

MoSyD

SZENESTUDIE 2012

Die offene Drogenszene
in Frankfurt am Main

Christiane Bernard und Bernd Werse

Februar 2013

gefördert durch das
Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main

Inhalt

0. Zusammenfassung – Veränderungen und aktuelle Situation	4
1. Einleitung	10
2. Methodik.....	12
2.1 Empirischer Zugang: Stichprobe und Erhebungsinstrument	12
2.2 Hinweise zur Ergebnispräsentation	14
3. Feldzugang – Interviewtätigkeit im Szenealltag.....	16
4. Ergebnisse	18
4.1 Soziodemographische Daten.....	18
4.1.1 Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität	18
4.1.2 Wohnsituation.....	20
4.1.3 Ausbildungs- und Beschäftigungssituation	21
4.1.4 Finanzielle Situation	22
4.1.5 Die Befragten der Frankfurter Drogenszene im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	25
4.2 Substanzkonsum	29
4.2.1 Lifetime-Konsum	29
4.2.2 12-Monats-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz.....	32
4.2.3 Konsumintensität.....	36
4.2.4 Applikationsformen.....	39
4.2.5 Die Konsummuster im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	42
4.3 Meinungen über Drogen	46
4.4 Der „Alltag auf der Szene“	48
4.4.1 Dauer und Häufigkeit des Aufenthalts auf der Szene	48
4.4.2 Die Orte des Konsums	51
4.4.3 Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung	54
4.4.4 Kontrollintensität, Hafterfahrungen und Haftgründe.....	59
4.4.5 Der Szenealltag im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	61
4.5 Gesundheitszustand	63
4.5.1 Infektionsstatus und Risikoverhalten	63
4.5.2 Versicherungsstatus, Symptome und Beschwerden	65
4.5.3 Überdosierungen.....	68
4.5.4 Der Gesundheitszustand im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechts- bezogene Unterschiede	70
4.6 Inanspruchnahme des Hilfesystems.....	73
4.6.1 Substitution.....	73
4.6.2 Nutzung der Angebote des Drogenhilfesystems.....	76
4.6.3 Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	80
5. Literatur	82

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) nach Jahr der Befragung	19
Tabelle 2:	Aktuell gemeldeter Wohnsitz (%) nach Jahr der Befragung	20
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	23
Tabelle 6:	Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) nach Geschlecht 2012.....	27
Tabelle 7:	Aktuelle Wohnsituation der Befragten im Jahr 2012 (%) nach Geschlecht	28
Tabelle 8:	Lifetime-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung	30
Tabelle 9:	Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert ^a) nach Jahr der Befragung.....	31
Tabelle 10:	12-Monats-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung	32
Tabelle 11:	30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzraten (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain, Crack und nicht verschriebenen Substitutionsmitteln nach Jahr der Befragung	34
Tabelle 12:	Applikationsformen von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) ^a nach Jahr der Befragung	41
Tabelle 13:	Gründe für den intravenösen Crackkonsum (%) ^a nach Jahr der Befragung	42
Tabelle 14:	Konsummuster im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede (%)	44
Tabelle 15:	Applikationsformen von Heroin und Crack im Jahr 2012 (%): geschlechtsbezogene Unterschiede	45
Tabelle 16:	Gründe für den Aufenthalt auf der Szene (%) ^a nach Jahr der Befragung	50
Tabelle 17:	Überwiegende Orte des intravenösen Konsums und des Crackrauchens nach Jahr der Befragung	52
Tabelle 18:	Einschätzung der Verfügbarkeit von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung	55
Tabelle 19:	Einschätzung der Qualität von Heroin, Crack und Kokain (%) nach Jahr der Befragung ^a	56
Tabelle 20:	Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung.....	64
Tabelle 21:	Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung	69
Tabelle 22:	Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung.....	70
Tabelle 23:	Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung	70
Tabelle 24:	Gesundheitszustand im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	72
Tabelle 25:	Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung.....	73
Tabelle 26:	24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus im Jahr 2012	75
Tabelle 27:	Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten drei Monaten im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede	81
Abbildung 1:	Durchschnittsalter der Frankfurter „Straßen-Drogenszene“ 1991 bis 2012	18
Abbildung 2:	Legalstatus der Einnahmequellen (%) nach Jahr der Befragung	24
Abbildung 3:	Durchschnittsalter (Mittelwerte) nach Geschlecht und Jahr der Befragung	25
Abbildung 4:	Altersgruppen (%) nach Geschlecht im Jahr 2012	26
Abbildung 5:	Konsumhäufigkeit (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack derjenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen (jeweiliges n) nach Jahr der Befragung.....	37

