrere Konsumorte, und für diese eine Rangreihe entsprechend der Häufigkeit, angeben. Für den nachfolgenden Vergleich zwischen den sechs Erhebungen wird zunächst nur der überwiegende Konsumort berücksichtigt, also der Ort, von dem die Befragten angeben, dass sie dort meistens konsumieren.

Im Ergebnis zeigen sich sowohl Veränderungen zwischen den einzelnen Befragungen als auch deutliche Unterschiede zwischen dem intravenösen Konsum und dem Crackrauchen (s. Tab. 17). Der intravenöse Konsum findet in allen sechs Befragungen in erster Linie in den Konsumräumen statt – diese werden von jeweils deutlich mehr als der Hälfte der Interviewten als überwiegende Orte angegeben. 18% der im Jahr 2010 Befragten injizieren vorwiegend zuhause bzw. in privaten Räumlichkeiten, 6% hauptsächlich auf der Straße. Damit ist der Anteil derjenigen, die vor allem in der Öffentlichkeit injizieren, wieder relativ deutlich gesunken und der Anteil derjenigen, die überwiegend in den Konsumräumen injizieren, wieder deutlich angestiegen – die Veränderungen erreichen jedoch keine statistische Signifikanz.

**Tabelle 17: Überwiegende Orte des intravenösen Konsums und des Crackrauchens nach Jahr der Befragung**

	Intravenöser Konsum <sup>a</sup>							Crackrauchen <sup>a</sup>						
	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Zuhause / privat	16	19	22	23	19	18	n.s.	21	16	16	22	12	27	***
auf der Straße	19	20	20	8	17	6		67	77	74	61	79	61	
in öffentlichen Gebäuden	1	1	1	0	1	0		3	1	0	0	0	2	
im Konsum-, Rauchraum	64	56	55	63	57	69		0	0	1	3	0	0	
sonstiges	0	4	3	3	1	2		9	7	9	3	1	4	
Straße (nicht Bahnhofsviertel)	0	0	0	4	3	1		0	0	0	12	5	6	

<sup>a</sup> Bezogen auf diejenigen mit intravenösem Konsum bzw. auf Crackraucher(innen).

Statistisch signifikant sind jedoch die Veränderungen bezüglich des Crackrauchens: Mit 61% gibt die Mehrheit im Jahr 2010 an, Crack überwiegend auf der Straße im Bahnhofsviertel zu rauchen. Dieser Anteil lag 2008 noch wesentlich höher. Deutlich erhöht hat sich im selben Zeitraum dagegen der Anteil an Crackkonsument(inn)en, die in erster Linie zuhause bzw. in privaten Räumlichkeiten Crack rauchen; hierfür zeigt sich der höchste Wert aller Befragungen. Insofern lassen sich aktuell nach wie vor deutliche Unterschiede zwischen den Konsumorten für den intravenösen Konsum und das Crackrauchen feststellen, wobei für beide Applikationsformen die Bedeutung der Straße als Konsumort wieder abgenommen zu haben scheint.

Ein weiterer Unterschied zwischen dem intravenösen Konsum und dem Crackrauchen besteht darin, dass im Unterschied zu den Konsumräumen als meistgenutzte Orte für den intravenösen Konsum der Rauchraum für die befragten Crackraucher(innen) keine bedeutende Rolle spielt – im Jahr 2010 nannte keine(r) der Befragten den Rauchraum als überwiegenden Konsumort für Crack. Wie in den Jahren zuvor sind andere Örtlichkeiten für beide Applikationsformen ebenfalls kaum von Bedeutung.

Wie erwähnt, werden die Befragten seit 2004 um die Erstellung einer Rangreihe der Konsumorte entsprechend der Häufigkeit der Nutzung gebeten. Somit liegen neben der überwiegenden Nutzung auch Angaben darüber vor, inwiefern bestimmte Orte überhaupt für den Konsum genutzt werden. Im Ergebnis zeigt sich, dass das Crackrauchen bei fast allen Konsument(inn)en (93%) unverändert zumindest gelegentlich auf der Straße stattfindet und bei der Hälfte der Befragten (49%) auch zuhause. Immerhin 14% nutzen den Rauchraum hin und wieder. Konstant über die vier Befragungen hinweg ist festzustellen, dass die Konsumräume von über 80% der i.v. Konsument(inn)en für den intravenösen Drogengebrauch zumindest gelegentlich frequentiert werden (2010: 91%) und insofern eine hohe Nutzungsrate aufweisen. Mit Anteilen von jeweils etwas mehr als einem Drittel findet der intravenöse Konsum jedoch auch auf der Straße (35%) oder in Privaträumen (37%) statt.

Angesichts der vergleichsweise geringen Nutzung des Rauchraums wird seit 2004 erhoben, warum die Interviewten dieses Angebot der Drogenhilfe nicht häufiger nutzen. Ausgewertet werden hier die Angaben derjenigen aktuellen Crackraucher(innen), die den Rauch-

raum nicht als überwiegenden Ort des Konsums nennen (2004: n=109; 2006: n=75, 2008: n=75, 2010: n=83) – dies trifft 2010 auf alle befragten Crackraucher(innen) zu. Von ihnen geben 20% an, der Rauchraum sei für sie zu weit weg. 17% sind der Meinung, dass es für sie zu aufwendig sei bzw. zu lange dauere, den Rauchraum für den Crackkonsum aufzusuchen – dieser Anteil liegt seit 2008 höher als in den vorherigen Erhebungen (2004: 6%, 2006: 1%, 2008: 17%). Weitere, 11% kennen den Rauchraum nicht und 6% äußern ein mangelndes Interesse an einer häufigeren Nutzung. Weitere angeführte Gründe beziehen sich auf die Bedingungen vor Ort: So geben 5% an, dass der Raum zu klein sei, weitere 5% mögen die Atmosphäre dort nicht und 4% nennen als Grund für die Nichtnutzung die Lage des Raumes im 3. Stockwerk der Drogenhilfeeinrichtung. Ebenfalls 4% (und damit weniger als in früheren Befragungen) nennen die ungünstigen Öffnungszeiten als Grund (2004: 7%, 2006: 19%, 2008: 11%). Weitere 2% führen an, dass sie aufgrund einer Substitutionsbehandlung oder eines längerfristigen Hausverbots den Rauchraum nicht nutzen dürfen.

Schließlich wird seit der Befragung 2004 im Hinblick auf den Konsum in der Öffentlichkeit differenziert erhoben, ob es sich dabei um das Bahnhofsviertel oder um andere Stadtteile Frankfurts handelt. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Mehrheit der Befragten, die auf der Straße konsumieren, dies ausschließlich im Bahnhofsviertel tun – dies betrifft insbesondere den intravenösen Gebrauch: Insgesamt berichten lediglich 5% der i.v. Konsument(inn)en – und damit weniger als in den vorherigen Befragungen (2004: 11%; 2006: 15%, 2008: 15%) – überhaupt von einem öffentlichem Konsum außerhalb des Bahnhofsviertels. Für eine Person (1%) stellt dies den überwiegenden Konsumort dar. Diese Resultate deuten auf einen leichten Rückgang des intravenösen Konsums außerhalb des Bahnhofsviertels hin, wenngleich die Veränderungen nicht statistisch signifikant sind. Im Hinblick auf den inhalativen Crackkonsum liegen die entsprechenden Werte höher: Generell rauchen 26% (2004: 16%, 2006: 45%, 2008: 31%) Crack auch auf der Straße außerhalb des Bahnhofsviertels, jedoch stellt dies für nur 6% auch den überwiegenden Konsumort dar (s. Tab. 17). Über den Erhebungszeitraum lässt sich somit beobachten, dass das Rauchen von Crack in der Öffentlichkeit außerhalb des Bahnhofgebiets zwischen 2004 und 2006 angestiegen, seitdem jedoch wieder rückläufig ist.

#### 4.4.3 Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung

In diesem Abschnitt werden die Veränderungen im Schwarzmarktgeschehen in der Frankfurter „offenen Drogenszene“ anhand der Verfügbarkeit, der Qualität und der Preise von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen dargestellt.

Für Heroin, Kokain und Crack lassen sich signifikante Veränderungen im Hinblick auf die Einschätzung zur Verfügbarkeit feststellen (s. Tab. 18). Die entsprechenden Änderungen im Zeitverlauf gehen dabei häufig nicht mit der Entwicklung der Prävalenzraten einher: So wurde z.B. 2008, als der Heroinkonsum einen zeitweiligen Höhepunkt erreicht hatte, dessen Verfügbarkeit etwas schlechter eingeschätzt als in den meisten Vorjahren. Aktuell – parallel zu etwas gesunkener Prävalenz – wird die Verfügbarkeit hingegen so hoch eingeschätzt wie in keiner der vorangegangenen Befragungen. Gleichzeitig haben sich in diesem Zeitraum die entsprechenden Zahlen für Crack fast exakt genauso entwickelt wie die für Heroin – bei gleichzeitigem graduellen Anstieg der Konsumprävalenz.

**Tabelle 18: Einschätzung der Verfügbarkeit von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Heroin							
leicht / sehr leicht	88	93	95	95	87	97	**
schwer / sehr schwer	12	7	5	5	13	3	
Kokain							
leicht / sehr leicht	14	26	14	28	27	25	**
schwer / sehr schwer	86	74	86	72	73	75	
Crack							
leicht / sehr leicht	94	97	95	95	88	99	**
schwer / sehr schwer	6	3	5	5	12	1	
Benzodiazepine <sup>a</sup>							
leicht / sehr leicht	--	--	97	90	95	94	n.s.
schwer / sehr schwer	--	--	3	10	5	6	

<sup>a</sup> Erstmals bei der Befragung 2004 erhoben.

Insofern ist zu vermuten, dass bei diesen Drogen Konsum und Verfügbarkeit nur äußerst bedingt in einem Zusammenhang stehen, zumal die Verfügbarkeit durchweg als sehr hoch eingeschätzt wird. Die etwas niedrigeren Werte aus dem Jahr 2008 sind daher möglicherweise eher durch eine zeitweise etwas schlechtere allgemeine ‚Versorgungslage‘ bei den meist-konsumierten Substanzen der Szene zu erklären. Die Verfügbarkeit von Kokain wird weiterhin als eher schwer eingeschätzt. Keine signifikante Veränderung ist weiterhin bei der erstmals im Jahr 2004 erhobenen Verfügbarkeit von Benzodiazepinen zu beobachten; nach Angaben der Befragten sind diese Stoffe ähnlich leicht erhältlich wie Heroin und Crack.

Wie in den Vorjahren gehen die Antworten auf die Frage, inwieweit sich die Verfügbarkeit der einzelnen hier abgefragten Substanzen gegenüber dem Vorjahr verändert hat, nur teilweise mit der Entwicklung bei der konkreten Frage nach der Verfügbarkeit einher. Eine entsprechende parallele Entwicklung zeigt sich bei Crack, das im Jahr 2010 mit 19% im Vergleich zu 2008 (34%) wieder von deutlich weniger Befragten für schwerer erhältlich als im Vorjahr gehalten wird. Selbiges gilt für Heroin („schwerer erhältlich“ 2008: 30%, 2010: 16%). Bei Kokain hingegen geben aktuell etwas weniger Interviewpartner(innen) an, dass die Droge schwerer als im Vorjahr erhältlich sei (2008: 21%, 2010: 12%). Bei Benzodiazepinen hingegen wird trotz etwa unveränderter Verfügbarkeitseinschätzung wieder häufiger von einer im Vergleich zum Vorjahr schlechteren Verfügbarkeit ausgegangen (2008: 11%, 2010: 21%).

Bei den Einschätzungen zur Qualität der Substanzen, die die Befragten zurzeit konsumieren, sind bei Heroin, Crack und Kokain signifikante Veränderungen zu beobachten (Tab. 19). Im Fall von Heroin konnte insbesondere 2004 anhand der Verteilung der Antworten von einer subjektiv wahrgenommenen Qualitätssteigerung ausgegangen werden, worauf sich 2006 eine leicht rückläufige Tendenz und 2008 wieder eine leichte wahrgenommene Qualitätssteigerung anschloss. Aktuell zeigt sich wieder ein subjektiver Qualitätsrückgang, der sich in einem Rückgang der Antworten „gut/sehr gut“ und einer erhöhten Anzahl „schlechter“ bzw. „sehr schlechter“ Bewertungen zeigt. Im Jahr 2002 gab es indes noch eine höhere Zahl „schlechter“/ „sehr schlechter“ Einschätzungen. Auch bei Crack zeigt sich aktuell eine im Vergleich zu 2008 insgesamt schlechter eingeschätzte Qualität. Die entsprechende Veränderung fällt allerdings deutlicher aus als bei Heroin – mit 16% geben nur noch halb so viele ei-

ne „gute“/ „sehr gute“ Qualität an wie 2008, und gleichzeitig ist ein deutlicher Anstieg der mindestens „schlechten“ Bewertungen zu beobachten. Allerdings gab es im Jahr 2006 noch etwas weniger Befragte, die Crack eine mindestens „gute“ Qualität beimaßen. In den Jahren davor war die subjektiv wahrgenommene Qualität nahezu kontinuierlich gesunken. Diesen Angaben zufolge hat sich also in den zurückliegenden vier Jahren bezüglich der Qualität der Droge eine starke Auf- und Ab-Bewegung vollzogen. Bei der Qualitätsentwicklung von Kokainpulver ist ebenfalls eine subjektiv Wahrgenommene Verschlechterung fest zu stellen, allerdings ist dies auf den Anteil derer zurückzuführen die angeben, die Qualität nicht einschätzen zu können. (s. Tab. 19). Werden nur die Antworten derjenigen berücksichtigt, die eine Qualitätseinschätzung von Kokain abgegeben haben, wird die Güte der Substanz durchweg von einer deutlichen Mehrheit als „gut“ bzw. „sehr gut“ bewertet.

