



- Bericht -

MoSyD

Szenestudie

---

Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main

2008

---

Oliver Müller, Bernd Werse und Christiane Bernard

GOETHE-UNIVERSITÄT  
CENTRE FOR DRUG RESEARCH  
Frankfurt am Main, Februar 2009

Im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main

## INHALT

0.	Zusammenfassung.....	6
1.	Einleitung.....	11
2.	Methodik.....	13
2.1	Empirischer Zugang: Stichprobe und Erhebungsinstrument.....	13
2.2	Hinweise zur Ergebnispräsentation.....	14
3.	Feldzugang – Interviewtätigkeit im Szenealltag.....	16
4.	Ergebnisse.....	19
4.1	Soziodemographische Daten.....	19
4.1.1	Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität.....	19
4.1.2	Wohnsituation.....	20
4.1.3	Ausbildungs- und Beschäftigungssituation.....	21
4.1.4	Finanzielle Situation.....	23
4.1.5	Die Befragten der Frankfurter Drogenszene im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	25
4.2	Substanzkonsum.....	30
4.2.1	Lifetime-Konsum.....	30
4.2.2	12-Monats-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz.....	33
4.2.3	Konsumintensität.....	37
4.2.4	Applikationsformen.....	41
4.2.5	Die Konsummuster im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	44
4.3	Meinungen über Drogen.....	47
4.4	Der „Alltag auf der Szene“.....	49
4.4.1	Dauer und Häufigkeit des Aufenthalts auf der Szene.....	49
4.4.2	Die Orte des Konsums.....	52
4.4.3	Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung.....	56
4.4.4	Erfahrungen mit Gewalt und Eigentumskriminalität.....	60
4.4.5	Der Szenealltag im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	64
4.5	Gesundheitszustand.....	66
4.5.1	Infektionsstatus und Risikoverhalten.....	66
4.5.2	Versicherungsstatus, Symptome und Beschwerden.....	68
4.5.3	Überdosierungen.....	70
4.5.4	Der Gesundheitszustand im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	73
4.6	Inanspruchnahme des Hilfesystems.....	76
4.6.1	Substitution.....	76
4.6.2	Nutzung der Angebote des Drogenhilfesystems.....	79

4.6.3	Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	83
4.7	Vergleich mit Daten einer überregionalen Szenebefragung.....	84
5.	Literatur.....	88

## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Unterbringung der vorhandenen Kinder (%).....	20
Tabelle 2: Aktuell gemeldeter Wohnsitz (%) nach Jahr der Befragung.....	21
Tabelle 3: Aktuelle Wohnsituation (%) nach Jahr der Befragung.....	21
Tabelle 4: Ausbildungs- und Beschäftigungssituation (%) nach Jahr der Befragung.....	22
Tabelle 5: Einkommensquellen (letzte 7 Tage, %) nach Jahr der Befragung.....	24
Tabelle 6: Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) nach Geschlecht.....	27
Tabelle 7: Aktuelle Wohnsituation der Befragten im Jahr 2008 (%) nach Geschlecht.....	28
Tabelle 8: Lifetime-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung.....	30
Tabelle 9: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert) nach Jahr der Befragung..	32
Tabelle 10: 12-Monats-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung.....	34
Tabelle 11: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack nach Jahr der Befragung.....	35
Tabelle 12: Applikationsformen von Heroin, Benzodiazepine, Kokain und Crack (%) nach Jahr der Befragung.....	42
Tabelle 13: Gründe für den intravenösen Crackkonsum (%) nach Jahr der Befragung.....	43
Tabelle 14: Konsummuster im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	45
Tabelle 15: Applikationsformen von Heroin, Kokain, Benzodiazepinen und Crack im Jahr 2008 (%): geschlechtsspezifische Unterschiede.....	46
Tabelle 16: Meist abgelehnte Droge (%) nach Jahr der Befragung.....	49
Tabelle 17: Gründe für den Aufenthalt auf der Szene (%) nach Jahr der Befragung.....	51
Tabelle 18: Überwiegende Orte des intravenösen Konsums und des Crackrauchens nach Jahr der Befragung.....	53
Tabelle 19: Einschätzung der Verfügbarkeit von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung.....	56
Tabelle 20: Einschätzung der Qualität von Heroin und Crack (%) nach Jahr der Befragung.....	58
Tabelle 21: Selbst erfahrene kriminelle und gewalttätige Handlungen in den zurückliegenden vier Wochen nach Erhebungsjahr (2002 und 2008, %).....	61
Tabelle 22: Umstände der letzten Gewalt-/Kriminalitätserfahrung (%).....	62
Tabelle 23: Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung.....	66
Tabelle 24: Risikoverhalten bei der Benutzung von Utensilien zum intravenösen Konsum im Jahr 2008 (%).....	67
Tabelle 25: Symptome und Beschwerden in den letzten 3 Monaten und Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung (%) nach Jahr der Befragung.....	69
Tabelle 26: Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung.....	71
Tabelle 27: Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung.....	72
Tabelle 28: Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung.....	73
Tabelle 29: Gesundheitszustand im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	75
Tabelle 30: Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung.....	76
Tabelle 31: 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus im Jahr 2008.....	78

Tabelle 32: Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten 3 Monaten im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	83
Tabelle 33: Soziodemographische Daten, Substituiertenanteile und Infektionsraten in Frankfurt (MoSyD) und 13 deutschen Großstädten (ISD-Szenebefragung) im Vergleich.....	85
Tabelle 34: Soziodemographische Konsummuster (24-h-Prävalenz und Anzahl konsumierter Substanzen) und Nutzung von Angeboten der Drogenhilfe in Frankfurt (MoSyD) und 13 deutschen Großstädten (ISD-Szenebefragung) im Vergleich.....	86
Abbildung 1: Durchschnittsalter der Frankfurter „Drogenszene“ 1991 bis 2008.....	19
Abbildung 2: Legalstatus der Einnahmequellen nach Jahr der Befragung.....	25
Abbildung 3: Durchschnittsalter (Mittelwerte) nach Geschlecht und Jahr der Befragung.....	26
Abbildung 4: Altersgruppen (%) nach Geschlecht im Jahr 2008.....	26
Abbildung 5: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert) der im Jahr 2008 Befragten .....	33
Abbildung 6: Konsumhäufigkeit (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack derjenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen nach Jahr der Befragung.....	38
Abbildung 7: Zusammengefasste Konsumintensität (%) von Heroin und Crack nach Jahr der Befragung.....	40
Abbildung 8: Heroin und Crack: 24-Stunden-Prävalenz und Anteil mit Nennung als Lieblingsdroge bzw. am meisten diskutierter Droge (%) nach Jahr der Befragung .....	48
Abbildung 9: Dauer des „Szeneaufenthalts“ und Lebensalter.....	50
Abbildung 10: Intravenöser Konsum und Crackrauchen: generelle und überwiegende Nutzung ausgewählter Orte 2004, 2006 und 2008.....	54
Abbildung 11: Einschätzung der Preisentwicklung und Preis pro Gramm Heroin, Crack und Kokain nach Jahr der Befragung.....	59
Abbildung 12: Anzahl berichteter Symptome und Beschwerden (Mittelwerte) und Einschätzungen zum Gesundheitszustand nach Jahr der Befragung.....	70
Abbildung 13: Substitutionsdauer (zusammengefasst, %) nach Jahr der Befragung.....	77
Abbildung 14: 24-Stunden-Prävalenzen von Heroin und Crack (%) nach Behandlungsstatus und Jahr der Befragung.....	79
Abbildung 15: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung.....	81
Abbildung 16: Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung.....	82
Exkurs: Auszüge aus den Forschungstagebüchern.....	17

## 0. Zusammenfassung – Veränderungen und aktuelle Situation

Die folgende Zusammenfassung der vorliegenden Szenebefragung stellt einerseits die aktuelle Situation in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main dar, andererseits werden etwaige Veränderungen zentraler Inhaltsbereiche wie der sozialen und gesundheitlichen Situation, dem Substanzkonsum und der Inanspruchnahme des Hilfesystems nachgezeichnet. Der größte Teil dieser Trendanalyse bezieht sich dabei auf den Beobachtungszeitraum 2002 bis 2008. Bei einigen Themenbereichen werden zusätzlich Resultate einer Studie aus dem Jahr 1995 mit einbezogen, zudem gibt es vereinzelt Vergleichsdaten aus den Jahren 1991-1993.

Während die „offene Drogenszene“ in den Vorjahren immer weniger im Straßenbild sichtbar war und Konsument(inn)en sich möglichst unauffällig zu verhalten versuchten, deutete sich im Verlauf der aktuellen Befragung an, dass diese Tendenz offenbar wieder rückläufig ist. Die Interviewer(innen) beobachteten wieder häufiger Ansammlungen von Szeneangehörigen sowie Konsumvorgänge in der Öffentlichkeit.

### Soziodemographische Daten

Das Durchschnittsalter der Szene liegt seit dem Jahr 2003 weitgehend konstant bei 35 bis 36 Jahren (aktuell: 35,7), nachdem es sich zwischen 1991 und 2002 zunächst deutlich erhöht hatte. Wie in den Vorjahren ist mit aktuell etwa drei Vierteln der weitaus größte Teil der befragten Szenegänger(innen) im Großraum Frankfurt gemeldet. 12% der Befragten sind obdachlos und 32% leben in Notschlafunterkünften; der Anteil dieser prekären Wohnsituationen ist seit 2003 leicht zurückgegangen. Während sich die Wohnsituation für die Männer im Laufe der Jahre tendenziell verbessert hat, stellt sie sich für die Frauen mittlerweile etwas schlechter als für die männlichen Szeneangehörigen dar. 49% der Befragten haben eigene Kinder. Keines der minderjährigen Kinder lebt bei dem/der jeweiligen Befragten selbst, sondern entweder beim anderen Elternteil, anderen Familienmitgliedern, Adoptiveltern oder Pflegefamilien.

Wie in den vorherigen Befragungen geben auch im Jahr 2008 die meisten Befragten (43%) einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss an. Der Anteil der Abiturient(inn)en hat sich seit 1995 auf aktuell 12% tendenziell erhöht; 16% können keinen Schulabschluss vorweisen. 57% der Befragten haben keine abgeschlossene Berufsausbildung; dieser Wert hat sich wieder etwas erhöht. Auch die aktuelle Beschäftigungssituation unter den Szenemitgliedern hat sich offenbar nochmals leicht verschlechtert: im Jahr 2008 verfügt nur 1% über eine Vollzeitstelle, 2006 waren dies noch 4%. Rund vier Fünftel sind arbeitslos, die meisten davon langzeitarbeitslos. Mit 4,9 Jahren erreicht die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit ihren bislang höchsten Wert. Je stärker ein(e) Befragte(r) an die Szene gebunden ist, desto schwieriger ist es offenkundig, diese(n) in das Arbeitsleben zu reintegrieren: zumindest steigt die Dauer der Arbeitslosigkeit mit zunehmender Szenezugehörigkeit.

Dem Anteil der Erwerbslosen entsprechend, bezieht ein Großteil der Befragten (rund drei Viertel) staatliche Unterstützungsleistungen (ALG I, ALG II, Sozialgeld). Während der Anteil derer, die derartige Leistungen als ihre Haupteinnahmequelle bezeichnen, tendenziell angestiegen ist, ist die hauptsächliche Finanzierung über regelmäßige Arbeit oder Jobs wei-

terhin rückläufig. Neben diesen Quellen wird insbesondere der Drogenhandel, daneben auch Familie/Partner sowie weitere illegale und legale Möglichkeiten als Einnahmequellen genutzt. Wie in sämtlichen vorherigen Befragungen gelingt es etwa der Hälfte der Befragten, sich ausschließlich auf legalem Wege zu finanzieren. Sowohl die durchschnittlich erzielten Einkünfte als auch die durchschnittlichen Ausgaben für Drogen haben sich im Jahr 2008 relativ deutlich erhöht (auf ca. 590 bzw. 480 Euro pro Woche). Der Anteil an den zur Verfügung stehenden Mitteln, der für Drogen ausgegeben wird, hat sich nicht geändert.

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

Nach wie vor sind Heroin und Crack die mit Abstand am häufigsten konsumierten Drogen in der „offenen Drogenszene“. Erstmals seit 2002 liegt die 24-Stunden-Prävalenz von Heroin (71%) deutlich über der von Crack (59%), da der Wert für das Opiat zwischen 2006 und 2008 angestiegen, der für das Kokainderivat leicht zurückgegangen ist. Im Vergleich zu 2002 zeichnet sich bei den Konsummustern der Szene auch unter Einbezug der 30-Tages-Prävalenz nunmehr ein Bedeutungszuwachs von Heroin und ein tendenzieller Bedeutungsverlust von Crack ab. Letzteres könnte mit der Preis- und Qualitätsentwicklung zusammenhängen: Zwischen 2002 und 2006 nahmen die Befragten zwar einen leichten Preisrückgang, aber auch eine deutlich schlechtere Qualität des in der Szene gehandelten Crack wahr. 2008 wird die Qualität wieder als deutlich besser eingeschätzt, gleichzeitig hat sich der Preis von durchschnittlich 50 Euro auf 100 Euro pro Gramm verdoppelt. Angesichts dieser geradezu dramatischen Veränderung fällt der Rückgang des Konsums aber sehr moderat aus: Nach wie vor konsumiert die Mehrheit der Befragten (59%) täglich Crack, wobei die Droge etwa gleich häufig geraucht und/oder gespritzt wird.

Bei Heroin ist seit 2002 ein leichter, aber kontinuierlicher Anstieg der 30-Tages-Prävalenz zu beobachten (auf aktuell 88%). Der Konsum in den letzten 24 Stunden hat zwischen 2006 (63%) und 2008 (71%) vergleichsweise deutlich zugenommen. Gleichzeitig ist der Preis der Droge seit dem massiven Rückgang im Jahr 2004 wieder etwas angestiegen und liegt aktuell bei 40 Euro pro Gramm. Bezüglich der Qualitätseinschätzung sind seit 2004 keine Veränderungen zu beobachten, und auch an den Applikationsformen hat sich seit 2002 (mit jeweils rund 90% i.v. Konsumierenden) praktisch nichts geändert.

Die Bedeutung illegal gehandelter Benzodiazepine für die Konsummuster der Szeneangehörigen hat seit 2002 zugenommen, was sich u.a. in einem kontinuierlichen Anstieg der 30-Tages-Prävalenz niederschlägt. Die 24-Stunden-Prävalenz ist zwischen 2006 und 2008 von 29% auf 47% angestiegen. Auch der Anteil derer, die diese Substanzen intravenös konsumieren, hat seit 2003 deutlich zugenommen. Benzodiazepine werden mittlerweile als leichter erhältlich eingeschätzt als Heroin oder Crack, bei denen jeweils ein tendenzieller Rückgang der Verfügbarkeit wahrgenommen wurde.

Die in der letzten Befragung beobachtete Trendumkehrung bezüglich des Konsums von Pulverkokain hat sich 2008 nur teilweise bestätigt. Während die 2006 deutlich angestiegene 30-Tages-Prävalenz nochmals leicht auf nunmehr 49% zugenommen hat, ging der Wert für den Konsum in den letzten 24 Stunden wieder leicht zurück (2008: 11%).

Wie in sämtlichen Vorjahren weist der Großteil der im Umfeld der „offenen Drogenszene“ Befragten polyvalente Konsummuster auf. Neben Heroin und Kokain (in der einen oder anderen Form) sowie Benzodiazepinen und Substitutionsmitteln sind auch Alkohol und Can-

nabis fester Bestandteil des Konsumgeschehens. Durchschnittlich haben die Befragten in den zurückliegenden 30 Tagen 4,5 und in den letzten 24 Stunden 2,5 psychoaktive Substanzen konsumiert.

Bezüglich der Intensität des Konsums zeigen sich ambivalente Entwicklungen: So ist der Anteil der häufig Konsumierenden unter den aktuellen Crackgebraucher(inne)n zurückgegangen, wogegen sich wiederum die Anzahl derer mit exzessiven Konsummustern (mehr als 8x am Tag) leicht erhöht hat. Eine tendenzielle Intensivierung ist beim Konsum von Benzodiazepinen zu beobachten; ähnliches ist auch bei der Konsumhäufigkeit der aktuellen Heroingebraucher(innen) festzustellen.

### **Szenealltag und Risikoverhalten**

Der Großteil der befragten Konsument(inn)en gehört nicht nur schon lange der Szene an (durchschnittlich 11,5 Jahre), sondern hält sich auch zumeist täglich und über viele Stunden in diesem Umfeld auf. Innerhalb des Netzwerkes der Szene werden einerseits Drogen gekauft, verkauft und konsumiert, andererseits nimmt die Szene auch eine wichtige soziale Funktion für die Befragten ein: Sie wird aufgesucht, um Leute zu treffen und um sich die Langeweile zu vertreiben. Diese soziale Funktion hat seit 2006 offenbar etwas an Bedeutung hinzugewonnen.

Der intravenöse Konsum findet nach wie vor weit überwiegend in den Druckräumen statt, während Crack zumeist auf der Straße geraucht wird. Während 2006 eine leicht erhöhte Anzahl von Befragten im öffentlichen Raum außerhalb des Bahnhofsviertels Crack rauchte, ist dieser Anteil zugunsten des „Kerngebiets“ der Szene wieder zurückgegangen. Der Rauchraum spielt als Ort des Konsums immer noch eine eher untergeordnete Rolle. Ein tendenzieller Anstieg ist nach dem Rückgang 2006 wieder beim intravenösen Konsum auf der Straße zu beobachten.

Gewalt und Eigentumsdelikte spielen offenkundig eine signifikante Rolle im Szenealltag. Durchschnittlich wird jede(r) Befragte rund vier Mal im Monat Opfer einer derartigen Tat; Frauen etwas häufiger als Männer. Am häufigsten wird hier Betrug genannt, gefolgt von psychischer Gewalt und Diebstahl, aber auch physische Gewalt wird von einem nennenswerten Anteil der Befragten angegeben. Mehr als vier Fünftel dieser Taten werden von anderen Szeneangehörigen verübt, größtenteils im Bereich der „offenen Szene“. An der quantitativen Verteilung und den Rahmenbedingungen der erfassten Straf-/Gewalttaten hat sich im Vergleich zu 2002 nichts Wesentliches geändert. Lediglich bei den Tatmotiven wurde im Jahr 2002 noch der Wirkung sowie den Entzugssymptomen von Crack eine höhere Bedeutung beigemessen.

Erstmals wurden die Szeneangehörigen nach etwaigem Risikoverhalten im Zusammenhang mit dem intravenösen Konsum gefragt. Dabei zeigt sich, dass rund jede(r) Fünfte zumindest gelegentlich eine Spritze bzw. Nadel mehrfach benutzt, etwa jede(r) Dritte benutzt Utensilien zum i.v.-Konsum gelegentlich gemeinsam mit anderen und wiederum ca. jede(r) Fünfte teilt Drogen mit anderen in einer Spritze. Nur eine knappe Mehrheit – Männer häufiger als Frauen – gibt an, gar keine derartigen riskanten Verhaltensweisen zu praktizieren.



## Gesundheitszustand und Nutzung des Drogenhilfesystems

90% der Befragten sind aktuell krankenversichert. Der Gesundheitszustand der Befragten, gemessen an der Anzahl der berichteten Symptome sowie der subjektiven Einschätzung, hat sich im Vergleich zu den Vorerhebungen geringfügig verbessert. Im Schnitt nennen die Interviewpartner(innen) 1,5 Symptome für die zurückliegenden 3 Monate. Dieser Durchschnittswert liegt bei den befragten Frauen mehr als doppelt so hoch wie bei den Männern (2,3 vs. 1,0). Darüber hinaus schätzen die weiblichen Befragten ihren Gesundheitszustand auch subjektiv schlechter ein.

Die Hepatitis-C-Infektionsrate bewegt sich seit 2002 mit rund zwei Dritteln der Befragten auf einem relativ unverändert hohen Niveau. Rückläufig sind hingegen seit 2003 die Raten für Hepatitis A und B. Die HIV-Infektionsrate, die im Jahr 1995 noch bei über einem Viertel lag und sich seit 2002 auf einem niedrigerem Niveau zwischen 12% und 17% bewegte, ist 2008 nochmals auf nunmehr 6% gesunken.

61% der im Jahr 2008 Befragten haben mindestens einmal die Erfahrung einer Überdosis gemacht. Heroin ist unverändert die Droge, die am häufigsten für Überdosierungen verantwortlich gemacht wird. Eine Bedeutungszunahme in dieser Hinsicht ist aktuell für Benzodiazepine zu beobachten. Bei der Frage nach dem Hauptgrund der Überdosierung wird zwar nach wie vor die unbekannte Drogenqualität am häufigsten als Ursache angegeben, eine deutliche Zunahme ist 2008 indes bei der Antwort „zu hoher Konsum nach vorheriger Abstinenz“ festzustellen.

Fast die Hälfte der Befragten (49%) befindet sich aktuell in einer Substitutionsbehandlung. Damit ist dieser Anteil nach einem deutlichen Anstieg im Jahr 2003 und anschließender Stagnation nochmals um einige Prozentpunkte gestiegen. Vier von fünf Substituierten erhalten Methadon als Substitutionsmittel. Der Anteil derer, die mit Buprenorphin (Subutex®) substituiert werden, ist seit 2002 (0%) kontinuierlich auf nunmehr 11% angestiegen.

Nach wie vor konsumieren Substituierte deutlich seltener Heroin und Crack als Nicht-Substituierte. Allerdings hat sich das Konsumverhalten beider Gruppen wieder etwas angeglichen: So liegt die Prävalenz von Benzodiazepinen bei Substituierten mittlerweile leicht über der der übrigen Befragten, und auch der Heroinkonsum ist bei den aktuell in einer Behandlung Befindlichen deutlich angestiegen. Leicht rückläufig ist in dieser Gruppe der aktuelle Crackkonsum.

Wie in den Vorjahren werden insbesondere niedrigschwellige Angebote des Frankfurter Drogenhilfesystems von den Befragten intensiv genutzt, am häufigsten (in absteigender Reihenfolge) Kontaktladen, Druckraum, Essen und Spritzentausch. Auch Beratungsgespräche werden von einem hohen Anteil der Szenemitglieder in Anspruch genommen. Sämtliche Befragten haben in den letzten 3 Monaten mindestens eines der vorgehaltenen Hilfeangebote in Anspruch genommen, 99% haben mindestens ein Angebot mindestens einmal pro Woche genutzt. Dieser Anteil ist seit 2002 kontinuierlich gestiegen. Ein kontinuierlicher Anstieg bezüglich der mindestens wöchentlichen Nutzung der einzelnen Angebote ist für Kontaktladen zu beobachten.

### **Vergleich mit anderen deutschen Städten**

Erstmals wurden einige Daten mit den Resultaten einer Erhebung in „offenen Drogenszenen“ verschiedener deutscher Städte verglichen. Dabei zeigen sich bemerkenswerte Übereinstimmungen im Hinblick auf das Durchschnittsalter, Schulbildung, Arbeitssituation, Anteil an Substituierten und Infektionsraten. Auch die Nutzung der niedrigschwelligen Drogenhilfsangebote präsentiert sich als sehr ähnlich. Beim Substanzkonsum zeigt sich, dass Crack nach wie vor außer in Frankfurt nur in Hamburg eine nennenswerte Verbreitung findet, während in anderen Städten höhere Kokain-Prävalenzraten zu beobachten sind. Zudem sind die Werte für Benzodiazepine in Frankfurt relativ hoch, während sich die Prävalenz von Heroin auf einem ähnlichen Niveau bewegt wie im Durchschnitt der in der Vergleichsstudie berücksichtigten Städte.

## 1. Einleitung

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

Die Studie stellt ein Forschungsmodul neben anderen im Rahmen eines umfassenden *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 – sowohl 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 2008 um die vierte Erhebung, die drei anderen Erhebungen erfolgten in den Jahren 2002 (Kemmesies 2002), 2004 (Prinzleve et al. 2005) und 2006 (Müller et al. 2007). Darüber hinaus fließen die Daten der Szenebefragung 2003, welche 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 angesprochenen Studien gewährt die vorliegende Untersuchung Einblick in die aktuelle Situation auf der „offenen Drogenszene“, wie sie sich zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews Ende Juli bis Ende August 2008 darstellt.

Die Drogenszene am Hauptbahnhof präsentierte sich im Sommer 2008 – das sei einleitend vorweggenommen – wieder sichtbarer als bei der Befragung 2006: Sowohl der intravenöse Konsum im öffentlichen Raum als auch Ansammlungen von Konsument(inn)en waren wieder häufiger zu beobachten. An dieser Stelle sei jedoch erneut darauf verwiesen, dass es sich bei solchen Erhebungen immer um ein Abbild der Situation zu einem bestimmten Zeitpunkt handelt. Die Situation beeinflusst haben könnte zum einen eine generell etwas niedrigere Polizeipräsenz (Bericht Experten-Panel 2008) und auch die Tatsache, dass eine Einrichtung (inklusive Druckraum) im Befragungszeitraum mehrere Tage geschlossen hatte. Allerdings fiel in den Zeitraum der Befragung auch der Besuch der Bundesdrogenbeauftragten Sabine Bätzing in einer Drogenhilfeeinrichtung – die damit einhergehenden Polizeikon-

---

<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.



trollen reduzierten das Konsumentenaufkommen für einen Nachmittag auf ein äußerst überschaubares Maß. Diese Schilderungen dokumentieren noch einmal, dass es sich hier um eine Momentaufnahme der Drogenszene im Sommer 2008 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 2008 ein Forschungsmodul neben anderen im Rahmen des Monitoring-Systems Drogentrends des CDR (vgl. aktuell: Werse et al. 2008). Die Zusammenführung der Forschungsmodule in einem Gesamtbericht (Jahresbericht 2008) 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 2008 des CDR erscheint im Laufe des Jahres 2009 und wird im Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main oder direkt beim CDR<sup>2</sup> erhältlich sein. Der vorliegende Bericht fokussiert ausschließlich 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 Carsten Schell für seine Interviewtätigkeit gedankt<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Zu bestellen unter: [cdr@cdr-uni-frankfurt.de](mailto:cdr@cdr-uni-frankfurt.de).

<sup>3</sup> Die übrigen Interviews wurden von den beiden Mitautor(inn)en Christiane Bernard 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 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. Darüber hinaus wurden in der aktuellen Erhebung Fragen zum Risikoverhalten durch die gemeinsame oder mehrfache Benutzung von Utensilien zum intravenösen Konsum gestellt. Zudem wurde ein Fragemodul aus der Befragung 2002 wieder aufgenommen, um die subjektiven Gewalt- und Kriminalitätserfahrungen sowie eventuelle diesbezügliche Veränderungen beschreiben zu können.

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>4</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
  - Gewalt- und Kriminalitätserfahrungen
- Gesundheit
  - Symptome und Beschwerden
  - Überdosierungen und deren Begleitumstände
  - Risikoverhalten hinsichtlich der Benutzung von Utensilien zum i.v. Konsum
- Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems

---

<sup>4</sup> Für nähere Informationen kann der Fragebogen beim CDR angefragt werden.

- 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 konnten in diesem Bericht erstmals einzelne Resultate mit Ergebnissen einer überregionalen Szenebefragung verglichen werden (siehe 4.7). 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 Gegensatz zu einem institutionellen 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) 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 \* 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 75 direkt auf der Straße im Bahnhofsviertel – unmittelbar auf der „Drogenszene“ – angesprochen, die anderen 75 Interviewten in den Kontaktbereichen der Konsumräume. Die Kontakthanbahnungen in den Konsumräumen wurden relativ gleichmäßig auf alle vier bestehenden Einrichtungen ('Eastside' (Schielestraße), 'Druckraum Niddastraße' (Niddastraße), 'La Strada' (Mainzer Landstraße), 'Druckraum Elbestraße' (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, stellte sich die Szene wieder etwas sichtbarer als noch 2006 dar. Es wurde wieder mehr auf der Straße intravenös konsumiert (inklusive der Vorbereitung zum Konsum, z.B. Aufkochen usw.). Ansammlungen von mehreren Personen, die sich sehr schnell an einer Straßenecke oder vor Drogenhilfeeinrichtungen bildeten, konnten sich allerdings auch schnell wieder auflösen. Mitarbeiter(innen) der Einrichtungen forderten immer wieder dazu auf, Ansammlungen vor den Einrichtungen zu unterlassen.

Nach wie vor lässt sich beobachten, dass offenbar keine Straßenszene existiert, die sich klar von den Besucher(inne)n der Einrichtungen abgrenzt. Dies wird beispielsweise daran deutlich, dass häufig die selben Konsument(inn)en auf der Straße und wenig später in den Einrichtungen anzutreffen sind. Das Bahnhofsviertel scheint somit 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 Kontakthanbahnungsgesprächs 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 Kontakthanbahnungsgesprächs 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 Kontakthanbahnung 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 181 Personen angesprochen (2006: 180 Personen), um die anvisierten 150 Interviews durchzuführen. Ein Interview kam also bei 83% (2006: 83%) der angesprochenen Personen zustande. Damit ist diese Quote nahezu identisch mit der von 2006 und kann angesichts der Sensibilität der zu erhebenden Daten als sehr hoch angesehen werden.

Von den 31 Personen, die nicht zu einem Interview bereit waren, gaben 7 Personen (2006: 17) an, 'keine Zeit' zu haben, 21 Personen (2006: 9) hatten 'kein Interesse' und 3 Personen (2006: 1) nannten 'kein Vertrauen' als Ablehnungsgrund. Andere Gründe wurden bei der aktuellen Befragung nicht angegeben (2006: 3).



**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 2008 werfen:

**1. Woche:**

*Eine Konsumentin läuft ohne Schuhe auf der Straße herum, ihre Füße sind blutig und sie weiß nicht, wo ihre Schuhe sind.*

*Dass so offen auf der Straße konsumiert wird, ist erstaunlich. Auch als die Polizei direkt an einer Gruppe von mehreren Personen vorbeifährt, die zwischen parkenden Autos aufkochen und konsumieren, scheint das weder die eine noch die andere Seite besonders zu stören.*

*Ein Interviewpartner antwortet auf die Frage, ob er Opfer von Gewalt gewesen sei: "Ich bin gewalttätig und rede mit keinem." Dass das Interview dennoch relativ angenehm verlief, deutet für mich darauf hin, dass seine Selbstdarstellung Teil seiner Überlebensstrategie ist.*

**2. Woche:**

*Ein Konsument sitzt nach einem Unfall im Rollstuhl, hat beide Arme und ein Bein in Gips. Es wirkt tragisch und komisch zugleich, wenn er seine Freundin – die offensichtlich noch wenig im Umgang mit dem Rollstuhl geübt ist – antreibt, dem schnellen Szenegeschehen zu folgen.*

*Eine Interviewpartnerin ist in einem sehr schlechten physischen Zustand und schläft eigentlich alle zwei Minuten während des Interviews ein. Da hilft es auch nicht viel, dass ich ihr irgendwann vorschlage, aufzustehen, da sie angelehnt an die Wand auch im Stehen einschläft. Sie entschuldigt sich damit, dass sie seit 5 Tagen nicht geschlafen habe und im Moment auch kein Crack mehr hat, das sie wach hält. Ich bin darüber erstaunt, dass sie sich am nächsten Tag überhaupt an mich erinnern kann.*

**3. Woche:**

*Eine Interviewpartnerin bricht während des Interviews in Tränen aus, weil sie über ihre zwei Tage zurückliegende Vergewaltigung spricht. Ich frage sie, ob sie mit jemandem von der Drogenhilfe gesprochen und den Freier bei der Polizei angezeigt hat. Sie verneint beides, da sie der Meinung ist, dass das nichts bringe und nichts an der Situation ändern würde.*

Die Interviews wurden von einer Mitarbeiterin und zwei Mitarbeitern des CDR von Ende Juli bis Ende August 2008 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(innen) 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 – 50 Frauen und 100 Männer.