Abbildung 6: Zusammengefasste Konsumintensität (%) von Heroin und Crack nach Jahr der Befragung	38
Abbildung 7: Heroin und Crack: 24-Stunden-Prävalenz und Anteil mit Nennung als Lieblingsdroge bzw. am meisten diskutierter Droge (%) nach Jahr der Befragung	46
Abbildung 8: Dauer des „Szeneaufenthalts“ und Lebensalter 2012, Anteile in % (bezogen auf die jeweilige Altersgruppe)	49
Abbildung 9: Einschätzung der Preisentwicklung und Preis pro Gramm von Heroin, Crack und Kokain nach Jahr der Befragung	58
Abbildung 10: Risikoverhalten bei der Benutzung von Utensilien zum intravenösen Konsum, 2008 bis 2012 (nur aktuell i.v. Konsumierende, %).....	65
Abbildung 11: Symptome und Beschwerden in den letzten 3 Monaten und Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung (%) nach Jahr der Befragung	66
Abbildung 12: Anzahl berichteter Symptome (Mittelwerte) und Einschätzungen zum Gesundheitszustand (%) nach Jahr der Befragung	67
Abbildung 13: Substitutionsdauer (zusammengefasst, %) nach Jahr der Befragung	74
Abbildung 14: 24-Stunden-Prävalenzraten von Heroin und Crack (%) nach Behandlungsstatus und Jahr der Befragung	75
Abbildung 15: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten drei Monaten nach Jahr der Befragung ^a	77
Abbildung 16: Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung	78

0. Zusammenfassung – Veränderungen und aktuelle Situation

In dieser Zusammenfassung wird die aktuelle Situation in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main im Jahr 2012 dargestellt. Zudem werden Veränderungen der erfragten Daten im Zeitverlauf präsentiert. Der größte Teil dieser Trendanalyse bezieht sich auf den Beobachtungszeitraum 2002 bis 2012; zudem werden bei einigen Themenbereichen Resultate einer Studie aus dem Jahr 1995 mit einbezogen.

Soziodemographische Daten

Nach dem nochmaligen deutlichen Anstieg im Jahr 2010 ist das Durchschnittsalter der Szene wieder leicht auf 37,2 Jahre zurückgegangen, liegt damit aber höher als in allen Jahren vor 2010 und rund zehn Jahre über dem Wert von 1991. 85% der befragten Szenegänger(innen) sind im Großraum Frankfurt gemeldet. 19% leben in einer festen Partnerschaft, weitere 8% sind verheiratet, die übrigen entweder Single (49%) oder geschieden (21%). 44% haben eigene Kinder; diese leben größtenteils nicht bei den Befragten. 41% der Befragten leben in prekären Wohnverhältnissen, womit dieser Anteil etwas höher liegt als 2010, aber niedriger als in sämtlichen vorherigen Erhebungen. Mit 32% wird der bislang höchste Anteil an Befragten mit nicht-deutscher Nationalität erreicht.