**Tabelle 19: Einschätzung der Qualität von Heroin, Crack und Kokain (%) nach Jahr der Befragung<sup>a</sup>**

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
<b>Heroin</b>							
gut / sehr gut	20	23	32	22	27	23	***
weniger gut	19	23	22	40	33	29	
schlecht / sehr schlecht	59	38	42	37	38	46	
Weiß nicht	2	15	3	1	2	3	
<b>Crack</b>							
gut / sehr gut	33	26	20	9	33	16	***
weniger gut	21	29	23	40	31	30	
schlecht / sehr schlecht	38	41	47	47	29	48	
Weiß nicht	9	4	10	4	7	7	
<b>Kokain</b>							
gut / sehr gut	54	33	41	68	62	47	***
weniger gut	7	0	8	16	14	9	
schlecht / sehr schlecht	17	13	8	7	12	9	
Weiß nicht	22	53	43	9	12	35	

<sup>a</sup> Bezogen auf diejenigen mit Konsum im letzten Monat.

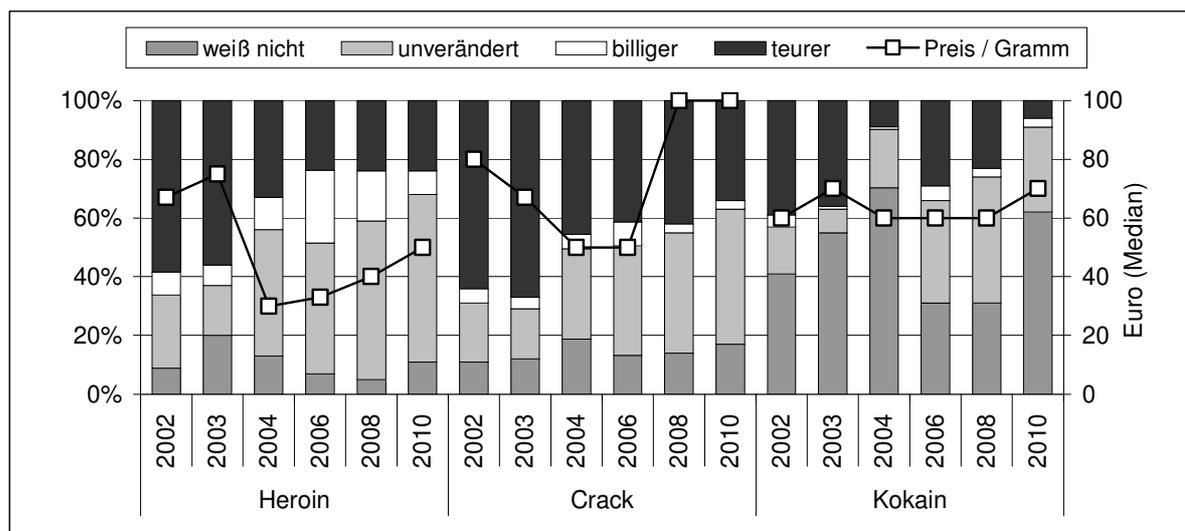
Für die Darstellung der Ergebnisse zur Preisentwicklung von Heroin, Crack und Kokain stehen zum einen die direkten Einschätzungen der Befragten zur Verfügung, ob die entsprechende Substanz im Vorjahreszeitraum teurer oder billiger geworden bzw. im Preis unverändert geblieben ist, zum anderen die Preise in Euro pro Gramm, die aus den entsprechenden konkreten Angaben ermittelt wurden.<sup>16</sup> Im Jahr 2010 zeigt sich dabei vor allem bei Crack eine extrem große Streuung der Angaben. So liegt der niedrigste Wert für ein Gramm bei 30 Euro, der höchste bei 1000 Euro. Bei dieser Substanz dürfte insbesondere die unterschiedliche Größe der jeweils angekauften „Steine“ dafür verantwortlich sein, dass es den Konsument(inn)en schwer fallen dürfte, das jeweilige Gewicht und den daraus folgenden Grammpreis der erworbenen Substanz einzuschätzen. Nicht mehr ganz so groß ist die entsprechende Spannbreite bei Heroin: hier wurden in der aktuellen Erhebung Angaben zwischen

<sup>16</sup> Die Interviewten wurden jeweils nach dem Gewicht und dem Preis der kleinsten Konsumeinheit befragt. Da einige Konsument(inn)en nur Angaben zu größeren Mengen machen konnten, wurden diese Angaben in Preise pro Gramm umgerechnet.

20 € und 100 € gemacht. Aufgrund der insgesamt vergleichsweise großen Preis-Varianz wird für die nachfolgende Auswertung einheitlich der Median berücksichtigt.

Nachdem der Preis für Heroin nach den Angaben der Interviewten zwischen 2003 und 2004 sehr deutlich zurückgegangen war (Median 2003: 75 €, 2004: 30 €; s. Abb. 9), ist wieder ein nahezu kontinuierlicher Preisanstieg auf aktuell 50 Euro zu beobachten. Der Preis für ein Gramm Crack ist hingegen zwischen 2002 und 2004 kontinuierlich zurückgegangen (Median 2002: 80 €; 2004: 50 €) und hat sich im Jahr 2008 auf 100 Euro verdoppelt. In der aktuellen Befragung liegt der entsprechende Median genauso hoch wie zwei Jahre zuvor. Nur geringe Schwankungen zeigen sich beim Grammpreis für Kokain, dessen Median in jedem Erhebungsjahr bei 60 bzw. 70 Euro liegt (2010: 70 €). Der Kokainpreis in der „offenen Szene“ entspricht damit weiterhin dem in der Trendscoutbefragung ermittelten Preis für die Substanz in Partyszenen bzw. Jugendkulturen. Seit 2004 wird auch der Schwarzmarktpreis für eine Tablette Benzodiazepine ermittelt. Hier liegt der ermittelte Median im Jahr 2010 mit 2 Euro um 50 Cent (bzw. ein Drittel) höher als in den drei vorherigen Befragungen (jeweils 1,50 €).

**Abbildung 9: Einschätzung der Preisentwicklung und Preis pro Gramm Heroin, Crack und Kokain nach Jahr der Befragung**



Wie in den letzten Erhebungen spiegeln sich die Preisentwicklungen bei den drei in Abb. 9 dargestellten Substanzen nur sehr bedingt in den Einschätzungen der Befragten wider. So äußerte sich der starke Preisrückgang bei Heroin im Jahr 2004 zunächst nur darin, dass weniger Befragte angaben, die Droge sei teurer geworden, bei gleichzeitigem Anstieg des Anteils derer, die den Preis der Substanz für gleichbleibend hielten. Erst 2006, als der Preis offenbar bereits wieder leicht anstieg, gaben etwas mehr Befragte an, die Droge sei preiswerter geworden. In diesem Jahr äußert sich der weitere Preisanstieg vor allem darin, dass die Gruppe, die Heroin für preiswerter hält, kleiner geworden ist. Eine Mehrheit geht wie in den drei Vorbefragungen von einem gleichbleibenden Preis aus (s. Abb. 9). Bei Crack schätzt in den meisten Erhebungsjahren der jeweils größte Anteil der Befragten den Preis als ansteigend ein; besonders hoch lag dieser Anteil in den Jahren 2002 und 2003, als der Preis noch deutlich rückläufig war. Beim offensichtlich starken Preisanstieg 2008 änderte sich hingegen nur wenig an der Verteilung der diesbezüglichen Einschätzungen, und – im Unterschied zur

oben für Heroin beschriebenen Preisentwicklung 2004-2006 – schlägt sich diese Änderung auch nicht mit Verzögerung in der aktuellen Befragung nieder. Bei Kokain schließlich gibt 2010 – wie bereits in den Erhebungen 2002 bis 2004 – wieder jeweils die Mehrheit der Befragten an, eventuelle preisliche Veränderungen nicht einschätzen zu können (2010: 62%). Unter denen, die eine Einschätzung abgeben, hat aktuell der Anteil derer, die Kokain für teurer halten, zugunsten derer, die von einem unveränderten Preis ausgehen, abgenommen („teurer“: 2008: 23%, 2010: 6%; „unverändert“: 2008: 43%, 2010: 29%). Der aktuell zu beobachtende Preisanstieg bei Benzodiazepinen schließlich geht auch mit einer entsprechenden Einschätzung bei der Frage nach wahrgenommenen Veränderungen einher: während 2008 nur 5% der Meinung waren, dass die Medikamente teurer geworden seien („unverändert“: 80%), ist dieser Wert aktuell sehr deutlich auf 55% gestiegen („unverändert“: 19%).

Der Umstand, dass es in allen Erhebungsjahren bei fast allen Drogen jeweils deutlich mehr Befragte gibt, die die Substanz im Vergleich zum Vorjahr für teurer halten, als solche, die von einem niedrigeren Preis ausgehen, spiegelt vermutlich bei vielen Befragten eine pessimistische Sichtweise nach dem Motto „Alles wird immer teurer“ wider.

Auch im Jahr 2010 zeigen sich insgesamt bei der Betrachtung der Ergebnisse zur Angebotslage bemerkenswerte Resultate, insbesondere vor dem Hintergrund der Prävalenzentwicklung. So stagniert der in der vorherigen Befragung verdoppelte Preis von Crack auf diesem hohen Niveau, während sich die Qualitätseinschätzung für die Substanz wieder deutlich verschlechtert hat. Der Preisanstieg 2008 war noch mit einer als deutlich höher wahrgenommenen Qualität einhergegangen. Trotz dieser offenbar deutlich verschlechterten Angebotslage ist die Crack-Prävalenz eher wieder etwas angestiegen (s. 4.4.2). Offenbar hat sich in der Szene ein gewisses Konsumniveau für das Kokainderivat etabliert, das kaum von den teils deutlichen Schwankungen von Preisen und Qualität beeinflusst wird. Im Hinblick auf Heroin hingegen drängt sich der Eindruck auf, dass sich die Preisänderungen jeweils mit einer zeitlichen Verzögerung auf das Konsumniveau auswirken: nach dem deutlichen Preisrückgang 2004 dauerte es rund vier Jahre, bis die Prävalenzraten wieder einen (vorläufigen) Höhepunkt erreichten, bevor sie 2010, bei mittlerweile wieder merklich gestiegenen Preisen, wieder etwas gesunken sind. Der in diesem Jahr beobachtete Preisanstieg bei Benzodiazepinen schließlich geht – zumindest im Hinblick auf den Konsum in den letzten 24 Stunden – nicht mit einem Rückgang der Prävalenz einher.

Abschließend wird an dieser Stelle eine Hypothese aus dem Vorjahr anhand der aktuellen Daten näher untersucht. Vermutet wurde, dass sich die Ausgaben für Drogen weniger nach dem verfügbaren Einkommen richten, sondern von einer umgekehrten Wirkung auszugehen sei, indem viele der Szeneangehörigen ihre Bemühungen zur Beschaffung finanzieller Mittel nach den zu tätigen Ausgaben für Drogen ausrichten. Im aktuellen Erhebungsjahr sind tatsächlich sowohl die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel als auch die Ausgaben für Drogen relativ deutlich gesunken (s. 4.1.4). Diese niedrigeren Ausgaben für Drogen müssten entweder mit niedrigeren Preisen für die konsumierten Drogen und/oder mit einer gesunkenen Prävalenz dieser Substanzen zu begründen sein. Beides ist aber nicht der Fall: die Preise sind tendenziell sogar leicht angestiegen, gleichzeitig hat sich an der Prävalenz nur wenig geändert – einem leichten Rückgang beim Heroinkonsum steht ein leichter Anstieg des Crackgebrauches gegenüber. Lediglich eine gewisse Verschiebung von exzessiven zu weniger intensiven Konsummustern ist zu beobachten, die allein aber nicht für das Ausmaß des Rückgangs der Ausgaben verantwortlich sein kann. Daher muss an dieser Stel-

le die Frage offen bleiben, wie es die Befragten schaffen, das ungefähr gleichbleibende Preis- und Konsumniveau mit deutlich geringeren Geldsummen zu finanzieren.

#### 4.4.4 Kontrollintensität, Hafterfahrungen und Haftgründe

In der Erhebung 2010 wurden die Befragten erstmals nach Kontrollen bzw. Überprüfungen durch die Polizei, inklusive Stadtpolizei (ehemals Ordnungsamt) und Bundespolizei (ehemals Bahnpolizei) gefragt. Hintergrund der Frage war es, einen Einblick in die Kontrolldichte der Ordnungsbehörden zu erhalten und zu prüfen, ob es bestimmte Gruppen der Szenegänger gibt, die auffällig häufig kontrolliert werden. Die Frage bezieht sich auf die Häufigkeit derartiger Kontrollen im zurückliegenden Monat.