Die Feldarbeit kann wieder durchaus als mühselig und anstrengend bezeichnet werden. Die Szene präsentierte sich erneut schnell und hektisch.

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 71% im Kontaktbereich, 17% in Büroräumen und 12% auf der Straße geführt.

Die Interviews fanden relativ gleichmäßig über die Wochentage verteilt statt. Die frühesten Interviews wurden gegen 9 Uhr morgens geführt, das späteste gegen 21 Uhr. Für die Interviews wurde im Schnitt etwa eine halbe Stunde benötigt, das längste Interview dauerte ca. 60 Minuten.

Es sei an dieser Stelle noch einmal 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

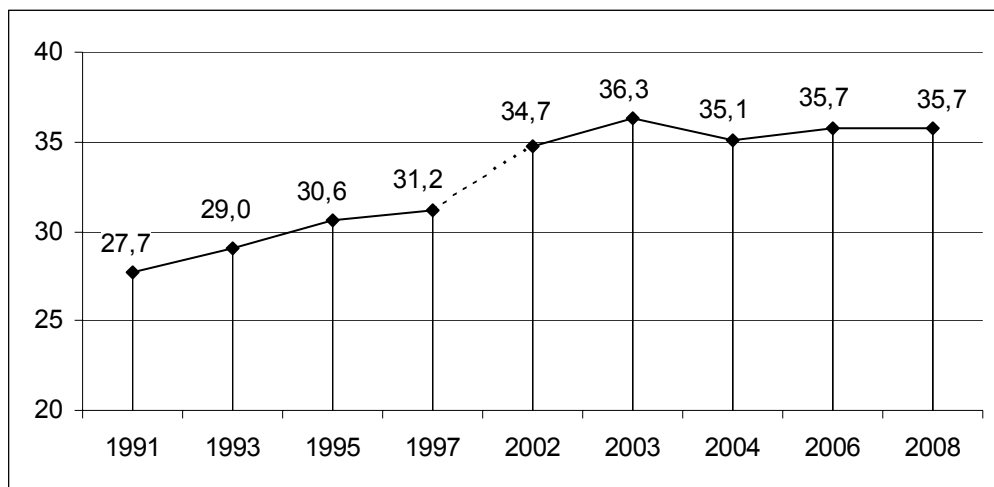
### 4.1 Soziodemographische Daten

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

Dem Forschungsdesign entsprechend sind von den 150 Befragten Personen 50 Frauen und 100 Männer. Das durchschnittliche Alter der im Jahr 2008 Befragten liegt – identisch mit dem Wert aus dem Jahr 2006 – bei 35,7 Jahren. Gegenüber der Ersterhebung 1995 ist damit das Durchschnittsalter der Szeneangehörigen signifikant gestiegen. Der deutlichste Unterschied bei der Entwicklung des Durchschnittsalters zeigt sich zwischen der Befragung 1995, bei der das Durchschnittsalter bei 30,6 Jahren lag und der Erhebung im Jahr 2002 (34,7 Jahre). Seither schwankt das Durchschnittsalter der Konsument(inn)en zwischen 35 und 36 Jahren.

Bezieht man weitere Studien<sup>5</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 2008). Das Durchschnittsalter der Szene (vgl. Abb. 1) hat sich demnach insgesamt deutlich erhöht und ist zwischen 1991 und 2002 jährlich um etwa ein halbes Jahr gestiegen. Wie oben erwähnt, schwankt der Wert seitdem zwischen 35 und 36 Jahren.

Abbildung 1: Durchschnittsalter der Frankfurter „Drogenszene“ 1991 bis 2008



Von allen im Jahr 2008 Befragten geben 71% an, ledig zu sein, 7% 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 deutlich höher lag, der Anteil an Geschiedenen analog dazu deutlich niedriger (12%).

Insgesamt 49% der Befragten geben an, eigene Kinder zu haben (2002: 52%; 2003: 47%; 2004: 44%; 2006: 44%). Keine der 2008 befragten Frauen gibt 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 der Aufenthalt des

<sup>5</sup> Berücksichtigt wurden die Studien von Vogt (1992), Ostheimer et al. (1993) und Barth et al. (1997).

Kindes bei Mutter und Vater gemeinsam die absolute Ausnahme bildet – 2008 wird diese Antwortmöglichkeit überhaupt nicht genannt. Zudem gibt sowohl 2006 als auch 2008 keine der befragten Personen an, dass das Kind bei ihr alleine untergebracht ist. In der aktuellen Befragung leben die Kinder in der Mehrheit der Fälle (52%) beim jeweils anderen Elternteil, 14% sind zur Pflege bei Familienangehörigen oder wurden von diesen adoptiert, und bei jeweils 10% sind die Kinder entweder volljährig, wurden durch eine Institution vermittelt (Adoption oder Pflegeeltern) oder vorübergehend in der Obhut von Familienangehörigen.

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

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

Im Vergleich zu 2006 hat die Unterbringung bei Kindsmutter bzw. Kindsvater ohne Interviewpartner(in) und die dauerhafte Unterbringung bei der Familie (Pflege oder Adoption) zugenommen. Dagegen sind die Anteile derjenigen, die angegeben haben, dass ihre Kinder volljährig, bei nicht der Familie angehörenden Adoptiv- /Pflegeeltern oder vorübergehend bei Familienangehörigen untergebracht sind, rückläufig (\*).

Im Hinblick auf die Nationalität bzw. Herkunft der Befragten ist für 2008 festzuhalten, dass 77% deutscher Nationalität sind (1995: 79%, 2002: 79%, 2003: 75%, 2004: 76%, 2006: 67%), 4% sind Spätaussiedler (1995: 1%, 2002: 1%, 2003: 0%, 2004: 4%, 2006: 4%), und 19% der Befragten gehören einer anderen Nationalität an (1995: 19%, 2002: 19%, 2003: 25%, 2004: 20%, 2006: 29%). Damit hat sich der Anteil deutscher Staatsbürger(innen) bei den aktuell Befragten wieder etwas erhöht und der Anteil von Personen mit anderer Nationalität entsprechend verringert.

#### 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 (65%) ihren gemeldeten Wohnsitz in Frankfurt am Main haben. 11% sind in Hessen und 9% im Großraum Frankfurt gemeldet. Weitere 11% gaben an, aktuell über keinen gemeldeten Wohnsitz zu verfügen. (s. Tab. 2).

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

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

Zwischen den Befragungen zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede (\*\*), die aber kaum eine klare Tendenz aufweisen. Allerdings zeigt sich, dass der Anteil derer, die ihren gemeldeten Wohnsitz in Frankfurt am Main haben, zwischen 2002 und 2004 kontinuierlich gestiegen, dann aber – ebenfalls kontinuierlich – bis 2008 wieder zurückgegangen ist. Auch zeigt sich, dass der Anteil derer, die ihren gemeldeten Wohnsitz in Hessen (außerhalb des Rhein-Main-Gebiets) haben, mit aktuell 11% den höchsten Wert aller Befragungen erreicht.

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

Nahezu jeder Dritte der im Jahr 2008 Befragten wohnt in seiner eigenen Wohnung. Dieser Anteil ist seit 2002 kontinuierlich angestiegen und erreicht den bisher höchsten Stand aller Erhebungen. Bei den anderen Antwortkategorien zeichnen sich keine klaren Tendenzen ab.

Mit aktuell 12% hat sich der Anteil derer, die angeben, obdachlos zu sein, im Vergleich zu 2006 aktuell wieder etwas verringert, wenngleich mit einem Anteil von insgesamt 44% (1995: 46%, 2002: 49%, 2003: 51%, 2004: 48%, 2006: 44%) – identisch mit der letzten Befragung – auch im Jahr 2008 immer noch nahezu jeder Zweite faktisch obdachlos ist und entweder auf der Straße lebt oder in Notunterkünften schläft.

#### 4.1.3 Ausbildungs- und Beschäftigungssituation

Im Hinblick auf den Schulabschluss zeigt sich, dass auch im Jahr 2008 die meisten Befragten einen Hauptschulabschluss (43%) als höchsten Abschluss angeben. 28% geben einen

Realschulabschluss, 12% das Abitur und 1% einen sonstigen Abschluss an. 16% besitzen keinen Schulabschluss (s. Tab. 4). Seit 2004 ist damit der Anteil derer, die einen Hauptschulabschluss angeben, kontinuierlich gesunken (\*).

Eine abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre oder Studium) können 2008 42% der Befragten vorweisen, 57% 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. Parallel dazu ist der Anteil derer, die eine abgeschlossene Lehre oder ein Studium angeben, auf dem niedrigsten Stand seit 1995.

Etwas zurückgegangen, aber dennoch weiterhin hoch, ist die Arbeitslosenquote mit 81%. Wie in den Vorjahren ist der Großteil der Betroffenen auch arbeitslos gemeldet (2002: 85%, 2003: 70%, 2004: 88%, 2006: 86%, 2008: 84%, jeweils bezogen auf die Gruppe der Arbeitslosen). Bei genauerer Betrachtung der Beschäftigungssituation fällt auf, dass der Prozentwert für „sonstige“ Beschäftigungsverhältnisse 2008 auf 18% deutlich zugenommen hat. Dieser relativ hohe Anteil ist darauf zurückzuführen, dass 8% angegeben haben, im Rahmen einer Arbeitsbeschäftigungsmaßnahme oder eines Arbeitsprojektes beschäftigt zu sein, weitere 4% erhalten (Früh-)Rente und 3% geben an, arbeitsunfähig gemeldet zu sein.

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

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

Die Dauer der Arbeitslosigkeit beträgt 2008 durchschnittlich 58,9 ( $\pm 70,4$ ) Monate, und erreicht damit den 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 ( $\pm 68,3$ )). Nach wie vor ist für alle fünf 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 „Drogenszene“ (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 (s. Tab.5), zeigt im Jahr 2008 im Vergleich zu 2006 besonders deutliche Unterschiede beim Bezug von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld (\*\*\*). Die Beziehenden von Sozialhilfe haben sich etwa verdoppelt, während sich die Empfänger(innen) von Arbeitslosengeld auf 24% verringert haben. Offensichtlich sind aber diese Kategorien mit der Einführung des Arbeitslosengeld II am 01.01.2005 nicht mehr besonders trennscharf, da viele Befragte nicht zwischen ALG I, ALG II oder Sozialgeld (erwerbsunfähig) unterscheiden. Fasst man allerdings die Anteile derer zusammen, die Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung erhalten, ergibt sich 2008 ein Anstieg auf 74% bei jenen, die irgendeine dieser Leistungen erhalten. (2002: 78%, 2003: 66%, 2004: 67%, 2006: 59%,). Bei der aktuellen Befragung wurde zum ersten Mal mit insgesamt 7% in nennenswerter Anzahl Rentenzahlungen (inklusive Frührente wegen Erwerbsunfähigkeit oder auch Witwenrente) als Einkommensquelle genannt weshalb diese Kategorie erstmals in Tabelle 5 aufgeführt ist. Ebenfalls gegenüber der letzten Befragung als Einkommensquelle angestiegen sind Drogengeschäfte (41% vs. 34% im Jahr 2006), sowie andere legale (17% vs. 10%) wie auch illegale Aktivitäten (23% vs. 18%).

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>6</sup> als auch bezüglich der finanziellen Unterstützung durch die Eltern/ Familie oder den/die Partner(in), welche seit 1995 deutlich an Bedeutung verloren haben (vgl. Tab. 5).

---

<sup>6</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.

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

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

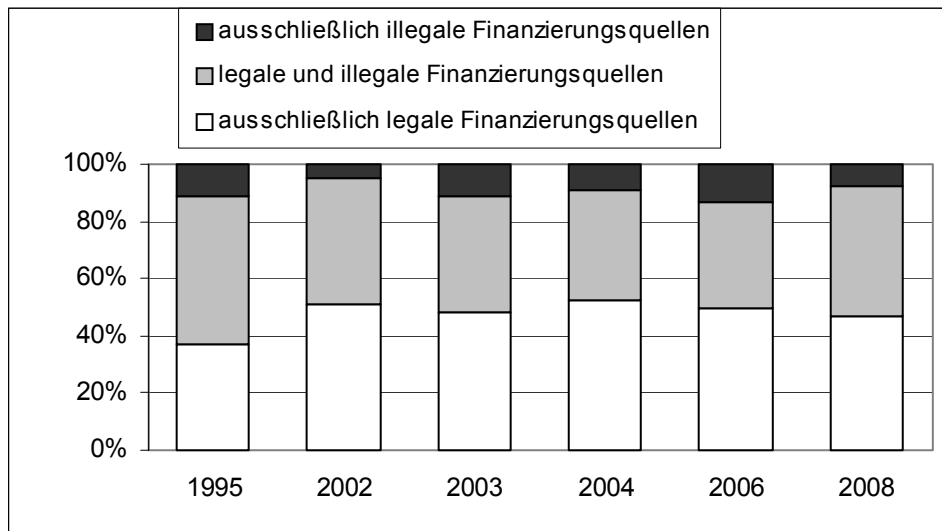
<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar.

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

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. Dies liegt vor allem daran, dass staatliche Unterstützungsleistungen (Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung) für inzwischen über 40% die Haupteinnahmequelle darstellen (1995: 19%, 2002: 31%, 2003: 28%, 2004: 28%, 2006: 42%). Der Anteil der Befragten, die ihr Einkommen hauptsächlich über regelmäßige Arbeit oder Jobs bestreiten, ist mit 7% dagegen weiter rückläufig (1995: 17%, 2002: 18%, 2003: 14%, 2004: 15%, 2006: 9%). Die Prostitution schließlich spielt vor allem für die befragten Frauen eine wesentliche Rolle: Aktuell geben 27% der Frauen Prostitution als Haupteinnahmequelle an (1995: 25%, 2002: 25%, 2003: 29%, 2004: 22%, 2006 31%), wobei sich dieser Anteil gegenüber 2006 wieder etwas verringert hat.

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%). Der Anteil derjenigen, die ihr Einkommen ausschließlich über legale Einnahmequellen bestreiten, ist dagegen zwischen 1995 (37%) und 2002 (51%) deutlich angestiegen, und seither auch auf diesem Niveau verblieben (2003: 48%, 2004: 52%, 2006: 50%, 2008: 47%; 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.

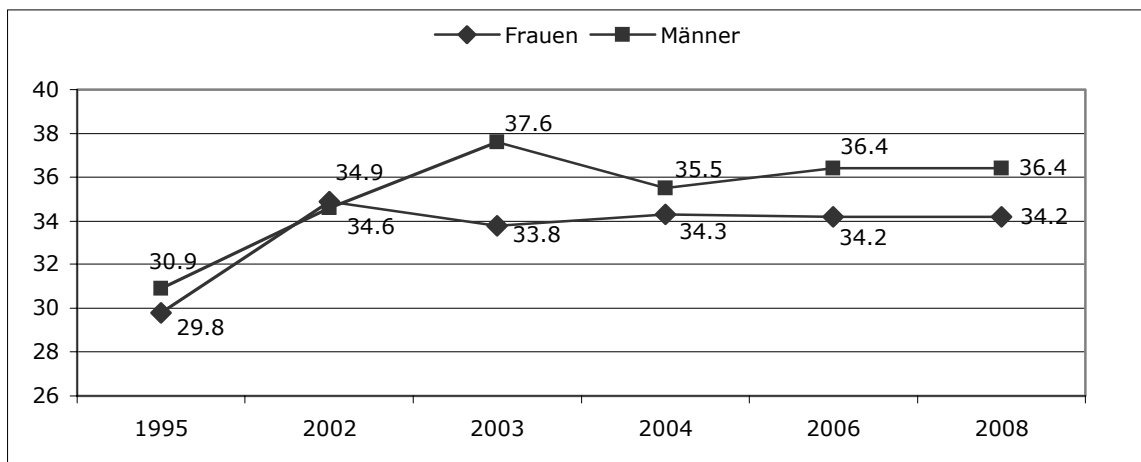
Im Durchschnitt stehen den im Jahr 2008 Befragten etwa 593 Euro pro Woche zur Verfügung. Sie verfügen damit durchschnittlich wieder über mehr Geld als in den Befragungen 2004 und 2006. Insgesamt wird damit der zweithöchste Wert aller Erhebungen erreicht (1995: 550 Euro, 2002: 552 Euro, 2003: 608 Euro, 2004: 439 Euro, 2006: 462 Euro). Mit diesem Anstieg des zur Verfügung stehenden Geldes geht auch ein Anstieg der durchschnittlichen wöchentlichen Ausgaben für Drogen einher: Mit durchschnittlich 479 Euro pro Woche geben die Konsument(inn)en wieder mehr Geld für Drogen aus als 2004 und 2006 (1995: 413 Euro, 2002: 481 Euro, 2003: 510 Euro, 2004: 356 Euro, 2006: 373 Euro).

Betrachtet man den relativen Anteil, den die Ausgaben für Drogen am insgesamt zur Verfügung stehenden Einkommen ausmachen, zeigt sich, dass mit 81% der Einkommensanteil, der für Drogen ausgegeben wird, identisch mit den Werten aus den Befragungen 2004 und 2006 ist (2002: 87%; 2003: 84%; 2004: 81%, 2006: 81%).

#### 4.1.5 Die Befragten der Frankfurter Drogenszene im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

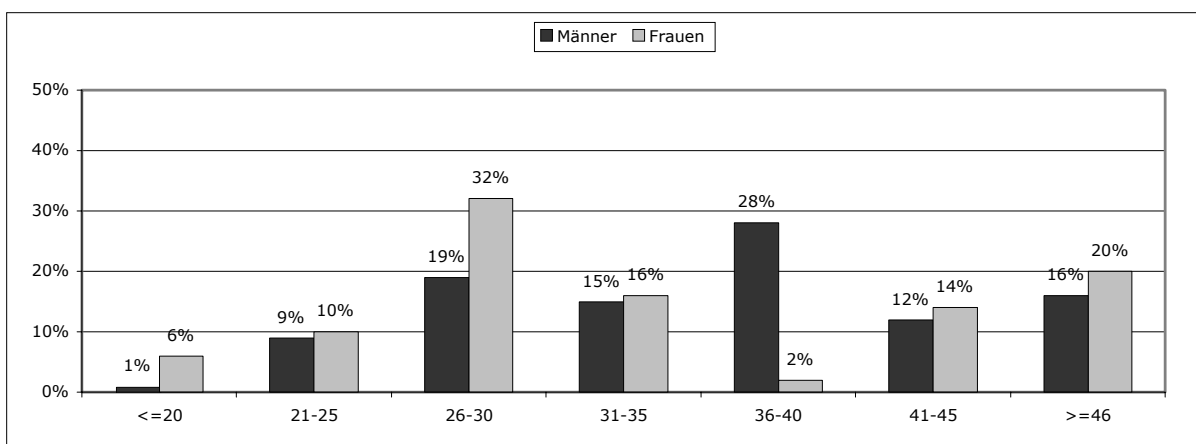
Im Folgenden werden die soziodemographischen Daten zusammengefasst und im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht.

Das durchschnittliche Alter der im Jahr 2008 Befragten liegt – identisch mit dem Wert von 2006 – bei 35,7 Jahren. Gegenüber der Ersterhebung 1995 ist damit das Durchschnittsalter der Szeneangehörigen signifikant gestiegen und liegt seit 2002 zwischen 35 und 36 Jahren. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich dahingehend, dass in sämtliche Erhebungen die Männer im Mittel älter sind als die Frauen (s. Abb. 3).

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


Mit 36,4 gegenüber 34,2 Jahren beträgt der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen in der aktuellen Befragung durchschnittlich etwa zwei Jahre – auch hier ergeben sich für beide Geschlechtergruppen identische Altersdurchschnittswerte wie 2006.

Besonders junge, unter 20-jährige Drogenkonsument(inn)en sind in allen Befragungen mit maximal 3% relativ selten vertreten, wenngleich ihr Anteil bei den Frauen im Jahr 2008 auf 6% angewachsen ist und damit höher liegt als in sämtlichen Erhebungen zuvor (Frauen 1995/ 2006: 0%, 2002-2004: 2%). Seit 2002 rekrutiert sich mit etwa der Hälfte der größte Anteil der Männer aus der Gruppe der 31-40-Jährigen (1995: 39%, 2002: 47%, 2003: 50%, 2004: 51%, 2006: 49%, 2008: 43%). Bei den Frauen bilden in den Jahren 2006 und 2008 (wie bereits 1995) dagegen die 21-30-Jährigen die größte Altersgruppe (1995: 60%, 2002: 34%, 2003: 30%, 2004: 34%, 2006: 46%, 2008: 42%). Darüber hinaus hat sich aktuell der Anteil der über 40-jährigen Frauen gegenüber den Vorjahren vergleichsweise deutlich erhöht (1995: 0%, 2002: 27%, 2003: 24%, 2004: 26%, 2006: 24%, 2008: 34%), der Anteil der über 40-jährigen Männer liegt dagegen seit der Befragung 2004 bei gut einem Viertel. In der Gesamtschau lässt sich feststellen, dass in der aktuellen Erhebung Frauen in fast allen Altersgruppen stärker vertreten sind – einzige Ausnahme bildet die Altersgruppe der 36-40-Jährigen, in der die Männer klar dominieren (s. Abb.4).

**Abbildung 4: Altersgruppen (%) nach Geschlecht im Jahr 2008**


Mit 71% ist das Gros der in 2008 Befragten ledig, 21% sind geschieden und 7% verheiratet. Im Beobachtungszeitraum zeigt sich damit ein signifikanter Anstieg des Anteils an Ledigen, der Anteil an Verheirateten hat dagegen abgenommen. Geschlechtsspezifische, statistisch jedoch nicht signifikante, Unterschiede hinsichtlich des Familienstands lassen sich aktuell dahingehend beobachten, dass mit 73% gegenüber 66% mehr Männer als Frauen ledig sind. Hingegen ist der Anteil an Verheirateten bei den Frauen (10% vs. 6% Männern) etwas höher, geschieden sind 21% der Männer und 22% der Frauen.

Ebenfalls keine statistisch signifikanten Geschlechterunterschiede lassen sich bezüglich einer Elternschaft der Interviewpartner(innen) feststellen, wenngleich mit 58% gegenüber 44% etwas mehr Frauen als Männer angeben, eigene Kinder zu haben<sup>7</sup>. Signifikant sind allerdings die Unterschiede zwischen den Geschlechtergruppen im Hinblick auf die Frage, wo die Kinder untergebracht sind (s. Tab. 6). Während die absolute Mehrheit der Männer (82%) 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, Adoptiv- oder Pflegeeltern. Die befragten Frauen können insofern offenbar nur selten auf die Unterstützung des Kindsvaters bauen, sondern greifen häufig auf familiäre Hilfe zurück.

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

	Männer	Frauen
Bei Kindsmutter bzw. Kindsvater ohne Interviewpartner	82	7
Bei Familie (vorübergehend)	5	17
Bei Familie (Pflege oder Adoption)	2	31
Unterschiedliche Unterbringung (mehrere Kinder)	0	14
Kinder sind selbstständig (über 18)	7	14
Zur Adoption freigegeben oder bei Pflegeeltern	5	17

Insgesamt sind 44% der im Jahr 2008 Befragten ohne festen Wohnsitz, d.h. entweder obdachlos (12%) oder in einer Notschlafunterkunft untergebracht (32%). 35% besitzen eine eigene Wohnung, die übrigen wohnen entweder mit dem/der Partner(in) zusammen, in einer Wohngemeinschaft, bei den Eltern oder im Betreuten Wohnen. Über den Erhebungsverlauf hat sich der Anteil derer, die in einer eigenen Wohnung leben, signifikant erhöht. Mit knapp der Hälfte bewegt sich der Anteil an Befragten ohne festen Wohnsitz in allen Erhebungen auf ähnlichem Niveau. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Wohnsituation lassen sich 2008 nicht feststellen, wenngleich mit 18% gegenüber 9% ein größerer Anteil an Frauen obdachlos ist, seltener in einer eigenen Wohnung wohnt (28% vs. 38%), jedoch auch seltener in einer Notschlafunterkunft untergebracht ist (28% vs. 34%). Betrachtet man die geschlechtsspezifischen Veränderungen der Wohnsituation über den gesamten Beobachtungszeitraum, so wird deutlich, dass sich die Lage der Männer tendenziell verbessert hat, sich die der Frauen jedoch nahezu unverändert und tendenziell schlechter als die der Männer darstellt. So ist seit 2002 der Anteil an männlichen Befragten, die in einer eigenen Wohnung leben, kontinuierlich angestiegen (1995: 25%, 2002: 17%, 2003: 22%, 2004: 25%,

<sup>7</sup> 2002: 62% vs. 47%, n.s.; 2003: 52% vs. 44%, n.s.; 2004: 52% vs. 40%, n.s.; 2006: 56% vs. 38%, n.s.

2006: 33%), der Anteil an männlichen Obdachlosen bewegt sich seit 2004 auf einem relativ niedrigen Niveau (1995: 19%, 2002: 6%, 2003: 17%, 2004: 10%, 2006: 10%). Allerdings ist auch darauf hinzuweisen, dass in allen Erhebungen seit 2002 mehr Männer als Frauen in einer Notschlafunterkunft untergebracht sind (1995: je 27%, 2002: 43 vs. 31%, 2003: 33 vs. 32%, 2004: 45 vs. 22%, 2006: 33 vs. 24%). Der Anteil an obdachlosen Frauen hat sich demgegenüber nur wenig verändert (1995: 16%, 2002: 19%, 2003: 20%, 2004: 14%, 2006: 22%) und liegt seit 2002 höher als bei den Männern. Der Anteil an Frauen, die in einer eigenen Wohnung leben, hat sich zwischen 1995 und 2002 reduziert und seitdem kaum verändert (1995: 32%, 2002: 25%, 2003: 26%, 2004: 22%, 2006: 26%).

**Tabelle 7: Aktuelle Wohnsituation der Befragten im Jahr 2008 (%) nach Geschlecht**

	Männer	Frauen	Sig.
obdachlos	9	18	n.s.
eigene Wohnung	38	28	
Partner / User	2	10	
Partner / Non-User	5	2	
WG mit User	3	2	
WG mit Non-User	0	2	
Notschlafunterkunft	34	28	
Betreutes Wohnen	2	6	
Eltern	7	4	

Hinsichtlich der Ausbildungs- und Beschäftigungssituation der Interviewpartner(innen) lässt sich 2008 zunächst festhalten, dass das Gros der Befragten (43%) einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss vorweisen kann, 28% haben einen Realschulabschluss und 12% das Abitur. Demgegenüber besitzen 16% keinen Schulabschluss. Diesbezüglich sind signifikante Veränderungen seit 1995 zu beobachten, die einerseits darin liegen, dass sich der Anteil an Abiturienten erhöht hat, andererseits aber auch der Anteil derer angewachsen ist, die keinen Schulabschluss haben. Anhand der geschlechtsspezifischen Betrachtung zeigt sich eine tendenziell bessere Schulbildung bei den Männern, von denen 44% über einen Hauptschulabschluss und 28% über einen Realschulabschluss verfügen. Weitere 16% besitzen das Abitur und nur 11% können keinen Schulabschluss vorweisen. Im Gegensatz dazu hat gut ein Viertel der Frauen (26%) keinerlei Schulabschluss, 42% einen Hauptschulabschluss und 28% einen Realschulabschluss; nur 4% der Frauen haben das Abitur erfolgreich absolviert. Insgesamt gesehen hat sich der Anteil an Frauen ohne Schulabschluss über die Jahre erhöht, wenngleich 2004 ein „Bruch“ in dieser ansonsten kontinuierlichen Entwicklung festzustellen ist (1995: 14%, 2002: 17%, 2003: 20%, 2004: 6%, 2006: 20%, 2008: 26%). Demgegenüber finden sich unter den Männern mittlerweile mehr Abiturienten (1995: 4%, 2002: 8%, 2003: 11%, 2004: 9%, 2006: 12%, 2008: 16%). Tendenzuell hat sich somit die Schulbildung der Frauen verschlechtert, die der Männer verbessert. Die oben erwähnten statistisch signifikanten Veränderungen im Hinblick auf die Schulbildung für die Gesamtgruppe sind demnach vor allem auf Veränderungen innerhalb der beiden Geschlechtergruppen zurückzuführen. Über eine abgeschlossene Berufsausbildung (Studium/Lehre) verfügen 42% der im Jahr 2008 Befragten, womit der Anteil derer, die keine abgeschlossene Be-

rufsausbildung haben, signifikant gegenüber den Vorjahren angestiegen ist. Die im Vergleich zu den Männern festzustellende tendenziell schlechtere Schulbildung der Frauen findet dabei augenscheinlich in Bezug auf die Ausbildungssituation eine Fortschreibung: Jeweils etwa ein Drittel der Frauen hat entweder niemals eine Berufsausbildung begonnen oder eine begonnene Ausbildung abgebrochen, d.h. lediglich ein Drittel der Frauen kann eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen. Demgegenüber hat immerhin fast die Hälfte (46%) der befragten Männer eine Berufsausbildung. Nahezu unverändert hoch ist mit 81% der aktuelle Anteil an Arbeitslosen, wobei mit 86% gegenüber 70% ein größerer Anteil der Männer arbeitslos ist. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Beschäftigungssituation erreichen jedoch keine statistische Signifikanz. Signifikante Differenzen zeigen sich jedoch hinsichtlich der Dauer der Arbeitslosigkeit: Mit etwa sechs Jahren sind die Frauen im Durchschnitt gut zwei Jahre länger arbeitslos als die männlichen Interviewpartner. Insgesamt beträgt die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit für die Gesamtgruppe der Befragten 58,9 Monate ( $\pm 70,4$ ) 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.

Der abschließende Blick auf die unterschiedlichen Quellen, aus denen die männlichen und weiblichen Befragten in der letzten Woche Geld bezogen haben, zeigt zunächst statistisch signifikante Unterschiede bezüglich der Haupteinkommensquelle: Mit 45% der Männer und 31% der Frauen finanziert sich jeweils die Mehrheit primär durch staatliche Unterstützungsleistungen (ALG I oder ALGII/ Sozialhilfe). Weitere 10% der Männer, jedoch keine der Frauen, geben Arbeit/Jobben als vornehmliche Einkommensquelle an. Keine wesentlichen Unterschiede bestehen hinsichtlich des Drogenhandels, über den sich 25% der Männer und 21% der Frauen finanzieren. Darüber hinaus geben 27% der Frauen die Drogenprostitution als ihre Haupteinkommensquelle an – hierfür finden sich bei den Männern keine Nennungen. Insgesamt zeigen sich hinsichtlich der Finanzierungspraktiken sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen statistisch signifikante Veränderungen zwischen den Befragungen: So ist in beiden Gruppen der Anteil derjenigen, die ihr Einkommen hauptsächlich über eine regelmäßige Arbeit bestreiten, zurückgegangen (Männer 1995: 19%, 2002: 20%, 2003: 18%, 2004: 18%, 2006: 8%, 2008: 10%; Frauen 1995: 14%, 2002: 13%, 2003: 6%, 2004/2006: 10%, 2008: 0%). Der Anteil an Befragten, deren hauptsächliche Einkommensquelle staatliche Unterstützungsleistungen (Arbeitslosengeld und Sozialhilfe) darstellen, ist dagegen angestiegen (Männer 1995: 21%, 2002: 30%, 2003: 29%, 2004: 32%, 2006: 47%, 2008: 45%; Frauen 1995: 11%, 2002: 33%, 2003: 29%, 2004: 20%, 2006: 32%, 2008: 31%).