53% und damit mehr als in den Vorerhebungen haben einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss. 14% weisen keinen Schulabschluss auf; dieser Wert ist aktuell wieder etwas zurückgegangen. Deutlich positiver als noch 2010 stellt sich die Situation bezüglich einer Berufsausbildung dar; drei Fünftel der Befragten verfügen über einen entsprechenden Abschluss. Nur leicht verbessert hat sich hingegen die Arbeitssituation, wenngleich mit 77% der bislang niedrigste Anteil an Arbeitslosen erreicht wird. Im Schnitt sind die Arbeitslosen seit mehr als fünf Jahren ohne Beschäftigung – dieser Wert liegt etwas niedriger als 2010, aber höher als in den vorherigen Erhebungen. Wie bereits zuvor beobachtet, steigt die Dauer der Arbeitslosigkeit mit zunehmender Szenezugehörigkeit deutlich an.

Bei den Einkommensquellen werden nach wie vor am häufigsten staatliche Unterstützungsleistungen (ALG I/II, Sozialhilfe) genannt. Dieser Anteil (56%) liegt allerdings niedriger als in allen Erhebungen zuvor. Nochmals zurückgegangen ist der bereits zuvor deutlich gesunkene Anteil derer, die Geld über regelmäßige Arbeit oder Jobs verdienen (aktuell: 13%). Daneben werden insbesondere der Drogenhandel, Familienangehörige sowie sonstige illegale und legale Möglichkeiten (bei Frauen u.a. Prostitution) als Einnahmequellen genutzt. Der Durchschnittswert für die erzielten Einkünfte ist nach einem deutlichen Rückgang 2010 wieder auf rund 500 Euro angestiegen.

Substanzkonsum, Preise, Qualität, Verfügbarkeit

Nach wie vor sind Heroin und Crack die mit Abstand am häufigsten konsumierten Drogen in der Straßen-Drogenszene. Nahezu alle Befragten verfügen diesbezüglich über Konsumerfahrungen; rund zwei Drittel haben in den letzten 24 Stunden Heroin und drei Viertel Crack konsumiert. Damit bewegt sich der Heroinkonsum auf dem gleichen Niveau wie 2010, woge-

gen der aktuelle Konsum von Crack seit 2008 relativ klar angestiegen ist. Männliche Befragte injizieren Crack häufiger, während weibliche das Kokainderivat deutlich häufiger rauchen.

Wiederum zeigen sich nur äußerst bedingt Zusammenhänge zwischen den Entwicklungen des Heroin- und Crackkonsums und der Preis- und Qualitätsentwicklung: So wird die Qualität von Heroin aktuell wieder schlechter bewertet, während sich Preis (aktuell: 50 Euro pro Gramm) und Konsumniveau praktisch nicht verändert haben. Bei Crack hingegen geht der Konsumanstieg mit einer besseren Bewertung der Qualität bei gleichzeitig unveränderter Preiswahrnehmung (rund 100€/g) einher.

Rund drei Viertel konsumieren Heroin vorzugsweise intravenös; dieser Wert ist seit 2008 – insbesondere zugunsten des nasalen Konsums – zurückgegangen. Crack hingegen wird etwas häufiger geraucht als gespritzt, wobei der Anteil des Rauchkonsums aktuell angestiegen ist.

Eine deutliche Änderung hat 2012 im Hinblick auf illegal gehandelte Benzodiazepine stattgefunden: Nur noch rund ein Fünftel der Befragten hat diese Substanzen in den letzten 24 Stunden konsumiert. 2010 lag dieser Wert noch mehr als doppelt so hoch. Diese Verschiebung dürfte in erster Linie auf die Komplettunterstellung von Flunitrazepam (Rohypnol®) unter das BtMG zurückzuführen sein, wodurch sich die Verfügbarkeit dieses Medikaments in der Straßen-Drogenszene offenbar stark verschlechtert hat. Scheinbar ist nur eine Minderheit der Konsument(inn)en auf das weitaus leichter erhältliche und mit 1 Euro pro Tablette (im Vergleich zu 4 Euro bei Flunitrazepam) deutlich preisgünstigere Diazepam umgestiegen.