Insgesamt 56% der Interviewten haben in diesem Zeitraum mindestens eine entsprechende Kontrolle erlebt. Bei den meisten beschränkte sich dies auf einige wenige Überprüfungen (1 Mal: 16%, 2 Mal: 10%, 3-5 Mal: 15%). Insgesamt rund jede(r) siebte Befragte wurde allerdings vergleichsweise häufig kontrolliert: 4% erlebten 6-10, 6% 11-20 und weitere 5% sogar mehr als 20 Polizeikontrollen. Eine genauere Betrachtung verschiedener Gruppen zeigt, dass Szenegänger, die sich bereits länger auf der Szene aufhalten (mehr als 2 Jahre), mit durchschnittlich 3,8 Mal etwas häufiger kontrolliert werden als Szenegänger, die sich weniger als 2 Jahre in diesem Umfeld aufhalten (2,4 Mal). Zwar weist dieser Unterschied keine statistische Signifikanz auf, jedoch zeigt die Tendenz, dass „neue Gesichter“ zumindest nicht häufiger kontrolliert werden bzw. es ihnen möglicherweise besser gelingt, sich unauffällig zu verhalten. Andere Analysen wie zum Beispiel der Vergleich von Deutschen und Nichtdeutschen zeigten hinsichtlich der Kontrolldichte dagegen keine Unterschiede.

Weiterhin wurde den Szeneangehörigen die Frage gestellt, ob ihnen gegenüber im letzten Monat Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote<sup>17</sup> ausgesprochen wurden. Bei insgesamt 34% derer, die auch im zurückliegenden Monat kontrolliert wurden, war dies der Fall; dies entspricht 20% der gesamten Stichprobe. Beim überwiegenden Teil dieser Gruppe (20% der von der Polizei Kontrollierten bzw. 12% der Gesamtstichprobe) beschränkte sich dies auf ein(en) Platzverweis/ Aufenthaltsverbot. Weitere 10% der Kontrollierten bzw. 6% aller Befragten hatten 2-5 derartige Verweise erteilt bekommen und 4% respektive 2% erlebten mehr als 5 Platzverweise/ Aufenthaltsverbote.

Bei einem Vergleich der Häufigkeiten von Polizeikontrollen und Platzverweisen bzw. Aufenthaltsverboten zeigt sich erwartungsgemäß eine deutliche Korrelation dahingehend, dass diejenigen, die häufig kontrolliert wurden, in der Tendenz auch eher bzw. häufiger Verweise erteilt bekamen. Es gab jedoch auch eine nennenswerte Anzahl von Befragten, die zwar häufig kontrolliert wurden, aber keine Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote erlebten. Letzteres trifft z.B. auf 47% derer zu, die im zurückliegenden Monat mindestens 10 Mal kontrolliert wurden.

Ebenfalls erstmals im Fragebogen enthalten waren Fragen zu Hafterfahrungen und den jeweiligen Gründen für Gefängnisaufenthalte. Hier zeigt sich zunächst das bemerkenswerte Datum, dass lediglich 22% der befragten Szeneangehörigen bislang noch nie inhaftiert gewesen sind. Unter den 78%, die über Hafterfahrungen verfügen, verteilt sich die Häufigkeit

<sup>17</sup> Der Platzverweis ist eine polizeirechtliche Maßnahme, die der Gefahrenabwehr dienen soll und zeitlich auf 24 Stunden begrenzt ist. Ein Aufenthaltsverbot ist eine Anordnung, die von einer Gemeinde ausgesprochen werden kann und die sich auf einen längeren Zeitraum sowie ein größeres Gebiet bezieht als ein Platzverweis.

der bisherigen Inhaftierungen relativ gleichmäßig: Jeweils 12% aller Befragten waren bislang einmal bzw. zweimal in Haft, 14% dreimal, jeweils 10% 4 bzw. 5 Mal, 7% 6 Mal, 5% 7 Mal und 8% 8 Mal oder häufiger. Durchschnittlich haben die befragten Hafterfahrenen bislang 4,6 Gefängnisaufenthalte erlebt ( $\pm 4,6$ ).

Eine ähnlich gleichmäßige Verteilung zeigt sich im Hinblick auf die Frage nach der Zeit, die die Betroffenen bislang insgesamt in Gefängnissen verbracht haben. Bei 23% der Hafterfahrenen beschränkt sich diese Zeit auf maximal 12 Monate, 13% waren 1-2 Jahre, 15% maximal 3 Jahre, 10% maximal 4 Jahre, jeweils 11% maximal 5 bzw. maximal 7 Jahre und wiederum 10% zwischen 7 und 10 Jahren in Haft. Weitere 7% der Hafterfahrenen haben sogar insgesamt schon mehr als 10 Jahre in Haftanstalten verbracht. Im Schnitt waren die Befragten mit Hafterfahrung rund vier Jahre (51,9 Monate;  $\pm 51,9$ ) im Gefängnis.

Unter den Gründen für die Inhaftierung(en) wurde mit 27% am häufigsten Diebstahl genannt. 21% gaben an, dass sie mit der Haft eine zuvor ausgesprochene Geldstrafe abgesessen hätten (ohne nähere Spezifizierung der Delikte, die zur jeweiligen Geldstrafe geführt hatten). Weitere 12% waren wegen Drogenbesitz in Haft, 10% wegen Körperverletzung und 8% wegen Drogenhandel. Jeweils 7% gaben Raub und Betrug als Delikte an, wegen derer sie inhaftiert wurden. Jeweils 3% der Hafterfahrenen waren wegen Einbruch bzw. Fahren ohne Führerschein im Gefängnis. Weiterhin gab es jeweils eine(n) Befragte(n), der wegen Drogenschmuggel, Mord bzw. Totschlag in Haft gesessen hatte.

Insgesamt lässt sich zunächst festhalten, dass die Mehrzahl der Befragten regelmäßig – mindestens einmal im Monat – in der Öffentlichkeit von der Polizei kontrolliert wird; mehr als jede(r) zehnte wurde im letzten Monat mehr als 10 Mal kontrolliert. Demnach kann die Kontrolldichte als durchaus hoch bezeichnet werden. Unter diesen Personen wiederum gibt es einen nennenswerten Teil (rund ein Drittel), dem gegenüber bei solchen Kontrollen Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote ausgesprochen werden. Derartige ordnungsrechtliche Maßnahmen scheinen also innerhalb der Szene durchaus Teil des Alltages zu sein. Weiterhin lässt sich resümieren, dass eine große Mehrheit der Befragten über Hafterfahrungen verfügt, wobei überwiegend erhebliche Inhaftierungszeiten von mehreren Jahren zusammenkommen. Am häufigsten sind dabei Eigentumsdelikte Grund für die Gefängnisaufenthalte, gefolgt von Drogendelikten. Darüber hinaus haben aber auch nicht wenige Betroffene wegen Gewaltakten Zeit in Haftanstalten verbracht.

#### **4.4.5 Der Szenealltag im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede**

Die Mehrheit der im Jahr 2010 befragten Drogenkonsument(inn)en hält sich mit durchschnittlich 12,8 Jahren bereits seit langer Zeit regelmäßig auf der Frankfurter Drogenszene auf. Mit im Schnitt 11,9 gegenüber 14,5 Jahren besuchen die Frauen die Drogenszene etwas länger als die Männer (\*). Insgesamt halten sich die Interviewpartner(innen) im Mittel an 5,5 Tagen und dann für durchschnittlich 7,3 Stunden auf der Drogenszene auf. Frauen halten sich mit 7,9 Stunden durchschnittlich etwas länger auf der Szene auf als Männer (7); allerdings erreicht dieser Unterschied keine statistische Signifikanz. In den vorangegangenen Erhebungen fiel die entsprechende Differenz zumeist deutlicher aus (2002: 9,4 vs. 10,0; 2003: 8,6 vs. 12,0; 2004: 7,7 vs. 9,4; 2006: 7,2 vs. 9,5; 2008: 7,7 vs. 9,2). Was die Gründe für den Aufenthalt auf der Szene betrifft, so dominiert eindeutig das Motiv „Drogen kaufen“, welches von

nahezu allen Befragten (84%) angeführt wird. Eine wichtige Rolle für den Aufenthalt auf der Szene spielen darüber hinaus auch Motive, die auf die soziale Funktion der Drogenszene verweisen (Leute treffen: 71%, keine andere Beschäftigung: 56%), oder sich auf ihren ökonomischen Aspekt beziehen (Geschäfte abwickeln: 36%, Drogen verkaufen: 26%). Insgesamt 41% aller der im Jahr 2010 Befragten besucht das Bahnhofsviertel wegen der Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung (72% der Substituierten). Dies bedeutet zwar einen Anstieg gegenüber der letzten Befragung, lässt sich aber zumindest teilweise mit dem erhöhtem Anteil von Substituierten in der Befragung erklären. Ein signifikanter Geschlechtsunterschied (\*) zeigt sich lediglich für das Motive „Leute treffen“, das von 40% der Frauen und lediglich 23% der Männer als Grund für den Szeneaufenthalt genannt wird.

Im Hinblick auf die Orte, die von den Befragten für den intravenösen Konsum sowie für das Rauchen von Crack aufgesucht werden, lässt sich nach wie vor festhalten, dass der intravenöse Konsum vor allem in den Konsumräumen stattfindet – generell nutzen 91% der i.v.-Konsument(innen) die Konsumräume für den intravenösen Drogengebrauch und 69% konsumieren hier überwiegend. Hauptsächlich in privaten Räumlichkeiten injizieren 18%, 37% tun dies zumindest gelegentlich. Etwa ein Drittel (35%) nutzt jedoch nach wie vor die Straße als Ort für den intravenösen Konsum, 6% injizieren überwiegend auf der Straße. Geschlechtsbezogene Unterschiede lassen sich dahingehend beobachten, dass Frauen häufiger als Männer die Straße (14% vs. 3%) sowie Privaträume (38% vs. 10%) als überwiegende Orte des intravenösen Konsums angeben. Demgegenüber geben die männlichen Befragten häufiger die Konsumräume als überwiegende Konsumorte an (81% vs. 41%). Über den Erhebungszeitraum betrachtet, nimmt einerseits in nahezu allen Befragungen die Straße als überwiegend genutzter Ort für den i.v. Konsum bei den Frauen einen wichtigeren Stellenwert ein. Andererseits zeigt sich, dass private Räumlichkeiten als meist genutzte Konsumorte bei den Frauen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben.<sup>18</sup> Was die Orte für das Rauchen von Crack betrifft, so geben 61% der Befragten die Straße als überwiegenden Konsumort an, mit 93% rauchen nahezu alle Crack zumindest gelegentlich auf der Straße, 49% gelegentlich auch in privaten Räumlichkeiten. Keiner der im Jahr 2010 Befragten nutzt den Rauchraum als überwiegenden Konsumort; immerhin 14% suchen diesen jedoch zumindest ab und zu für den Crackkonsum auf. Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede lassen sich dabei nicht beobachten.

Heroin, Crack und Benzodiazepine werden von fast allen Befragten als leicht oder sehr leicht verfügbar eingeschätzt, während Kokainpulver nach wie vor als eher schwer verfügbar bewertet wird. Bei Heroin und Crack hat die Verfügbarkeit gegenüber 2008 wieder zugenommen, was wahrscheinlich auf Schwankungen im Schwarzmarktgeschehen zurück zu führen ist. Bei der Einschätzung der Drogenqualität zeigt sich ein subjektiver Qualitätsrückgang bei Heroin sowie ein noch deutlicherer Rückgang bei Crack. Kokain wird unverändert als am qualitativ hochwertigsten eingeschätzt. Bei der Einschätzung zur Preisentwicklung zeigt sich, dass sich der Grammpreis von 100 Euro für Crack auf dem relativ hohem Niveau der letzten Befragung bewegt, während die Preise für Heroin (50 €) und Kokain (70 €) leicht gestiegen sind. Angestiegen ist auch der Preis für Benzodiazepine: Während der geschätzte Preis für eine Tablette seit 2004 unverändert bei 1,50 € lag, hat er sich im Jahr 2010 auf 2 € erhöht.

Insgesamt 56% der Interviewten wurden im zurückliegenden Monat mindestens einmal in der Öffentlichkeit von Ordnungsbehörden kontrolliert. Rund jede(r) siebte Befragte erlebte

<sup>18</sup> Privaträume/ Frauen: 2002: 17%, 2003: 19%; 2004: 11%; 2006: 26%, 2008: 25%, 2010: 38%; \*\*

in diesem Zeitraum mehr als 5 entsprechende Kontrollen. Gegen 20% aller Befragten wurde im letzten Monat mindestens einmal ein Platzverweis oder Aufenthaltsverbot ausgesprochen. Bei beiden Fragen zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Werten für männliche und weibliche Befragte.

78% der Interviewten waren bislang mindestens einmal in Haft. Jede(r) Fünfte war sogar schon mehr als fünf Mal inhaftiert. Im Durchschnitt haben diejenigen mit Hafterfahrungen etwas mehr als vier Jahre in Gefängnissen verbracht. Die am häufigsten genannten Haftgründe sind in absteigender Reihenfolge Diebstahl, „Absitzen“ einer Geldstrafe, Drogenbesitz, Körperverletzung, Drogenhandel, Raub und Betrug.

Auch bei der generellen Hafterfahrung, der Häufigkeit der Inhaftierungen und der Verteilung der Haftgründe zeigen sich keine signifikanten geschlechtsbezogenen Differenzen. Lediglich bei der bisherigen Dauer der Inhaftierung ist zu beobachten, dass Männer häufiger längere Gefängnisaufenthalte erlebt haben als Frauen. Durchschnittlich verbrachten die hafterfahrenen Männer 60 Monate in Haft, die betreffenden Frauen hingegen lediglich 35,8 Monate (\*). Die von den männlichen Befragten begangenen Delikte waren also offenbar im Schnitt schwerwiegender als die von den Frauen verübten Straftaten.