Betrachtet man die finanzielle Situation der Befragten zusammenfassend unter dem Gesichtspunkt des Legalstatus der Einnahmequellen, so lässt sich beobachten, dass sich die befragten Frauen etwas häufiger ausschließlich über legale Wege finanzieren (56% vs. 42%) und etwas seltener als Männer ausschließlich illegale Finanzierungsquellen (4% vs. 10%) wählen sowie ebenfalls seltener illegale und legale Mittel der Einkommensgenerierung kombinieren (40% vs. 47%) – diese geschlechtsspezifischen Unterschiede erreichen jedoch keine statistische Signifikanz.

Insgesamt geben die im Jahr 2008 Befragten einen wöchentlichen Durchschnittsverdienst von 593 Euro an. Mit 668 Euro pro Woche stehen den befragten Männern dabei aktu-

ell durchschnittlich deutlich mehr finanzielle Mittel zur Verfügung als den befragten Frauen (445 Euro). Mit 533 Euro gegenüber 372 Euro geben die Männer jedoch im Schnitt auch mehr Geld pro Woche für Drogen aus – in beiden Fällen sind die Unterschiede statistisch jedoch nicht signifikant. Signifikante Unterschiede lassen sich indes innerhalb der Gruppe der weiblichen Befragten feststellen: Mit 648 Euro steht den Frauen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen, deutlich mehr Geld zur Verfügung als jenen Frauen, die andere Einkommensquellen angeben (321 Euro) – allerdings geben die Drogenprostituierten auch deutlich mehr Geld pro Woche für Drogen aus (562 Euro vs. 258 Euro). Insgesamt lässt sich für beide Geschlechter festhalten, dass etwa 80% der finanziellen Mittel für Drogen aufgewendet werden. Im Vergleich dazu verwenden die Beschaffungsprostituierten mit 87% einen etwas höheren Anteil ihres Einkommens für Drogen.

## 4.2 Substanzkonsum

### 4.2.1 Lifetime-Konsum

Die Ergebnisse hinsichtlich der Frage, welche Substanzen die Befragten in ihrem Leben bereits mindestens ein Mal konsumiert haben (s. Tab. 8), zeigen zunächst, dass bei allen Substanzen ein bedeutsamer Anteil der Interviewpartner(innen) über Konsumerfahrungen berichtet.

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

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

<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar.

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

Bis auf wenige Ausnahmen haben alle Erfahrungen mit dem Konsum von Nikotin, Alkohol, Cannabis, Heroin, Kokain und Crack. Mit einem Anteil von über 80% hat die überwiegende Mehrheit ebenso bereits mindestens einmal Benzodiazepine und Speed konsumiert – für Benzodiazepine lässt sich dabei ein kontinuierlicher Anstieg der Lifetime-Prävalenz über den Erhebungszeitraum hinweg beobachten, wobei diese Veränderung keine statistische Signifikanz erreicht. Etwa zwei Drittel der Befragten haben Gebrauchserfahrungen mit LSD und

Ecstasy, etwas weniger als ein Drittel mit psychoaktiven Pilzen. Dabei lässt sich für LSD und psychoaktive Pilze eine signifikante Abnahme der Prävalenz über den Befragungszeitraum beobachten, für Ecstasy dagegen eine besonders deutliche Zunahme. Die Lifetime-Prävalenz von Opium ist gegenüber den Jahren zuvor statistisch signifikant gesunken – im Jahr 2008 verfügt nur noch gut ein Drittel der Interviewpartner(inn)en über Konsumerfahrungen mit der Substanz. Keine Veränderungen zu den Vorjahren zeigen sich hinsichtlich des intravenösen Konsums; nahezu alle befragten Konsumentinnen und Konsumenten haben schon einmal Drogen injiziert.

Statistisch signifikante Veränderungen der Lifetime-Prävalenzraten sind darüber hinaus bei Heroin und Crack zu beobachten. Im Hinblick auf Heroin stellt der vergleichsweise niedrige Wert aus dem Jahr 2002 einen „Ausreißer“ dar, in allen übrigen Erhebungen liegt die Lifetime-Prävalenz für das Opiat auf einem einheitlichen (sehr hohen) Niveau. Was den Konsum von Crack angeht, so liegen die Werte seit dem deutlichen Anstieg zwischen 1995 und 2002 durchweg über 90 Prozent. Für Kokain lassen sich ebenfalls relativ konstante Prävalenzraten über die Erhebungsjahre hinweg beobachten, auch hier stellt der relativ niedrige Wert aus dem Jahr 2002 offensichtlich eine Ausnahme dar.

Bezüglich des Durchschnittsalters beim Erstgebrauch verschiedener Substanzen lässt sich feststellen, dass der Konsum der legalen Drogen Nikotin und Alkohol durchschnittlich mit etwa 13 Jahren stattfindet – hier zeigen sich nur marginale Schwankungen zwischen den einzelnen Befragungen. Cannabis wurde im Mittel erstmalig mit etwa 15 Jahren konsumiert, die meisten der „harten Drogen“ zwischen 18 und 20 Jahren. Das durchschnittliche Einstiegsalter in den Konsum von Heroin und Crack ist seit 2002 vergleichsweise kontinuierlich gefallen – für beide Substanzen lassen sich nach der Erstbefragung im Jahr 1995 aktuell die zweitniedrigsten Werte aller Erhebungen feststellen. Im Falle von Heroin sind die Veränderungen auch statistisch signifikant. Die einzige weitere signifikante Veränderung betrifft das seit 2003 gesunkene durchschnittliche Einstiegsalter von Ecstasy. Abschließend sei darauf verwiesen, dass auch das Alter für den erstmaligen intravenösen Konsum mit durchschnittlich etwa 21 Jahre in der aktuellen Befragung unter den Werten der Vorjahre liegt (s. Tab. 9).

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

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

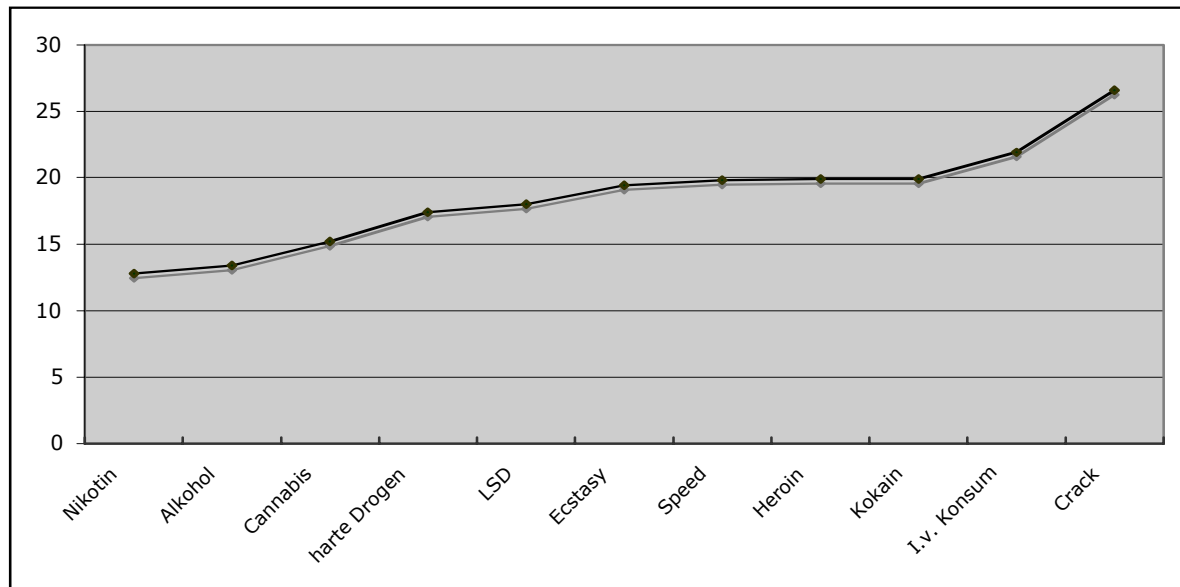
<sup>c</sup> Keine Daten verfügbar.

Das Durchschnittsalter des Erstkonsums so genannter „harter Drogen“ liegt 2008 bei 17,5 Jahren ( $\pm 4,7$ ).

Abb. 5 zeigt den zeitlichen Verlauf im Hinblick auf das durchschnittliche Einstiegsalter in den Konsum diverser Substanzen der im Jahr 2008 Befragten. Der erstmalige Konsum von Cannabis als erste illegale Droge erfolgt durchschnittlich etwa zwei Jahre später als der Konsum der legalen Drogen Nikotin und Alkohol. Im Schnitt etwa drei Jahre später konsumieren die Befragten im Alter von 18 Jahren LSD als erste „harte“ Droge, gefolgt von Ecstasy etwa anderthalb Jahre später. Der Erstkonsum von Speed, Heroin und Kokain findet wenig später und relativ parallel statt. Erstmalig intravenös Drogen konsumieren die Befragten im Schnitt etwas über ein Jahr nach dem Einstieg in den Heroingebruch. Der größte zeitliche Sprung, was den Einstieg in den Konsum diverser Substanzen angeht, zeigt sich wie in den Jahren zuvor bei Crack: Mit einem Abstand von fast sieben Jahren findet der Erstkonsum des Kokainderivats deutlich später als der von Kokainpulver und Heroin statt und mit über fünf Jahren auch deutlich später als der erstmalige intravenöse Drogengebrauch – hierbei zeigen sich gegenüber den Vorjahren keine Veränderungen, was diese zeitliche Differenz betrifft. Nach wie vor dürfte hierfür vor allem eine Rolle spielen, dass es sich bei Crack um eine vergleichsweise „neue“ Droge handelt, die erst seit Mitte der 1990er Jahre eine Verbreitung in Frankfurt gefunden hat.



**Abbildung 5: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert<sup>a</sup>) der im Jahr 2008 Befragten**



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

Die durchschnittliche Dauer der Erfahrungen mit „harten Drogen“, hat sich seit 1995 (14,1 Jahre) signifikant erhöht und zeigt im Jahr 2008 mit 18,2 Jahren die längste Zeitspanne (2002: 16 Jahre, 2003: 17,9 Jahre, 2004: 16,8 Jahre, 2006: 17,8 Jahre). Diese Ergebnisse zur Länge der „Drogenkarriere“ lassen zwei Annahmen zu: Erstens scheint es für Angehörige der untersuchten Subkultur „einfacher“ zu sein, im Umfeld der Straßenszene zu (über)leben. Andererseits lässt sich vermuten, dass Konsument(inn)en stärker von sozialen Desintegrationsprozessen betroffen sind, die eine Rückkehr in ein konventionelles Leben erschweren und die Befragten somit quasi zwangsläufig mit der Drogenszene verhaftet bleiben.

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

Sowohl im Hinblick auf die in der „Drogenszene“ aktuell relevanten Substanzen als auch hinsichtlich der Veränderungen in den praktizierten Konsummustern sind die Werte für die 12-Monats-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz aussagekräftiger als die Lifetime-Prävalenz.

Die Betrachtung der 12-Monats-Prävalenz (s. Tab. 10) zeigt zunächst, dass der Konsum von psychoaktiven Pilzen und LSD, aber auch der von Ecstasy, Opium und Speed keinen großen Stellenwert in den Drogengebrauchsmustern der Befragten einnimmt. Auch wenn für Ecstasy, psychoaktive Pilze, LSD, Opium und Speed noch vergleichsweise hohe Lifetime-Prävalenzraten vorliegen, so werden diese Substanzen offenbar zumeist nur kurzzeitig konsumiert, der Gebrauch nach einer Experimentierphase wieder eingestellt. Bei den meisten Befragten liegt der Letztkonsum dieser Substanzen schon viele Jahre zurück.

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

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

<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar.

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

Etwa drei Viertel der Befragten haben im zurückliegenden Jahr Alkohol getrunken und etwas mehr als zwei Drittel haben Cannabis geraucht. Während die Verbreitung von Alkohol in der Verlaufsbeobachtung weitgehend konstant geblieben ist, zeigt sich bei Cannabis eine signifikante Änderung, die aber ausschließlich auf den Rückgang der 12-Monats-Prävalenz zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen ist. Seitdem ist das Ausmaß des Cannabiskonsums etwa konstant geblieben. Für Kokain sind ebenfalls signifikante Veränderungen zu beobachten: Nachdem sich die Prävalenzraten zwischen 1995 und 2003 halbiert hatten, ist seit 2006 wieder ein Anstieg der Werte zu konstatieren – in der aktuellen Erhebung haben über zwei Drittel der Befragten im zurückliegenden Jahr Kokain konsumiert. Über den gesamten Beobachtungszeitraum betrachtet, ist auch der Konsum von Benzodiazepinen signifikant angestiegen: Im Jahr 2002 berichtete lediglich gut die Hälfte der Interviewpartner(innen) über den Konsum dieser Substanzen für die zurückliegenden 12 Monate, mittlerweile ist dieser Wert auf einen Anteil von 81% angestiegen. Ein nahezu kontinuierlicher und signifikanter Anstieg der 12-Monats-Prävalenz zeigt sich seit 2002 auch für Heroin: Hier lässt sich eine tendenzielle Annäherung an den vergleichsweise hohen Wert aus der 1995er Befragung beobachten, in der fast alle Befragten innerhalb des zurückliegenden Jahres Heroin konsumiert hatten. Der Konsum von Crack hat sich, bezogen auf den Zeitraum der vergangenen zwölf Monate, seit der Befragung 2002 kaum verändert – die statistische Signifikanz resultiert aus der Verdreifachung der Prävalenz zwischen den Erhebungen 1995 und 2002.

Wie sich anhand der 12-Monats-Prävalenzraten ablesen lässt, nehmen Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepine, Kokain und Crack eine wesentliche Rolle im Drogengebrauchsverhalten der Befragten ein – anderen Substanzen kommt dagegen kein besonderer Stellenwert zu. 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.

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

		1995	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
30-Tages-Prävalenz	Alkohol	67	61	62	65	56	68	n.s.
	Cannabis	71	59	56	65	51	59	**
	Heroin	93	73	78	83	87	88	***
	Benzodiazepine <sup>b</sup>	<sup>a</sup>	47	56	63	61	77	***
	Kokain	89	36	30	25	45	49	***
	Crack	8	90	91	89	85	83	***
24-Stunden-Prävalenz	Alkohol	43	39	39	37	31	33	n.s.
	Cannabis	31	26	21	26	21	23	n.s.
	Heroin	85	58	57	59	63	71	***
	Benzodiazepine <sup>b</sup>	<sup>a</sup>	30	27	35	29	47	**
	Kokain	79	9	9	4	16	11	***
	Crack	3	79	61	62	65	59	***

<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar

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

Im Hinblick auf den Konsum von Alkohol zeigen sich sowohl für die 30-Tages- als auch für die 24-Stunden-Prävalenz keine signifikanten Veränderungen im Beobachtungszeitraum: Etwa zwei Drittel der Befragten haben in den letzten 30 Tagen, circa ein Drittel in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken. Zwar erreicht die 30-Tages-Prävalenz im Jahr 2008 mit 68% den höchsten Wert aller Erhebungen, gleichzeitig liegt die 24-Stunden-Prävalenz für Alkohol aber unter den Werten der Jahre 1995 bis 2004. Signifikante Veränderungen lassen sich hinsichtlich der 30-Tages-Prävalenz von Cannabis beobachten: Seit der Erhebung 1995, als etwas weniger als drei Viertel der Interviewpartner(inn)en Cannabis im Monat vor der Befragung konsumiert hatten, hat sich die Prävalenz in den folgenden Erhebungswellen auf einen relativ konstanten Wert von etwa 60% eingependelt. Die 24-Stunden-Prävalenz hat sich seit der 2002er Befragung kaum verändert – jeweils etwa ein Viertel der Befragten hat innerhalb der letzten 24 Stunden Cannabis konsumiert.

Eine auffällige Trendentwicklung lässt sich bezüglich des Konsums von Benzodiazepinen konstatieren, der seit 2002 nahezu kontinuierlich angestiegen ist. Mit einem Anteil von über drei Viertel haben deutlich mehr der aktuell Befragten diese Substanzen innerhalb des zurückliegenden Monats konsumiert und auch was den Gebrauch innerhalb der letzten 24 Stunden betrifft, zeigt sich eine signifikante Erhöhung der Konsumprävalenz. Hatte in den vergangenen Erhebungen weniger als ein Drittel Benzodiazepine am Tag vor der Befragung zu sich genommen, so ist dieser Wert 2008 auf fast die Hälfte der Interviewpartner(innen) angestiegen. Insgesamt lässt sich somit eine seit 2002 signifikant gestiegene Bedeutung von Benzodiazepinen für das aktuelle Drogengebrauchsverhalten der interviewten Konsument(inn)en feststellen. Analog zur 12-Monats-Prävalenz veranschaulicht auch die Entwicklung der 30-Tages-Prävalenz eine aktuell zunehmende Verbreitung des Kokainkonsums: Konnte in den Jahren 2002 bis 2004 ein deutlicher Rückgang des Konsums im Vormonat ausgemacht werden, hat seit 2004 wieder ein Gebrauchsanstieg stattgefunden – im Vergleich zu 2004 hat sich der Wert in der aktuellen Befragung fast verdoppelt, liegt aber dennoch sehr deutlich unter dem des Jahres 1995. Bei den 24-Stunden-Prävalenzen spiegelt

sich diese Entwicklung jedoch nur begrenzt wieder: Mit einem Anteil von 11% haben in der aktuellen Befragung etwas weniger Personen Kokain in den zurückliegenden 24 Stunden konsumiert als dies 2006 der Fall war (16%), womit sich die Prävalenz etwa auf dem Niveau der 2002er und 2003er Befragung bewegt. Die in der Tabelle angegebene statistische Signifikanz resultiert aus dem deutlichen Rückgang der 24-Stunden-Prävalenz von 79% auf 9% zwischen 1995 und 2002. In der Gesamtschau betrachtet, spielt damit der Konsum von Kokain seit der Befragung 2002 nur eine untergeordnete Rolle im Konsummuster der Befragten.

Wie sich anhand der 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen ablesen lässt, werden die Drogengebrauchsmuster der im Jahr 2008 Befragten nach wie vor von Heroin und Crack dominiert. Bei Heroin lässt sich nach dem deutlichen Rückgang der 30-Tages-Prävalenz zwischen den Erhebungen 1995 und 2002 wieder ein kontinuierlicher, statistisch signifikanter Anstieg auf aktuell 88% konstatieren. Eine analoge Entwicklung ist auch bei der 24-Stunden-Prävalenz zu beobachten – etwas weniger als drei Viertel der Interviewten haben 2008 innerhalb der zurückliegenden 24 Stunden Heroin konsumiert; in den Erhebungen zuvor bewegte sich dieser Wert um die 60%. Insgesamt ist somit seit 2002 wieder ein signifikanter Bedeutungszuwachs von Heroin und damit eine tendenzielle Annäherung an die vergleichsweise hohen Werte des Jahres 1995 festzustellen. Im Hinblick auf Crack zeigt sich schließlich, dass sich der Konsum nach dem sprunghaften Anstieg sowohl der 30-Tages- als auch der 24-Stunden-Prävalenz zwischen 1995 und 2002 seither auf hohem Niveau bewegt. Gleichzeitig ist jedoch ein wieder leichter Rückgang des monatlichen und ein etwas deutlicherer Rückgang des täglichen Crackkonsums in der aktuellen Befragung festzustellen.

In Bezug auf die aktuellen Drogengebrauchsmuster ergeben sich somit im Beobachtungszeitraum (1995 – 2008) eine Reihe von Veränderungen. Die auffälligste Veränderung fand dabei bereits zwischen 1995 und 2002 statt, als Crack sozusagen die wichtige Rolle von Kokainpulver übernommen hatte. Seit 2006 lässt sich – zumindest bezogen auf die 30-Tages-Prävalenz – wieder eine tendenziell steigende Verbreitung von Kokainpulver feststellen. Es ist zu vermuten, dass die Verfügbarkeit von Kokainpulver in der Straßenszene nach wie vor vergleichsweise schlecht bzw. schwankend ist und ein täglicher Konsum schon alleine an der vorhandenen Marktlage scheitert (siehe Kap. 4.4.3). Zumindest weist darauf die niedrige Zahl an Konsument(inn)en ( $n=16$ ) hin, die überhaupt in den letzten 24 Stunden Kokainpulver konsumiert haben oder die angeben, Kokain täglich zu konsumieren ( $n=13$ ). Insgesamt gesehen sind die 24-Stunden-Prävalenzen von Kokainprodukten (Kokainpulver und/oder Crack) im Erhebungszeitraum signifikant gesunken: von 79% bzw. 80% (1995/2002) auf 62% (2003/2004), 67% im Jahr 2006 und schließlich 60% in der aktuellen Erhebung 2008. 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%). Insofern lässt sich konstatieren, dass Kokainprodukte zwar für den aktuellen Konsum einen bedeutsamen Stellenwert einnehmen, jedoch mittlerweile seltener täglich konsumiert werden. Neben der Veränderung hinsichtlich des Konsums von Kokain in seinen verschiedenen Formen lässt sich eine weitere Trendentwicklung für den Gebrauch von Benzodiazepinen feststellen – der Konsum ist seit der Befragung 2002 nahezu kontinuierlich angestiegen, so dass diesen Substanzen mittlerweile ebenfalls eine wichtige Rolle im Drogengebrauchsverhalten zukommt.

Betrachtet man abschließend die Veränderungen nicht unter dem Blickwinkel der einzelnen Substanzen, sondern dem übergreifenden Aspekt des multiplen Konsums, so präsentieren sich keine signifikanten Veränderungen. Bei allen sechs Befragungen berichten die Interviewten bezogen auf die letzten 30 Tage den Konsum von durchschnittlich ca. vier Substanzen (1995: 3,5; 2002: 4,1; 2003/2006: 4,0; 2004: 4,3; 2008: 4,5) bezogen auf die letzten 24 Stunden von mehr als zwei Substanzen (1995/2002: 2,4; 2003: 2,1; 2004/2006: 2,3; 2008: 2,5)<sup>8</sup>. Die bei den einzelnen Drogen festzustellenden Veränderungen gehen demnach nicht mit Veränderungen im Ausmaß des multiplen Konsums einher.

#### 4.2.3 Konsumintensität

Die nachfolgende Darstellung der Konsumintensität berücksichtigt einerseits die Häufigkeit, mit der die Befragten die einzelnen Substanzen konsumieren, andererseits die Anzahl an Konsumeinheiten, die die Befragten aktuell pro Tag bzw. bei nicht täglichem Gebrauch pro Woche konsumieren. Da die Frage nach der Konsumhäufigkeit ohne explizite Vorgabe eines Bezugszeitraums gestellt wird, werden zur besseren Vergleichbarkeit hier nur die Angaben derjenigen berücksichtigt, die die jeweilige Substanz in den letzten 30 Tagen konsumiert haben. Zudem beschränkt sich die Analyse entsprechend den beobachteten 30-Tages-Prävalenzen auf den Konsum von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack.

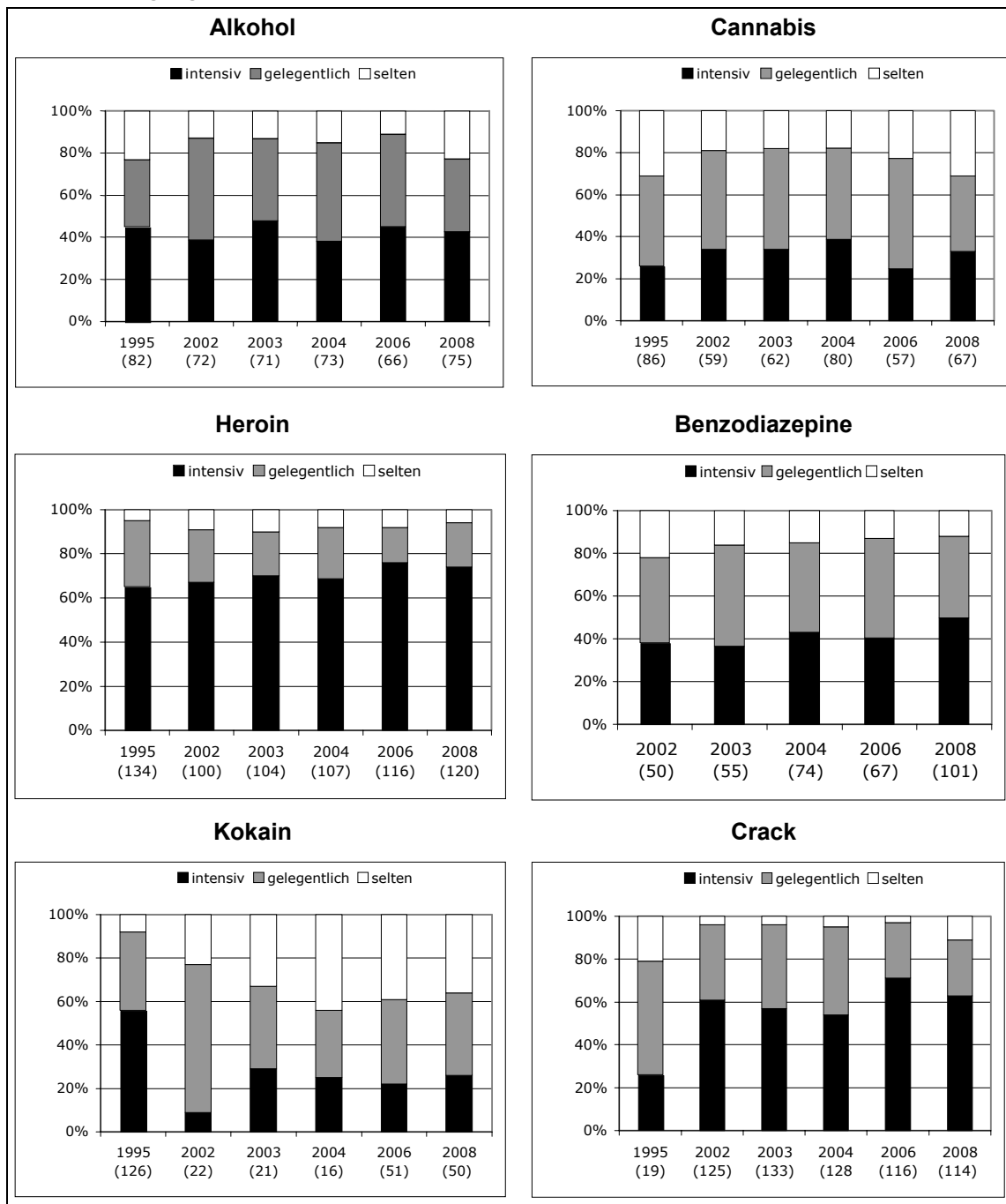
Die Angaben zur Konsumhäufigkeit wurden dahingehend zusammengefasst, ob die Befragten die entsprechende Substanz in den letzten 30 Tagen „intensiv“ (täglich oder nahezu täglich), „gelegentlich“ (einmal oder mehrmals wöchentlich) oder „selten“ (weniger als ein Mal pro Woche) konsumiert haben.

Wie Abb. 6 illustriert, zeigen sich für Alkohol, Cannabis, Heroin und Benzodiazepine über den Erhebungszeitraum gesehen keine signifikanten Veränderungen in der Konsumhäufigkeit. Relativ gleichförmig über die Erhebungen hinweg, können etwa 40% derjenigen mit Alkoholgebrauch in den letzten 30 Tagen als Intensivkonsument(inn)en gelten, ebenfalls um die 40% trinken Alkohol gelegentlich, deutlich weniger als ein Viertel sind seltene Konsument(inn)en.

---

<sup>8</sup> Seit 2008 inklusive Methadon und Buprenorphin (Subutex®)

**Abbildung 6: Konsumhäufigkeit (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack derjenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen (jeweiliges n) nach Jahr der Befragung**



Cannabis konsumiert jeweils etwa ein Drittel der im Jahr 2008 befragten aktuellen Gebrauch(er)innen intensiv, gelegentlich oder selten, womit sich leichte – statistisch jedoch nicht signifikante – Abweichungen zu den Vorjahren ergeben: Im Überblick zeigt sich, dass der Anteil derjenigen, die Cannabis selten konsumieren, deutlich höher als in den Befragungen 2002 bis 2006 ist, sich die Anzahl der gelegentlichen Konsument(inn)en dagegen reduziert hat. Es lässt sich insofern schlussfolgern, dass offenbar in erster Linie Gelegenheitskonsument(inn)en ihren Gebrauch weiter reduziert haben. Der Anteil an intensiven Cannabiskonsument(inn)en entspricht demgegenüber – nachdem sich in der Befragung 2006 ein vergleichsweise niedriger Wert hierfür gezeigt hatte – wieder in etwa den Werten der übrigen

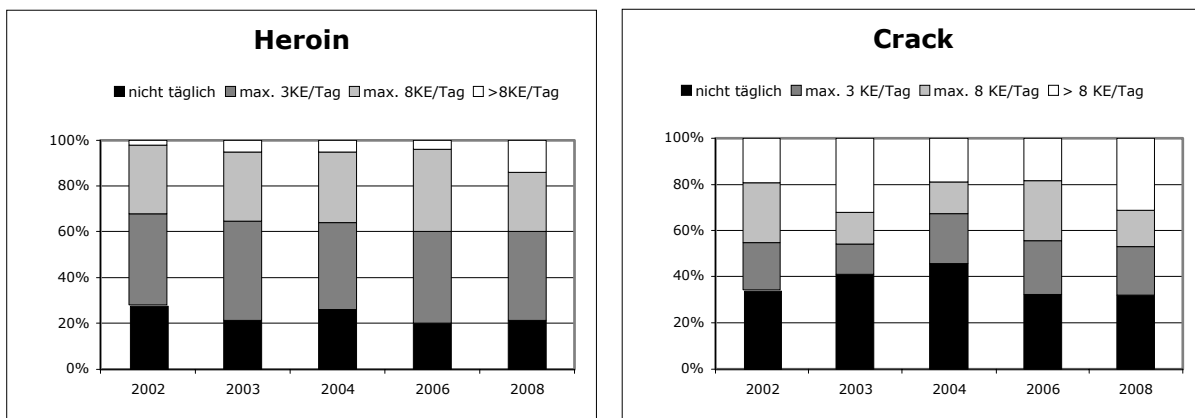
Befragungen. Was den Konsum von Benzodiazepinen betrifft, so ist zunächst erneut darauf hinzuweisen, dass sich die Anzahl derjenigen, die innerhalb des letzten Monats diese Substanzen konsumiert haben, seit 2002 verdoppelt hat. Darüber hinaus lassen sich auch Veränderungen der Konsumhäufigkeit beobachten, die jedoch keine statistische Signifikanz erreichen. So haben intensive Konsummuster gegenüber den Vorjahren zugenommen – jede(r) zweite Konsument(in) berichtet in der aktuellen Erhebung, Benzodiazepine täglich oder nahezu täglich zu sich zu nehmen. Die Gruppe an intensiven Konsument(inn)en rekrutiert sich dabei augenscheinlich in erster Linie aus den vormals gelegentlichen Konsument(inn)en; ihr Anteil ist 2008 gegenüber den vorherigen Erhebungen gesunken, womit sich noch einmal die augenscheinlich steigende Bedeutung von Benzodiazepinen für die Konsummuster der Befragten zeigt. Mit knapp drei Vierteln ist die überwiegende Mehrheit der aktuell Heroin konsumierenden Interviewpartner(innen) als Intensivkonsument(inn)en zu charakterisieren, womit sich, wie bereits in der Erhebung zuvor, ein gegenüber den Jahren 1995 bis 2004 erhöhter Anteil an intensiv Konsumierenden feststellen lässt – eine Entwicklung, die statistisch nicht signifikant ist, jedoch ebenfalls auf einen tendenziellen Bedeutungsgewinn von Heroin im Konsummuster der Befragten verweist.