Der im Vorjahr beobachtete Rückgang der Verbreitung von Pulverkokain hat sich wieder umgekehrt: 30-Tages- (aktuell 45%) und 24-Stunden-Prävalenz (11%) liegen wieder auf dem Niveau von 2008. Ebenfalls – allerdings nur geringfügig und auf niedrigem Niveau – angestiegen ist der Anteil der Befragten, die aktuell nicht verschriebene Substitutionsmittel konsumieren: 12% haben in den letzten 30 Tagen illegal gehandeltes Methadon und 7% Buprenorphin (Subutex®) genommen; nur vereinzelt wurden derartige Präparate auch in den letzten 24 Stunden konsumiert. Wieder angestiegen ist der Cannabisgebrauch; aktuell haben 27% der Befragten die Droge in den letzten 24 Stunden konsumiert. Mehr als zwei Fünftel haben in diesem Zeitraum Alkohol getrunken.

Der Großteil der befragten Szenegänger(innen) weist mithin wie in den Vorjahren polyvalente Konsummuster auf. Durchschnittlich haben die Befragten in den zurückliegenden 30 Tagen 4,1 und in den letzten 24 Stunden 2,5 verschiedene Drogen zu sich genommen.

Was die Konsumintensität betrifft, so ist nach dem tendenziellen Rückgang im Jahr 2010 aktuell wieder ein leichter Anstieg zu beobachten: So ist bei mehreren Substanzen der Anteil der Intensivkonsument(inn)en unter den aktuellen Gebraucher(inne)n wieder etwas angewachsen. Selbiges gilt für die Anteile der Heroin- und Crackkonsumierenden mit exzessiven Gebrauchsmustern (mehr als 8 Mal am Tag).

Die Konsumhäufigkeit der meisten abgefragten Drogen unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern nicht signifikant. Einzige Ausnahmen sind Cannabis, das häufiger von Männern, und Benzodiazepinen, die häufiger von Frauen in den letzten 24 Stunden konsumiert wurden. Die Konsumintensität liegt hingegen bei Frauen mittlerweile sowohl bei Heroin als auch bei Crack und Benzodiazepinen höher als bei den Männern.

Szenealltag, Kontrollintensität, Hafterfahrungen

Im Durchschnitt sind die befragten Konsument(inn)en seit 11,2 Jahren in der Frankfurter Straßenszene unterwegs. Die Mehrheit sucht täglich die Szene auf und hält sich im Schnitt über neun Stunden dort auf, Frauen etwas länger als Männer. Bei den Motiven für den Szenebesuch spielen neben dem Drogenkauf und anderen Geschäften vor allem soziale Gründe eine Rolle (u.a. „Leute besuchen“ oder Langeweile). Auch wenn der Kauf illegaler Drogen zum großen Teil auf der Straße im Szenebereich stattfindet, versorgt sich ein Drittel der Befragten zumindest ab und zu auch über Privatdealer.

Der intravenöse Konsum findet weit überwiegend in den Druckräumen statt, während Crack zumeist auf der Straße geraucht wird. Die Bedeutung der Druckräume als Orte für den Spritzkonsum hat in den letzten Jahren zugenommen und erreicht den höchsten Wert aller Befragungen – drei Viertel der Befragten injizieren in erster Linie dort. Die Straße außerhalb des Bahnhofsviertels wird wieder etwas häufiger zum Crackrauchen oder i.v. Konsum genutzt als 2010.

Mehr als zwei Drittel der Befragten wurden im zurückliegenden Monat mindestens einmal in der Öffentlichkeit von der Polizei kontrolliert. Rund jede(r) Fünfte erlebte in diesem Zeitraum mehr als fünf Kontrollen. Damit hat sich die Kontrollintensität gegenüber 2010 erhöht. Gleichzeitig ist der Anteil derer, die bei derartigen Kontrollen einen Platzverweis oder ein Aufenthaltsverbot ausgesprochen bekamen, etwas gesunken. Gegen 18% der Befragten wurde im letzten Monat eine derartige Maßnahme verhängt.