## 4.5 Gesundheitszustand

### 4.5.1 Infektionsstatus und Risikoverhalten

Seit 2002 weisen jeweils rund zwei Drittel der Befragten eine Infektion mit einer der drei Hepatitiden A, B oder C auf. Im Jahr 1995 traf dies noch bei lediglich gut einem Drittel der Befragten zu.<sup>19</sup> Mit Abstand am häufigsten wird dabei eine Infektion mit Hepatitis C angegeben. Der entsprechende Anteil hat sich seit 2003 praktisch nicht mehr verändert. Im Unterschied dazu geben seit 2003 immer weniger Interviewte an, mit Hepatitis A oder B infiziert zu sein; aktuell trifft dies nur noch auf 1% bzw. 2% zu (Tab. 20).

**Tabelle 20: Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung**

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Hepatitiden								
A	-- <sup>a</sup>	13	20	7	5	6	1	***
B	-- <sup>a</sup>	18	27	15	11	9	2	***
C	-- <sup>a</sup>	71	63	63	61	65	65	n.s.
A oder B oder C	35	74	67	67	61	67	66	***
HIV-Status								
HIV-positiv	26	13	17	12	13	6	6	***
HIV-negativ	73	81	80	86	86	93	94	
bislang kein Test	1	6	3	2	1	1	0	

<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar.

Bei der Verbreitung des HI-Virus ist seit einigen Jahren ein rückläufiger Trend zu beobachten: Während bei der Befragung 1995 noch 26% angaben, HIV-positiv zu sein, ging dieser

<sup>19</sup> Erst seit Implementierung der MoSyD-Szenestudie im Jahr 2002 wird der Infektionsstatus für die Hepatitiden A, B und C differenziert erhoben; bei der Befragung 1995 wurde nur allgemein das Vorliegen einer Hepatitis erfragt.

Wert bis 2002 um die Hälfte zurück, um nach einer Phase weitgehender Stagnation 2008 nochmals um die Hälfte zu sinken. Dieser Wert von 6% wird auch im Jahr 2010 erreicht, womit sich die Beobachtung aus dem letzten Bericht bestätigt hat. Darüber hinaus geben erstmals alle Befragten an, bereits einmal auf HIV getestet worden zu sein. Seit 2003 wird zusätzlich zum HIV-Infektionsstatus das Jahr des letzten HIV-Tests erfragt. In allen Befragungen geben mehr als 70% (2003: 71%; 2004: 77%, 2006: 78%, 2008: 80%, 2010: 74%) derjenigen mit einem negativen Testergebnis an, noch im jeweiligen Befragungsjahr auf HIV getestet worden zu sein. Umgekehrt bedeutet dies allerdings, dass aktuell rund ein Viertel der berichteten negativen Testergebnisse auf einem mehr oder weniger veralteten Testergebnis beruhen. Allerdings geben lediglich 3% an, dass der letzte HIV-Test im Jahr 2007 oder früher stattgefunden hätte (so dass der letzte Test umgekehrt bei 97% maximal 3½ Jahre zurückliegt).

Insgesamt ist damit im Hinblick auf die Infektionsrate von einer gewissen, wenn auch geringen Dunkelziffer auszugehen. Vor diesem Hintergrund sind insbesondere die Angaben zum Konsum bezogenen Risikoverhalten zu berücksichtigen: Bei einem kleinen Teil der Konsument(inn)en sind nach wie vor Praktiken üblich, die potenziell eine Ansteckung mit infektiösen Krankheiten ermöglichen. Tab. 21 zeigt die – im Jahr 2008 erstmals erhobenen – Antworten der aktuell intravenös Konsumierenden (70% der Stichprobe) auf Fragen nach der Benutzung von Utensilien zur Injektion sowie zum Teilen von Drogen aus einer Spritze.

**Tabelle 21: Risikoverhalten bei der Benutzung von Utensilien zum intravenösen Konsum, 2008 und 2010 (nur aktuell intravenös Konsumierende, %)**

	Grundsätzlich nur ein Mal		Manchmal 2-3 Mal		Manchmal mehr als 3 Mal	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
„Wie oft benutzen Sie eine Nadel?“	81	85	15	11	3	4
	Gar nicht		Selten bzw. hin und wieder mal		Sehr oft, fast täglich	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Gemeinsame Benutzung von Spritze, Löffel, Filter oder Wasser (letzte 12 Monate)	68	71	21	19	11	10
Teilen von Drogen aus einer Spritze (letzte 12 Monate)	81	74	13	16	6	10

Von den Befragten benutzen 85% eine Injektionsnadel<sup>20</sup> grundsätzlich nur einmal; die übrigen Befragten verwenden diese Utensilien zumindest manchmal auch mehrfach, 4% sogar zuweilen mehr als drei Mal. Fast ein Drittel der Befragten teilt sich Zubehör zum intravenösen Konsum zumindest gelegentlich mit anderen Gebraucher(inne)n; rund jede(r) Zehnte praktiziert dies nahezu täglich. Das Teilen von Drogen aus derselben Spritze ist bei insgesamt rund einem Viertel der Befragten verbreitet, und wiederum 10% tun dies fast täglich (Tab. 21). Im Vergleich zu 2008 sind dabei nur geringfügige Veränderungen zu beobachten, die keine statistische Signifikanz erreichen. Insgesamt hat sich das Ausmaß des Risikover-

<sup>20</sup> Im Fragebogen wird getrennt nach der (evtl. mehrmaligen) Benutzung von Spritzen und Injektionsnadeln gefragt. 2008 waren die entsprechenden Anteile bezüglich Spritzen und Nadeln deckungsgleich, weshalb im entsprechenden Bericht von „Spritzen/Nadeln“ die Rede war. In der Erhebung 2010 gab es diesbezüglich hingegen gewisse Abweichungen. Da diese allerdings äußerst marginal sind und eine getrennte Darstellung mithin keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn erbrachte, sind in diesem Bericht nur die Werte für die Verwendung von Injektionsnadeln wiedergegeben.

haltens in diesen zwei Jahren kaum verändert; derartige Konsumpraktiken sind also nach wie vor bei einem gewissen Teil der Konsument(inn)en durchaus verbreitet – trotz der umfassenden Angebote zur Schadensminimierung. Insgesamt gibt mit 55% (2008: 54%) nur eine knappe Mehrheit der aktuell intravenös Konsumierenden an, aktuell bzw. in den letzten 12 Monaten gar kein konsumbezogenes Risikoverhalten zu praktizieren.

#### 4.5.2 Versicherungsstatus, Symptome und Beschwerden

Bei der im Jahr 2008 erstmals im Fragebogen enthaltenen Frage nach dem Krankenversicherungsstatus hat sich bereits innerhalb von zwei Jahren eine signifikante Änderung ergeben: Der Anteil derer, die krankenversichert sind, ist von 90% (2008) auf 97% (2010) angestiegen (\*). Somit ist aktuell nur noch bei einer kleinen Minderheit unter den Interviewten die Kostendeckung bei einer ärztlichen oder therapeutischen Versorgung nicht gesichert.

Auch im Jahr 2010 wurde im Hinblick auf den Gesundheitszustand der Konsument(inn)en der Gesundheitsstatus anhand einer Liste mit Symptomen und Beschwerden erhoben. Dabei wird neben der Frage, ob die entsprechenden Probleme in den letzten drei Monaten aufgetreten sind, zusätzlich erfasst, ob die Befragten im Falle berichteter Symptome ärztliche Behandlung in Anspruch genommen haben.

Über alle Erhebungsjahre hinweg sind Depressionen die am häufigsten genannten Beschwerden; aktuell betrifft dies 38% der Befragten. Gewisse Änderungen sind aktuell bei der Reihenfolge der auf den folgenden Rängen liegenden Krankheiten bzw. Symptome zu beobachten: in absteigender Reihenfolge betrifft dies aktuell Probleme mit Lungen/Bronchien, Herz-/ Kreislaufprobleme, Magen-/Darmbeschwerden, Erkältung/ Grippe, Zahnschmerzen und Abszesse und die 2010 jeweils von 15-31% der Befragten genannt werden (s. Tab. 22). 38% der HIV-infizierten Personen geben AIDS-bedingte Krankheiten an<sup>21</sup>.

Die aktuellen Verschiebungen in der Reihenfolge der genannten Krankheitsbilder sind auf diverse signifikante und nicht signifikante Änderungen der einzelnen Antwortkategorien zurückzuführen. Signifikante Unterschiede in der Verlaufsbetrachtung zeigen sich lediglich bei Magen- und Darmbeschwerden und Abszessen (wobei diese jeweils ausschließlich auf Veränderungen zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen sind) sowie bei Zahnschmerzen. Bei letzteren wird aktuell mit 15% der niedrigste Wert aller Erhebungen erreicht (s. Tab. 22). Auch bei den AIDS-Symptomatikern, deren Anteil sich auf die HIV-Positiven beschränkt, gibt es eine größtenteils mit dem Rückgang zwischen 1995 (69%) und 2002 (16%) zu begründende signifikante Veränderung. Die seither zu beobachtenden Schwankungen sind angesichts der mittlerweile äußerst geringen Fallzahlen zu vernachlässigen.

---

<sup>21</sup> Bei den im Zusammenhang mit HIV auftretenden Krankheiten sind die mittlerweile sehr geringen Fallzahlen zu beachten: so bezeichnen die hier angegebenen 38% lediglich drei Personen (von den acht HIV-Positiven in der Stichprobe).

**Tabelle 22: Symptome und Beschwerden in den letzten 3 Monaten und Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung (%) nach Jahr der Befragung**

	Auftreten letzte 3 Monate								Ärztliche Behandlung <sup>a</sup>							
	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Herz-/ Kreislaufprobleme	23	-- <sup>b</sup>	22	26	26	23	24	n.s.	37	-- <sup>b</sup>	24	46	15	34	29	n.s.
Probleme mit Lunge/ Bronchien	31	26	26	33	21	21	31	n.s.	51	59	38	39	61	42	44	n.s.
Magen-/ Darmbeschwerden	33	21	23	15	20	17	19	**	27	19	29	23	40	35	30	n.s.
Erkältung/ Grippe	23	23	14	17	17	12	17	n.s.	31	29	33	38	32	44	24	n.s.
Zahnschmerzen	32	19	28	31	29	24	15	**	42	45	38	28	33	11	41	*
Abszesse (offene Wunden, offene FüÙe)	30	20	17	14	17	18	15	**	60	53	32	48	52	56	52	n.s.
epileptische Anfälle	5	9	5	5	8	7	7	n.s.	14	21	14	25	33	27	30	n.s.
Depressionen	42	43	42	39	39	41	38	n.s.	17	11	19	14	14	19	26	n.s.

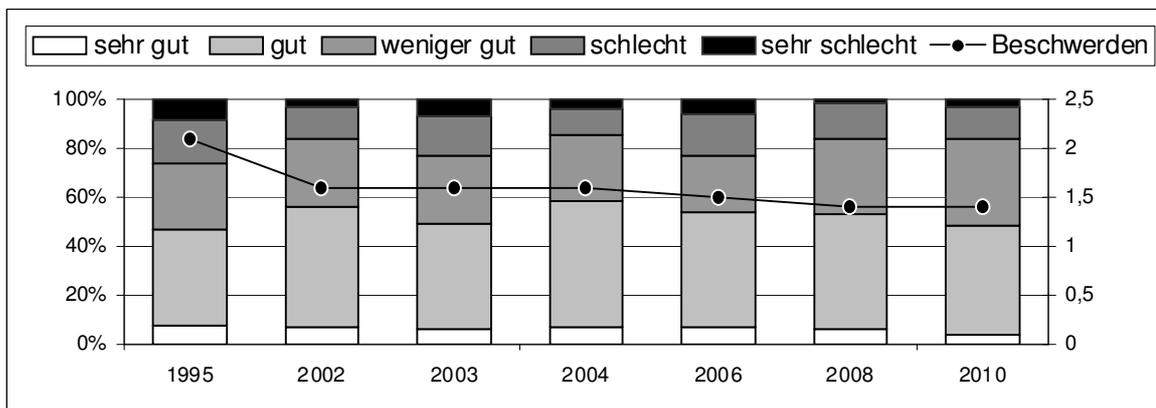
<sup>a</sup> Bezogen auf diejenigen mit entsprechenden Symptomen und Beschwerden.

<sup>b</sup> Keine Daten verfügbar.

Etwa ein Viertel bis rund die Hälfte derer, bei denen die jeweiligen Beschwerden vorliegen, begibt sich auch in ärztliche Behandlung. Diese Behandlungsquoten variieren je nach Art der Beschwerden, aber auch im Zeitverlauf, wobei sich bei keinem Krankheitsbild ein klarer Trend abzeichnet. Letzteres gilt auch für die einzigen Beschwerden, deren Behandlungsquote sich signifikant verändert hat; Zahnschmerzen: So folgte einem deutlichen Rückgang 2008 aktuell wieder ein deutlicher Anstieg (s. Tab. 22).

Die Befragten geben im Jahr 2008 durchschnittlich 1,4 (± 1,4) der hier erfassten Beschwerden<sup>22</sup> an. Signifikante (\*\*) Unterschiede zwischen den Befragungen (1995: 2,1; 2002: 1,6; 2003: 1,6; 2004: 1,6; 2006: 1,5; 2008: 1,4) sind weitgehend auf den Rückgang der Beschwerden zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen; allerdings ist seit 2004 eine graduelle Tendenz zu einer geringeren Anzahl an Beschwerden zu beobachten. Zum Teil spiegelt sich diese Entwicklung auch in den entsprechenden Einschätzungen der Befragten bezüglich ihres Gesundheitszustands wider (s. Abb. 10).

**Abbildung 10: Anzahl berichteter Symptome und Beschwerden (Mittelwerte) und Einschätzungen zum Gesundheitszustand nach Jahr der Befragung**



<sup>22</sup> Berücksichtigt wurden bei dieser Auswertung nur die in allen vier Befragungen erhobenen Symptome.