Sehr deutliche, statistisch signifikante Veränderungen zwischen den einzelnen Erhebungen lassen sich demgegenüber für die Konsumhäufigkeit von Kokain und Crack beobachten, wobei die Signifikanz in erster Linie auf den Veränderungen zwischen 1995 und 2002 beruht: Hier hatte sich sowohl die Anzahl derjenigen, die überhaupt Kokain in den letzten 30 Tagen vor der Befragung konsumiert haben als auch der Anteil der intensiven Konsument(inn)en jeweils auf einen Bruchteil des Ausgangswertes reduziert. Seit 2006 ist der Anteil derjenigen, die Kokain im Verlauf des letzten Monats konsumiert haben, wieder vergleichsweise deutlich angestiegen, der Wert für einen intensiven Konsum liegt seit 2003 mit ungefähr einem Viertel der aktuellen Gebraucher(innen) auf einem relativ konstanten Niveau. Mit leichten Abweichungen konsumiert seither jeweils grob ein Drittel gelegentlich bzw. selten Kokain. Spiegelbildlich zur Entwicklung beim Kokainkonsum hatte sich die Anzahl an Personen mit Crackkonsum in den zurückliegenden 30 Tagen im Jahr 2002 um mehr als das Sechsfache gegenüber 1995 erhöht. Der Anteil der Konsument(inn)en mit täglichem oder nahezu täglichem Konsum liegt seither bei etwa 60% (aktuell: 63%). Augenscheinlich einen „Ausreißer“ bildet die hohe Prävalenz des intensiven Crackkonsums aus dem Jahr 2006, als fast drei Viertel der aktuellen Gebraucher(innen) angaben, das Kokainderivat täglich oder nahezu täglich zu konsumieren. Der Anteil an gelegentlichen Crackkonsument(inn)en liegt 2008, wie bereits in der Erhebung zuvor, bei etwa einem Viertel, in den Erhebungen 2002-2004 konsumierte über ein Drittel der Konsument(inn)en Crack mehrmals pro Woche. Aktuell angestiegen ist jedoch auch der Anteil an Konsument(inn)en, die angeben, Crack weniger als einmal pro Woche zu konsumieren – von jeweils um die 4% zwischen 2002 und 2006 bis auf 11% im Jahr 2008.

Der Gesamtüberblick zeigt, dass Heroin und Crack mit einem Anteil von 74% bzw. 63% an intensiven Konsument(inn)en das Drogengebrauchsverhalten der Befragten eindeutig dominieren, wobei Heroin in der aktuellen Befragung gegenüber dem Kokainderivat offensichtlich wieder eine exponiertere Stellung einnimmt als dies noch 2006 der Fall war. 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>9</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 max. drei Einheiten pro Tag, 3. eine Gruppe mit deutlich höher dosiertem Konsum von max. acht Konsumeinheiten und schließlich 4. eine Gruppe mit exzessivem Konsum von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag. Im Ergebnis (s. Abb. 7) zeigen sich deutliche Unterschiede in den Konsummustern von Heroin und Crack.

**Abbildung 7: Zusammengefasste Konsumintensität (%) von Heroin und Crack nach Jahr der Befragung**



Bei Heroin besteht in allen Befragungen mit etwa 40% die größte Gruppe aus Personen, die einen Konsum von maximal drei Konsumeinheiten pro Tag aufweisen, um die 30% konsumieren maximal achtmal pro Tag Heroin und lediglich ein kleiner Teil der Befragten weist einen exzessiven Heroinkonsum von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag auf – hier ist allerdings der Anteil deutlich, wenn auch statistisch nicht signifikant, von 2-5% in den Vorjahren auf aktuell 14% gestiegen. Darüber hinaus weist ebenfalls relativ konstant über den Beobachtungszeitraum gesehen etwa ein Viertel keinen täglichen Heroinkonsum auf. Stellt man nun die Ergebnisse für Crack dem gegenüber, so zeigt sich, dass im Jahr 2008 ungefähr ein Drittel der Konsument(inn)en das Kokainderivat exzessiv, d.h. mehr als achtmal am Tag konsumiert. Dieser Anteil ist gegenüber den beiden Erhebungen zuvor vergleichsweise deutlich angestiegen, jedoch nahezu identisch mit dem Wert aus dem Jahr 2003 (2002: 19%; 2003: 32%; 2004: 19%; 2006: 18%, 2008: 31%). Darüber hinaus konsumieren zwischen 15% (2003, 2004, 2008) und einem Viertel (2002 und 2006) der befragten Gebraucher(innen) die Substanz bis zu achtmal am Tag, um die 20% bis zu dreimal pro Tag. Insgesamt lässt sich 2008 eine weitere tendenzielle Intensivierung der Crackgebrauchsmuster beobachten: Darauf deutet nicht nur die gestiegene Verbreitung des exzessiven Konsums hin, sondern auch die Beobachtung, dass der Anteil derer, die Heroin oder Crack nicht täglich konsumieren (32%), mittlerweile fast genauso groß ist wie der Anteil der exzessiv Konsumierenden. In den vier Befragungen zuvor rekrutierte sich jeweils die größte Gruppe aus nicht täglichen Konsument(inn)en (2002: 34%, 2003: 41%, 2004: 46%, 2006: 32%). Insgesamt lassen sich somit einerseits vor allem deutliche Differenzen hinsichtlich der Konsumintensität zwischen beiden

<sup>9</sup> Angaben zur Anzahl der Konsumeinheiten liegen für 1995 nicht vor, die Analyse beschränkt sich somit auf die Jahre 2002 bis 2008.



Substanzen feststellen, andererseits zeigen sich auch Unterschiede bezüglich der Konsumintensität von Heroin und Crack zwischen den einzelnen Befragungen – wenngleich diese über den zeitlichen Verlauf betrachteten Entwicklungen keine statistische Signifikanz erreichen und sich somit keine eindeutige Trendentwicklung ablesen lässt.

#### **4.2.4 Applikationsformen**

Die Analyse der Veränderungen der Applikationsformen erfolgt für den Zeitraum von 2002 bis 2008. Erfragt werden die aktuellen Applikationsformen von Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack, wobei den Interviewten die Möglichkeit gegeben wird, auch Kombinationen von Applikationsformen bzw. bei Crack die Bevorzugung bestimmter Applikationsmuster anzugeben. Wie Tabelle 12 veranschaulicht, ergeben sich zwischen den Erhebungen signifikante Veränderungen. Bei Heroin und Kokain dominiert in allen Befragungen der intravenöse Konsum, wenngleich im Falle von Heroin zwischen 2002 und 2006 eine leichte, kontinuierliche Abnahme der intravenösen Applikationsform, und demgegenüber ein leichter Anstieg des nasalen Konsums zu beobachten war. In der Befragung 2008 hat sich dieser Trend jedoch nicht weiter fortgesetzt, aktuell ist wieder ein leichter Anstieg des intravenösen Konsums festzustellen, wenngleich sich an der Verbreitung des nasalen Konsums kaum etwas verändert hat. Die Ergebnisse hinsichtlich des Kokaingebrauchs zeigen, dass die Substanz seit 2004 deutlich seltener nasal konsumiert wird, und dass dies gleichzeitig mit einer höheren Prävalenz für die intravenöse Applikationsform einhergeht. Signifikant sind auch die Veränderungen bezüglich der Applikationsformen von Benzodiazepinen – hier ist der Anteil derjenigen, die diese Substanzen injizieren, sehr deutlich über den Erhebungszeitraum angestiegen.

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

	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
Heroin (n)	(98)	(99)	(108)	(113)	(116)	*
intravenös	93	90	84	84	87	
nasal	3	7	9	10	9	
rauchen	4	3	3	4	2	
intravenös und anderes	0	0	4	2	2	
Benzodiazepine (n)	(71)	(84)	(95)	(91)	(115)	***
intravenös	9	12	35	36	43	
oral	91	88	65	64	57	
Kokain (n)	(18)	(12)	(12)	(37)	(32)	*
Intravenös	72	83	100	89	94	
Nasal	17	17	0	8	6	
Rauchen	11	0	0	3	0	
Crack (n)	(125)	(130)	(125)	(115)	(104)	**
ausschließlich rauchen	29	38	39	37	34	
ausschließlich intravenös	23	12	12	33	29	
rauchen und i. v. - vor allem rauchen	16	23	18	16	17	
rauchen und i. v. - vor allem i. v.	28	22	22	12	18	
rauchen und i. v. gleichberechtigt	4	5	9	3	2	
Crack (Mehrfachnennung)						
Intravenös	71	62	61	63	66	n.s.
Rauchen	77	88	88	67	71	***

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

Im Gegensatz dazu wird bei Crack sowohl der intravenöse als auch der inhalative Konsum, sowie die Kombination aus beiden Applikationsformen, in relevantem Umfang praktiziert. Signifikante Veränderungen lassen sich zunächst dahingehend beobachten, dass der ausschließliche Rauchkonsum seit 2002 und der ausschließliche intravenöse Konsum von Crack seit 2006 zugenommen haben. In allen fünf Erhebungen bilden jene, die Crack ausschließlich rauchen, die größte Konsumentengruppe, wobei sich durch den Anstieg des ausschließlich intravenösen Konsums eine tendenzielle Annäherung der Prävalenzraten zeigt. Im Vergleich zur vorangegangenen Erhebung lässt sich aktuell wieder ein marginaler Rückgang der Werte für einen ausschließlich intravenösen oder inhalativen Konsum beobachten, diese Entwicklung geht einher mit einer wieder gestiegenen Anzahl an Konsument(inn)en, die das Kokainderivat zwar primär injizieren, daneben aber auch rauchen. Insofern hat hier eine leichte Verschiebung der Applikationsmuster stattgefunden.

Werden die Applikationsformen von Crack nach Mehrfachnennungen ausgewertet, zeigt sich erneut die hohe Bedeutung des intravenösen Konsums. Zwar erreicht der Rauchkonsum von Crack im Vergleich zum intravenösen Konsum in allen fünf Erhebungen höhere Prävalenzraten, in den Jahren 2002, 2006 und 2008 sind diese Unterschiede jedoch nur minimal. Insgesamt injizieren etwa zwei Drittel der Konsument(inn)en Crack – dieser Wert ist seit der Erhebung 2003 relativ konstant. Bedeutsame Veränderungen lassen sich dagegen

bezüglich des Rauchkonsums feststellen: Die Applikationsform hatte in den Jahren 2003 und 2004 signifikant auf 88% zugenommen, war 2006 dann jedoch wieder deutlich auf einen Anteil von gut zwei Dritteln gesunken. Aktuell wird Crack wieder etwas häufiger geraucht (71%) und auch etwas häufiger injiziert (66%) als in der Befragung zuvor, wenngleich die Unterschiede nur marginal sind (s. Tab. 12). Da es sich bei Crack um eine eigens für den Rauchkonsum aufbereitete Substanz handelt, sind die Prävalenzraten für den intravenösen Crackkonsum bemerkenswert. 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.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Konsument(inn)en in erster Linie Gründe für den intravenösen Crackgebrauch anführen, die sich auf eine – tatsächlich oder vermeintlich – bessere bzw. gesteigerte Wirkung beziehen (s. Tab. 13). So nennt in allen Befragungen jeweils der größte Anteil an Interviewpartner(innen) einen „besseren Kick“ als wesentliches Motiv – wenngleich diese Begründung 2008 seltener angeführt wird als in den beiden Erhebungen zuvor.

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

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

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

In eine vergleichbare Richtung deuten auch die häufigen Nennungen für eine optimale Ausnutzung der Substanz sowie die durch den Mischkonsum verbesserte Wirkung – bei beiden Motiven zeigen sich keine signifikanten Veränderungen im Beobachtungszeitraum. Neben diesen Motiven spielen auch Beschaffungsprobleme von Kokainpulver teilweise eine Rolle: Gut ein Drittel der im Jahr 2008 Befragten gibt die schlechte Verfügbarkeit von Kokain als Grund für den intravenösen Crackkonsum an und verweist damit auf die Rolle von Crack als Kokain(pulver)substitut. Dieses Motiv wird in der aktuellen Befragung jedoch signifikant seltener als Grund angeführt als dies in den Erhebungen zuvor der Fall war – wenngleich 2008 keine erhöhte Verfügbarkeit von Kokainpulver gegenüber der Erhebung zuvor ausgemacht werden kann (s. 4.4.3). Möglicherweise ist dies ein Hinweis darauf, dass die Konsument(inn)en Crack mittlerweile dem Kokainpulver vorziehen, das Derivat womöglich weniger als bloßer Ersatz angesehen wird. Relativ selten werden Gründe angegeben, die sich auf Schwierigkeiten bei der Beschaffung anderer Drogen wie Heroin oder aber eine mangelnde Qualität des angebotenen Crack beziehen. Darüber hinaus gibt ein Viertel der Befragten als Grund für den intravenösen Crackgebrauch an, nicht auf das „Spritzen-Feeling“ verzichten



zu wollen – hier haben sich die Nennungen für dieses Motiv signifikant gegenüber den Befragungen 2003 bis 2006 reduziert.

#### **4.2.5 Die Konsummuster im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede**

Abschließend werden die im Jahr 2008 beobachteten Konsummuster in der Frankfurter „Drogenszene“ anhand der relevanten Variablen zusammengefasst und auf geschlechtsspezifische 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 sich an Tabelle 14 ablesen lässt, nimmt Heroin für die Konsummuster der im Jahr 2008 befragten Drogenkonsument(inn)en einen dominierenden Stellenwert ein – etwas weniger als zwei Drittel haben das Opiat in den letzten 24 Stunden konsumiert. Ebenfalls eine wichtige Rolle spielt Crack mit einer 24-Stunden-Prävalenz von 59%, daneben werden auch Benzodiazepine in einem vergleichsweise großen Umfang konsumiert (47%). Ein Drittel der Befragten hat darüber hinaus in den zurückliegenden 24 Stunden Alkohol getrunken und weniger als ein Viertel Cannabis geraucht. Mit einer Prävalenz von 11% hat Kokain nur eine geringe Bedeutung für die aktuell praktizierten Konsummuster der Szeneangehörigen. Generell lässt sich das Drogengebrauchsmuster der Befragten als multipler Konsum charakterisieren: Im Durchschnitt haben die Interviewpartner(innen) 4,5 Substanzen in den letzten 30 Tagen und 2,5 Substanzen in den letzten 24 Stunden konsumiert.

**Tabelle 14: Konsummuster im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede (%)**

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
24-Stunden-Prävalenzen (%)				
Alkohol	33	32	34	n.s.
Cannabis	23	24	20	n.s.
Heroin	71	74	64	n.s.
Benzodiazepine	47	45	50	n.s.
Kokain	11	10	12	n.s.
Crack	59	57	62	n.s.
Anzahl konsumierter Substanzen (AM ± SD)				
letzte 30 Tage	4,5 (± 1,5)	4,7 (± 1,4)	4,3 (± 1,6)	n.s.
letzte 24 Stunden	2,5 (± 1,4)	2,5 (± 1,4)	2,5 (± 1,4)	n.s.
Konsumintensität (%) <sup>a</sup>				
Heroin				
nicht täglich	21	19	26	n.s.
max. 3 KE / Tag	39	43	29	
max. 8 KE / Tag	26	26	26	
> 8 KE / Tag	14	13	18	
Crack				
nicht täglich	32	33	30	*
max. 3 KE / Tag	21	26	12	
max. 8 KE / Tag	16	14	18	
> 8 KE / Tag	31	27	39	

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

Geschlechtsspezifische, statistisch jedoch nicht signifikante Unterschiede im Hinblick auf den täglichen Konsum diverser Substanzen zeigen sich lediglich bei Heroin und Crack: mit 74% gegenüber 64% haben mehr Männer als Frauen in den zurückliegenden 24 Stunden Heroin konsumiert. Demgegenüber weisen die weiblichen Befragten mit 62% eine etwas höhere 24-Stunden-Prävalenz von Crack als die befragten Männer auf (57%). Insgesamt scheint Heroin für die Konsummuster der männlichen Interviewpartner somit tendenziell eine exponierte Stellung einzunehmen, wohingegen das Drogengebrauchverhalten der Frauen relativ gleichwertig durch Heroin und Crack bestimmt wird. Ebenfalls keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen sich im Hinblick auf das Ausmaß des polyvalenten Konsums beobachten.

Mit 39% konsumiert der größte Anteil der befragten Heroinkonsument(inn)en mit maximal drei Konsumeinheiten pro Tag relativ dosiert; gut ein Viertel konsumiert das Opiat bis zu achtmal am Tag. Mit 14% konsumiert ein vergleichsweise kleiner, wenn auch gegenüber den Vorjahren gestiegener Anteil an Befragten Heroin exzessiv, d.h. mehr als achtmal pro Tag. Im Gegensatz dazu weist knapp ein Drittel der Crackkonsument(inn)en einen exzessiven Gebrauch des Kokainderivats auf, ebenfalls etwa ein Drittel konsumiert die Substanz jedoch nicht täglich. Geschlechtsspezifische Differenzen bezüglich der Konsumintensität lassen sich zunächst dahingehend beobachten, dass Frauen zum einen etwas seltener als

Männer täglich Heroin konsumieren, demgegenüber aber etwas häufiger einen exzessiven Gebrauch aufweisen – diese Beobachtungen erreichen jedoch keine statistische Signifikanz und können auch auf Zufallsschwankungen beruhen. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich dagegen bei Crack: So stellen unter den befragten Männern die nicht-täglichen Konsumenten die größte Gruppe dar, hingegen konsumiert mit 39% der größte Anteil an Crackkonsumentinnen das Kokainderivat exzessiv, d.h. mehr als achtmal pro Tag. Bei den Männern lässt sich demgegenüber etwas mehr als ein Viertel als exzessiv Konsumierende charakterisieren, ebenfalls etwa ein Viertel konsumiert Crack relativ dosiert bis zu dreimal pro Tag. Insgesamt ist damit zu konstatieren, dass die befragten Frauen im Vergleich zu den Männern signifikant häufiger exzessive Crackgebrauchsmuster praktizieren.

Werfen wir einen abschließenden Blick auf die Applikationsformen (Tab. 15), so zeigt sich, dass bei Heroin und Kokain eindeutig die intravenöse Konsumform dominiert und auch Benzodiazepine relativ häufig injiziert werden. Crack wird in etwa gleichem Maße geraucht wie injiziert.

**Tabelle 15: Applikationsformen von Heroin, Kokain, Benzodiazepinen und Crack im Jahr 2008 (%): geschlechtsspezifische Unterschiede**

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Heroin				
intravenös	87	88	85	n.s.
nasal	9	7	15	
sonstiges	4	5	0	
Kokain				
intravenös	94	92	100	n.s.
nasal	6	8	0	
Benzodiazepine				
intravenös	43	37	54	*
oral	57	63	46	
Crack				n.s.
ausschließlich rauchen	34	37	27	
ausschließlich intravenös	29	33	18	
rauchen und i.v. – vor allem rauchen	17	15	21	
rauchen und i.v. – vor allem i.v.	18	14	27	
rauchen und i.v. gleichberechtigt	2	0	6	

Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt zunächst keine Unterschiede im Hinblick auf die Applikationsformen von Heroin und Kokain. Bei Benzodiazepinen lässt sich demgegenüber ein signifikant höherer Anteil an Frauen beobachten, der diese Substanzen injiziert. Betrachten wir abschließend die Applikationsformen von Crack, so ist festzustellen, dass jeweils über ein Drittel der Männer entweder Crack ausschließlich raucht oder ausschließlich injiziert. Demgegenüber geben mit einem Anteil von 18% deutlich weniger Frauen an, Crack ausschließlich intravenös zu konsumieren und auch ein ausschließlicher Rauchkonsum fin-

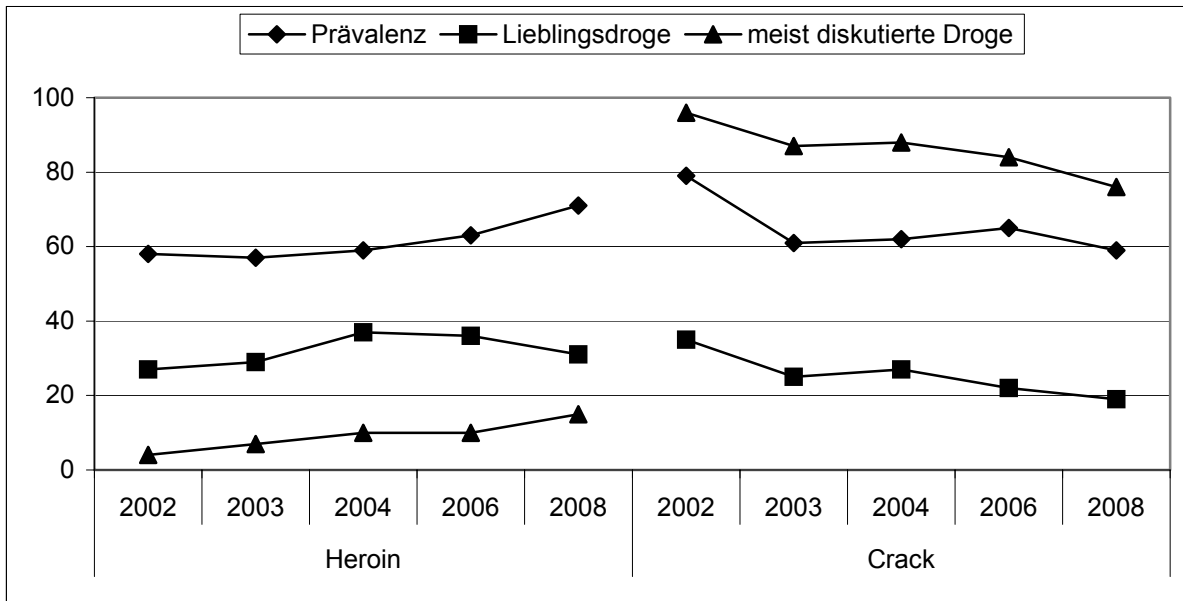
det sich mit etwas über einem Viertel in der Gruppe der Frauen seltener. Deutlich mehr Männer als Frauen entscheiden sich somit für die eine oder andere Applikationsform, wohingegen Crackkonsumentinnen häufiger beide Applikationsformen miteinander kombinieren. Möglicherweise stellt dies eine Erklärung für die beobachteten exzessiven Crack-Gebrauchsmuster unter den Frauen dar.

### 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.

Die meisten der Unterschiede, die sich zwischen den einzelnen Befragungen zeigen, sind auf mehr oder weniger zufällige Schwankungen hinsichtlich der Nennung einzelner Substanzen im Zeitverlauf zurückzuführen. Gerade im Zusammenhang mit den Konsummustern sind allerdings auch einige bemerkenswerte Ergebnisse zu beobachten. Zunächst sind dabei die Antworten auf die Fragen nach der „Lieblingsdroge“ und der „meist diskutierten“ Droge eine nähere Betrachtung wert. In allen Befragungen entfallen hier die häufigsten Nennungen auf Heroin und Crack, wobei Crack durchweg deutlich häufiger als meist diskutierte Substanz, aber zumeist nicht häufiger als Lieblingsdroge genannt wird. Im Zeitverlauf zeigen sich bei den entsprechenden Werten einige Veränderungen, die zum Teil mit den Veränderungen in der Prävalenz der beiden Substanzen einhergehen. Die leichte Zunahme der 24-Stunden-Prävalenz von Heroin zwischen 2002 (58%) auf 63% in der Befragung 2006 ging beispielsweise jeweils mit einer tendenziellen Zunahme der Nennung als Lieblingsdroge und meist diskutierter Droge einher. Die aktuell relativ deutliche Zunahme der Prävalenz auf 71% verläuft hingegen nur noch parallel mit der Nennung als meist diskutierte Droge (2002: 4%, 2008: 15%), während die Nennung von Heroin als Lieblingsdroge aktuell rückläufig ist (2006: 36%, 2008: 31%), nachdem sie zwischen 2002 und 2004 von 27% auf 37% gestiegen war (Abb. 8). Die Popularität von Crack in der Szene ist hingegen seit der Erhebung 2002 sowohl bezüglich der Prävalenz (abgesehen vom leichten Anstieg im Jahr 2006) als auch im Hinblick auf eine explizite Präferenz sowie die wahrgenommene Thematisierung rückläufig. So ging die relativ deutliche Abnahme der Prävalenz zwischen 2002 und 2003 bereits mit einem Rückgang der Nennung als Lieblingsdroge (von 35% auf 25%) sowie rückläufigen Nennungen hinsichtlich der meist diskutierten Droge einher (von 96% auf 87%). Zwar ist seither bezüglich der 24-Stunden-Prävalenz kein eindeutiger Trend mehr erkennbar, aber unter Einbeziehung der 30-Tages-Prävalenz (s. 4.2.2) ist von einer leichten Abnahme der Verbreitung des Kokainderivats auszugehen. Diese geht einher mit einem Rückgang der Nennungen für Crack als Lieblingsdroge (2008: 19%) und meist diskutierte Droge (2008: 76%; siehe Abb. 8). Crack bleibt jedoch nach Ansicht der Befragten unverändert die Droge, über die in der Szene mit Abstand am meisten gesprochen wird. Heroin rangiert indes wie in den zwei letzten Erhebungen bei der Frage nach der Lieblingsdroge deutlich vor Crack (2008: 31% vs. 19%).

**Abbildung 8: Heroin und Crack: 24-Stunden-Prävalenz und Anteil mit Nennung als Lieblingsdroge bzw. am meisten diskutierter Droge (%) nach Jahr der Befragung**



Einige bemerkenswerte Beobachtungen sind darüber hinaus im Hinblick auf die übrigen bei diesen beiden Fragen genannten Drogen festzuhalten: So ist beispielsweise der Anteil der Nennungen von Kokainpulver als Lieblingsdroge von 3% (2002) auf 10% (2006) bzw. 11% (2008) angestiegen, was wiederum zumindest bezüglich der 30-Tages-Prävalenz auch mit der Verbreitung der Droge einhergeht. Die nächsthäufigste Nennung ist bei dieser Frage im Übrigen mit 8% ein Cocktail aus Heroin und Crack, wobei hier im Zeitverlauf keine nennenswerten Veränderungen zu beobachten sind. Seit 2003 rückläufig ist die Angabe von Cannabis als Lieblingsdroge (2003: 10%, 2008: 4%). Demgegenüber findet sich im Jahr 2008 mit 5% erstmals ein nennenswerter Anteil von Befragten, die Benzodiazepine als präferierte Substanz angeben (2002/2003: 0%, 2004/2006: 2%) – auch diese Entwicklung geht einher mit steigenden Prävalenzraten. Bei der meist diskutierten Droge entfallen 3% der Antworten auf Benzodiazepine – darüber hinaus nannten in keinem der fünf Erhebungsjahre mehr als 2% der Befragten eine andere Droge als Crack oder Heroin.

Die Ergebnisse zur Drogenpräferenz und zu den meist diskutierten Substanzen stehen demnach meistens, aber nicht immer mit der Konsumprävalenz im Zusammenhang. Ein noch stärker abweichendes Bild zeigt sich hinsichtlich der Frage, welche Droge am stärksten abgelehnt wird. Hier geht der tendenzielle Rückgang der Verbreitung von Crack mit abnehmenden Werten bezüglich der Ablehnung der Substanz einher, wenngleich die entsprechenden Werte zwischen 2003 und 2006 stagnierten (Tab. 16). Etwas rückläufige Werte sind bei dieser Frage auch bei Ecstasy zu beobachten, während sich bei allen anderen Substanzen – etwa bei der hier insgesamt meistgenannten Droge LSD, die im Szenegeschehen ebenso wie Ecstasy keine Rolle spielt – keine eindeutigen Tendenzen zeigen. Der besonders hohe Wert bei den „sonstigen“ Drogen im Jahr 2008 ist u.a. auf 7% der Befragten zurückzuführen, die hier Crystal (Methamphetamin) nennen (ohne dass die Substanz als Antwortkategorie im Fragebogen enthalten war).



**Tabelle 16: Meist abgelehnte Droge (%) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
Keine	5	16	9	12	11	***
Alkohol	7	4	7	5	5	
Cannabis	1	5	4	2	3	
Ecstasy	16	13	17	9	10	
LSD	21	19	19	16	24	
Speed	6	5	5	9	5	
Heroin	6	5	5	9	5	
Benzodiazepine/ Medikamente	8	11	3	12	8	
Kokain	1	1	2	1	1	
Crack	21	17	17	17	11	
Methadon	3	1	2	2	0	
Sonstige	7	5	8	5	17	

Keine 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 (2002: 70%, 2003: 76%, 2004: 69%, 2006: 69%, 2008: 76%; n.s.). Die Substanzen, die bei dieser Frage am häufigsten genannt werden, sind im Jahr 2008 Opium (5%), Meskalin (4%), PCP („Angel Dust“) und LSD (je 3%).

#### 4.4 Der „Alltag auf der Szene“

Im Folgenden werden wesentliche Charakteristika des Aufenthalts auf der „offenen Drogenszene“ untersucht. Dazu gehören vor allem Angaben dazu, seit wann sich die Interviewten regelmäßig auf der Szene aufhalten und wie ausgeprägt dieser Aufenthalt 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.

Angesichts der zur Verfügung stehenden Daten beziehen sich die meisten der nachfolgenden Ergebnisse auf den Zeitraum zwischen 2002 und 2008. Sofern möglich, werden jedoch auch hier die Daten von 1995 für vergleichende Darstellungen herangezogen.

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

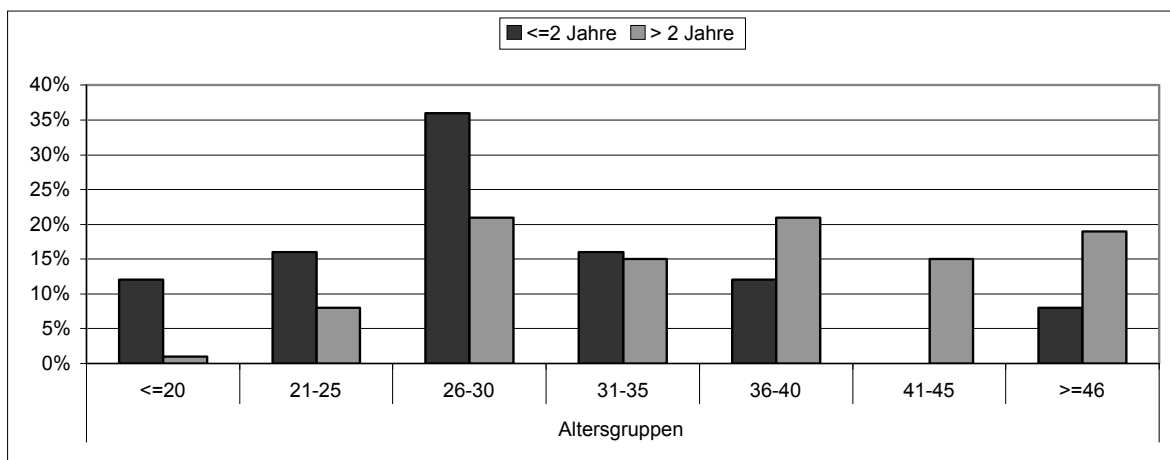
Die Angaben dazu, seit wann die Befragten die Szene regelmäßig aufsuchen, zeigen eine extrem große Spannweite zwischen einem Monat und 37 Jahren; der Mittelwert liegt bei 11,5 ( $\pm 9,0$ ) Jahren. Bei einem Median<sup>10</sup> von 10 hält sich die Hälfte der im Jahr 2008 Befragten seit

<sup>10</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.