Wie schon 2010 waren auch 2012 rund drei von vier Befragten in ihrem Leben mindestens einmal inhaftiert; im Schnitt bislang etwa vier Mal und dabei insgesamt rund vier Jahre lang. Während Männer nicht häufiger als Frauen inhaftiert waren, liegt die durchschnittliche Haftdauer bei ihnen mehr als doppelt so hoch wie bei den weiblichen Befragten. Am häufigsten saßen die Szeneangehörigen wegen einer nicht bezahlten Geldstrafe (u.a. wegen Schwarzfahrens) in Haft, gefolgt von Diebstahl, Drogenhandel, Körperverletzung und Drogenbesitz.

Gesundheitszustand, Risikoverhalten und Nutzung des Drogenhilfesystems

85% der Befragten und damit weniger als 2010 sind aktuell krankenversichert; dieser niedrigere Anteil ist vor allem auf die höhere Anzahl von Befragten ohne deutschen Pass zurückzuführen. Der Gesundheitszustand der Befragten, gemessen an der Anzahl der berichteten Symptome, hat sich nach einigen Jahren der Stagnation aktuell nochmals etwas verbessert. Im Schnitt nennen die Interviewpartner(innen) 1,0 Symptome für die zurückliegenden drei Monate. Frauen geben im Schnitt etwas mehr Symptome an als Männer und schätzen auch subjektiv ihren Gesundheitszustand schlechter ein.

Nur noch 4% geben im Jahr 2012 an, HIV-positiv zu sein. Damit hat sich die insbesondere seit 1995 deutlich rückläufige Infektionsrate nochmals reduziert. Allerdings ist auch der Anteil derer mit einem aktuellen HIV-Testergebnis im Jahr 2012 gesunken.

Was das Risikoverhalten im Zusammenhang mit dem intravenösen Konsum betrifft, sind aktuell die gemeinsame Benutzung von Utensilien sowie das Teilen von Drogen aus einer Spritze relativ deutlich zurückgegangen. Nur noch jeweils rund jede/r Zehnte übt zu-

mindest gelegentlich derartige Praktiken aus; ein Sechstel der Befragten verwendet Injektionsnadeln zumindest manchmal mehrfach. Durch die beschriebenen Veränderungen ist der Anteil derer, die gar kein Risikoverhalten aufweisen, auf aktuell 69% angestiegen.

Rund zwei von fünf der im Jahr 2012 Befragten haben mindestens einmal eine Überdosis erlebt. Die letzte Überdosierung liegt durchschnittlich knapp drei Jahre zurück; bei Frauen ist die betreffende Situation im Schnitt noch nicht so lange her wie bei Männern. In den meisten Fällen wurde vor der letzten Überdosis (unter anderem) Heroin konsumiert, in der Hälfte der Fälle (auch) Crack. Das Kokainderivat hat damit im Vergleich zu den Vorerhebungen in Bezug auf Überdosierungen an Bedeutung gewonnen. Als Hauptgrund für die Überdosis wird im Berichtsjahr am häufigsten der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen angegeben. Notärzte bzw. -ärztinnen sind 2012 diejenigen Personen, die am häufigsten bei der Frage angegeben werden, wer in der letzten Überdosissituation geholfen hat.

41% der Befragten und damit weniger als in den Vorjahren befinden sich aktuell in einer Substitutionsbehandlung. Mehr als drei Viertel der Substituierten erhalten Methadon als Substitutionsmittel; dieser Anteil ist vor allem zugunsten von Buprenorphin (Subutex®) aktuell etwas zurückgegangen. Durchschnittlich sind die Substituierten seit einem Jahr in einer entsprechenden Behandlung.