Aktuell schätzen 48% der Befragten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Die stärkste Veränderung bei der Verteilung der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes fand zwischen 1995 und 2002 statt: hier stieg der Anteil mindestens „guter“ Bewertungen an und „schlechte“ bzw. „sehr schlechte“ Beurteilungen wurden seltener genannt. Seither ist eine uneindeutige Tendenz zu beobachten: der Wert für diejenigen, die ihren Gesundheitszustand mindestens als „gut“ einschätzen, ist nach einem Rückgang 2003 und einem Anstieg im Folgejahr wieder leicht gesunken; der Anteil derer, die ihren Zustand als „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“ einschätzen, ist hingegen seit 2006 ebenfalls (von 23% auf 16%) zurückgegangen. Im Vergleich zur Erhebung 2008 kann – unter Einbezug der Anzahl der berichteten Symptome – von einer weitgehenden Stagnation beim Gesundheitszustand der Befragten ausgegangen werden.

### 4.5.3 Überdosierungen

64% der Interviewten berichten, mindestens einmal im Leben eine Überdosis erlebt zu haben; damit wird zwar der höchste Wert aller Erhebungen erreicht, jedoch ohne dass diese Veränderung statistische Signifikanz erreicht (2002: 58%, 2003: 57%, 2004: 53%, 2006: 51%, 2008: 61%, 2010: 64%; n.s.). Auch bei der durchschnittlichen Anzahl an Überdosierungen (bezogen auf diejenigen mit entsprechender Erfahrung), zeigen sich keine signifikanten Änderungen seit 2002 – aktuell erlebten die einzelnen Befragten im Schnitt 2,5 Überdosierungen (Median; 2002: 2, 2003/2006/2008: je 3, 2004: 2,5). Und auch der durchschnittliche Zeitpunkt der letzten Überdosis hat sich nicht signifikant geändert; allerdings liegen die Überdosierungen etwas weiter in der Vergangenheit zurück: So wird im Jahr 2010 mit 36 Monaten erstmals ein anderer Median als in sämtlichen vorherigen Erhebungsjahren erreicht, in denen der Wert stets bei 24 Monaten lag. Sowohl bei diesem Datum als auch bei der Anzahl der erlebten Überdosierungen zeigt sich eine extrem hohe Spannweite der jeweiligen Angaben.

Diejenigen, die ihre letzte Überdosis innerhalb der letzten 3 Jahre hatten (2002: n=54, 2003: n=49, 2004: n=49, 2006: n=46, 2008: n=48, 2010: n=47), werden nach den Begleitumständen dieser letzten Überdosierung gefragt. Da es sich hier um eine relativ kleine Stichprobe handelt, werden nachfolgend auch tendenziell signifikante Unterschiede<sup>23</sup> berücksichtigt.

In allen Erhebungsjahren wird auf die Frage, welche Substanzen die Betroffenen am Tag ihrer letzten Überdosierung konsumiert haben, Heroin mit Abstand am häufigsten genannt; aktuell wird mit 94% der höchste Wert aller Erhebungen erreicht. Auf den nächsten Rängen folgen im Jahr 2010 Crack, Benzodiazepine und Alkohol. Lediglich bei zwei Substanzen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den fünf Erhebungen: Bei Benzodiazepinen und anderen Medikamenten hat sich im Jahr 2010 trotz vorheriger starker Schwankungen der Eindruck einer insgesamt zunehmenden Bedeutung verfestigt. Wieder zurückgegangen ist hingegen der zeitweise (wieder) höhere Stellenwert von Kokain im Zusammenhang mit Überdosierungen (s. Tab. 23).

<sup>23</sup> Bei tendenziell signifikanten Ergebnissen liegt die Irrtumswahrscheinlichkeit bei 10%; in den Tabellen werden diese mit (\*) gekennzeichnet. Diese Kennzahlen werden ausschließlich für kleine Teilstichproben, wie z.B. den Frauen bzw. Männern in der vorliegenden Befragung, verwendet.

**Tabelle 23: Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Alkohol	20	10	16	9	10	26	n.s.
Cannabis	4	2	2	0	6	4	n.s.
Heroin	76	82	88	85	83	94	n.s.
Medikamente (u.a. Benzodiazepine)	17	12	31	17	33	34	*
Substitutionsmittel	6	8	2	7	6	15	n.s.
Kokain	19	6	22	26	25	13	(*)
Crack	46	35	31	24	38	40	n.s.

Bei der konkreten Frage nach der Substanz, die nach Ansicht der Betroffenen *in erster Linie* für die Überdosis verantwortlich war, entfallen in allen fünf Befragungen ebenfalls die meisten Nennungen auf Heroin (2002: 43%, 2003: 63%, 2004: 43%, 2006: 54%, 2008: 44%, 2010: 47%). Die zweithäufigste Antwort auf diese Frage ist die Angabe, dass weniger eine bestimmte Substanz als vielmehr der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen („Drogenmix“) verantwortlich für die Überdosis gewesen sei – diese Antwortkategorie erreicht dabei wiederum den höchsten Wert aller fünf Erhebungen (2002: 17%, 2003: 12%, 2004: 16%, 2006: 15%, 2008: 25%, 2010: 26%). Andere Substanzen werden in diesem Zusammenhang nur jeweils von einigen wenigen Befragten (max. n=4) genannt.

Auch im Jahr 2010 ist die am häufigsten (von rund einer Hälfte der Befragten) genannte Antwort auf die Frage nach dem Hauptgrund der letzten Überdosierung die unbekannte Drogenqualität (s. Tab. 24). An zweiter Stelle rangiert mit rund einem Viertel der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen. Nur noch rund ein Achtel derjenigen mit Überdosiererfahrungen nennt einen zu hohen Konsum nach vorheriger Abstinenz, und Gründe wie eine schlechte Tagesverfassung oder Suizidabsicht spielen nur eine untergeordnete Rolle.

**Tabelle 24: Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
unbekannte Drogenqualität	59	45	33	41	42	47	*
gleichzeitiger Konsum mehrerer Substanzen	15	35	33	15	21	26	
zu hoher Konsum nach vorheriger Abstinenz	6	14	16	15	27	13	
Tagesverfassung	13	4	8	17	8	9	
Suizidabsicht	2	2	4	11	2	6	
Sonstige Gründe	6	0	6	0	0	0	

Zwar zeigt sich bei der Verteilung dieser Gründe über die Erhebungsjahre hinweg eine signifikante Änderung, diese beruht aber ausschließlich auf deutlichen Schwankungen bei einzelnen Antwortkategorien, die keinen klaren Trend anzeigen (s. Tab. 24).

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungen sind hinsichtlich der Orte der letzten Überdosis zu beobachten. Auch 2010 ist der Konsumraum (an dem auch am häufigsten konsumiert wird, s. 4.4.2) der häufigste Ort für Überdosierungen – mit 57% erreicht diese Antwortkategorie den höchsten Wert aller Erhebungen (2002: 49%, 2003: 49%, 2004: 28%, 2006: 36%, 2008: 56%). Dahinter folgen mit aktuell 21% etwa gleichauf Überdosierungen

gen auf der Straße sowie im eigenen Zuhause bzw. anderen privaten Räumlichkeiten (19%). Andere Orte für die letzte Überdosis spielen keine nennenswerte Rolle.

Gewisse Veränderungen lassen sich bei der Verteilung der Antworten auf die Frage, ob und wenn ja von wem die Betroffenen bei einer Überdosierung Hilfe erhalten haben, feststellen (s. Tab. 25). So werden Mitarbeiter(innen) von Drogenhilfeeinrichtungen 2010 mit Abstand am häufigsten genannt, wobei mit 60% der bislang höchste Wert erreicht wird; seit 2004 ist hier eine deutlich ansteigende Entwicklung erkennbar. Auch Notärzt(inn)e(n) werden mit aktuell rund einem Drittel der Betroffenen häufiger genannt als 2008. Hier zeichnet sich indes kein klarer Trend ab.

**Tabelle 25: Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
Mitarbeiter Drogenhilfeeinrichtung	46	41	24	33	48	60	*
Notarzt	46	27	18	35	23	36	*
Anderer User	30	22	47	17	12	13	***
Bekannte (Non-User)	7	4	6	6	3	6	n.s.
keine Hilfe	6	4	2	13	13	6	n.s.
Unklar / weiß nicht	0	4	2	0	0	0	n.s.
Sonstige	2	4	6	10	0	2	(*)

Seit 2006 deutlich seltener geben die Befragten mit Überdosiserfahrungen an, dass sie Hilfe durch andere Konsument(inn)en erhalten haben. 6% haben bei der letzten Überdosis keine Hilfe erhalten, und andere Hilfsinstanzen spielen quantitativ nur eine untergeordnete Rolle. Angesichts dieser Veränderungen hat sich insgesamt der seit dem Jahr 2004 zu beobachtende Trend fortgesetzt, dass Überdosierungen häufiger in vergleichsweise sicheren Umfeldern stattfinden.

#### 4.5.4 Der Gesundheitszustand im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Die zusammengefassten Ergebnisse zum Gesundheitszustand der im Jahr 2010 befragten Drogenkonsument(inn)en sowie diesbezügliche geschlechtsbezogene Unterschiede sind in Tab. 26 in der Übersicht abgebildet.

Seit 2002 liegt die Hepatitis-C-Infektionsrate weitgehend unverändert bei über 60%. Frauen sind durch Hepatitis-C-Infektionen etwas, wenn auch nicht signifikant, stärker betroffen als Männer.<sup>24</sup> Letzteres gilt auch für die HIV-Infektionsrate. Diese liegt seit 2008 mit jeweils 6% niedriger als in den Vorjahren, in denen wiederum deutlich geringere Infektionsraten als im Jahr 1995 festgestellt wurden. Mitte der 1990er Jahre war noch rund ein Viertel der Befragten von HIV betroffen. Sämtliche Befragte sind schon einmal auf HIV getestet worden.

Etwas weniger als die Hälfte der Interviewpartner(innen) übt zumindest gelegentlich riskante Konsumpraktiken bei der intravenösen Applikation von Drogen aus. Etwa jede(r) Siebte verwendet manchmal oder häufiger eine Injektionsnadel mehr als einmal, knapp je-

<sup>24</sup> Auf eine Darstellung der Infektionsraten mit Hepatitis A und B wurde an dieser Stelle wegen der mittlerweile sehr geringen Fallzahlen verzichtet.

de(r) Dritte teilt zumindest ab und zu Spritzutensilien mit anderen Konsument(inn)en und rund jede(r) Vierte teilt zuweilen Drogen in einer Spritze mit anderen. Dabei zeigen sich im Unterschied zu 2008 relativ deutliche geschlechtsbezogene Unterschiede: Mit 30% gibt ein im Vergleich zu den Männern weniger als halb so großer Anteil der Frauen an, gar kein konsumbezogenes Risikoverhalten auszuüben. Besonders deutlich fällt die Differenz beim Teilen von Drogen in einer Spritze aus, das von mehr als der Hälfte der weiblichen, aber nur rund einem Achtel der männlichen Befragten praktiziert wird. Darüber hinaus teilen Frauen auch deutlich häufiger Utensilien zur Injektion. Keine statistische Signifikanz erreicht hingegen der Unterschied bei der mehrfachen Verwendung von Injektionsnadeln (s. Tab. 26). Diese Resultate könnten darauf hindeuten, dass gemeinschaftliche (und riskante) Konsumrituale, womöglich u.a. im Zusammenhang mit Partnerschaftsbeziehungen, unter Frauen auf der Szene stärker verbreitet sein dürften als unter Männern.

**Tabelle 26: Gesundheitszustand im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede**

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Infektionsstatus (%)				
Hepatitis C	65	62	71	n.s.
HIV	6	4	8	n.s.
Risikoverhalten <sup>a</sup>				
Mehrfache Benutzung von Nadeln	15	10	27	n.s.
Teilen von Spritzutensilien	29	23	43	**
Teilen von Drogen in einer Spritze	26	13	57	***
Keine riskanten Konsumpraktiken	55	65	30	**
Symptome / Beschwerden letzte 3 Monate (%)				
Herz-, Kreislaufprobleme	24	21	31	n.s.
Probleme mit Lunge / Bronchien	31	24	46	**
Magen-, Darmbeschwerden	19	14	29	*
Erkältung / Grippe	17	9	33	***
Zahnschmerzen	15	14	19	n.s.
Abszesse (offene Wunden, offene Füße)	15	9	25	*
AIDS - diverse Krankheiten <sup>b</sup>	38	25	50	n.s.
epileptische Anfälle	7	8	4	n.s.
Depressionen	38	34	46	n.s.
Anzahl Symptome / Beschwerden (AM ± SD)	1,4 (± 1,4)	1,1 (± 1,2)	2,1 (± 1,4)	***
Überdosierungen				
Lifetime-Prävalenz (%)	64	67	58	n.s.
Anzahl Überdosierungen (Median) <sup>c</sup>	2,5	2,5	2,5	n.s.
Monate seit letzter Überdosierung (Median) <sup>a</sup>	36	48	24	n.s.