10 Jahren und länger regelmäßig auf der Szene auf. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungen<sup>11</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. Da mit den vorhandenen Daten jedoch keine individuellen Verläufe – wie z.B. eine zwischenzeitliche, unter Umständen auch längere Loslösung von der Szene – abgebildet werden können, lässt sich hieraus nicht schlussfolgern, dass es denjenigen, die die Szene aufsuchen, nicht mehr gelingt, sich wieder von ihr zu lösen. 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 – 2008 trifft dies auf 17% der Befragten zu. 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% der Stichprobe bewegt sich damit zwischen den Werten der anderen Erhebungen. Entsprechend dem Zusammenhang zwischen der Dauer des „Szeneaufenthalts“ und dem Lebensalter zeigen sich dabei Unterschiede in der Alterstruktur zwischen denjenigen mit vergleichsweise kurzem Szeneaufenthalt und den übrigen Befragten (s. Abb. 9).

**Abbildung 9: Dauer des „Szeneaufenthalts“ und Lebensalter, Anteile in %**



Insgesamt sind die „Szene-Neueinsteiger(innen)“ mit einem Durchschnittsalter von knapp 30 Jahren rund sieben Jahre jünger als diejenigen, die sich bereits seit über zwei Jahren auf der Drogenszene aufhalten. Damit hat sich das durchschnittliche Alter der „Szene-Neulinge“ gegenüber der Befragung 2006 um drei Jahre reduziert und liegt dadurch wieder etwas höher als 2004 (28 Jahre), jedoch gleichauf mit den Werten der Jahre 2002 und 2003. Wie in den beiden Erhebungen zuvor ist mit über einem Drittel die größte Gruppe unter den „Neulingen“ zwischen 26 und 30 Jahre alt. Die genauere Analyse zeigt, dass diese Gruppe im Alter von durchschnittlich 16,5 Jahren das erste Mal harte Drogen konsumiert hat und im Mittel mit 19,1 Jahren in den Heroinkonsum bzw. mit 23,1 Jahren in den Crackkonsum eingestiegen ist. Das durchschnittliche Einstiegsalter in den Konsum harter Drogen in der gleichen Alters-

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

gruppe mit längerem „Szeneaufenthalt“ liegt demgegenüber mit 15,8 Jahren etwas niedriger. Kaum Unterschiede ergeben sich zwischen beiden Gruppen hinsichtlich des durchschnittlichen Einstiegsalters in den Heroinkonsum, das bei den Befragten mit längerem Szeneaufenthalt mit durchschnittlich 18,4 Jahren nur unwesentlich niedriger liegt. Der erstmalige Konsum von Crack fand bei den „Szene-Erfahrenen“ im Schnitt knapp zwei Jahre früher als bei ihren Altersgenossen statt. Insgesamt zeigt der Vergleich beider Gruppen, dass keine wesentlichen Differenzen hinsichtlich des Einstiegs in den Konsum illegaler Drogen und hier v.a. in den Heroinkonsum bestehen, es offensichtlich jedoch einem Teil der Drogenkonsument(inn)en gelingt, 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 8 bis 10 Stunden – auf der Szene aufhalten. Bezüglich der Anzahl an Tagen, die die Befragten pro Woche auf der Szene verbringen, ist dabei über den Befragungszeitraum eine leichte, statistisch signifikante Steigerung zu beobachten.<sup>12</sup> Der Anteil derjenigen, die sich täglich auf der Szene aufhalten, liegt seit 2003 bei rund zwei Dritteln, womit ein tendenziell signifikanter Zuwachs bei den täglichen Szenebesucher(innen) gegenüber 2002 stattgefunden hat (2002: 57%, 2003: 65%, 2004: 69%; 2006: 63%, 2008: 67%). Demgegenüber ist jedoch der Anteil an Befragten, die sich täglich zwölf Stunden und länger auf der Szene aufhalten, seit der Erhebung 2003 zurückgegangen (2002: 37%, 2003: 43%, 2004: 31%; 2006: 27%, 2008: 27%). Unterschiede zwischen den Befragungen zeigen sich auch im Hinblick auf einige der Gründe, die für den Aufenthalt auf der Szene genannt werden (Tab. 17). So ist zwar der Erwerb von Drogen konstant das am häufigsten genannte Motiv für den Szeneaufenthalt, jedoch gibt 2008 ein signifikant höherer Anteil der Befragten diesen Grund an.

**Tabelle 17: Gründe für den Aufenthalt auf der Szene (%)<sup>a</sup> nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
Drogen kaufen	89	79	81	81	93	**
Leute treffen	68	73	68	78	77	***
Drogen verkaufen	31	33	41	37	34	n.s.
Langeweile	41	46	52	65	59	***
Service machen	9	9	7	11	7	n.s.
Geschäfte abwickeln	42	41	46	53	47	n.s.
bedingt durch Substitution <sup>b</sup>	13	28	30	30	26	**

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

<sup>b</sup> Nur Substituierte.

Ebenfalls häufiger als in den Jahren zuvor werden 2006 und 2008 „Leute treffen“ und „Langeweile“ als Beweggründe für den Szeneaufenthalt angeführt; beides Motive, die auf die soziale Funktion der Drogenszene verweisen. Von 2002 auf 2003 hat schließlich ebenso der Anteil an Substituierten, die sich aufgrund der Teilnahme an der Substitutionsbehandlung im Bahnhofsviertel aufhalten, signifikant zugenommen. Kaum Veränderungen zwischen den

<sup>12</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 (\*).  
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 (n.s.).

einzelnen Befragungen lassen sich hingegen bei den Motiven beobachten, die auf den ökonomischen Aspekt der Drogenszene verweisen: relativ konstant nutzen über 40% der Interviewpartner(innen) die Drogenszene zur „Abwicklung von Geschäften“, etwa ein Drittel explizit für den Verkauf von Drogen. Eine unverändert geringe Rolle als Motiv für den Szeneaufenthalt spielt das „Service-machen“.

#### 4.4.2 Die Orte des Konsums

Neben dem Erwerb und dem Verkauf von Drogen findet auch der Konsum 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 sowie 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 fünf 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. 18). Der intravenöse Konsum findet in allen fünf Befragungen in erster Linie in den Konsumräumen statt – jeweils deutlich über die Hälfte der Interviewten gibt hierfür die Konsumräume als überwiegende Orte an. 19% der im Jahr 2008 Befragten injizieren vorwiegend zuhause bzw. in privaten Räumlichkeiten, 17% hauptsächlich auf der Straße. Damit ist der Anteil derjenigen, die vor allem private Räumlichkeiten für den intravenösen Drogenkonsum nutzen, gegenüber 2004 und 2006 wieder zurückgegangen, der Anteil an Personen, die in der Öffentlichkeit injizieren, ist gegenüber 2006 hingegen wieder relativ deutlich (und damit auf ein vergleichbares Niveau wie in den Erhebungen 2002 bis 2004) angestiegen – die Veränderungen erreichen jedoch keine statistische Signifikanz. Statistisch signifikant sind jedoch die Veränderungen bezüglich des Crackrauchens: Mit 79% gibt die Mehrheit im Jahr 2008 an, Crack überwiegend auf der Straße im Bahnhofsviertel zu rauchen, insgesamt 84% nennen die Straße als häufigsten Konsumort. Dieser Anteil erreicht 2008 den höchsten Wert aller Erhebungen. Deutlich reduziert gegenüber der 2006er Befragung hat sich dagegen der Anteil an Crackkonsument(inn)en, die in erster Linie zuhause bzw. in privaten Räumlichkeiten Crack rauchen; hierfür zeigt sich der niedrigste 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 zugenommen, der Stellenwert von privaten Räumlichkeiten dagegen abgenommen zu haben scheint.

**Tabelle 18: Überwiegende Orte des intravenösen Konsums und des Crackrauchens nach Jahr der Befragung**

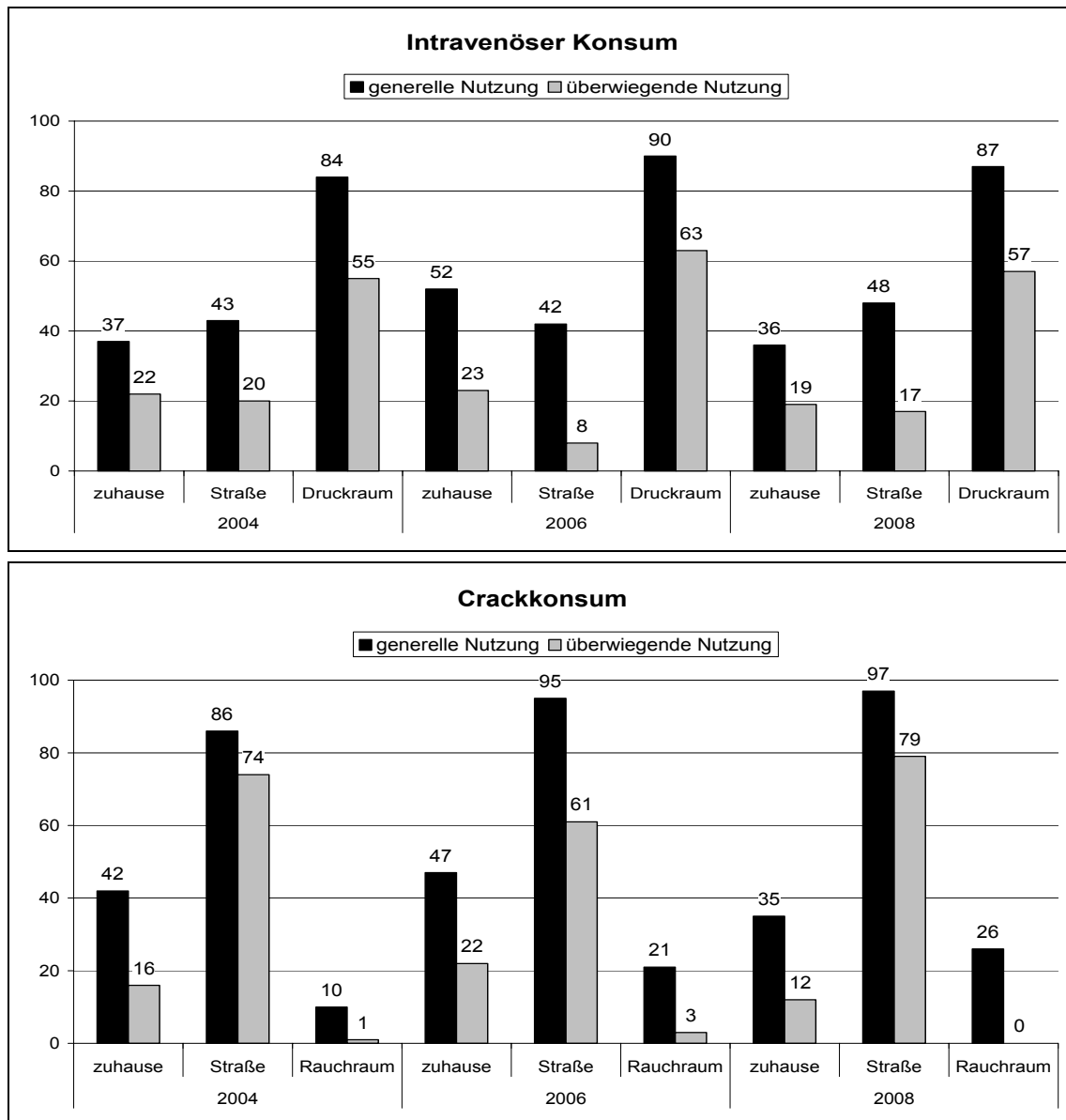
	Intravenöser Konsum <sup>a</sup>					Sig.	Crackrauchen <sup>a</sup>					Sig.
	2002	2003	2004	2006	2008		2002	2003	2004	2006	2008	
Zuhause / privat	16	19	22	23	19	n.s.	21	16	16	22	12	***
auf der Straße	19	20	20	8	17		67	77	74	61	79	
in öffentlichen Gebäuden	1	1	1	0	1		3	1	0	0	0	
im Konsum-, Rauchraum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

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

Ein weiterer deutlicher 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 keine(n) der befragten Crackraucher(innen) als überwiegender Konsumort eine Rolle spielt. 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 aktuell für das Crackrauchen in öffentlichen Gebäuden ein signifikanter Anstieg, wenngleich mit etwa einem Zehntel nach wie vor nur wenige Befragte an diesen Orten Crack rauchen (2004: 1%, 2006: 4%, 2008: 11%). Keine Veränderungen lassen sich dagegen bezüglich des intravenösen Konsums in öffentlichen Gebäuden (2004: 2%, 2006: 4%; 2008: 4%) sowie bei beiden Applikationsformen hinsichtlich der Bedeutung sonstiger Orte (intravenös: 2004: 3%; 2006: 2%; 2008: 6%; Crackrauchen: 2004: 6%; 2006: 1%; 2008: 4%) beobachten, die somit auch generell keine Rolle als Konsumorte spielen. Konstant über die drei Befragungen hinweg ist festzustellen, dass die Konsumräume generell von über 80% der i.v. Konsument(inn)en für den intravenösen Drogengebrauch frequentiert werden und insofern eine hohe Nutzungsrate aufweisen. Mit einem Anteil von über 40% findet der intravenöse Konsum jedoch in einem relevanten Umfang auch auf der Straße statt, etwas mehr als ein Drittel konsumiert zumindest zeitweise in Privaträumen. Dieser Wert hat sich gegenüber der Erhebung zuvor wieder deutlich reduziert, womit sich der 2006 zu beobachtende Trend hin zu einem verstärkten i.v. Konsum in privaten Räumlichkeiten nicht weiter fortgesetzt hat. Vergleichbares gilt auch für das Crackrauchen, das im Jahr 2008 wieder seltener überhaupt in privaten Räumlichkeiten stattfindet (s. Abb.10).

**Abbildung 10: Intravenöser Konsum und Crackrauchen: generelle und überwiegende Nutzung ausgewählter Orte 2004, 2006 und 2008 (%)**



Eine exponierte Stellung hinsichtlich der Orte für den inhalativen Crackkonsum kommt dem öffentlichen Setting zu: In der aktuellen Befragung geben fast alle an, zumindest gelegentlich auf der Straße zu rauchen, womit dieser Anteil gegenüber den Erhebungen zuvor signifikant (\*\*) angestiegen ist. Hinsichtlich des Rauchraums als generell genutzter Ort für den Crackkonsum, lässt sich eine leichte Steigerung der Nutzung im Verlaufe der drei Erhebungen beobachten (\*), wenngleich nach wie vor mit einem Viertel ein relativ kleiner Teil der Crackraucher(innen) dieses Angebot der Drogenhilfe überhaupt in Anspruch nimmt. In eine vergleichbare Richtung weisen auch die durch die Drogenhilfeeinrichtung erhobenen Nutzungszahlen des Rauchraums: Gegenüber 2006 konnte im Jahr 2008 ein vergleichsweise deutlicher Anstieg der Konsumvorgänge im Rauchraum (von rund 13.000 auf über 18.500) verzeichnet werden, was offenbar in erster Linie auf einen Anstieg des inhalativen Heroinkonsums zurückzuführen ist – insgesamt zeigt die Rauchraumstatistik, dass lediglich gut ein Drittel derer, die dieses Drogenhilfeangebot 2008 genutzt haben, dort Crack geraucht haben (vgl. Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. 2009). Im Unterschied dazu konnte für die vorlie-

gende Studie keine Steigerung, sondern vielmehr ein leichter Rückgang des Rauchkonsums von Heroin beobachtet werden (2006: 4%, 2008: 2%).

Werden die Daten zur generellen Nutzung und zur überwiegenden Nutzung miteinander in Bezug gesetzt, so zeigt sich, dass jene i.v. Konsument(inn)en, die generell in privaten Räumlichkeiten injizieren – und damit auch über eine entsprechende Möglichkeit verfügen – mit 52% in über der Hälfte der Fälle dort auch überwiegend konsumieren (2004: 58%; 2006: 44%). Ein etwas geringerer Anteil der generell private Räume zum Konsum Nutzenden (45%) konsumiert vornehmlich in Konsumräumen (2004: 35%, 2006: 51%) und nur eine Person (2004: n=2, 2006: n=2) überwiegend auf der Straße. Augenscheinlich findet der intravenöse Konsum vor allem dann auf der Straße statt, wenn keine alternativen (privaten) Konsumorte zur Verfügung stehen. Für diese Annahme spricht auch, dass knapp die Hälfte (48%) jener, die zumindest gelegentlich auf der Straße injizieren, die Konsumräume als überwiegende Konsumorte angeben (2004: 49%; 2006: 60%); nur 7% dieser Gruppe nutzen überwiegend private Räumlichkeiten (2004: 5%; 2006: 11%). Im Unterschied hierzu lässt sich für das Crackrauchen beobachten, dass lediglich ein Drittel derjenigen, die Crack generell in Privaträumen rauchen, dies dort auch überwiegend tut (2004: 39%, 2006: 44%) – mit zwei Dritteln raucht die überwiegende Mehrheit auf der Straße (2004: 59%, 2006: 53%). Insgesamt hat sich damit im Vergleich zu 2004 und 2006 der Anteil derjenigen erhöht, die trotz der Verfügbarkeit privater Räumlichkeiten Crack vorwiegend in der Öffentlichkeit rauchen.

Angesichts der vergleichsweise geringen Nutzung des Raumraums wird seit 2004 erhoben, warum die Interviewten dieses Angebot der Drogenhilfe nicht häufiger nutzen. Ausgewertet werden hier die Angaben derjenigen Crackraucher(innen), die den Rauchraum nicht als überwiegenden Ort des Konsums nennen (2004: n=109; 2006: n=75, 2008: n=75) – dies trifft 2008 auf alle befragten Crackraucher(innen) zu. Von ihnen geben 17% an, dass es für sie zu aufwendig sei bzw. zu lange dauere, den Rauchraum für den Crackkonsum aufzusuchen. Weitere 13% geben an, der Rauchraum sei für sie zu weit weg (2004: 19%, 2006: 17%) und 11% nennen hier die ungünstigen Öffnungszeiten als Grund (2004: 7%, 2006: 19%). 9% (2004: 12%, 2006: 13%) äußern ein mangelndes Interesse an einer häufigeren Nutzung und 7% kennen den Rauchraum nicht (2004: 15%; 2006: 13%). Weitere angeführte Gründe beziehen sich auf die Bedingungen vor Ort: So geben 7% (2004: 2%, 2006: 4%) an, dass der Raum zu klein sei, 4% (2004: 5%; 2006: 11%) mögen die Atmosphäre dort nicht und ebenfalls 4% nennen als Grund für die Nichtnutzung die Lage des Raumes im 3. Stockwerk der Drogenhilfeeinrichtung. Weitere 4% (2004: 2%; 2006: 5%) führen an, dass sie aufgrund einer Substitutionsbehandlung oder eines längerfristigen Hausverbots den Rauchraum nicht nutzen können.

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 Bahnhofsgelände tun – dies betrifft insbesondere den intravenösen Gebrauch: Insgesamt berichten lediglich 15% (2004: 9%; 2006: 15%) der i.v. Konsument(inn)en überhaupt von einem öffentlichem Konsum außerhalb des Bahnhofsviertels, für vier Personen (3%) stellt dies den überwiegenden Konsumort dar (2004: 0%; 2006: 4%). Veränderungen zwischen den drei Befragungen ergeben sich somit nur zwischen 2004 und 2006, in der aktuellen Erhebung hat sich praktisch nichts am Ausmaß des intrave-

nösen Konsums außerhalb des Bahnhofsviertels geändert. Im Hinblick auf den inhalativen Crackkonsum liegen die entsprechenden Werte höher: Generell rauchen 31% (2004: 17%, 2006: 44%) Crack auch auf der Straße außerhalb des Bahnhofsviertels, jedoch stellt dies für nur 8% (2004: 0%; 2006: 17%) auch den überwiegenden Konsumort dar. Über den Erhebungszeitraum lässt sich somit beobachten, dass das Rauchen von Crack in der Öffentlichkeit außerhalb des Bahnhofgebiets zwischen 2004 und 2006 angestiegen, im Jahr 2008 jedoch wieder etwas 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 – seit 2004 – Benzodiazepinen dargestellt.

Im Hinblick auf die Einschätzung zur Verfügbarkeit lassen sich für Heroin, Kokain und Crack signifikante Veränderungen zwischen den fünf Erhebungszeitpunkten beobachten (s. Tab.19). Eine leichte, aber gerade vor dem Hintergrund der gestiegenen Prävalenzraten bemerkenswerte Verschiebung zeigt sich bei Heroin: Nachdem in den vorherigen drei Erhebungen jeweils rund 95% der Befragten die Droge als leicht oder sehr leicht verfügbar bezeichneten, ist dieser Wert 2008 auf 87% und damit etwa auf den Ausgangswert aus dem Jahr 2002 gesunken. Auch Crack wird aktuell von einem geringeren Anteil der Konsument(inn)en als mindestens leicht verfügbar eingeschätzt: Mit 88% gingen weniger Befragte als in sämtlichen Vorerhebungen von einer leichten Verfügbarkeit des Kokainderivats aus. Im Vergleich zu Crack geben mit aktuell 27% erheblich weniger Befragte an, dass auch Kokainpulver leicht erhältlich sei; dieser Wert liegt etwa gleichauf mit den in den Jahren 2003 und 2006 ermittelten Anteilen und höher als in den Jahren 2002 und 2004. Keine signifikante Veränderung ist bei der erstmals im Jahr 2004 erhobenen Verfügbarkeit von Benzodiazepinen zu beobachten. Diese Substanzgruppe erzielt im Jahr 2008 mit 95% den höchsten Wert für eine leichte bzw. sehr leichte Verfügbarkeit unter allen abgefragten Drogen.



**Tabelle 19: Einschätzung der Verfügbarkeit von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung**

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

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

Die Antworten auf die Frage, inwieweit sich die Verfügbarkeit der einzelnen hier abgefragten Substanzen gegenüber dem Vorjahr verändert hat, gehen nur teilweise mit der Entwicklung bei der konkreten Frage nach der Verfügbarkeit einher. So hat bei Heroin parallel zur wahrgenommenen etwas schlechteren Verfügbarkeit auch die Anzahl derer zugenommen, die angeben, dass die Droge schwerer als im Vorjahr erhältlich sei (2006: 19%, 2008: 30%). Nur noch eine knappe Mehrheit geht von einer unveränderten Verfügbarkeit der Substanz aus (2006: 60%, 2008: 53%). Der leichten Abnahme der wahrgenommenen Verfügbarkeit von Crack steht hingegen eine abnehmende Anzahl an Befragten gegenüber, die angeben, dass Crack schwerer erhältlich als im Vorjahr sei (2006: 46%, 2008: 34%). Dennoch liegt der Wert für eine sich verschlechternde Verfügbarkeit – trotz der durchweg hohen Werte für eine leichte Erhältlichkeit (s. Tab. 19) – in allen Erhebungsjahren höher als bei allen anderen abgefragten Substanzen. Bei Kokain hält der weit überwiegende Teil die Verfügbarkeit für unverändert (2006: 56%, 2008: 60%). Dies gilt in noch stärkerem Maße auch für Benzodiazepine (2006: 61%, 2008: 77%).

Bei den Einschätzungen zur Qualität der Substanzen, die die Befragten zurzeit konsumieren, sind bei Heroin, Crack und Kokain signifikante Veränderungen zu beobachten, die aber jeweils keinen klaren Trend anzeigen (Tab. 20). Im Fall von Heroin hatte der Anteil derer, die die Qualität als gut oder sehr gut einschätzen, bis 2004 leicht zugenommen. 2006 ist dieser Anteil wieder etwas gesunken, liegt aber im Jahr 2008 wieder um einige Prozentpunkte höher. Im Vergleich zu 2002 geben in allen nachfolgenden Befragungen deutlich weniger Befragte eine schlechte bzw. sehr schlechte Qualität von Heroin an. Eine bemerkenswerte Entwicklung ist im Hinblick auf Crack zu beobachten: Bis 2006 ist der Anteil an Interviewten, die die Qualität von Crack als gut bis sehr gut bezeichnen, deutlich rückläufig und erreicht 2006 mit 9% einen besonders niedrigen Stand. Aktuell ist dieser Wert aber wieder stark angestiegen und erreicht mit 33% den Ausgangswert aus dem Jahr 2002. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die die Qualität als schlecht bis sehr schlecht einschätzen, 2008 klar rückläufig und liegt niedriger als in allen anderen Erhebungsjahren. Möglicherweise hat sich zwischen 2006 und 2008 eine wesentliche Änderung im Crack-Angebot vollzogen. Bei der Qua-

litätsentwicklung von Kokainpulver ist zu beachten, dass in den Jahren 2002-2004 teilweise sehr hohe Anteile der Interviewten – entsprechend der hier sehr niedrigen Prävalenzraten – angeben, die Qualität nicht einschätzen zu können. Werden nur die Antworten derjenigen berücksichtigt, die eine Qualitätseinschätzung von Kokain abgegeben haben, ergibt sich in jedem Erhebungsjahr ein mit mindestens 70% sehr hoher Anteil an Befragten, die die Qualität als gut bis sehr gut bewerten (2006: 74%, 2008: 70%). Insofern resultiert der Unterschied zwischen den einzelnen Befragungen, wie er in Tabelle 20 abzulesen ist, in erster Linie aus dem schwankenden Anteil an Befragten, die für Kokain keine Einschätzung abgeben konnten.

**Tabelle 20: Einschätzung der Qualität von Heroin, Crack und Kokain (%) nach Jahr der Befragung<sup>a</sup>**

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

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

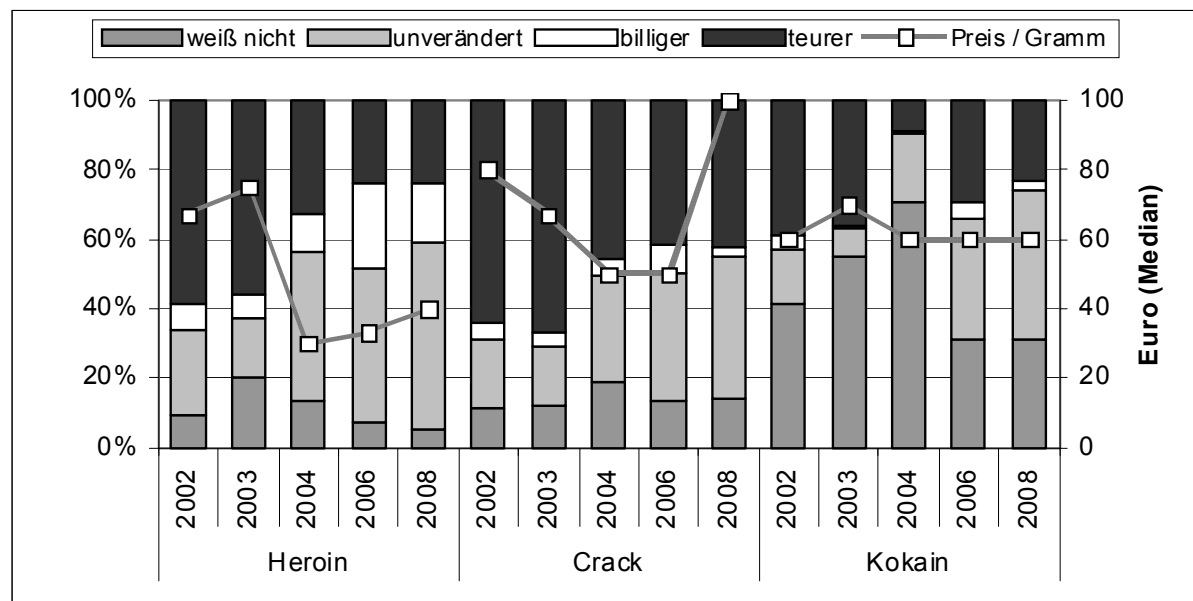
Für die Darstellung der Ergebnisse zur Preisentwicklung von Heroin, Crack und Kokain stehen zum einen die direkten Einschätzungen der Befragten zur Verfügung, ob die entsprechende Substanz im Vorjahreszeitraum teurer oder billiger geworden bzw. im Preis unverändert geblieben ist, zum anderen die Preise in Euro pro Gramm, die aus den entsprechenden konkreten Angaben ermittelt wurden.<sup>13</sup> Hier zeigt sich vor allem bei Heroin und Crack eine extrem große Streuung der Angaben. So liegt im Jahr 2008 der niedrigste Wert für ein Gramm Heroin bei 3,50 Euro, der höchste bei 200 Euro. Die Angaben für ein Gramm Crack variieren zwischen 10 € und 1000 €. Es ist zu vermuten, dass sich diese große preisliche Varianz damit begründen lässt, dass auch die angekauften Mengen bzw. Konsumeinheiten („Plomben“ und „Beutel“ bei Heroin, „Steine“ unterschiedlicher Größe bei Crack) stark variieren. Insofern fällt es den Konsument(inn)en offenbar schwer, das jeweilige Gewicht der erworbenen Substanz einzuschätzen. Zudem ist der Preis pro Gramm im Schnitt umso höher,

<sup>13</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.

je kleiner die angekaufte Menge ist (\*\*\*) . Aufgrund der großen Preis-Varianz bei Heroin und Crack wird für die nachfolgende Auswertung einheitlich der Median berücksichtigt.

Der Preis für Heroin ist nach den Angaben der Interviewten zwischen 2003 und 2004 zunächst sehr deutlich zurückgegangen (Median 2002: 67 Euro, 2003: 75 Euro, 2004: 30 Euro; s. Abb. 11). Seitdem ist wieder ein leichter Preisanstieg auf aktuell 40 Euro zu beobachten (2006: 33 Euro). Der Preis für ein Gramm Crack ist hingegen zwischen 2002 und 2004 kontinuierlich zurückgegangen (Median 2002: 80 Euro; 2003: 67 Euro; 2004: 50 Euro), blieb im Jahr 2006 konstant und hat sich im Jahr 2008 auf 100 Euro verdoppelt. Der Grammpreis für Kokain weist in jedem Erhebungsjahr außer 2004 (70 Euro) mit jeweils 60 Euro exakt den gleichen Median auf. Der Kokainpreis in der „offenen Szene“ entspricht damit dem in der Trendscoutbefragung ermittelten und ebenfalls über die Erhebungszeitpunkte konstanten Preis für die Substanz in Partyszenen bzw. Jugendkulturen. Seit 2004 wird auch der Schwarzmarktpreis für eine Tablette Benzodiazepine ermittelt. Hier wurde in jedem der drei Erhebungsjahre mit 1,50 Euro exakt der gleiche Median ermittelt.