Substituierte konsumieren deutlich seltener Heroin als Nicht-Substituierte. Keinen signifikanten Unterschied mehr gibt es hingegen beim Crackkonsum, da dieser bei den Substituierten seit 2008 deutlich angestiegen ist. Benzodiazepine werden im Jahr 2012 von den Substituierten sogar häufiger konsumiert als von den übrigen Befragten.

Von den Angeboten des Frankfurter Drogenhilfesystems werden am häufigsten (in absteigender Reihenfolge) Kontaktladen, Essen, Druckraum, Beratungsgespräche und Spritzenaustausch genutzt. 98% der Befragten haben in den letzten drei Monaten mindestens eines der Hilfeangebote in Anspruch genommen, 95% nutzen die Angebote mindestens einmal wöchentlich. Etwas häufiger als in den Vorjahren wird der Rauchraum genutzt. Dieses Angebot wird zudem von Frauen häufiger als von Männern in Anspruch genommen, ebenso wie Beratungsgespräche. Kontaktladen und Essensangebote werden hingegen von den männlichen Befragten häufiger genutzt.

Bei der neu aufgenommenen Frage danach, welche (zusätzlichen) alltagsstrukturierenden Maßnahmen die Befragten gerne nutzen würden, wurden mit Abstand am häufigsten Sportangebote genannt, gefolgt von Arbeitsmaßnahmen und diversen anderen Angeboten. Als wichtigster Aspekt bei derartigen zusätzlichen Maßnahmen wurde das Bedürfnis nach sozialen Kontakten (auch außerhalb der Szene) angegeben.

1. Einleitung

Mit dem vorliegenden Bericht wird die Situation in der „offenen Drogenszene“¹ in Frankfurt am Main im Jahr 2012 unter Einbeziehung weiterer Erhebungen aus den Jahren 1995, 2002, 2003, 2004, 2006, 2008 und 2010 beschrieben.

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

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

Im Rahmen von MoSyD handelt es sich bei der Szenestudie 2012 um die sechste Erhebung. Die Befragungen wurden seit 2002 im zweijährigen Rhythmus durchgeführt. Darüber hinaus fließen die Daten der Szenebefragung 2003, die vom CDR im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekts 'Kokainkonsum in Frankfurt am Main' (Zurhold/ Müller 2007) erhoben wurden, in den vorliegenden Bericht mit ein.

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

Unter Berücksichtigung der bereits angesprochen Studien gewährt die vorliegende Untersuchung Einblick in die aktuelle Situation der Frankfurter Straßen-Drogenszene, wie sie sich zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews Ende Juni bis Ende Juli 2012 darstellte.

Thematisch fokussieren die Interviews auf folgende Bereiche:

- praktizierte Drogengebrauchsmuster
- Alltagsbewältigung
- Gesundheitszustand
- Inanspruchnahme der Drogenhilfe.

Wie bereits ausgeführt, ist die vorliegende Szenestudie 2012 ein Forschungsmodul neben anderen im Rahmen des Monitoring-Systems Drogentrends des CDR (vgl. aktuell: Werse et al. 2012). Die Zusammenführung der Forschungsmodule in einem Gesamtbericht erlaubt die Analyse im Spiegel der Beobachtungen aus den anderen Forschungsmodulen und bietet

¹ 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.

damit einen erweiterten Aussagehorizont über das Drogengebrauchsverhalten in Frankfurt am Main. Dieser Gesamtbericht wird im Laufe des Jahres 2013 erscheinen und im Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main erhältlich sein. Der vorliegende Bericht konzentriert sich auf die sich überwiegend aus intensiven Konsument(inn)en „harter Drogen“ rekrutierende Straßenszene und damit auf einen spezifischen, im öffentlichen Bewusstsein jedoch sehr präsenten Ausschnitt des Drogenkonsums.