<sup>a</sup> Nur aktuell i.v. Konsumierende

<sup>b</sup> Nur HIV-positive Befragte

<sup>c</sup> Bezogen auf diejenigen mit min. einer Überdosierung

Depressionen, Probleme mit Lungen/ Bronchien und Herz-, Kreislaufprobleme sind im Jahr 2010 – in absteigender Reihenfolge – die am häufigsten genannten Beschwerden oder

Symptome. Alle anderen Beschwerden werden jeweils von weniger als 20% der Interviewten angegeben. Wie in den Vorjahren stellt sich der Gesundheitszustand der weiblichen Befragten im Vergleich zu den männlichen als deutlich schlechter dar. Bei nahezu allen abgefragten Symptomen und Beschwerden liegen die entsprechenden Werte der Frauen über denen der Männer. Bei Problemen mit Lunge/Bronchien, Erkältung/Grippe, Abszessen und Magen-/Darmbeschwerden erreicht die jeweilige Differenz auch statistische Signifikanz. Dementsprechend liegt die Anzahl der berichteten Symptome oder Beschwerden mit durchschnittlich 2,1 berichteten gesundheitlichen Problemen bei den Frauen auch fast doppelt so hoch wie bei den Männern (1,1). Allerdings begeben sich Frauen auch tendenziell häufiger in ärztliche Behandlung; bei nahezu allen Krankheitsbildern liegen die Behandlungsquoten über denen der Männer; bei Lungen-/Bronchienproblemen erreicht die Differenz auch tendenzielle Signifikanz. Insgesamt zeigen sich an den Anteilen der behandelten Symptome trotz gewisser Verschiebungen nur geringe Änderungen: die entsprechenden Quoten liegen zwischen rund einem Viertel und etwa der Hälfte der Befragten.

Trotz der deutlichen Unterschiede bei den angegebenen Symptomen zeigt sich bei der Frage nach der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit kein geschlechtsbezogener Unterschied mehr: Jeweils 48% der im Jahr 2010 befragten Männer und Frauen bezeichnen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. 2008 bewerteten die befragten Frauen ihre Gesundheit noch deutlich schlechter als die Männer.

Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind im Hinblick auf Überdosierungen festzustellen. Zwei Drittel der im Jahr 2010 befragten Männer und ein etwas geringerer Anteil der Frauen hat mindestens einmal die Erfahrung einer Überdosierung gemacht. Diejenigen mit entsprechender Erfahrung haben im Schnitt 2,5 Überdosierungen erlebt, die letzte Überdosierung liegt dabei durchschnittlich drei Jahre zurück (s. Tab. 26). Noch deutlicher als in den Vorjahren stellt Heroin die Substanz dar, die mit Abstand am häufigsten bei der Frage nach den am Tag der Überdosis konsumierten Drogen sowie der Frage nach der in erster Linie für die Überdosis verantwortliche Droge genannt wird. Zweithäufigste Antwort auf diese Frage ist unverändert die Auffassung, dass weniger eine bestimmte Substanz als vielmehr der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen verantwortlich für die Überdosis gewesen sei. Bei den Angaben zum Hauptgrund der Überdosierung wird im Jahr 2010 von mittlerweile der Hälfte der Betroffenen die unbekannte Drogenqualität als Ursache angeführt. Zweithäufigster Grund ist der gleichzeitige Gebrauch mehrerer Substanzen.

Als häufigste Orte der Überdosierungen werden unverändert die Konsumräume – die Orte, an denen auch am häufigsten i.v. konsumiert wird – angegeben. Hier zeigt sich im Jahr 2010 eine geschlechtsbezogene Differenz: Während 71% der betroffenen Männer die letzte Überdosis im Konsumraum erlebt haben und lediglich 7% im privaten Umfeld, nennen 37% der Frauen mit Überdosis private Wohnungen und ebenso viele einen Konsumraum (\*). Überdosierungen bei Frauen scheinen also tendenziell häufiger in einem unsicheren Setting stattzufinden. Mitarbeiter(innen) der Drogenhilfe leisten am häufigsten Hilfe bei Überdosierungen, gefolgt von Notarzt(inn)e(n). Der Anteil der Drogenhilfemitarbeiter(innen) als Hilfeleistende hat sich aktuell nochmals erhöht; seit 2004 hat sich dieser Wert insgesamt mehr als verdoppelt.

## 4.6 Inanspruchnahme des Hilfesystems

### 4.6.1 Substitution

Der bereits zwischen 2002 und 2004 beobachtete Trend eines Anstieges des Substituiertenanteils (der allerdings zum Teil auf die im Jahr 2003 geänderten Richtlinien zur Substitutionsbehandlung sowie den Beginn des Projekts zur heroingestützten Behandlung zurückzuführen sein dürfte) hat sich 2010 weiter fortgesetzt. Im diesem Jahr lässt sich ein relativ starker Zuwachs konstatieren, so dass sich zum ersten Mal seit Beginn der Erhebung weit über die Hälfte der Befragten in einer Substitutionsbehandlung befinden (Tab. 27). Bezüglich der eingesetzten Substitutionspräparate ist erwähnenswert, dass sich der vorherige Bedeutungsabfall von Methadon nicht weiter fortgesetzt hat; der Anteil der mit Methadon Substituierten, beläuft sich weiterhin auf vier von fünf Substituierten. Die Anzahl derer, die Buprenorphin erhalten, hat sich nur geringfügig verändert, so dass dieses Präparat weiterhin an etwa jede zehnte Person ausgegeben wird. Der Wert für Levomethadon hat sich in der diesjährigen Erhebung leicht erhöht. Das Niveau der mit Heroin substituierten Personen verbleibt unverändert niedrig; nur jede zwanzigste Person erhält diese Substanz.

**Tabelle 27: Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung**

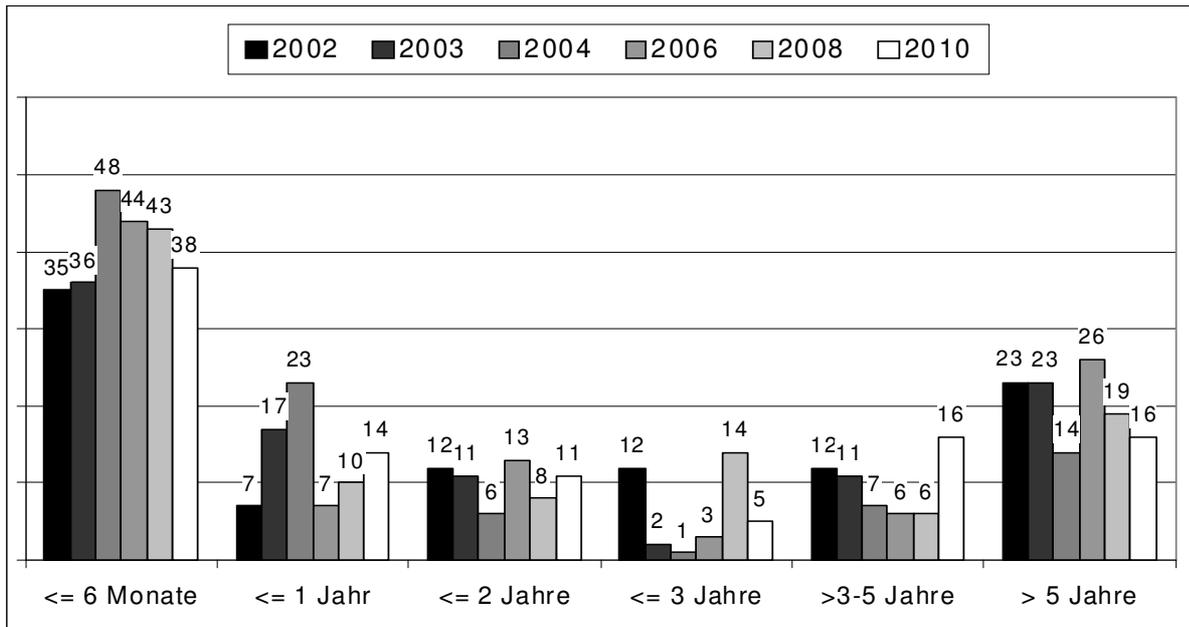
	2002	2003	2004	2006	2008	2010	Sig.
in Substitution (%)	29	43	46	45	49	57	**
Substitutionsmittel <sup>a</sup> (%)							
Methadon	100	75	90	90	82	81	***
Heroin	0	14	1	0	4	4	
Buprenorphin (Subutex <sup>®</sup> )	0	3	6	9	11	9	
Levomethadon (L-Polamidon <sup>®</sup> )	0	8	3	1	3	6	
Dosierung in mg Methadon <sup>b</sup> (AM ± SD)	83,9 (± 43,5)	79,0 (± 51,6)	74,6 (± 41,8)	75,2 (± 47,9)	64,8 (± 39,3)	74,3 (± 41,7)	n.s.
Substitutionsdauer in Monaten (Median)	24	12	7	10,5	12	12	n.s.

<sup>a</sup> Bezogen auf diejenigen in Substitution.

<sup>b</sup> Bei Heroin, Buprenorphin und Levomethadon Umrechnung in Methadonäquivalenzdosen entsprechend Deutsches Ärzteblatt (2003).

Der 2008 festgestellte Trend einer geringeren Dosierung von Methadon bzw. Buprenorphin/Levomethadon hat sich nicht weiter fortgesetzt. Die durchschnittliche Dosis befindet sich wieder auf dem Stand der letzten Jahre bei ungefähr 75 mg.

Die Angaben über die Dauer der Substitution waren sehr variabel und bewegten sich zwischen einem Monat bis zu über zwanzig Jahren. Der Wert des Median bleibt stabil auf dem Niveau der vorangegangenen Befragung bei 12 Monaten, da sich sowohl der Anteil der Langzeitsubstituierten reduziert hat als auch die Anzahl der Neusubstituierten gesunken ist (s. Abb. 11).

**Abbildung 11: Substitutionsdauer (zusammengefasst, %) nach Jahr der Befragung**


In sämtlichen Befragungen bilden jene mit einer eher kurzen Behandlungsdauer die größte Gruppe von Substituierten. Bemerkenswert ist, dass der Anteil der Langzeitsubstituierten seit 2006, dem Jahr, in dem der höchste Stand der Langzeitsubstituierten verzeichnet wurde, kontinuierlich sinkt; aktuell ist nur noch jeder Sechste über fünf Jahre in Substitution. Den deutlichsten Zuwachs gab es in dem Bereich der Substituierten, die sich zwischen drei und fünf Jahren in Behandlung befinden. Dadurch ergibt sich ein Gesamtbild, bei dem sich annähernd jeder Dritte schon länger als drei Jahre in ärztlicher Substitutionsbehandlung befindet. In der Verlaufsbeobachtung lässt sich insgesamt keine eindeutige Tendenz im Hinblick auf die Verteilung der Behandlungsdauer im Gesamten ablesen (s. Abb. 11).

Die große Mehrheit der Befragten hält die Möglichkeiten, in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen zu werden, für ausreichend. In der diesjährigen Befragung stieg der Anteil auf 83%, nachdem der Wert bei der letzten Befragung auf 75% gesunken war (2002/2003/2006: 80%, 2004: 87%). Weiterhin zeigt sich keine signifikante Diskrepanz bezüglich der Zufriedenheit zwischen den Befragten, die sich aktuell in Substitution befinden und den Nicht-Substituierten. In der Gruppe, die sich unzufrieden mit den Möglichkeiten der Aufnahme zeigten, hat es eine Veränderung gegeben: Der in den Jahren der Befragung von 2003 bis 2008 am häufigsten angegebene Grund, dass Wartezeiten auf einen Platz zu lange seien, hat klar an Bedeutung verloren, was Rückschlüsse auf ein verbessertes Angebot der niedrigschwelligen Drogenhilfe zulässt. Dieser Fakt zeigt sich auch in einem Rückgang der Zahl der Befragten, die kritisieren, dass es zu wenige Substitutionsangebote gäbe; hier ist die Zahl von 24% im Jahr 2008 auf die diesjährige 8% gesunken. Die Problematik des „Beikonsums“ wird nun als der häufigste Grund genannt, warum das Angebot der Substitution nicht in Anspruch genommen wird.

Im Folgenden werden, gerade im Hinblick auf die Problematik des „Beikonsums“ bei Substituierten, Unterschiede im Konsumverhalten zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten dargestellt. Diese werden anhand der 24-Stunden-Prävalenzen der am häufigsten konsumierten Substanzen untersucht. Die bereits in sämtlichen Vorjahren bei Crack und Heroin beobachteten signifikanten Differenzen zwischen Substituierten und Nicht-

Substituierten existieren weiterhin; beide werden in der Häufigkeit eher von nicht-substituierten Gebrauch(er)in(ne)n eingenommen (s. Tab. 28). Beim Cannabiskonsum hat sich der Trend der Intensivierung des Konsums bei der Gruppe der Substituierten nicht weiter fortgesetzt. Die Anzahl der Konsumenten ist etwa auf den Wert der Vorjahre zurückgegangen.