**Abbildung 11: Einschätzung der Preisentwicklung und Preis pro Gramm Heroin, Crack und Kokain nach Jahr der Befragung**



Die Preisentwicklungen bei den drei in Abb. 11 dargestellten Substanzen spiegeln sich indes kaum in den Einschätzungen der Befragten wider. So gab bei Heroin auch im Jahr 2004, in dem der Preis offenkundig deutlich gefallen war, die Mehrheit der Befragten an, dass sich der Preis nicht verändert habe. Demgegenüber übertraf die Zahl derer, die einen Preisanstieg festzustellen glaubten, den Anteil derjenigen, die von einem Preisrückgang ausgingen. Erst mit zwei Jahren Verzögerung ist 2006 ein leichter Zuwachs bei jenen zu beobachten, die den Preis für Heroin als rückläufig einschätzen (s. Abb. 11). Bei Crack schätzt in jedem Erhebungsjahr 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 (2002: 64%, 2003: 67%). Aktuell ist die Zahl derer, die Crack für teurer als im Vorjahr halten, trotz des offensichtlich starken Preisanstiegs quasi nicht angestiegen (2006: 41%, 2008: 42%). Bei Kokain schließlich gibt in den Erhebungen 2002 bis 2004 – entsprechend

den niedrigen Werten für die 30-Tages-Prävalenz – jeweils die Mehrheit der Befragten an, eventuelle preisliche Veränderungen nicht einschätzen zu können. Ansonsten geht zwar jeweils der größte Anteil der Befragten von einem unveränderten Preis aus (aktuell: 43%), es gibt aber auch jeweils nennenswerte Anteile von Interviewten, die Kokain für teurer als im Vorjahr halten (z.B. 2006: 28%, 2008: 23%), wogegen nur sehr wenige von einem Preisrückgang ausgehen. Insgesamt fällt auf, 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. Vermutlich spiegelt sich bei einem nicht unerheblichen Teil der Befragten eine pessimistische Sichtweise nach dem Motto „Alles wird immer teurer“ wider. Es bleibt abzuwarten, ob im Fall von Crack eine verstärkte subjektive Wahrnehmung des offenkundigen Preisanstiegs mit einer zeitlichen Verzögerung eintreten wird (wie etwa beim Preisrückgang von Heroin zwischen 2004 und 2006).

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zur Angebotslage fällt in diesem Jahr vor allem der enorme Preisanstieg bei Crack auf. Die Verdoppelung des Preises zwischen 2006 und 2008 ist dabei nicht auf einzelne Ausreißer zurückzuführen; die Verteilung der Angaben weist ein kohärentes Bild auf. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass gleichzeitig die Qualität der Droge wieder als wesentlich besser eingeschätzt wird als zwei Jahre zuvor. Zwischen 2002 und 2006 war nicht nur der Preis, sondern auch die wahrgenommene Qualität relativ kontinuierlich gesunken. Möglicherweise hat sich die Angebotslage dahingehend verändert, dass wieder mehr Crack von guter Qualität bzw. weniger gestrecktes oder auch komplett gefälschtes Crack auf dem Markt ist, dass aber gleichzeitig dafür auch ein weitaus höherer Preis verlangt wird. Auffällig ist hierbei der „Bruch“ in der Einschätzung von Qualität und Preis nach der kontinuierlichen Entwicklung der Vorjahre. Leicht angestiegen ist seit 2004 offenbar der Preis von Heroin (bei etwa unveränderter Qualität); dies allerdings, nachdem zwischen 2003 und 2004 ein enormer Preisverfall stattgefunden hatte. Es bleibt abzuwarten, ob sich der Preis des Opiats in Zukunft wieder den hohen Ausgangswerten der Jahre 2002 und 2003 nähern wird.

Abschließend sei an dieser Stelle auf eine bemerkenswerte Koinzidenz hingewiesen: Der deutliche Preisanstieg bei Crack sowie die leichte Verteuerung von Heroin geht mit klaren Anstiegen bei dem den Befragten insgesamt zur Verfügung stehenden Geld wie auch dem Einkommensanteil, der für Drogen ausgegeben wird, einher (s. 4.1.4). Gerade angesichts dessen, dass sich der für Drogen ausgegebene Anteil der Einkünfte über die Jahre hinweg nur geringfügig geändert hat, ist zu vermuten, dass sich die Ausgaben für Drogen weniger nach dem verfügbaren Einkommen richten, sondern von einer umgekehrten Wirkung auszugehen ist: Möglicherweise richten viele der Szeneangehörigen ihre Bemühungen zur Beschaffung finanzieller Mittel nach den zu tätigenden Ausgaben für Drogen aus. Darauf deutet auch der Rückgang der Einkünfte sowie der gleichzeitige Rückgang der Ausgaben für Drogen in den Jahren 2004 und 2006 hin, als sich die Preise für die beiden meistkonsumierten Drogen Heroin und Crack ebenfalls verringerten (s. 4.1.4).

#### **4.4.4 Erfahrungen mit Gewalt und Eigentumskriminalität**

Wie bereits in der Szenebefragung 2002 wurde 2008 ein Fragenblock zu Gewalterfahrungen sowie zu Delikten wie Betrug, Raub und Diebstahl in den Fragebogen integriert. Im Unter-

schied zu 2002 beziehen sich die Fragen allerdings nur darauf, inwiefern der/die Befragte in den zurückliegenden vier Wochen *Opfer* von Gewalt oder Eigentumsdelikten wurde. Die Fragen nach derartigen selbst verübten Taten, die 2002 Teil des Fragebogens waren, wurden nicht wieder gestellt, weil sich bei der Auswertung eine erhebliche Diskrepanz zwischen Angaben über Szenemitglieder als Täter und Opfer zeigte. Offenbar existiert eine große Hemmschwelle, etwaige selbst ausgeübte Taten dem/der Interviewenden gegenüber zu berichten, und dementsprechend ist mit starken Verzerrungen hinsichtlich der Ergebnisse von Fragen nach eigener Täterschaft zu rechnen.

Tab. 21 zeigt die Angaben der Befragten dazu, ob und wie häufig sie in den letzten vier Wochen Opfer bestimmter krimineller und/oder gewalttätiger Handlungen wurden, wobei die aktuellen Werte mit den Antworten aus dem Jahr 2002 verglichen werden. Auf eine Darstellung der statistischen Signifikanz wird an dieser Stelle verzichtet, da sich bei keiner einzigen der erhobenen Taten eine signifikante Änderung vollzogen hat; teilweise sind die Werte aus den beiden Erhebungsjahren nahezu identisch. Auch der Gesamtanteil der Befragten, die im betreffenden Zeitraum Opfer von mindestens einer der abgefragten Handlungen wurden, hat sich praktisch nicht geändert: im Jahr 2002 betraf dies 64% der Interviewten, 2008 63%.

**Tabelle 21: Selbst erlebte kriminelle und gewalttätige Handlungen in den zurückliegenden vier Wochen nach Erhebungsjahr (2002 und 2008, %)**

	Raub		Diebstahl		Betrug		Sexuelle Gewalt		Körperverletzung		Psychische Gewalt	
	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008	2002	2008
keinmal	97	95	76	74	61	62	97	98	87	86	75	71
1 Mal	3	3	15	15	13	19	2	1	8	7	6	11
2-5 Mal	1	1	8	11	20	16	1	1	5	4	6	11
> 5 Mal	0	1	1	1	6	3	0	0	0	3	13	7

Insgesamt am häufigsten berichten die Befragten, Opfer von Betrugshandlungen gewesen zu sein – insgesamt 38% mindestens ein Mal in den zurückliegenden vier Wochen. Dies ist vermutlich zu einem wesentlichen Teil auf die unsicheren Bedingungen des Drogenschwarzmarktes zurückzuführen. Am zweithäufigsten genannt wird psychische Gewalt (Bedrohung, Erpressung, massive Beschimpfung), die von insgesamt 29% mindestens ein Mal im vergangenen Monat erfahren wurde. Hier ist allerdings von einer gewissen Unsicherheit auszugehen, da, wie bereits im 2002er Bericht dargelegt (Kemmesies 2002), ein rauer Umgangston inklusive Beleidigungen und Drohungen von vielen der Szeneangehörigen als durchaus üblich empfunden wird und daher die subjektive Grenze zwischen einem „normalen“ Streitgespräch und dem Erleben psychischer Gewalt fließend sein dürfte. Wird die genannte Anzahl der erlebten Fälle berücksichtigt, ist psychische Gewalt das am häufigsten genannte der abgefragten Delikte. Von rund einem Viertel der Befragten wird angegeben, dass sie Opfer von Diebstahl wurden – auch dieser Wert dürfte mit den speziellen Bedingungen der illegalen Ökonomie zusammenhängen. Am vierthäufigsten – von etwa jedem/jeder siebten Befragten – wird das unmittelbare Erleben physischer Gewalt (Körperverletzung) genannt. Relativ wenige, aber jeweils mehrere Nennungen entfallen auf die besonders schwerwiegenden Delikte Raub und sexuelle Gewalt.

Durchschnittlich sind die Befragten im Vormonat Opfer von 4,3 Delikten ( $\pm 10,4$ ) geworden. Wird das relativ häufig genannte und schwer abzugrenzende Vergehen der psychischen Gewalt nicht berücksichtigt, reduziert sich die Anzahl der erlebten Fälle von Gewalt und anderer Kriminalität auf 2,4 ( $\pm 6,9$ ). Auch hier zeigen sich keine signifikanten Differenzen zur Befragung 2002 (Delikte insgesamt:  $4,9 \pm 9,4$ , Delikte ohne psychische Gewalt:  $2,2 \pm 4,1$ ).

Bei den oben genannten Angaben ist zu berücksichtigen, dass diese sich lediglich auf die zurückliegenden vier Wochen beziehen. Auf ein Jahr hochgerechnet, würde jede/r Szeneangehörige über 50 Mal Opfer eines der abgefragten Delikte bzw. über 30 Mal, wenn die psychische Gewalt nicht einbezogen wird. Wird das Vorkommen der einzelnen Delikte auf ein Jahr hochgerechnet, würde „statistisch“ innerhalb von 12 Monaten jede/r Befragte mindestens einmal Opfer von Betrug, psychischer Gewalt, Diebstahl und Körperverletzung, und auch für Raub und sexuelle Gewalt ist jeweils eine gewisse Wahrscheinlichkeit gegeben. Auch wenn dabei nicht berücksichtigt ist, dass bestimmte Szeneangehörige häufiger und andere womöglich selten bis nie Opfer derartiger Taten werden, so verdeutlichen diese Resultate, dass der Alltag in der Szene nicht nur von den mit der Illegalität der konsumierten Drogen zusammenhängenden Vergehen, sondern in gewissem Maße auch von Gewalt und Eigentumskriminalität geprägt ist.

Zusätzlich zu generellen Erfahrungen mit bestimmten Akten der Gewalt und Kriminalität wurden die Interviewten nach den näheren Umständen gefragt, unter denen sich die letzte dieser Erfahrungen zugetragen hat. Tab. 22 zeigt die Resultate auf diese Frage im Vergleich zu den Angaben aus dem Jahr 2002.

**Tabelle 22: Umstände der letzten Gewalt-/Kriminalitätserfahrung<sup>a</sup> (%)**

Deliktbereich	2002	2008	Sig.	Ort	2002	2008	Sig.
Betrug	36	29	n.s.	Straße/ Szene	66	79	n.s.
Psych. Gewalt	21	28		Drogenhilfe-Einrichtung	22	11	
Diebstahl	23	24		Zuhause	3	4	
Körperverletzung	13	13		Andere Privatwohnung	1	2	
Raub	5	5		Kneipe/ Disco	0	1	
Sexuelle Gewalt	2	1		Sonstige	8	3	
(Vermutete(r) Täter(in))	2002	2008	Sig.	(Vermuteter) Hintergrund	2002	2008	Sig.
Drogengebraucher(in)	79	84	n.s.	Finanzielle Not	36	40	**
Partner(in)/ Freund(in)	3	7		Persönlicher Streit	3	15	
Freier	3	2		Stresssituation	8	14	
Polizei	3	0		Entzugsstress	8	8	
Sicherheitsdienste	1	0		Drogenwirkung allgemein	4	4	
				Crack (Drogenwirkung)	13	3	
				Crack (Entzugsstress)	15	3	
				Weiß nicht mehr	8	8	
				Sonstige	4	5	

<sup>a</sup> (nur Befragte, die mindestens einmal in den letzten vier Wochen Opfer wurden, n=93)

Auch bei der Frage nach dem letzten erlebten Delikt, bei dem der/die Befragte das Opfer war, liegen – nicht überraschend – Betrug, psychische Gewalt, Diebstahl und Körperverletzung auf den ersten Rängen, wogegen Raub und sexuelle Gewalt nur selten genannt werden. Im Vergleich zu 2002 sind hier keine signifikanten Änderungen festzustellen, ebenso wenig wie bei der Frage nach dem Ort der letzten Gewalt-/ Kriminalitätserfahrung. Der weit-aus größte Teil dieser Taten spielt sich auf der Straße im Bereich der Szene ab; zahlenmäßig hat die Dominanz dieser Antwortkategorie im Vergleich zu 2002 noch zugenommen. Etwas (wenn auch nicht signifikant) seltener wurden hingegen Einrichtungen der Drogenhilfe genannt, die in rund einem Zehntel der Fälle der Tatort sind. Eher selten werden die eigene oder fremde Privatwohnungen, Gaststätten oder andere Orte angegeben. Eindeutig stellt sich das Bild auch bei dem/der (mutmaßlichen) Täter(in) dar: 84% der Taten werden anderen Drogengebraucher(inn)en zugerechnet. Der Partner stellt in 7% der Fälle den Täter dar, weitere 2% entfallen auf Freier von sich prostituierenden Befragten. Im Unterschied zu 2002 nennt kein/e Befragte/r mehr Polizist(inn)en oder Sicherheitsbedienstete als Täter(innen). Signifikante Änderungen sind auch hier nicht festzustellen.

Finanzielle Not wird mit Abstand am häufigsten von allen abgefragten (vermuteten) Motiven für die zuletzt erlebte Gewalt-/Straftat genannt; 40% der Betroffenen geben diesen Tathintergrund an. Mit 15% bzw. 14% spielen auch persönlicher Streit und Stresssituationen eine nennenswerte Rolle, gefolgt von Entzugsstress (8%), während den anderen abgefragten Motiven jeweils nur eine nachrangige Rolle beigemessen wird (s. Tab.22). Im Vergleich zu 2002 zeigt sich, dass der (mutmaßliche) Hintergrund der abgefragten Taten der einzige Tatumstand ist, dessen Verteilung sich signifikant geändert hat. Dabei ist zu erwähnen, dass das Fragemodul zu Gewalt und Kriminalität im Jahr 2002 u.a. vor dem Hintergrund eingeführt wurde, dass die gestiegene Verbreitung von Crack mit einem erhöhten Aggressions- und Gewaltpotenzial der Konsument(inn)en in Verbindung gebracht wurde. Daher gibt es bei der Frage nach den Hintergründen der Taten gleich zwei Antwortkategorien, die sich auf Crack beziehen: zum einen die unmittelbare Wirkung der Droge, zum anderen durch den Entzug hervorgerufener Stress. Im Zusammenhang mit diesen Antworten hat sich auch die wesentliche Änderung vollzogen: während 2002 noch 13% die Wirkung von Crack und 15% den diesbezüglichen Entzugsstress für die letzte erlebte Gewalt-/ Straftat verantwortlich machten, sind es aktuell nur noch jeweils 3%. Das moderate Absinken der Crack-Prävalenzraten geht also offenbar mit einem deutlichen Rückgang der mit Crack assoziierten Taten einher. Möglicherweise spielt dabei auch der Umstand eine Rolle, dass der Crackkonsum im Jahr 2002 noch ein relativ neues Phänomen innerhalb der Szene war – die Konsument(inn)en haben womöglich mittlerweile gelernt, besser mit den spezifischen (Entzugs-) Wirkungen von Crack umzugehen oder/und der Droge wurde 2002 noch ein stärkerer Einfluss auf das individuelle Verhalten zugeschrieben als im Jahr 2008. Gleichzeitig mit dem Rückgang der Crack-bezogenen Tathintergründe hat das Motiv „Persönlicher Streit“ deutlich, Stresssituationen und finanzielle Not leicht an Bedeutung hinzugewonnen. Gerade wenn man die auf Crack bezogenen Tatmotive mit den entsprechenden allgemein formulierten Antwortkategorien „Entzugsstress“ bzw. „Drogenwirkung allgemein“ vergleicht, scheint das Kokainderivat im Vergleich zu 2002 also aktuell keine exponierte Bedeutung hinsichtlich Gewalt und anderweitiger Kriminalität (mehr) inne zu haben.

Insgesamt ist im Hinblick auf Gewalt-/ Kriminalitätserfahrungen festzuhalten, dass sich an der hohen Verbreitung diverser Delikte innerhalb der Szene seit 2002 nur wenig geändert hat: Betrug, psychische Gewalt und Diebstahl sind die häufigsten derartigen Taten, die von jeweils mindestens einem Viertel der Befragten im zurückliegenden Monat erlebt wurden. Etwa jede/r Siebte wurde überdies in diesem Zeitraum Opfer von Körperverletzungen. Zumeist werden diese Delikte direkt auf der Straßenszene von anderen Szeneangehörigen ausgeübt. Im Vergleich zu 2002 werden Gewalttaten und andere kriminelle Akte nur noch selten mit dem Konsum von Crack in Verbindung gebracht.

#### **4.4.5 Der Szenealltag im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede**

Die Mehrheit der im Jahr 2008 befragten Drogenkonsument(inn)en hält sich mit durchschnittlich 11,5 Jahren bereits seit langer Zeit regelmäßig auf der Frankfurter Drogenszene auf. Mit im Schnitt 11,9 gegenüber 11,3 Jahren besuchen die Frauen die Drogenszene etwas länger als die Männer, womit sich erstmalig im Erhebungszeitraum eine längere Szenezugehörigkeit für die Frauen feststellen lässt. Insgesamt halten sich die Interviewpartner(innen) im Mittel an 5,8 Tagen und dann für durchschnittlich 8,2 Stunden auf der Drogenszene auf. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich dahingehend, dass die Frauen mit 9,2 Stunden durchschnittlich mehr Zeit auf der Szene verbringen als die befragten Männer (7,7) – diese Differenz lässt sich auch in den vorangegangenen Erhebungen feststellen (2002: 9,4 vs. 10,0; 2003: 8,6 vs. 12,0; 2004: 7,7 vs. 9,4; 2006: 7,2 vs. 9,5). Was die Gründe für den Aufenthalt auf der Szene betrifft, so dominiert hier eindeutig das Motiv „Drogen kaufen“, welches von nahezu allen Befragten (93%) angeführt wird. Eine wichtige Rolle für den Aufenthalt auf der Szene spielen darüber hinaus auch Motive, die einerseits auf die soziale Funktion der Drogenszene verweisen (Leute treffen: 77%, keine andere Beschäftigung: 59%), oder sich andererseits auf ihren ökonomischen Aspekt beziehen (Geschäfte abwickeln: 47%; Drogen verkaufen: 34%). Gut ein Viertel der im Jahr 2008 Befragten besucht das Bahnhofsviertel wegen der Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung. Signifikante Geschlechtsunterschiede zeigen sich lediglich für die Motive „Geschäfte abwickeln“ und „keine andere Beschäftigung/ Langeweile“: ersteres wird häufiger von den Frauen angegeben (56% vs. 42%), letzteres dagegen häufiger von den Männern (62% vs. 54%).

Im Hinblick auf die Orte, die von den Befragten für den intravenösen Konsum sowie für das Rauchen von Crack aufgesucht werden, lässt sich in der aktuellen Befragung feststellen, dass der intravenöse Konsum vor allem in den Konsumräumen stattfindet – generell nutzen 87% der i.v. Konsument(innen) die Konsumräume für den intravenösen Drogengebrauch und 57% konsumieren hier überwiegend. Hauptsächlich in privaten Räumlichkeiten injizieren 19%, 36% tun dies zumindest gelegentlich. Mit knapp der Hälfte der Befragten nutzt jedoch ein nicht unwesentlicher Teil auch die Straße als Ort für den intravenösen Konsum, 17% injizieren überwiegend auf der Straße. Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich dahingehend beobachten, dass Frauen häufiger als Männer die Straße (23% vs. 15%) sowie Privaträume (25% vs. 16%) als überwiegende Orte des intravenösen Konsums angeben und auch generell diese Örtlichkeiten häufiger nutzen (Straße: 56% vs. 45%; Privaträume: 45% vs. 32%). Demgegenüber geben die männlichen Befragten häufiger die Konsumräume als



überwiegende Konsumorte an (63% vs. 45%). 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>14</sup> Was die Orte für das Rauchen von Crack betrifft, so geben hier 79% der Befragten die Straße als überwiegenden Konsumort an, mit 97% rauchen nahezu alle Crack zumindest gelegentlich auf der Straße. Private Räumlichkeiten spielen als Konsumorte eine nur marginale Rolle: lediglich 12% rauchen Crack meistens zuhause, 35% rauchen Crack gelegentlich in privaten Räumlichkeiten. Keiner der im Jahr 2008 Befragten nutzt den Rauchraum als überwiegenden Konsumort, immerhin 26% suchen diese Örtlichkeit jedoch zumindest teilweise für den Crackkonsum auf. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich dabei nicht beobachten. Analog zum intravenösen Konsum nehmen private Räumlichkeiten auch für das Crackrauchen bei den befragten Frauen einen etwas höheren Stellenwert ein. 15% der Frauen gegenüber 10% der Männer geben an, Crack vorwiegend zuhause zu rauchen, generell rauchen 44% der Frauen und 30% der Männer Crack in Privaträumen. Insgesamt gesehen hat sich damit der Anteil der Männer, die ein privates Setting als überwiegenden Ort für den Crackkonsum angeben, gegenüber den Befragungen zuvor reduziert (2002: 24%; 2003: 16%; 2004: 18%; 2006: 20%), bei den Frauen ist lediglich ein Rückgang gegenüber der 2006er Erhebung zu konstatieren (2002: 16%; 2003: 15%; 2004: 14%; 2006: 24%), womit sich ihr Anteil auf dem Niveau der Befragungen 2002 bis 2004 bewegt.

Nach wie vor werden Heroin und Crack vom weit überwiegenden Teil der Befragten als leicht oder sehr leicht verfügbar eingeschätzt, wobei sich allerdings aktuell eine leichte Tendenz zu einer geringeren Verfügbarkeit beider Drogen abzeichnet. Noch etwas leichter verfügbar sind mittlerweile offenbar illegal gehandelte Benzodiazepine, während Kokainpulver nach wie vor als eher schwer verfügbar bewertet wird. Die Drogenqualität wird indes bei Kokain als am besten eingeschätzt; rund doppelt so viele wie bei Heroin bzw. Crack bezeichnen die Qualität der Substanz als mindestens „gut“. Allerdings hat die wahrgenommene Qualität von Crack nach einem kontinuierlichen Rückgang in den letzten Jahren wieder deutlich zugenommen. Diese Veränderung geht mit einer Verdoppelung des aus den Angaben der Befragten ermittelten Grammpreises einher (auf aktuell rund 100 Euro). Der Heroinpreis ist seit dem starken Rückgang im Jahr 2004 wieder etwas angestiegen (aktuell: 40 Euro), während die Preise für Kokain und Benzodiazepine konstant geblieben sind. Auffällig ist, dass die insgesamt gestiegenen Preise mit Anstiegen bei den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln sowie den Ausgaben für Drogen einhergehen.

63% der Interviewten waren in den zurückliegenden vier Wochen mindestens einmal Opfer von Gewalttaten oder Eigentumskriminalität. Am häufigsten werden dabei Betrug, psychische Gewalt und Diebstahl genannt, gefolgt von Körperverletzung. Im Schnitt wird jede/ Befragte vier Mal pro Monat Opfer einer solchen Tat, die meistens direkt in der Szene von anderen Szeneangehörigen ausgeübt wird.

<sup>14</sup> Straße: 2002: Männer 21%, Frauen 15%; 2003: Männer: 15%, Frauen: 31%; 2004: Männer 16%, Frauen 29%; 2006: Männer 4%, Frauen 14%; 2008: Männer 15%, Frauen: 23%. – Privaträume: 2002: Männer: 17%, Frauen: 15%; 2003: Männer: 19%, Frauen: 19%; 2004: Männer: 27%, Frauen: 11%; 2006: Männer: 21%, Frauen: 26%, 2008: Männer: 16%, Frauen: 25%

In der geschlechtsspezifischen Betrachtung zeigt sich zunächst – nicht überraschend – ein signifikanter Unterschied bei der sexuellen Gewalt, die von keinem der männlichen und 6% der weiblichen Befragten in den letzten vier Wochen erlebt wurde. Bei den Gewalttaten Raub und Körperverletzung sind dagegen keine Differenzen zu beobachten. Über psychische Gewalt wird häufiger von den befragten Frauen berichtet (38% vs. 24% der Männer), wenngleich dieser Unterschied nur tendenzielle Signifikanz<sup>15</sup> erreicht. Frauen werden zudem häufiger Opfer von Diebstahl (38% vs. 20%, \*) und Betrug (50% vs. 32%, \*). Dies deckt sich mit Beobachtungen, nach denen es Frauen schwerer haben, sich in dem mit zahlreichen Unsicherheiten verbundenen illegalen Milieu zu behaupten (vgl. zusammenfassend: Bernard/Langer 2008). Insgesamt wurden 72% der Frauen und 58% der Männer mindestens einmal Opfer eines der abgefragten Delikte; diese Differenz erreicht nur tendenzielle Signifikanz. Frauen haben in den zurückliegenden vier Wochen durchschnittlich 6,4 ( $\pm$  13,8), Männer 3,2 ( $\pm$  8,1) der abgefragten Taten erlebt. Bei Ausklammerung der psychischen Gewalt beträgt der Durchschnittswert bei den Frauen 3,8 ( $\pm$  10,2) und bei den Männern 1,8 ( $\pm$  4,2) – auch diese Abweichungen sind nur tendenziell signifikant. Ein deutlicherer Unterschied ist bei den Täter(inne)n auszumachen, denen das zuletzt erlebte Delikt zugeschrieben wird: Frauen nennen hier zu 17% den Partner und zu 6% einen Freier als Täter, während diese Antwortkategorien von keinem der befragten Männer angeführt werden (\*\*). Eine tendenziell signifikante Differenz ist schließlich bei den Beweggründen für das letzte Gewalt-/Kriminalitätsdelikt zu beobachten: Frauen erwähnen häufiger persönlichen Streit (28% vs. 7% bei den Männern) und finanzielle Not (47% vs. 35%) als Motive, während Männer jeweils etwas häufiger Stresssituationen, Drogenwirkungen und Entzugsstress nennen.

## 4.5 Gesundheitszustand

### 4.5.1 Infektionsstatus und Risikoverhalten

Während im Jahr 1995 bei nur gut einem Drittel der Befragten eine Infektion mit einer der drei Hepatitiden A, B oder C vorlag, liegt der Wert für mindestens einen der drei Krankheitstypen seit 2002 konstant über 60%<sup>16</sup>. Im Jahr 2008 ist bei diesem Gesamtwert wieder ein leichter Anstieg zu beobachten – dies allerdings, nachdem der Wert seit 2002 rückläufig gewesen ist. Der geringfügige Zuwachs bei dem in sämtlichen Erhebungsjahren mit Abstand häufigsten Typ C erreicht ebenso wie die leichten Rückgänge in den Vorjahren keine statistische Signifikanz. Seit 2003 deutlich rückläufig sind indes nach wie vor die Anteile der Befragten mit Hepatitis A oder B (Tab. 23).

<sup>15</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.

<sup>16</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.

**Tabelle 23: Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung**

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

<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar.

Ebenfalls deutlich abgenommen hat der Anteil der HIV-Positiven: Die höchste Infektionsrate war mit 26% bei der Befragung 1995 zu beobachten; dieser Wert ging bis 2002 um die Hälfte zurück und stagnierte mit Ausnahme des Jahres 2003 weitgehend auf diesem Niveau. Aktuell ist der Anteil der positiv auf HIV Getesteten auf 6% zurückgegangen. Hervorzuheben ist darüber hinaus, dass 99% der Befragten schon einmal auf HIV getestet wurden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Angaben der Befragten nicht immer auf einem aktuellen Testergebnis beruhen. Seit 2003 wird zusätzlich zum HIV-Infektionsstatus das Jahr des letzten HIV-Tests erfragt. Zwar geben in allen drei Befragungen mehr als 70% (2003: 71%; 2004: 77%, 2006: 78%, 2008: 80%, n.s.) derjenigen mit einem negativen Testergebnis an, noch im jeweiligen Befragungsjahr auf HIV getestet worden zu sein. Umgekehrt bedeutet dies jedoch, dass aktuell etwa ein Fünftel der berichteten negativen Testergebnisse auf einem mehr oder weniger veralteten Testergebnis beruhen. Die Angaben, wann der letzte HIV-Test durchgeführt wurde, schwanken zwischen einem Jahr und dreizehn Jahren.

Insgesamt ist damit im Hinblick auf die Infektionsrate von einer gewissen Dunkelziffer auszugehen, zumal, wie sich bei den erstmals erhobenen Angaben zum Konsum bezogenen Risikoverhalten zeigt, bei einem kleinen Teil der Konsument(inn)en nach wie vor Praktiken üblich sind, die potenziell eine Ansteckung mit HIV und anderen infektiösen Krankheiten ermöglichen. Tab. 24 zeigt die Antworten der aktuell intravenös Konsumierenden (79% der Stichprobe) auf Fragen nach der Benutzung von Utensilien zur Injektion sowie zum Teilen von Drogen aus einer Spritze.

**Tabelle 24: Risikoverhalten bei der Benutzung von Utensilien zum intravenösen Konsum im Jahr 2008 (nur aktuell intravenös Konsumierende, %)**

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

Vier von fünf Befragten benutzen eine Spritze bzw. Nadel<sup>17</sup> grundsätzlich nur einmal; die übrigen Befragten verwenden diese Utensilien zumindest manchmal auch mehrfach, 3% sogar zuweilen mehr als drei Mal. Die gemeinsame Benutzung von Utensilien zur Injektion wird sogar fast von einem Drittel der Befragten zumindest gelegentlich praktiziert, und rund jede(r) Zehnte teilt sich nahezu täglich zumindest Teile des Zubehörs zum intravenösen Konsum mit anderen Gebraucher(inne)n. Auch das Teilen von Drogen aus derselben Spritze ist bei insgesamt rund einem Fünftel der Befragten verbreitet, und 6% tun dies fast täglich (Tab.24). Trotz der umfassenden Angebote zur Schadensminimierung sind also riskante Konsumpraktiken bei einem gewissen Teil der Konsument(inn)en immer noch durchaus verbreitet. Insgesamt gibt mit 53% nur eine knappe Mehrheit der aktuell intravenös Konsumierenden an, aktuell bzw. in den letzten 12 Monaten gar kein konsumbezogenes Risikoverhalten zu praktizieren. Zwischen den Befragten mit und ohne aktuellem HIV-Testergebnis sind dabei keine auffälligen Unterschiede festzustellen. Bei der Betrachtung nach Infektionsstatus zeigt sich, dass drei der neun nach eigenen Angaben HIV-Positiven zumindest gelegentlich Utensilien oder Drogen aus einer Spritze mit anderen teilen.

#### 4.5.2 Versicherungsstatus, Symptome und Beschwerden

Erstmals wurde den Befragten im Jahr 2008 die Frage gestellt, ob sie aktuell über eine Krankenversicherung verfügen. 90% bejahen diese Frage, wogegen 7% angeben, nicht krankenversichert zu sein. 3% der Konsument(inn)en ist ihr aktueller Versicherungsstatus unklar. Somit hat zwar eine große Mehrheit die Möglichkeit, bei auftretenden Gesundheitsproblemen einen Arzt aufzusuchen, ohne ihn bezahlen zu müssen, aber bei bis zu einem Zehntel der Befragten ist dies nicht der Fall.