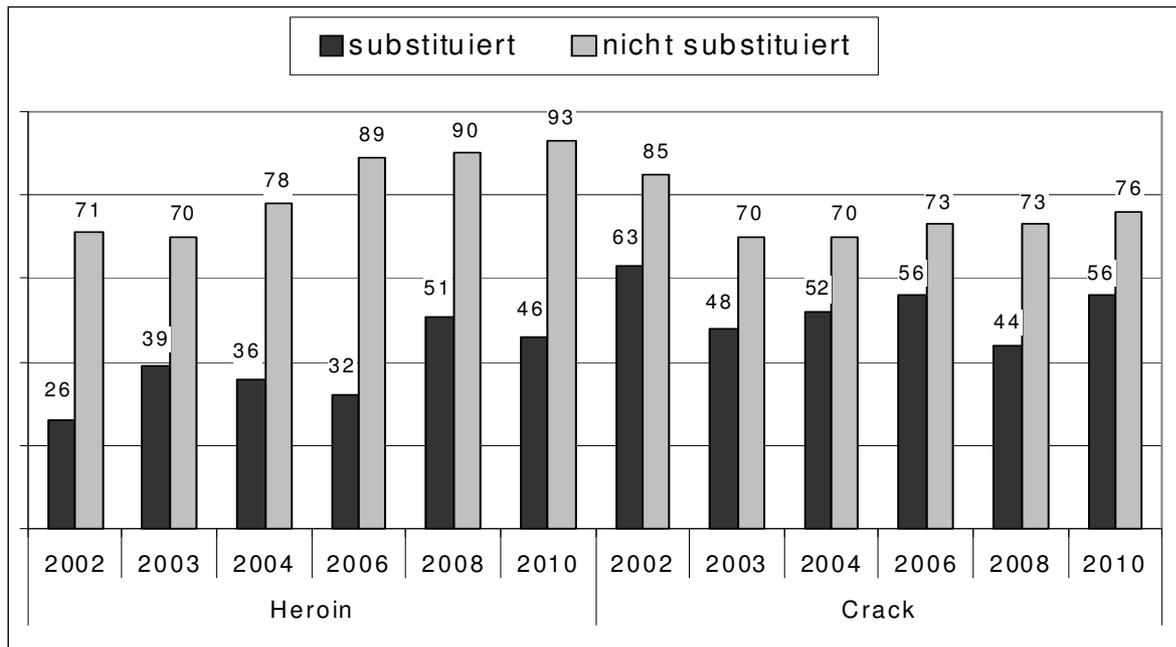
**Tabelle 28: 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus im Jahr 2010**

	Substitution		Sig.
	Ja	Nein	
Alkohol	32	45	n.s.
Cannabis	20	13	n.s.
Heroin	46	93	***
Benzodiazepine	44	50	n.s.
Kokain	6	8	n.s.
Crack	56	76	*

Im Falle von Crack hat sich der 2008 gemessene Rückgang der 24-Stunden-Prävalenz der Substituierten wieder umgekehrt: Der entsprechende Anteil liegt wie im Jahr 2006 bei 56% (s. Abb. 12). Bei Benzodiazepinen hat sich der 2008 beobachtete deutliche Anstieg des „Beikonsums“ der Substituierten (2006: 25%, 2008: 48%) nicht weiter fortgesetzt, aktuell nehmen wieder etwas weniger Personen Substanzen dieser Stoffgruppe zu sich (s. Tab. 28). Ähnlich verhält es sich mit Heroin: hatte sich die Anzahl der Konsument(inn)en in der Gruppe der Substituierten zwischen 2006 und 2008 von knapp einem Drittel auf rund die Hälfte erhöht, so ist auch an diese Stelle in diesem Jahr ein leichtes Minus (von 51% auf 46%) getreten (Abb. 12). Dennoch lässt sich in der Gesamtheit aller Substanzen, ausgenommen Cannabis und Crack, eine relative Niveaustabilität im Vergleich zum Vorjahr konstatieren.

In Abb. 12 sind die Unterschiede zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten für die beiden unter den Befragten am häufigsten konsumierten Drogen Heroin und Crack im Turnusvergleich dargestellt. Nach wie vor fallen die Abstände zwischen beiden Gruppen bei Crack etwas geringer aus als bei Heroin. Nach dem bemerkenswerten Ergebnis der Erhebung 2008, als Heroin unter den Substituierten erstmals eine höhere Prävalenzrate als Crack aufwies, hat sich das Verhältnis im Jahr 2010 wieder umgekehrt. Die im Vergleich zu Heroin geringere Differenz beim Crackkonsum zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten ist ein zu erwartendes Resultat, da die Applikation von Substitutionsmitteln keine pharmakologische Auswirkung auf den Gebrauch anderer Substanzgruppen hat. Ein Erklärungsmuster für den reduzierten Crackkonsum von Substituierten im Vergleich zu den Nicht-Substituierten könnte sein, dass diese durch ihre Einbindung in ein systematisches Hilfesystem eine höhere Stabilität und geringere Anfälligkeit für einen polyvalenten Drogengebrauch zeigen.

**Abbildung 12: 24-Stunden-Prävalenzraten von Heroin und Crack (%) nach Behandlungsstatus und Jahr der Befragung**



Der Crack-Beigebrauch ist in beiden untersuchten Gruppen gestiegen, nachdem er 2008 gesunken war. Obwohl der Heroinkonsum im Vergleich zu 2008 ein fallende Tendenz aufweist, befindet sich der momentane Wert mit 46% Konsument(inn)en unter den Substituierten immer noch auf dem zweithöchsten Stand seit Beginn der Studie (s. Abb. 12). Dies kann nicht, wie bei den etwas höheren Werten in den Jahren 2003 und 2004, mit einem erhöhten Anteil an Substituierten mit vergleichsweise kurzer Behandlungsdauer (bei denen generell eine höhere Heroin-24-Stunden-Prävalenz vorliegt) begründet werden.

Nach wie vor weisen Substituierte mit Heroinkonsum in den letzten 24 Stunden im Schnitt eine kürzere Behandlungsdauer auf als diejenigen, die aktuell kein Heroin konsumieren – diese Differenz ist im Jahr 2010 etwas größer geworden (Median: 6 vs. 24 Monate, \*\*; 2008: 7,5 vs. 21 Monate). Auch Substituierte, die in den letzten 24 Stunden Crack konsumiert haben, sind durchschnittlich kürzer in Behandlung (Median: 8 vs. 24 Monate), allerdings ohne dass dieser Unterschied statistische Signifikanz erreicht.

Resümierend sei wie in den Vorjahren darauf hingewiesen, dass die befragten Substituierten ausnahmslos im engeren Umfeld der „offenen Szene“ angetroffen wurden, so dass die Ergebnisse zum „Beikonsum“ keine allgemeingültige, pauschalen Aussagen über die Gesamtgruppe der Substituierten in Frankfurt zulassen. Sie gelten vielmehr nur für die Teilgruppe derer, die sich (noch) in der „offenen Drogenszene“ aufhalten.

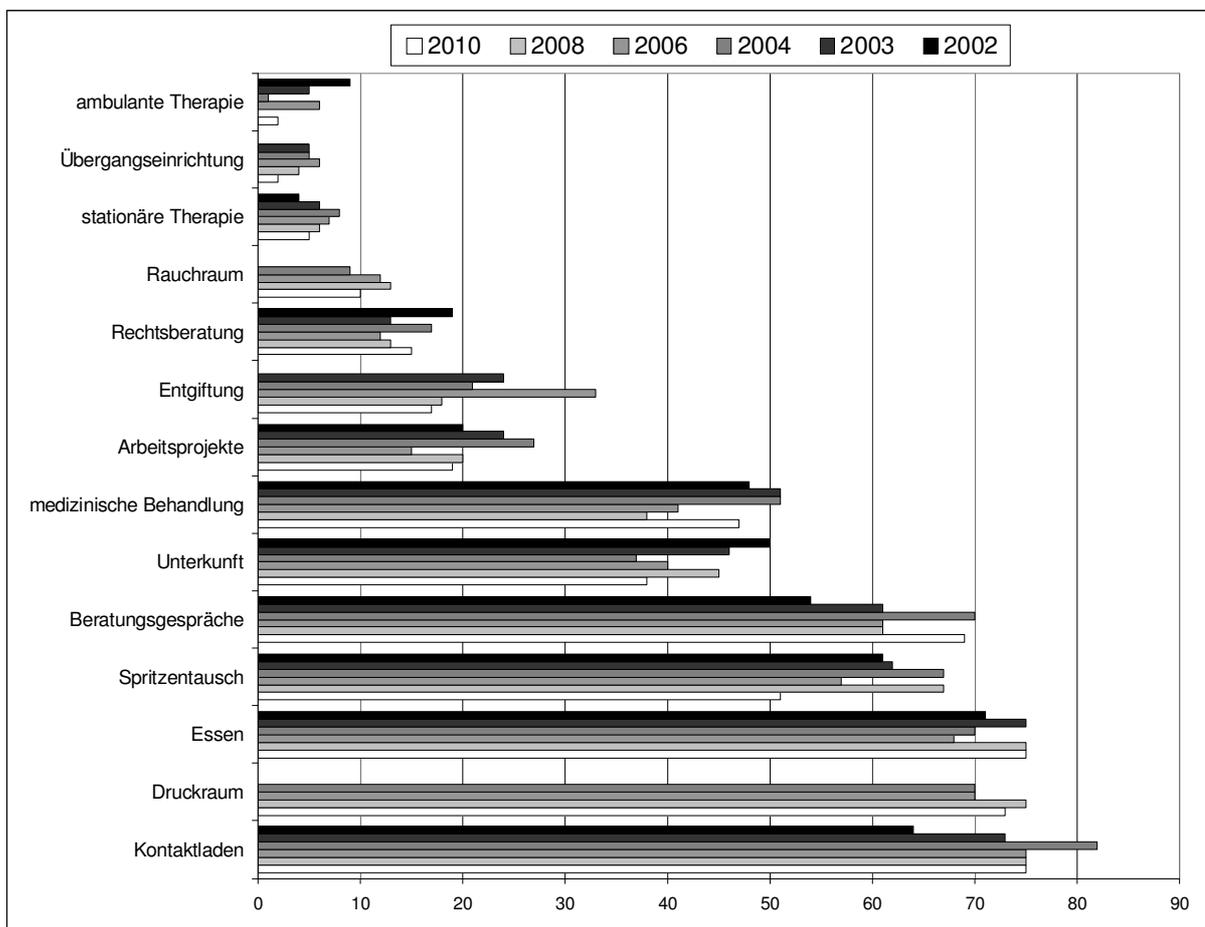
#### 4.6.2 Nutzung der Angebote des Drogenhilfesystems

Die Messung der Angebotsfrequentierung des Drogenhilfesystems wird anhand einer Liste vorgenommen, in welcher die diversen einzelnen Angebote gesammelt dargestellt sind, so dass die Befragten differenziert zu jedem Angebot angeben können, in welcher Häufigkeit sie darauf jeweils in den letzten drei Monaten zurückgegriffen haben.

Abb. 13 ist dabei zu entnehmen, ob die Befragten das jeweilige Angebot in den letzten 3 Monaten mindestens ein Mal in Anspruch genommen haben. Wie in den Jahren zuvor wer-

den Angebote wie Aufenthalt in Kontaktläden (75%), Essen (75%), Druckräume (73%), Beratungsgespräche (69%) und Spritzentausch (51%) am häufigsten genutzt. Gegenüber der letzten Befragung haben die Beratungsgespräche wieder deutlich an Bedeutung gewonnen (2008: 61%), während das Angebot des Spritzentauschs etwas seltener in Anspruch genommen wurde (2008: 51%). Ferner werden unverändert die medizinische Versorgung und die Unterkunft ebenso vergleichsweise häufig genutzt. Hingegen werden Arbeitsprojekte, Entgiftung und der Rauchraum weniger in Anspruch genommen. Im untersten Segment rangiert die Inanspruchnahme der Übergangseinrichtungen, stationärer Therapien und ambulanten Therapien. In annähernd allen Fällen (2002: 97%; 2003: 99%; 2004: 100%, 2006: 99%, 2008: 100%, 2010: 99%) gaben die Befragten an, mindestens ein Mal in den vergangenen drei Monaten ein Angebot des bestehenden Drogenhilfesystems in Anspruch genommen zu haben, wobei der Hauptanteil weiterhin auf den niedrigschwelligen Bereich „Harm Reduction“ entfällt.

**Abbildung 13: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung<sup>a</sup>**



<sup>a</sup> Entgiftung und Übergangseinrichtungen wurden 2003 erstmals erhoben; Druck- und Rauchraum wurden 2004 erstmals getrennt voneinander abgefragt (zuvor: „Konsumraum“).

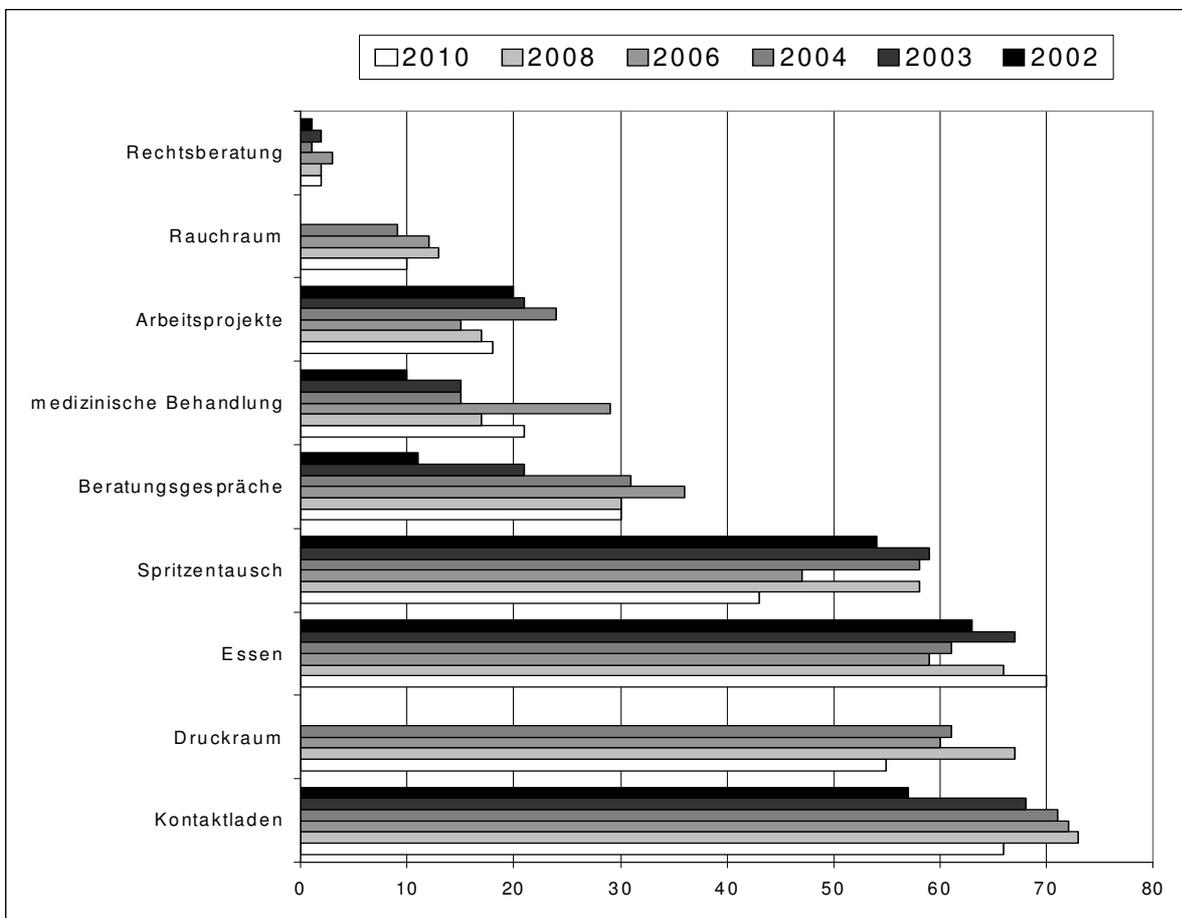
Eine signifikante Änderung über den Erhebungsturnus ist aktuell lediglich für die Bereiche Entgiftung, Kontaktläden und ambulante Therapie zu konstatieren. Im Falle der Entgiftung beschränkt sich die Änderung auf ein kurzzeitiges „Hoch“ im Jahre 2006 (33%), an das sich ein kontinuierlicher Rückgang auf aktuell 17% anschloss. Bei der Nutzung des Kontaktladens war 2004 ein „Spitzenwert“ (82%) zu beobachten; seitdem stagniert die Nutzung bei 75%.

Bei der Nutzung der ambulanten Therapie schließlich war nur zu Beginn der Studie im Jahr 2002 mit 9% (n=13) eine nennenswerte Fallzahl zu beobachten; seither dieses Angebot praktisch keine Rolle mehr (2010: 2%; n=3).

In Abbildung 14 sind die Anteile der Personen dargestellt, die die Angebote der Drogenhilfe häufiger, mindestens ein Mal in der Woche in den letzten drei Monaten, nutzen. Die stationären Angebote (Entgiftung, stationäre Therapie, Übergangseinrichtung, Unterkunft) sind in dieser graphischen Darstellung nicht enthalten, da im Rahmen eines permanenten Aufenthaltes in einer stationären Einrichtung nicht die Rede von einer „Häufigkeit“ der Nutzung sein kann.

Die Ergebnisse zeigen, dass auch hier die niedrigschwelligen Angebote der Drogenhilfe wie der Aufenthalt in Kontaktläden (66%), die Nutzung von Druckräumen (55%), der Verzehr von Essen (70%) und der Spritzentausch (43%) dabei am häufigsten genannt werden. Bis auf letzteres werden die Angebote von über der Hälfte ein oder mehrere Male in der Woche genutzt. Des Weiteren werden fast ein Drittel der Personen in Beratungsgesprächen wöchentlich betreut. Obwohl sich bei der Beratung der Aufwärtstrend nicht fortgesetzt hat, besteht weiterhin in der Gesamtschau eine signifikante Entwicklung, was aber vor allem auf den niedrigen Wert der Befragung im Jahr 2002 zurückzuführen ist. Wieder etwas häufiger genutzt wird – nach dem deutlichem Anstieg 2006 und darauf folgendem klarem Rückgang – das Angebot der medizinischen Behandlung (\*\*). Bei den übrigen Angeboten zeigen sich keine signifikanten Veränderungen im Zeitverlauf.

**Abbildung 14: Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung**



Trotz eines leichten Rückgangs in der generellen wöchentlichen Nutzung der Angebote der Drogenhilfe (2002: 89%; 2003: 95%; 2004: 96%; 2006: 97%, 2008: 99%, 2010: 93%, \*\*) kann weiterhin festgehalten werden, dass die Frankfurter Drogenhilfe über eine hohe Reichweite und eine starke Anbindung verfügt. Sie ist mit ihren Angeboten innerhalb der offenen Szene eine feste Größe und gut integriert.

Wie in den beiden vorherigen Erhebungen wurde ein besonderer Fokus auf die Gründe der Ablehnung von Entzugs- und Therapieangeboten gelegt. Insgesamt wurden von nahezu allen Befragten, abgesehen von sieben Personen, Angaben zu dieser Fragestellung gemacht, unabhängig davon, ob sie sich in einer Substitutionsbehandlung und/ oder therapeutischen Behandlung befanden. Dabei hat keine Veränderung in der Rangfolge der kategorisierten Begründungen stattgefunden. Weiterhin führt die Kategorie „derzeit kein Interesse“ wie in den Vorjahren mit einem leichten Zuwachs die Rangliste mit 36% an (2008: 34%, 2006: 34%, 2004: 43%). Explizit wurde dabei beispielsweise „keine Notwendigkeit“ und „fühle mich psychisch nicht bereit“ genannt. Daraufaufgehend gab ein Viertel der Befragten an, dass sie sich gerade in Bemühungen um einen Platz im betreuten Wohnen, in einer Therapie o.ä. befinden, oder dass sie aktuell auf eine Bewilligung warten (2010: 25%, 2008: 23%, 2006: 14%, 2004: 22%). Am dritthäufigsten werden von den Befragten Gründe angegeben, die auf eine gewisse Hoffnungslosigkeit hindeuten und demnach eine (weitere) Therapie in ihrem Fall keinen Sinn machen würde („zu oft erfolglos probiert“, „Therapie zwecklos“, „gerade eine gemacht“). Einer dieser Gründe wird von insgesamt 18% aller Befragten angegeben (2008: 17%, 2006: 13%, 2004: 4%). Gleichbleibend nannten 6% Antworten, in welchen ein negatives Selbstbild zum Ausdruck kommt („zu alt“, „keine Perspektive/ Motivation“, „keine Energie, sich zu kümmern“; 2006: 13%, 2004: 7%). Alle anderen Motive wurden von weniger als 5% der Befragten genannt und sind daher quantitativ zu vernachlässigen.

#### **4.6.3 Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede**

Tab. 29 zeigt geschlechterdifferenzierte Gesamtdaten zur wöchentlichen Inanspruchnahme von Angeboten des Hilfesystems im Jahr 2010. Über die Hälfte der Befragten (57%) befindet sich inzwischen in einer Substitutionsbehandlung. Männer werden etwas – nicht signifikant – häufiger substituiert als Frauen. Seit dem Jahr 2002 ist der Anteil der Substituierten deutlich gestiegen; in erster Linie unter den männlichen, aber auch unter den weiblichen Befragten (2002: Frauen: 38%, Männer: 24%; 2010: Frauen: 52%, Männer: 59%).

Bei der Dosierung der Substitutionsmittel zeigen sich keine signifikanten geschlechtsbezogenen Unterschiede. Auch bei der durchschnittlichen Dauer der Substitution, bei der die Frauen höhere Werte als die Männer erreichen, zeigt die entsprechende Differenz aufgrund der relativ geringen Fallzahlen keine statistische Signifikanz an. Beratungsgespräche werden hingegen von Frauen signifikant häufiger in Anspruch genommen, was eine Veränderung zum Jahr 2008 darstellt, in welchem noch kein signifikanter Unterschied gemessen wurde. Das gleiche Bild ergibt sich bei der medizinischen Behandlung: einhergehend mit einem subjektiv schlechter empfundenen Gesundheitszustand nutzen Frauen auf der offenen Drogenszene dieses Angebot im Jahr 2010 häufiger als Männer. Und auch der Rauchraum wird von Frauen deutlich häufiger frequentiert als von Männern (s. Tab. 29).

**Tabelle 29: Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten 3 Monaten im Jahr 2010: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede**

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Substitution				
in Behandlung (%)	57	59	52	n.s.
Dosierung in mg Methadon <sup>a</sup> (AM ± SD)	74,3 (± 41,7)	72,4 (± 47,2)	78,5 (± 26,0)	n.s.
Substitutionsdauer in Monaten (Median)	12	11	30	n.s.
Nutzung ambulanter Angebote min. ein Mal pro Woche (%)				
Arbeitsprojekte	18	20	15	n.s.
Beratungsgespräch	30	23	44	*
Essen	70	71	69	n.s.
Druckraum	55	63	38	**
Kontaktladen: Aufenthalt, unterhalten	66	72	56	n.s.
medizinische Behandlung	21	14	35	**
Rauchraum	10	4	21	**
Rechtsberatung	2	1	4	n.s.
Spritzentausch	43	43	44	n.s.
Ambulante Therapie	1	0	1	n.s.

<sup>a</sup> Bei Heroin, Buprenorphin und Levomethadon Umrechnung in Methadonäquivalenzdosen entsprechend Deutsches Ärzteblatt (2003).

Der Rückgang der Inanspruchnahme von Kontaktläden ist bei näherer Betrachtung ausschließlich auf die Frauen zurückzuführen (Männer 2008: 73%, 2010: 72%, Frauen 2008: 74%, 2010: 56%). Auch die Nutzung der Druckräume hat bei den Frauen deutlich abgenommen (2008: 60%, 2010: 38%); hingegen fiel die Differenz bei den Männern weitaus geringer aus (2008: 71%, 2010: 63%). Bei allen anderen Angeboten besteht keine signifikante geschlechterbezogene Differenz in der Nutzung.

Im Hinblick auf die Substitution ist abschließend hervorzuheben, dass sich erstmals mehr als jeder Zweite in Behandlung befindet (2010: 57%). Der Heroinkonsum bei Substituierten ist nach einem Anstieg in der letzten Untersuchung etwa gleichgeblieben, aber dennoch mit aktuellen 44% auf einem hohen Niveau, was insofern bemerkenswert ist, als die Substitutionspräparate die psychoaktive Wirkung von Heroin schwächen. Dennoch besteht auch weiterhin ein Zusammenhang zwischen Substitution und einem geringeren Konsumaufkommen von Crack und Heroin; besonders mit zunehmender Behandlungsdauer scheint sich ein positiver Effekt einzustellen.

Die Angebote der Frankfurter Drogenhilfe werden weiterhin stark genutzt; das Hilfesystem erreicht mit seinen Angeboten fast alle Befragten, so dass von einem großen Einflussradius gesprochen werden kann. In den letzten 3 Monaten haben 99% mindestens eines der installierten Hilfeangebote in Anspruch genommen, und 93% der Befragten haben mindestens eine der angebotenen Leistungen auch in der zurückliegenden Woche genutzt; weiter werden dabei in erster Linie die niedrigschwelligen Angebote wie Aufenthalt in Kontaktläden, Essen, Druckraum und Spritzentausch angenommen. Etwas zugenommen hat die Inanspruchnahme von Beratungsgesprächen. Arbeitsprojekte, medizinische Behandlung und Rauchraum werden in der Häufigkeit geringer genutzt, sehr selten die Rechtsberatung und das Angebot der ambulanten Therapie.

## 5. Literatur

- Barth, V., Meyer, I., Ostheimer, I. & Steinmetz, J. (1997): Druckraumstudie. Informationen aus Befragungsdaten. Frankfurt a. M.: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Bild-Zeitung (2010): „Nur noch Dirnen, Dreck und Drogen!“ (13.07.2010) sowie „Putzen unter Polizeischutz“ (14.07.2010)
- Deutsches Ärzteblatt (2003): Therapiehinweis nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien. Deutsches Ärzteblatt, 41, A2678 - A2679.
- Kemmesies, U.E. (1995): Szenebefragung Frankfurt am Main 1995. Die 'offene Drogenszene' und das Gesundheitsraumangebot in Ffm. Münster: INDRO.
- Kemmesies, U.E. (2002): MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2002. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research.
- Kemmesies, U.E./ Hess, H. (2001): Monitoring-System Drogentrends (MoSyD) - Instrument zur Früherkennung neuer Drogenumgangsformen in Frankfurt am Main. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research – Johann Wolfgang Goethe-Universität.
- Müller, O./ Bernard, C./ Werse, B. (2007): MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2006. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research.
- Müller, O./ Werse, B./ Bernard, C. (2009): MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2008. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research.
- Oechsler, H./ Neumann E./ Verthein U./ Martens M-S.. (2010): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation. BADO e.V 2009.
- Ostheimer, I./ Meyer, I./ Barth, V./ Steinmetz, J./ Stielow, P. (1993): Abschlußbericht der Szenebefragung ‚Die offene Drogenszene in Frankfurt/Main nach der Räumung der Taunusanlage‘. Frankfurt a. M.: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Prinzleve, M./ Müller, O./ Werse, B./ Bernard, C. (2005): MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2004. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research – Johann Wolfgang Goethe-Universität.
- Vogt, I. (1992): Abschlussbericht der Studie 'Offene Drogenszene in Frankfurt am Main'. Frankfurt a. M.
- Werse. B./ Müller, O./ Bernard, C. (2010): Jahresbericht MoSyD – Drogentrends in Frankfurt am Main 2009. Unter Mitarbeit von Carsten Schell. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research – Goethe-Universität
- Zurhold, H./ Müller, O. (Hg.) (2007): Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Freiburg: Lambertus.