Wie in den Vorjahren 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.

Depressionen sind über alle Erhebungsjahre hinweg die am häufigsten genannten Beschwerden; aktuell betrifft dies 41% der Befragten. Auch die Reihenfolge der auf den folgenden Rängen liegenden Krankheiten bzw. Symptome hat sich in den letzten Jahren kaum verändert: in absteigender Reihenfolge betrifft dies Zahnschmerzen, Herz-, Kreislaufprobleme, Probleme mit Lungen/Bronchien, Abszesse und Magen-/Darmbeschwerden, die 2008 jeweils von einem Sechstel bis einem Viertel der Befragten genannt werden. Zudem geben 22% der HIV-infizierten Personen AIDS-bedingte Krankheiten an (s. Tab. 25).

---

<sup>17</sup> Zwar wurde im Fragebogen separat nach Spritze und Nadel gefragt, jedoch zeigten sich im Antwortverhalten keinerlei Unterschiede zwischen Nadel- und Spritzenbenutzung.

**Tabelle 25: 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	Sig.	1995	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
Herz-/ Kreislaufprobleme	23	-- <sup>b</sup>	22	26	26	23	n.s.	37	-- <sup>b</sup>	24	46	15	34	*
Probleme mit Lunge/ Bronchien	31	26	26	33	21	21	n.s.	51	59	38	39	61	42	n.s.
Magen-/ Darmbeschwerden	33	21	23	15	20	17	**	27	19	29	23	40	35	n.s.
Erkältung/ Grippe	23	23	14	17	17	12	*	31	29	33	38	32	44	n.s.
Zahnschmerzen	32	19	28	31	29	24	n.s.	42	45	38	28	33	11	*
Abszesse (offene Wunden, offene Füße)	30	20	17	14	17	18	**	60	53	32	48	52	56	n.s.
AIDS – diverse Krankheiten <sup>c</sup>	69	16	42	33	26	22	***	56	67	27	50	40	100	n.s.
epileptische Anfälle	5	9	5	5	8	7	n.s.	14	21	14	25	33	27	n.s.
Depressionen	42	43	42	39	39	41	n.s.	17	11	19	14	14	19	n.s.

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

<sup>b</sup> Keine Daten verfügbar.

<sup>c</sup> Nur HIV-positive Befragte.

In der Verlaufsbetrachtung zeigen sich bei lediglich vier der neun erhobenen Krankheitsbilder signifikante Unterschiede, die im Fall von Magen- und Darmbeschwerden und Abszessen ausschließlich auf Veränderungen zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen sind. Bei den Erkrankungen, die im Zusammenhang mit AIDS auftreten, lässt sich seit 2003 ein kontinuierlicher Rückgang feststellen, und erstmals ist im Jahr 2008 bei Erkältungsbeschwerden ein signifikanter, wenn auch leichter, Rückgang zu beobachten.

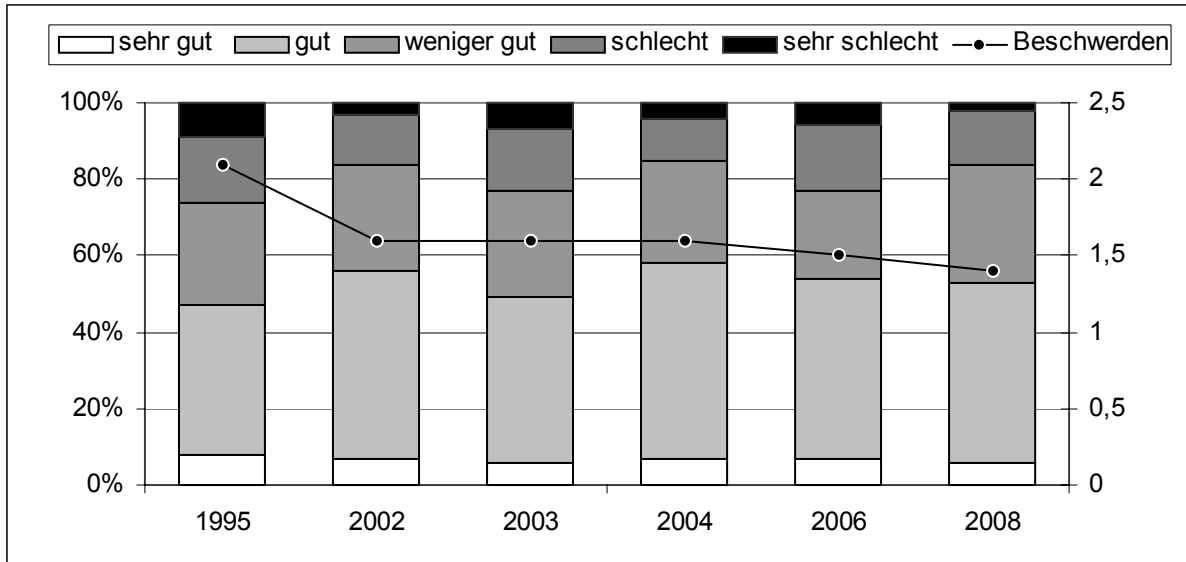
Im Hinblick auf die meisten der erhobenen Beschwerden begeben sich etwa ein Drittel bis die Hälfte derjenigen mit entsprechenden Problemen auch in ärztliche Behandlung. Niedrigere Raten lassen sich aktuell bei depressiven Verstimmungen und Zahnschmerzen erkennen. Bei letzteren ergibt sich aufgrund des aktuell deutlichen Rückgangs eine statistisch signifikante Änderung im Zeitverlauf. Dies trifft auch auf Herz-Kreislauf-Probleme zu, wobei die z.T. deutlichen Änderungen keinen klaren Trend anzeigen. Lediglich zwei Befragte berichteten über aktuelle AIDS-bedingte Beschwerden, und beide waren in ärztlicher Behandlung, woraus sich die entsprechende 100-Prozent-Quote ergibt.

Die Befragten geben im Jahr 2008 durchschnittlich 1,4 ( $\pm 1,4$ ) der hier erfassten Beschwerden<sup>18</sup> an. Signifikante (\*\*) Unterschiede zwischen den Befragungen (1995:  $2,1 \pm 1,7$ ; 2002:  $1,6 \pm 1,5$ ; 2003:  $1,6 \pm 1,5$ ; 2004:  $1,6 \pm 1,3$ ; 2006:  $1,5 \pm 1,5$ ) 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.

<sup>18</sup> Berücksichtigt wurden bei dieser Auswertung nur die in allen vier Befragungen erhobenen Symptome.

Dies spiegelt sich auch teilweise in den entsprechenden Einschätzungen der Befragten bezüglich ihres Gesundheitszustands wider (s. Abb. 12).

**Abbildung 12: Anzahl berichteter Symptome und Beschwerden (Mittelwerte) und Einschätzungen zum Gesundheitszustand nach Jahr der Befragung**



53% der Befragten schätzen im Jahr 2008 ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Die stärkste Veränderung bezüglich dieses Anteils hatte zwischen 1995 und 2002 stattgefunden, als dieser Anteil korrespondierend mit dem Rückgang der berichteten Beschwerden angestiegen war (1995: 47%; 2002: 56%; 2003: 49%; 2004: 58%; 2006: 54%). Zwar ist der Wert für diejenigen, die ihren Gesundheitszustand mindestens als „gut“ einschätzen, seit 2004 wieder leicht gesunken, allerdings ist im Jahr 2008 der Anteil derer, die ihren Zustand als „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“ einschätzen, ebenfalls (von 23% auf 16%) zurückgegangen. Somit kann festgehalten werden, dass sich die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes der Konsument(inn)en im Jahr 2008 zumindest nicht verschlechtert hat. Unter Einbezug der Anzahl der berichteten Symptome kann möglicherweise von einer leichten Verbesserung des Gesundheitszustands der Befragten ausgegangen werden.

#### 4.5.3 Überdosierungen

Seit 2002 werden Daten zur Prävalenz und den Begleitumständen von Überdosierungen erhoben. Im Jahr 2008 berichten 61% der Interviewten, mindestens einmal im Leben eine Überdosis erlebt zu haben; trotz gewisser Schwankungen zeigen sich dabei in der Verlaufsbetrachtung keine signifikanten Unterschiede (2002: 58%, 2003: 57%, 2004: 53%, 2006: 51%, 2008: 61%; 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 3 Überdosierungen (Median)<sup>19</sup>. Und auch bei der Frage nach dem Zeitpunkt der letzten Überdosis sind keine Änderungen zu beobachten: In sämtlichen Erhebungsjahren liegt der Median für die Anzahl der

<sup>19</sup> Aufgrund der großen Schwankungsbreite wird hier statt dem Durchschnittswert der Median angegeben: 2002: 2, 2003: 3, 2004: 2,5, 2006: 3, 2008: 3; n.s.

seit der letzten Überdosis vergangenen Monate bei 24 (= 2 Jahre), und in jeder Erhebung zeigt sich eine extrem hohe Spannweite der Angaben zwischen einem Monat und rund 20 Jahren.

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), 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>20</sup> berücksichtigt.

Im Hinblick auf die Frage, welche Substanzen die Betroffenen am Tag ihrer letzten Überdosierung konsumiert haben, wird Heroin in allen vier Befragungen von jeweils mindestens drei Vierteln genannt; auf den nächsten Rängen folgen im Jahr 2008 Crack, Benzodiazepine und Kokain. Lediglich bei zwei Substanzen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den fünf Erhebungen: Dies betrifft zum einen Benzodiazepine und andere Medikamente, bei denen starke Schwankungen festzustellen sind, die aber keinen klaren Trend anzeigen. Zum anderen ist ein nur tendenziell signifikanter Anstieg der Nennung von Kokain seit 2004 zu beobachten, der sich im aktuellen Erhebungsjahr aber nicht fortgesetzt hat (s. Tab. 26).

**Tabelle 26: Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung**

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

Auch 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 die meisten Nennungen auf Heroin (2002: 43%, 2003: 63%, 2004: 43%, 2006: 54%, 2008: 44%). Die zweithäufigste Antwort auf diese Frage ist auch im Jahr 2008 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 den höchsten Wert aller fünf Erhebungen (2002: 17%, 2003: 12%, 2004: 16%, 2006: 15%, 2008: 25%). Andere Substanzen werden in diesem Zusammenhang nur jeweils von einigen wenigen Befragten (max. n=5) genannt.

Die häufigst genannte Antwort auf die Frage nach dem Hauptgrund der letzten Überdosierung ist, über die Jahre unverändert, auch im Jahr 2008 die unbekannte Drogenqualität (s. Tab. 27). Im Vergleich zu 2006 ist der Anteil von Personen, die dies als Ursache für ihre letzte Überdosierung angeben, etwa gleich geblieben; in den Jahren 2002 und 2003 lag dieser Wert noch höher.

<sup>20</sup> Siehe Fußnote 15.

**Tabelle 27: Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung**

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

Erstmals ist bei der Verteilung der Gründe für die letzte Überdosis eine mehr als tendenziell signifikante Änderung über die Erhebungsjahre festzustellen. Dies ist einerseits auf deutliche Schwankungen bei einzelnen Antwortkategorien zurückzuführen, die keinen klaren Trend anzeigen: Neben der unbekanntem Drogenqualität betrifft dies vor allem den gleichzeitigen Konsum mehrerer Substanzen und die Tagesverfassung, in etwas geringerem Maße auch eine insgesamt eher selten genannte Suizidabsicht. Andererseits zeichnet sich bei der Antwort „zu hoher Konsum nach vorheriger Abstinenz“ über die fünf Erhebungsjahre ein ansteigender Trend ab – zumindest erreicht diese Antwortkategorie den mit Abstand höchsten Wert aller bisherigen Befragungen.

Nach wie vor sind hinsichtlich der Orte der letzten Überdosis keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungen zu beobachten. Der Konsumraum (an dem auch am häufigsten konsumiert wird, s. 4.4.2), ist auch 2008 der häufigste Ort für Überdosierungen – der entsprechende Anteil ist dabei im Vergleich zu den beiden Vorerhebungen angestiegen (2002: 49%, 2003: 49%, 2004: 28%, 2006: 36%, 2008: 56%). Etwas rückläufig sind hingegen Überdosierungen auf der Straße (2002: 24%, 2003: 33%, 2004: 33%, 2006: 29%, 2008: 17%) sowie im eigenen Zuhause bzw. anderen privaten Räumlichkeiten (2002: 18%, 2003: 16%, 2004: 35%, 2006: 24%, 2008: 21%). Wie erwähnt, erreichen diese Unterschiede allerdings keine statistische Signifikanz. Andere Orte für die letzte Überdosis spielen keine nennenswerte Rolle.

Gewisse Veränderungen lassen sich bei der Analyse der Antworten auf die Frage, ob und wenn ja von wem die Betroffenen bei einer Überdosierung Hilfe erhalten haben, feststellen. So werden im Jahr 2008 Mitarbeiter(innen) von Drogenhilfeeinrichtungen am häufigsten genannt, während 2006 hier noch Notärzt(inn)e(n) vorne rangierten (s. Tab. 28). Der Anteil der Drogenhilfemitarbeiter(innen) ist dabei seit 2004 relativ deutlich angestiegen, während Notärzt(inn)e(n) nach dem (Wieder-)Anstieg im Jahr 2006 erneut an Bedeutung eingebüßt haben.



**Tabelle 28: Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung**

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

Mittlerweile sehr deutlich rückläufig ist der Anteil derer, die Hilfe durch andere Konsument(inn)en erhalten haben – dieser ist seit 2004 von 47% auf 12% gesunken. Diese Entwicklungen deuten auf einen seit dem Jahr 2004 insgesamt gestiegenen Anteil von Überdosierungen in vergleichsweise sicheren Umfeldern hin. Allerdings ist auf der anderen Seite zu erwähnen, dass der Anteil derer, die bei der letzten Überdosis keine Hilfe erhalten haben und sich dementsprechend in einem eher unsicheren Umfeld aufhielten, seit 2006 bei immerhin 13% und damit höher als in den vorherigen Befragungen liegt. Der entsprechende Unterschied erreicht allerdings keine statistische Signifikanz. Tendenziell signifikant ist die Entwicklung bei „sonstigen“ Hilfen, die 2008 von keinem einzigen Befragten mehr genannt wurden.

#### 4.5.4 Der Gesundheitszustand im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtspezifische Unterschiede

An dieser Stelle wird der Gesundheitszustand der im Jahr 2008 befragten Drogenkonsument(inn)en zusammenfassend dargestellt und auf geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht. Die entsprechenden Ergebnisse sind in Tab. 29 in der Übersicht abgebildet.

Die seit 2002 kontinuierlich bei über 60% liegende Hepatitis-C-Infektionsrate stellt sich seit dieser Zeit als weitgehend unverändert dar. Fortgesetzt hat sich der seit 2003 beobachtete deutliche Rückgang der Hepatitis B-Infektionen, und auch die Infektionsrate für Hepatitis A ist insgesamt seit 2003 rückläufig. Frauen sind durch die Infektionen der Hepatitiden A, B und C insgesamt stärker betroffen als Männer; bei Hepatitis B erreicht dieser Unterschied auch statistische Signifikanz.

Die HIV-Infektionsrate liegt seit 2002 deutlich niedriger als bei der Erhebung 1995; zusätzlich ist dieser Wert im Jahr 2008 nochmals von 13% auf nunmehr 6% gesunken. Die Infektionsrate für Frauen liegt 2008 zwar nach wie vor höher als die für Männer, die entsprechende Differenz erreicht aber im Unterschied zu 2006 keine statistische Signifikanz mehr. Zu berücksichtigen ist bei diesen Angaben, dass etwa ein Fünftel der berichteten HIV-negativen Testergebnisse auf einem veralteten Test beruhen, so dass eine gewisse Dunkelziffer zu erwarten ist. Der Anteil der aktuellen Testergebnisse hat sich 2008 allerdings leicht erhöht.

Erstmals erhoben wurde die Prävalenz riskanter Praktiken beim intravenösen Konsum. Knapp jede(r) Fünfte verwendet zumindest manchmal eine Spritze und/oder Nadel häufiger als einmal, etwa jede(r) Dritte teilt zumindest gelegentlich Spritzutensilien mit anderen Kon-

summent(inn)en und wiederum rund jede(r) Fünfte teilt zuweilen Drogen in einer Spritze mit anderen. Zwar zeigt sich bei keiner einzelnen dieser Praktiken ein signifikanter Geschlechterunterschied, wohl aber bei der Gesamtschau der riskanten Verhaltensweisen: Der Anteil der Frauen, die keine dieser Konsumpraktiken zumindest gelegentlich ausüben, liegt niedriger als der entsprechende Wert bei den Männern – konsumbezogenes Risikoverhalten tritt bei den weiblichen Befragten also etwas häufiger auf als bei den männlichen.

Depressionen, Zahnschmerzen, Herz-, Kreislaufprobleme und Probleme mit Lungen/Bronchien sind im Jahr 2008 die am häufigsten genannten Beschwerden oder Symptome. Diese Symptome werden jeweils von mindestens einem Fünftel der Befragten genannt. Bei den Erkrankungen, die im Zusammenhang mit AIDS auftreten, lässt sich seit 2003 ein kontinuierlicher Rückgang feststellen; aktuell geben 22% der HIV-Positiven entsprechende Beschwerden an.

Wie in den Vorjahren weisen die weiblichen Befragten im Vergleich zu den männlichen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf. Abgesehen von Zahnschmerzen sowie den ohnehin nur wenige Befragte betreffenden AIDS-Symptomatiken berichten die Frauen nunmehr bei allen abgefragten Symptomen und Beschwerden signifikant häufiger über Probleme als die Männer. Besonders deutlich fallen die Unterschiede bei Herz-/Kreislaufproblemen, Problemen mit Lunge/Bronchien und Erkältung/Grippe aus. Dementsprechend liegt die Anzahl der berichteten Symptome oder Beschwerden mit durchschnittlich 2,3 bei den Frauen deutlich höher als bei den Männern mit durchschnittlich 1,0 berichteten gesundheitlichen Problemen, wobei sich dieser Unterschied im Vergleich zu 2006 noch etwas vergrößert hat.

Bei den meisten gesundheitlichen Problemen begibt sich 2008 zwischen knapp ein Drittel und gut die Hälfte derjenigen mit entsprechenden Beschwerden auch in ärztliche Behandlung. Niedrigere Behandlungsraten sind bei depressiven Verstimmungen und Zahnschmerzen zu beobachten; bei letzteren liegt der entsprechende Anteil deutlich (und signifikant) niedriger als in sämtlichen vorherigen Erhebungen. Im Unterschied zum Vorjahr sind bei der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten: Frauen mit Herz-/Kreislauf-, Lungen-/Bronchien und Magen-/Darmproblemen sowie mit Abszessen nehmen signifikant häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch als Männer mit derartigen Symptomatiken, bei den Depressionen erreicht die entsprechende Differenz tendenzielle Signifikanz.

**Tabelle29: Gesundheitszustand im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede**

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
<b>Infektionsstatus (%)</b>				
Hepatitis A	6	5	8	n.s.
Hepatitis B	9	5	16	*
Hepatitis C	65	61	74	n.s.
HIV	6	3	12	n.s.
<b>Risikoverhalten<sup>a</sup></b>				
Mehrfache Benutzung von Spritze/ Nadel	19	17	22	n.s.
Teilen von Spritzutensilien	32	29	39	n.s.
Teilen von Drogen in einer Spritze	19	16	25	n.s.
Keine riskanten Konsumpraktiken	53	60	39	*
<b>Symptome / Beschwerden letzte 3 Monate (%)</b>				
Herz-, Kreislaufprobleme	23	12	46	***
Probleme mit Lunge / Bronchien	21	12	38	***
Magen-, Darmbeschwerden	17	11	30	**
Erkältung / Grippe	12	5	26	***
Zahnschmerzen	24	20	32	n.s.
Abszesse (offene Wunden, offene Füße)	18	12	30	**
AIDS - diverse Krankheiten <sup>b</sup>	22	0	33	n.s.
epileptische Anfälle	7	3	16	**
Depressionen	41	34	56	*
Anzahl Symptome / Beschwerden (AM ± SD)	1,4 (± 1,4)	1,0 (± 1,1)	2,3 (± 1,5)	***
<b>Überdosierungen</b>				
Lifetime-Prävalenz (%)	61	59	66	n.s.
Anzahl Überdosierungen (Median) <sup>c</sup>	3	3	3	n.s.
Monate seit letzter Überdosierung (Median) <sup>a</sup>	24	20	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

61% der im Jahr 2008 befragten Männer bezeichnen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, aber nur 36% der Frauen (\*\*\*). Dieser Geschlechterunterschied ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich größer geworden.

Keinerlei signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf Überdosierungen. Jeweils etwas mehr als die Hälfte der im Jahr 2008 befragten Männer und Frauen hat mindestens einmal die Erfahrung einer Überdosierung gemacht. Diejenigen mit entsprechender Erfahrung haben im Mittel 3 Überdosierungen erlebt, die letzte Überdosierung liegt dabei durchschnittlich zwei Jahre zurück. Heroin ist nach wie vor die Substanz, die mit Abstand am häufigsten bei der Frage nach den am Tag der Überdosis konsumierten Drogen genannt wird. Zudem wird das Opiat bei der Frage nach der in erster Linie für die Überdosis verantwortliche Droge am häufigsten angegeben. Zweithäufigste Antwort ist hier die Auffassung, dass weniger eine bestimmte Substanz als vielmehr der gleichzeitige Kon-

sum mehrerer Substanzen verantwortlich für die Überdosis gewesen sei. Bei den Angaben zum Hauptgrund der Überdosierung zeigt sich, dass in allen fünf Erhebungen die unbekannte Drogenqualität am häufigsten als Ursache angeführt wird. Zugenommen hat seit 2002 der Anteil derer, die die Überdosis auf einen zu hohen Konsum nach einer Abstinenzphase zurückführen.

Als häufigste Orte der Überdosierungen werden unverändert die Konsumräume – die Orte, an denen auch am häufigsten i.v. konsumiert wird – angegeben. Mitarbeiter(innen) der Drogenhilfe sowie Notärzt(inn)e(n) leisten am häufigsten Hilfe bei Überdosierungen. Während sich der Anteil der Drogenhelfemitarbeiter(innen) als Hilfeleistende seit 2004 deutlich erhöht hat, hat die Hilfe durch andere Konsument(inn)en deutlich an Bedeutung eingebüßt.

## 4.6 Inanspruchnahme des Hilfesystems

### 4.6.1 Substitution

Der bereits zwischen 2002 und 2004 beobachtete Trend einer Erhöhung des Anteils an Substituierten (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 2008 wieder leicht fortgesetzt. Mittlerweile wird nahezu die Hälfte (49%) der Befragten aktuell substituiert (Tab. 30). Was die verabreichten Substitutionsmittel anbetrifft, so ist der Anteil derer, die Methadon erhalten, wieder leicht gesunken; nach wie vor erhalten allerdings mehr als vier von fünf Substituierten diese Substanz. Der Trend einer zunehmenden Bedeutung von Buprenorphin hat sich gleichzeitig fortgesetzt, so dass nunmehr mehr als jede(r) zehnte Substituierte ein Buprenorphin-Präparat erhält. Im Unterschied zum Vorjahr berichten wieder mehrere Befragte, mit Levomethadon oder medizinisch verschriebenem Heroin (im Rahmen der staatlichen Heroingabe) substituiert zu werden. Dabei handelt es sich allerdings nur um zwei bzw. drei Personen.

**Tabelle 30: Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
in Substitution (%)	29	43	46	45	49	**
Substitutionsmittel <sup>a</sup> (%)						
Methadon	100	75	90	90	82	***
Heroin	0	14	1	0	4	
Buprenorphin (Subutex <sup>®</sup> )	0	3	6	9	11	
Levomethadon (L-Polamidon <sup>®</sup> )	0	8	3	1	3	
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)	n.s.
Substitutionsdauer in Monaten (Median)	24	12	7	10,5	12	n.s.

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

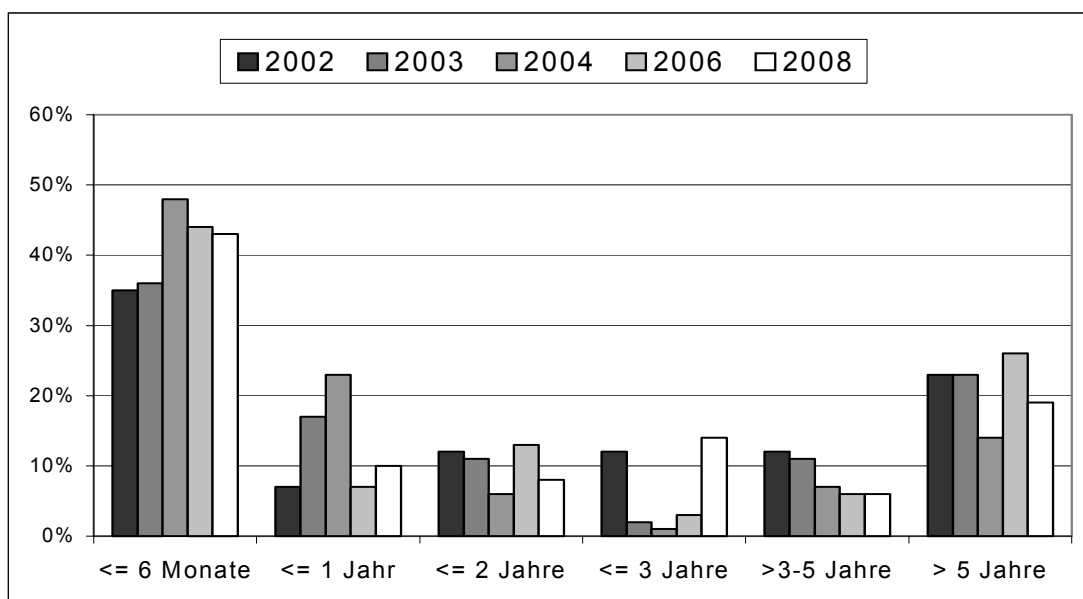
<sup>b</sup> Bei Heroin, Buprenorphin und Levomethadon Umrechnung in Methadonäquivalenzdosen entsprechend Deutsches Ärzteblatt (2003).

Was die Höhe der Dosierung betrifft, so liegt der Durchschnittswert mit etwa 65 mg Methadon (bzw. der äquivalenten Buprenorphin-Dosis) etwas unter den Werten der Vorjahre und

auch leicht unterhalb der als angemessen definierten Dosis (Verster & Buning 2000). Der seit 2002 zu beobachtende tendenzielle Rückgang dieses Wertes erreicht allerdings keine statistische Signifikanz.

Bei den Angaben zur Substitutionsdauer schwanken die Werte zwischen einem Monat und 19 Jahren. Das deutliche Absinken des Medians bis 2004 und der leichte Anstieg seither ist in erster Linie auf die Zunahme des Anteils an Substituierten in den Jahren 2003 und 2004 und dem damit einhergehenden Anstieg an Substituierten mit sehr kurzer Behandlungsdauer zu erklären, weshalb diese Veränderungen auch keine statistische Signifikanz erreichen. Dies zeigt auch Abb. 13, in der die Substitutionsdauer kategorisiert dargestellt ist.

**Abbildung 13: Substitutionsdauer (zusammengefasst, %) nach Jahr der Befragung**



In sämtlichen Befragungen bilden jene mit einer eher kurzen Behandlungsdauer die größte Gruppe von Substituierten, während die zweitgrößte Gruppe aus Langzeitsubstituierten mit mehr als 5-jähriger Behandlungsdauer besteht. Aktuell zeichnet sich kein eindeutiger Trend im Hinblick auf die Verteilung der Behandlungsdauer ab: So ist z.B. der Anteil der Langzeitsubstituierten nach einem Anstieg im Jahr 2006 wieder zurückgegangen, und der deutlichste Zuwachs zeigt sich in der mittleren Gruppe derjenigen, die sich 2-3 Jahre in einer Substitution befinden.

Auch 2008 hält mit 75% eine große Mehrheit der Befragten die in Frankfurt bestehenden Möglichkeiten, in die Substitutionsbehandlung aufgenommen zu werden, für ausreichend. Allerdings lag dieser Wert in sämtlichen Vorjahren höher (2002: 80%, 2003: 80%, 2004: 87%, 2006: 80%; \*\*). Dabei zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Befragten, die aktuell in einer Substitutionsbehandlung sind und den Nicht-Substituierten. Auch 2008 werden von denen, die die Angebote nicht für ausreichend halten, am häufigsten die langen Wartezeiten als Grund genannt. Etwas zugenommen hat der Anteil derer, die die Auffassung vertreten, es gäbe nicht genügend Angebote zur Substitution.

Im Folgenden werden, gerade im Hinblick auf die Problematik des „Beikonsums“, Unterschiede im Konsumverhalten zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten dargestellt.

Diese werden anhand der 24-Stunden-Prävalenzen der gängigsten Substanzen untersucht. Aktuell sind dabei deutliche Differenzen beim Heroin- und Crackkonsum zu beobachten: beide Drogen werden von Nicht-Substituierten häufiger als von Substituierten konsumiert. Beim Cannabiskonsum zeigt sich hingegen mittlerweile eine höhere 24-Stunden-Prävalenz der Substituierten. Bei allen anderen Substanzen sind keine signifikanten Unterschiede zu beobachten (Tab. 31).

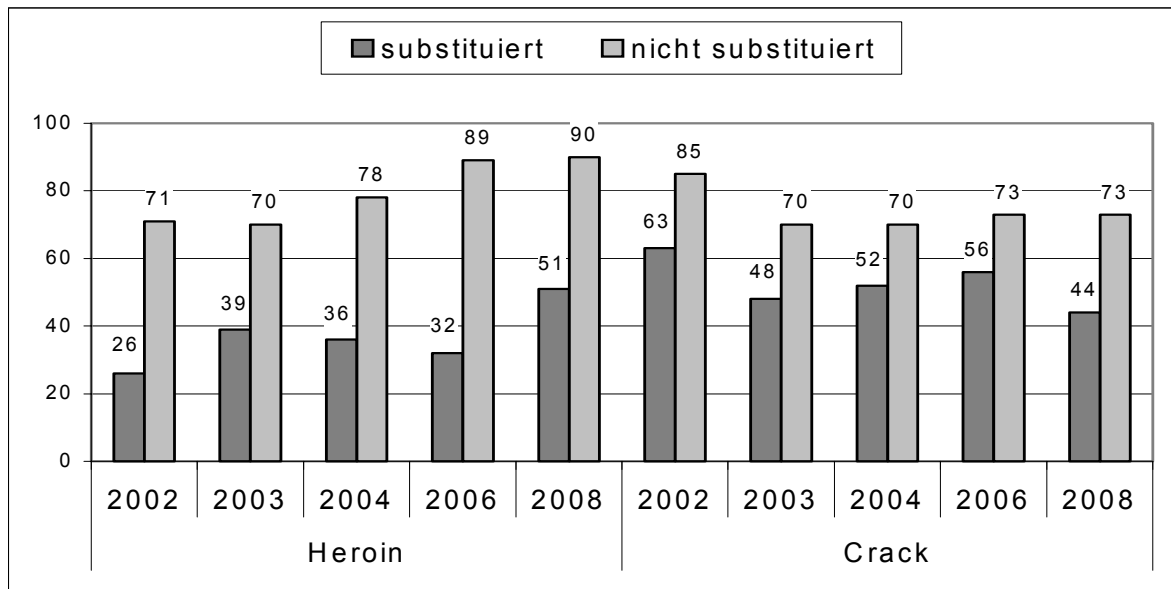
**Tabelle 31: 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus im Jahr 2008**

	Substitution		Sig.
	ja	nein	
Alkohol	29	36	n.s.
Cannabis	33	13	**
Heroin	51	90	***
Benzodiazepine	48	45	n.s.
Kokain	12	9	n.s.
Crack	44	73	***

Lediglich bei Crack ist im Hinblick auf einen Konsum in den letzten 24 Stunden bei Substituierten im Jahr 2008 eine positive Entwicklung zu beobachten: Der entsprechende Anteil sank von 56% auf 44%. Nur leicht gesunken ist der entsprechende Wert bei Alkohol, während der Konsum aller anderen hier berücksichtigten Substanzen bei den Substituierten 2008 angestiegen ist, besonders deutlich bei Heroin (s. Abb. 14) und Benzodiazepinen (2006: 25%, 2008: 48%). Insgesamt zeigt sich so ein Gesamtbild, nach dem sich das Konsumverhalten beider Gruppen wieder etwas angeglichen hat.

In Abb. 14 sind die Differenzen zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten für die beiden unter den Befragten am weitesten verbreiteten Drogen Heroin und Crack dargestellt. Nach wie vor fallen die Differenzen zwischen beiden Gruppen bei Crack etwas geringer aus als bei Heroin. Allerdings ist im Unterschied zu sämtlichen Vorjahren auch innerhalb der Gruppe der Substituierten der Heroinkonsum nunmehr stärker ausgeprägt als der Crackkonsum. Dies ist insofern besonders überraschend, als die 24-Stunden-Prävalenz unter Substituierten in den zwei Erhebungen zuvor leicht rückläufig gewesen war. Zudem ist der Heroinkonsum unter Nicht-Substituierten praktisch nicht weiter angestiegen.

**Abbildung 14: 24-Stunden-Prävalenzraten von Heroin und Crack (%) nach Behandlungsstatus und Jahr der Befragung**



Demgegenüber ist der Crack-Beigebrauch, nach einem deutlichen Rückgang im Jahr 2003 und einem leichten Anstieg bis 2006, aktuell wieder rückläufig. Gleichzeitig stagniert die Prävalenz der Substanz bei den Nicht-Substituierten. Es zeigt sich somit eine nur schwer erklär-bare aktuelle Entwicklung: Der Crackkonsum, auf dessen Behandlung die Substitutionsthe-rapien nicht abzielen, ist unter den Substituierten rückläufig, während Heroin, die Substanz, deren Konsum substituiert werden soll, wieder deutlich häufiger konsumiert wird. Letzteres kann aktuell nicht, wie bei den etwas höheren Werten in den Jahren 2003 und 2004, mit ei-nem erhöhten Anteil an Substituierten mit vergleichsweise kurzer Behandlungsdauer (die eine höhere Heroin-24-Stunden-Prävalenz aufweisen; s.u.) begründet werden.

Nach wie vor weisen Substituierte mit Heroinkonsum in den letzten 24 Stunden im Schnitt eine wesentlich kürzere Behandlungsdauer auf als diejenigen, die aktuell kein Heroin konsumieren – diese Differenz ist im Jahr 2008 noch größer geworden (Median: 7,5 vs. 21 Monate, \*\*\*; 2006: 7 vs. 16 Monate, \*\*\*). Kein signifikanter Unterschied ist mehr hinsichtlich der Dosierung zwischen den Befragten mit und ohne Heroinkonsum festzustellen (61,3 mg vs. 68,6 mg, n.s.).

An dieser Stelle sei wie in den Vorjahren darauf hingewiesen, dass die befragten Sub-stituierten ausnahmslos im engeren Umfeld der „offenen Szene“ angetroffen wurden, so dass die Ergebnisse zum Beikonsum keine Aussagen über die Gesamtgruppe der Substitu-ierten 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

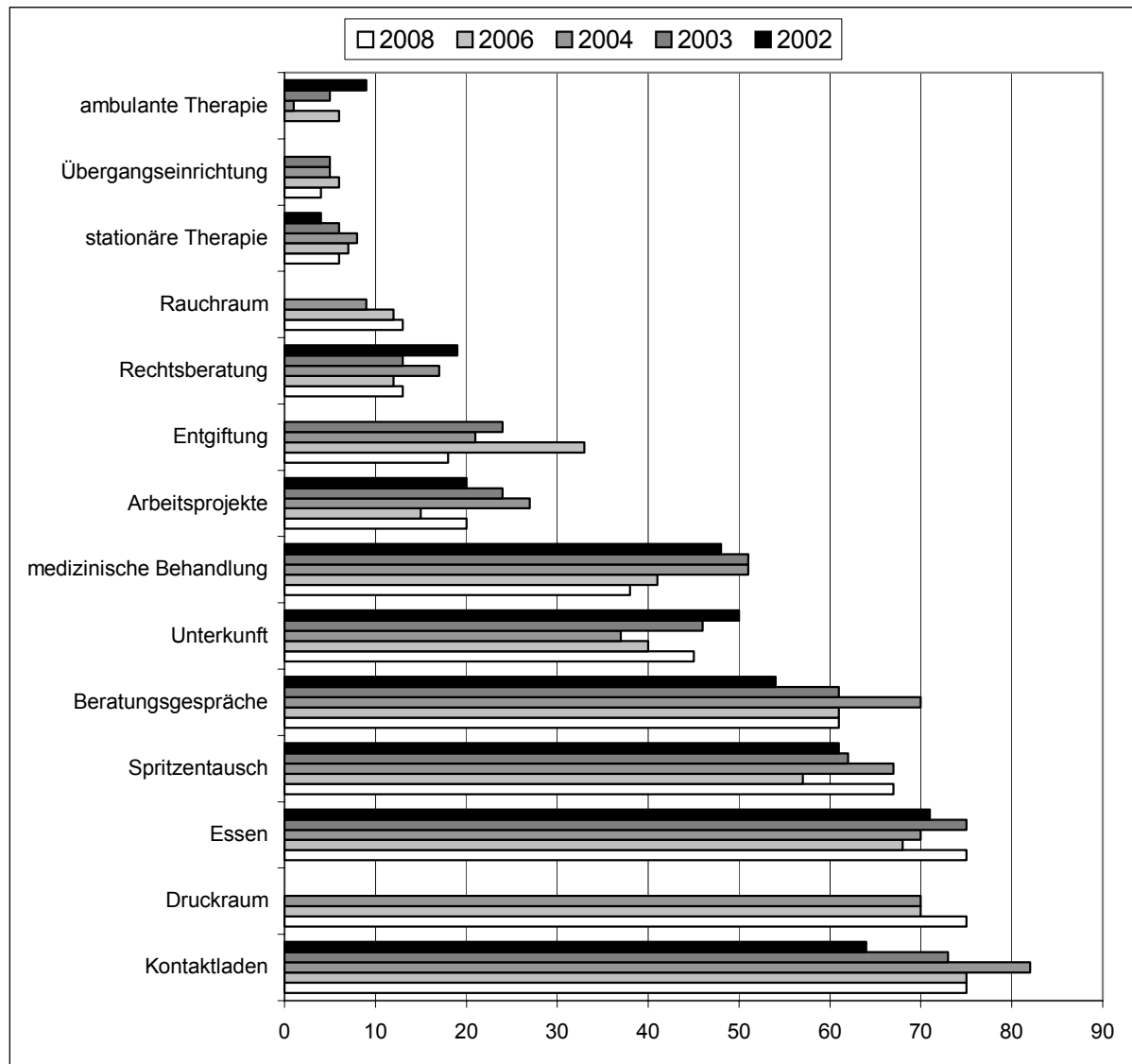
Die Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems wird mittels einer Auflistung der verschiede-nen Angebote erfasst, anhand derer die Befragten angeben, wie häufig sie das jeweilige An-gebot in den letzten drei Monaten in Anspruch genommen haben.

In Abb. 15 ist jeweils abzulesen, ob die Befragten das jeweilige Angebot in den letzten 3 Monaten mindestens ein Mal in Anspruch genommen haben. Dabei zeigt sich wie in sämtlichen vorherigen Befragungen, dass insbesondere niedrigschwellige Angebote –Aufenthalt in Kontaktläden, Essen, Druckräume und Sprizentausch – von den Befragten besonders häufig nachgefragt werden. Zudem werden wie in den Vorjahren die medizinische Versorgung, Beratungsgespräche und die Unterkunft ebenfalls vergleichsweise häufig genutzt. Weniger häufig werden Arbeitsprojekte, Entgiftung und der Rauchraum in Anspruch genommen, Übergangseinrichtungen und stationäre Therapien noch seltener, und für die ambulante Therapie fand sich 2008 kein(e) einzige(r) Befragte(r), der/die das Angebot in den zurückliegenden 3 Monaten genutzt hatte. Bei sämtlichen Befragten zeigt sich eine Inanspruchnahme mindestens eines Angebotes des Frankfurter Drogenhilfesystems in den letzten 3 Monaten (2002: 97%; 2003: 99%; 2004: 100%, 2006: 99%, 2008: 100%), wobei es sich überwiegend um Angebote aus dem Bereich der „Harm Reduction“ handelt.

Signifikante Veränderungen im Jahresvergleich sind lediglich bei den Kontaktläden, der ambulanten Therapie und der Entgiftung zu beobachten, wobei diese bei den beiden letztgenannten Angeboten auf starke Schwankungen zurückzuführen sind, die jeweils keinen Trend anzeigen. So ist z.B. bei der Entgiftung der Wert nach einem deutlichen Anstieg im Jahr 2006 aktuell wieder deutlich zurückgegangen. Die signifikante Veränderung bei den Kontaktläden ist ausschließlich auf den wesentlich niedrigeren Wert im Jahr 2002 zurückzuführen; seit 2004 ist auch hier kein klarer Trend mehr erkennbar.



**Abbildung 15: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung<sup>a</sup>**



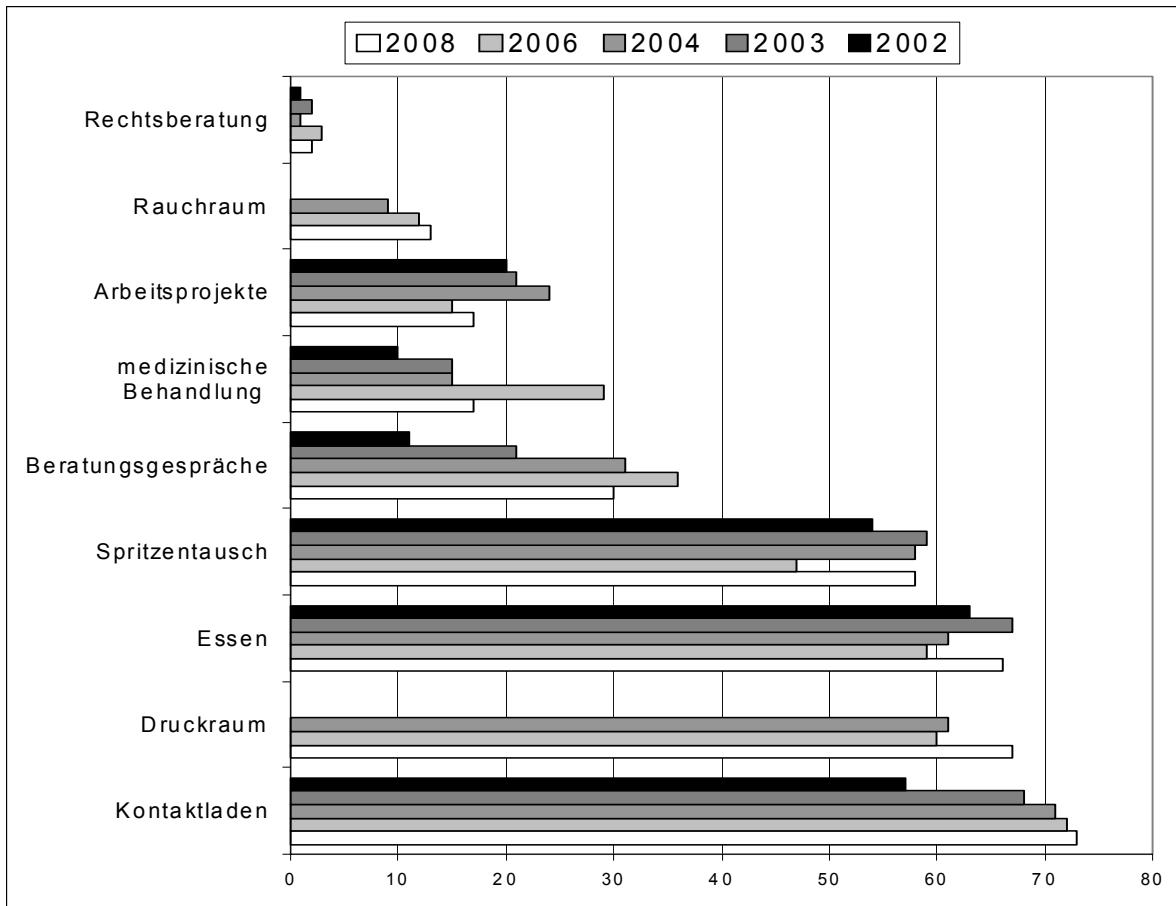
<sup>a</sup> Entgiftung und Übergangseinrichtungen wurden 2003 erstmals erhoben; Druck- und Rauchraum wurden 2004 erstmals getrennt voneinander abgefragt (zuvor: „Konsumraum“).

Die Darstellung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Angeboten der Drogenhilfe bezieht sich auf die Angaben derer, die das jeweilige Angebot in den letzten 3 Monaten mindestens ein Mal pro Woche genutzt haben. Nicht berücksichtigt werden bei dieser Auswertung die stationären Angebote (Entgiftung, stationäre Therapie, Übergangseinrichtung, Unterkunft), da im Rahmen eines permanenten Aufenthaltes in einer stationären Einrichtung nicht die Rede von einer „Häufigkeit“ der Nutzung sein kann.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die niedragschweligen Angebote Aufenthalt in Kontaktläden, Druckraum, Essen und Spritzentausch von mehr als der Hälfte der Befragten mindestens ein Mal pro Woche genutzt werden, und insofern nicht nur über eine hohe Reichweite verfügen, sondern auch über eine hohe Nutzungsfrequenz (Abb. 16). Immerhin knapp jede(r) Dritte nutzt mindestens einmal die Woche das Angebot eines Beratungsgesprächs. Bei diesem Angebot wie auch bei der medizinischen Behandlung (aktuell von 17% wöchentlich genutzt) hat sich der Aufwärtstrend der Vorjahre nicht fortgesetzt. Dennoch ist bei beiden An-

geboten, wie auch beim Aufenthalt in Kontaktläden, über den gesamten Erhebungszeitraum jeweils ein signifikanter Anstieg festzustellen. Bei den übrigen Angeboten zeigen sich keine signifikanten Veränderungen im Zeitverlauf.

**Abbildung 16: Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung**



Noch etwas deutlicher als in sämtlichen vorherigen Befragungen zeichnet sich in der Gesamtschau ab, dass das (ambulante) Frankfurter Drogenhilfesystem nicht nur über eine gute Reichweite verfügt, sondern auch intensiv genutzt wird: Fast alle Befragten nehmen mindestens eines der hier berücksichtigten Angebote ein Mal pro Woche und häufiger in Anspruch. Der Anteil derjenigen, die mindestens ein ambulantes Angebot ein Mal pro Woche und häufiger nutzen, ist dabei seit 2002 kontinuierlich angestiegen (2002: 89%; 2003: 95%; 2004: 96%; 2006: 97%, 2008: 99%, \*\*).

Wie in den beiden vorherigen Erhebungen wurden die Interviewten danach gefragt, was sie davon abhält, die vorhandenen Entzugs- und Therapieangebote zu nutzen. Bis auf einen Befragten machten hierzu alle eine Angabe, gleichgültig ob sie zur Zeit substituiert werden oder andere Therapieangebote nutzen. Die häufigsten Antworten fallen wie in beiden Vorerhebungen in die Kategorie „derzeit kein Interesse“ (z.B. auch „keine Notwendigkeit“ oder „fühle mich psychisch nicht bereit“): Ebenso viele Befragte wie 2006 (34%) entschieden sich für eine derartige Antwort (2004: 43%). Am zweithäufigsten wird angegeben, dass sich der/die Betreffende derzeit um eine Therapie, betreutes Wohnen o.ä. bemühe oder auf eine Kostenzusage wartet (2008: 23%, 2006: 14%, 2004: 22%). Weiter zugenommen hat die Zahl

derer, die keinen Sinn in einer (weiteren) Therapie sehen („zu oft erfolglos probiert“, „Therapie zwecklos“, „schlechte Erfahrungen“); aktuell nennen 17% der Befragten einen solchen Grund (2006: 13%, 2004: 4%). Weitere 6% äußern andere Antworten, in denen sich eine sehr negative Selbstwahrnehmung der Betroffenen widerspiegelt („zu alt“, „keine Perspektive/ Motivation“, „keine Energie, sich zu kümmern“; 2006: 13%, 2004: 7%). 7% nennen hier formale Rahmenbedingungen (z.B. „keine Krankenversicherung“, „geht nicht wegen Job oder Studium“), und 5% versuchen sich aktuell durch Substitution zu stabilisieren. Unter den übrigen 9% findet sich eine Vielzahl von sonstigen individuellen Gründen für die Nichtwahrnehmung von Therapieangeboten.

#### 4.6.3 Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

In Tab. 32 sind die Gesamtdaten sowie die nach Geschlechtern aufgeschlüsselten Ergebnisse zur Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2008 abzulesen. Nahezu die Hälfte der Befragten (49%) befindet sich in einer Substitutionsbehandlung. Frauen werden etwas – nicht signifikant – häufiger substituiert als Männer. Seit dem Jahr 2002 ist der Anteil der Substituierten vor allem unter den männlichen, aber auch unter den weiblichen Befragten angestiegen (2002: Frauen: 38%, Männer: 24%).

**Tabelle 32: Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten 3 Monaten im Jahr 2008: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede**

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Substitution				
in Behandlung (%)	49	44	58	n.s.
Dosierung in mg Methadon <sup>a</sup> (AM ± SD)	64,8 (± 39,3)	58,6 (± 34,0)	74,3 (± 45,3)	n.s.
Substitutionsdauer in Monaten (Median)	12	10	36	n.s.
Nutzung ambulanter Angebote min. ein Mal pro Woche (%)				
Arbeitsprojekte	17	17	16	n.s.
Beratungsgespräch	30	29	32	n.s.
Essen	66	62	74	n.s.
Druckraum	67	71	60	n.s.
Kontaktladen: Aufenthalt, unterhalten	73	73	74	n.s.
medizinische Behandlung	17	10	30	**
Rauchraum	13	11	18	n.s.
Rechtsberatung	2	2	2	n.s.
Spritzentausch	58	59	56	n.s.
Ambulante Therapie	0	0	0	–

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

Bei der Dosierung der Substitutionsmittel zeigen sich keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede. Auch bei der durchschnittlichen Dauer der Substitution, bei der die

Frauen höhere Werte als die Männer aufweisen, erreicht die entsprechende Differenz aufgrund der relativ geringen Fallzahlen keine statistische Signifikanz. Insgesamt ist seit dem sehr niedrigen Wert im Jahr 2004 wieder eine leicht ansteigende Tendenz bei der Substitutionsdauer zu beobachten. Zwar geht auch im Jahr 2008 insbesondere eine bereits länger bestehende Substitution mit einem niedrigeren Crack- und Heroinkonsum einher (sowohl bei Männern als auch bei Frauen), allerdings ist der Heroinkonsum unter den Substituierten aktuell wieder angestiegen.

Das Frankfurter Drogenhilfesystem verfügt über eine sehr hohe Reichweite: Alle Befragten haben in den letzten 3 Monaten mindestens eines der vorgehaltenen Hilfeangebote in Anspruch genommen, und 99% der Befragten haben mindestens eines der Angebote auch in der zurückliegenden Woche genutzt. Dies gilt unverändert vor allem für die niedrigschwelligsten Angebote Aufenthalt in Kontaktläden, Essen, Druckraum und Spritzentausch, in geringerem Maße auch für Beratungsgespräche. Seltener werden Arbeitsprojekte, medizinische Behandlung und Rauchraum genutzt, sehr selten die Rechtsberatung und aktuell gar nicht mehr das Angebot der ambulanten Therapie. Frauen nutzen lediglich die medizinische Behandlung signifikant häufiger als Männer, was mit dem subjektiv schlechteren Gesundheitsbefinden der Frauen einher geht. Die 2006 beobachtete Differenz bei Beratungsgesprächen zwischen Männern und Frauen hat sich wieder ausgeglichen. Bei allen übrigen Angeboten sind keine signifikanten Unterschiede zu beobachten. Fast alle befragten Männer und Frauen haben mindestens eines der ambulanten Angebote in den letzten 3 Monaten ein Mal pro Woche und häufiger in Anspruch genommen (Männer: 99%, Frauen: 98%).

#### **4.7 Vergleich mit Daten einer überregionalen Szenebefragung**

Das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) in Hamburg führte im Frühjahr und Sommer 2008 erstmals eine Befragung von Angehörigen „offener Drogenszenen“ in verschiedenen deutschen Städten, in denen mindestens ein Konsumraum existiert, durch. Einige der Resultate (Thane et al. 2009) werden im Folgenden mit Ergebnissen der MoSyD-Szenestudie verglichen.

Die ISD-Studie wurde in insgesamt 13 deutschen Großstädten durchgeführt, wobei die geographischen Schwerpunkte wie auch die Fallzahlen pro Stadt ungleichgewichtig verteilt sind: Mit Abstand die meisten Interviews wurden in nordrhein-westfälischen Städten durchgeführt (Aachen, Bochum, Bonn, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Köln, Münster, Wuppertal). Insgesamt wurden in diesen Städten 372 Personen befragt, wobei die Zahl der Interviews pro Stadt zwischen 19 (Aachen) und 60 (Düsseldorf) variiert. Des Weiteren wurden 209 Interviews in Hamburg durchgeführt, 98 in Berlin, 76 in Frankfurt und 36 in Saarbrücken. Im Unterschied zur MoSyD-Studie wurden die Interviewpartner(innen) überwiegend von Mitarbeiter(inne)n der jeweiligen Konsumräume befragt, seltener von externen Interviewer(inne)n. Wegen der teilweise deutlichen Abweichungen in zahlreichen Fragestellungen kann nur ein Teil der Resultate verglichen werden, darunter allerdings einige wesentliche soziodemographische Daten sowie zentrale Fragestellungen bezüglich Gesundheit, Substanzkonsum und Hilfesystem. Bei sämtlichen Vergleichen sind die o.g. Differenzen in den Erhebungsmodalitäten und die Selektivität der ISD-Stichprobe zu berücksichtigen.

Der in Tab. 33 dargestellte Vergleich soziodemographischer Daten zeigt eine bemerkenswert hohe Übereinstimmung der beiden Stichproben: Der Altersdurchschnitt liegt bei der Stichprobe aus 13 deutschen Städten und der MoSyD-Studie bei jeweils durchschnittlich rund 36 Jahren. Die Frankfurter Befragten haben nur geringfügig häufiger eigene Kinder, und die prozentuale Verteilung der Schulabschlüsse ist nahezu identisch. Auch die Arbeitssituation präsentiert sich als sehr ähnlich; lediglich der Anteil der Befragten mit Vollzeitstelle liegt in der ISD-Szenebefragung um einige Prozentpunkte höher, während in Frankfurt entsprechend mehr Szeneangehörige arbeitslos sind. Die Anteile der aktuell Substituierten liegen ebenfalls nur um wenige Prozentpunkte auseinander. Hier gibt es indes einen Unterschied zur Teilstichprobe der für die ISD-Erhebung in Frankfurt Befragten: bei diesen liegt der Substituiertenanteil mit 24% deutlich niedriger als in der MoSyD-Befragung. Dabei ist zu beachten, dass diese Personen ausschließlich in einer Einrichtung („La Strada“) kontaktiert wurden, deren Klient(inn)en möglicherweise insgesamt seltener substituiert werden – für diese Vermutung spricht der Umstand, dass dem „La Strada“ im Unterschied zu anderen niedrigschwelligen Einrichtungen keine Substitutionsambulanz angegliedert ist. Bei den Infektionsraten schließlich zeigen sich wiederum nahezu identische Anteile hinsichtlich HIV; eine Infektion mit Hepatitis C wird von den im Rahmen von MoSyD Befragten etwas häufiger angegeben als von den Interviewten aus der überregionalen Studie (s. Tab. 33).

**Tabelle 33: Soziodemographische Daten, Substituiertenanteile und Infektionsraten in Frankfurt (MoSyD) und 13 deutschen Großstädten<sup>a</sup> (ISD-Szenebefragung) im Vergleich**

	Frankfurt (MoSyD)	13 Städte (ISD-Befragung)
Fallzahl (n)	150	791
Durchschnittsalter	35,7	36,3
Eigene Kinder (%)	49	45
Schulabschluss (%)		
Keiner	16	16
Hauptschule	43	42
Realschule	28	27
Abitur	12	12
Sonstige	1	2
Arbeitssituation (%)		
Vollzeit	1	6
Arbeitslos	81	75
Sonstiges	18	19
Substitution: in Behandlung (%)	49	43
Infektionsraten (%)		
HIV	6	5
Hepatitis C	65	53

<sup>a</sup> Aachen, Berlin, Bochum, Bonn, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Frankfurt, Hamburg, Köln, Münster, Saarbrücken, Wuppertal.

Abweichungen zwischen den Resultaten der MoSyD- und der ISD-Szenebefragung zeigen sich hinsichtlich des Substanzkonsums (s. Tab. 34). Erwartungsgemäß betrifft dies insbesondere Crack: Das Kokainderivat ist offenbar nach wie vor lediglich in wenigen deutschen

Straßenszenen verbreitet (vgl. hierzu auch Stöver 2001). Die 24-Stunden-Prävalenz beträgt dabei in Frankfurt 59%, in der ISD-Befragung durchschnittlich 21%. Dieser durchaus nennenswerte Anteil resultiert aber nahezu ausschließlich aus den hohen Anteilen der Befragten aus Hamburg (52%; n=209) und Frankfurt (54%, n=76). Darüber hinaus hat lediglich in Aachen ein nennenswerter Anteil in den letzten 24 Stunden Crack konsumiert (26%); allerdings bezieht sich dieser Wert auf eine Gesamtzahl von nur 19 dort Interviewten. In sämtlichen anderen Städten liegt die 24-Stunden-Prävalenz zwischen 0% und 3%. Demgegenüber liegt der Prozentwert für einen Kokainkonsum innerhalb der zurückliegenden 24 Stunden in der überregionalen Erhebung mit durchschnittlich 25% gegenüber 11% deutlich höher als in der MoSyD-Erhebung. Die meisten Städte weisen hier höhere Anteile auf – übrigens auch die Frankfurter Teilstichprobe (23%), was vermutlich wiederum mit Spezifika des Ortes der Kontaktierung zu begründen sein dürfte.

**Tabelle 34: Konsummuster (24-h-Prävalenz und Anzahl konsumierter Substanzen) und Nutzung von Angeboten der Drogenhilfe in Frankfurt (MoSyD) und 13 deutschen Großstädten<sup>a</sup> (ISD-Szenebefragung) im Vergleich**

	Frankfurt (MoSyD)	13 Städte (ISD-Befragung)
24-Stunden-Prävalenz (%)		
Heroin	71	68
Crack	59	21
Kokain	11	25
Alkohol	33	38
Cannabis	23	30
Benzodiazepine	47	20
Anzahl konsumierter Substanzen (Durchschnittswert)		
24 Stunden	2,5	2,1
30 Tage	4,7	3,2
Nutzung von Hilfsangeboten mindestens 1x pro Woche (%)		
Café/ Kontaktbereich	73	80
Konsumraum	67	58
Spritzentausch	58	44
medizin. Versorgung	17	17

<sup>a</sup> Aachen, Berlin, Bochum, Bonn, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Frankfurt, Hamburg, Köln, Münster, Saarbrücken, Wuppertal.

Als sehr ähnlich präsentieren sich die 24-Stunden-Prävalenzraten für Heroin in beiden Studien. Demgegenüber konsumieren die Befragten der überregionalen Erhebung etwas häufiger Alkohol und Cannabis. Die Werte für Benzodiazepine liegen hingegen in Frankfurt höher als im Durchschnitt der ISD-Befragung (s. Tab.34). Der Umstand, dass die Prävalenzraten von Benzodiazepinen und Crack in Frankfurt deutlich höher sind als in der überregionalen Befragung, dürfte maßgeblich dafür sein, dass die für MoSyD Interviewten insgesamt ein höheres Ausmaß an polyvalentem Konsum aufweisen: Die Anzahl der in den letzten 24 Stunden durchschnittlich konsumierten Substanzen liegt mit 2,5 gegenüber 2,1 etwas, die Anzahl der in den letzten 30 Tagen konsumierten Drogen mit 4,7 vs. 3,2 deutlich höher als in der ISD-Erhebung.

Schließlich konnte auch die Nutzung einiger niedrigschwelliger Drogenhilfsangebote verglichen werden. Hier zeigen sich gewisse Unterschiede, die keine klare Tendenz aufweisen. Die für MoSyD Befragten nutzen etwas häufiger Konsumräume und Sprizentauschprogramme, während unter den für die überregionale Erhebung Interviewten geringfügig mehr Personen mindestens wöchentlich Kontaktcafés aufsuchen. Der Wert für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung liegt in beiden Studien gleichauf (s. Tab. 34).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Werte für diverse soziodemographische Daten, Infektionsraten, Substituiertenanteile und die Nutzung niedrigschwelliger Angebote in Frankfurt und anderen deutschen Straßenszenen bemerkenswert stark ähneln. Die Differenzen in den Konsummustern, insbesondere im Hinblick auf Crack, Kokain und Benzodiazepine, deuten zwar darauf hin, dass durchaus signifikante Unterschiede zwischen unterschiedlichen lokalen Szenen existieren; andere Charakteristika von offenen Drogenszenen in unterschiedlichen Städten scheinen hingegen zahlreiche Übereinstimmungen aufzuweisen.

## 5. Literatur

- Barth, V., Meyer, I., Ostheimer, I. & Steinmetz, J. (1997): Druckraumstudie. Informationen aus Befragungsdaten. Frankfurt a. M.: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Bernard, C./ Langer, A. (2008): Zug um Zug: Drogenhandel und Prostitution als Finanzierungspraktiken von Crackkonsumentinnen. In: Wense, B. (Hg.): Drogenmärkte. Frankfurt a.M.: Campus: 299-327
- Deutsches Ärzteblatt (2003): Therapiehinweis nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien. Deutsches Ärzteblatt, 41, A2678 - A2679.
- Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.: Drogennotdienst Jahresbericht 2009.
- 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./ Wense, B. (2007): MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2006. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research.
- 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./ Wense, 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.
- Stöver H. (2001) Bestandsaufnahme „Crack-Konsum“ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Universität Bremen.
- Thane, K./ Wickert, C./ Vertheim, U. (2009): Abschlussbericht Szenebefragung in Deutschland 2008. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD).
- Verster, A./ Buning, E. (2000): Methadone Guidelines. Amsterdam: Euro-Metwork.
- Vogt, I. (1992): Abschlussbericht der Studie 'Offene Drogenszene in Frankfurt am Main'. Frankfurt a. M.
- Wense, B./ Müller, O./ Bernard, C. (2008): Jahresbericht MoSyD – Drogentrends in Frankfurt am Main 2007. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research - Johann Wolfgang Goethe-Universität
- Zurhold, H./ Müller, O. (Hg.) (2007): Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Freiburg: Lambertus.