Bevor die Studie und ihre Ergebnisse dargestellt werden, gilt es einigen Personen zu danken. In erster Linie sind dies die vielen Interviewpartner(innen), die sich die Zeit genommen und Einblicke in ihre Lebensbedingungen gewährt haben. Darüber hinaus bedanken wir uns bei den Leiter(inne)n und Mitarbeiter(inne)n der Drogenhilfeeinrichtungen für ihre Unterstützung, Anregungen und die kooperative Bereitstellung von Räumlichkeiten zur Durchführung der Interviews. Schließlich sei Carsten Schell-Mack, Sonja Hecker und Lukas Sarvari für die Durchführung der Interviews gedankt.

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 entweder unmittelbar auf der „offenen Drogenszene“ im Bahnhofsviertel oder in den niedrigschwelligen Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe rekrutiert wurden. Der als Erhebungsinstrument dienende standardisierte Fragebogen lehnt sich eng an die Fragebögen der Szenestudien der Vorjahre an, um systematische Vergleiche durchführen zu können. In der letzten Befragung 2010 wurde am Ende des Fragebogens erstmals der sogenannte „HIV-Code“ erfragt. Hierbei wurden die Interviewpartner(innen) gebeten, jeweils aus einem Buchstaben des Vornamens und des Nachnamens, der Länge beider Namen, dem Geschlecht und dem Geburtsjahr einen Code zu bilden. Dieser Code gilt als nicht re-identifizierbar und enthält zudem, außer dem Geschlecht und dem Geburtsjahr, die bereits im Fragebogen abgefragt werden, keine konkreten Daten². Die Wahrscheinlichkeit, dass zwei Personen denselben Code aufweisen, ist sehr gering. Diese Verschlüsselung ermöglicht es, zu erfassen, welche Personen bereits in einer Befragung zuvor interviewt wurden, und ob sich möglicherweise Veränderungen im Konsumverhalten beobachten lassen. Die Konsument(inn)en werden ausdrücklich nach ihrem Einverständnis gefragt, zudem ist die Angabe bzw. Bildung des HIV-Codes keine notwendige Bedingung für die Teilnahme an der Studie. Insgesamt waren in der Befragung 2012 25 Personen (2010: n=8) nicht bereit, den Code zu bilden. Der HIV-Code erlaubt es darüber hinaus auch zu überprüfen, ob und wenn ja wie viele Personen doppelt befragt wurden. Trotz des Versuches der Interviewer(innen), sich abzusprechen, wurden demnach vier Personen (2010: 7) doppelt befragt. Um keine Verzerrung durch diese Doppelbefragungen entstehen zu lassen, wurde, wie in der Erhebung zuvor, jeweils das zweite Interview aus dem Datensatz gelöscht (die Interviews wurden während der Befragung chronologisch geordnet). Insgesamt gingen somit 146 Interviews in die Auswertung ein.

Beim Vergleich der HIV-Codes aus den Jahren 2010 und 2012 gab es insgesamt 10 Überschneidungen, das heißt, diese Personen wurden in beiden Erhebungsjahren befragt. Diese Zahl erscheint angesichts der als relativ klein eingeschätzten Zielgruppe der problematischen Konsument(inn)en harter Drogen, die sich zumindest zeitweise im Bereich der Frankfurter Straßenszene aufhalten, als relativ gering. Die größere Gesamt-Fallzahl, die nach der Befragung 2014 erreicht sein wird, wird es voraussichtlich ermöglichen, eine Schätzung der Populationsgröße nach dem ‚Capture-Recapture-Verfahren‘ (vgl. Gautschi/ Hangartner 2010) abzugeben.

² Beim HIV-Code – ursprünglich im Zusammenhang mit der anonymen Erfassung von HIV-Infizierten entwickelt – handelt es sich um einen anerkannten Anonymisierungsschlüssel, der bundesweit angewendet wird und die Anforderungen des Datenschutzes erfüllt.

Zum ersten Mal wurden die Konsument(inn)en in der aktuellen Erhebung differenzierter nach dem Konsum unterschiedlicher Benzodiazepine gefragt. Dieses Vorgehen zielte darauf ab, etwaige Veränderungen und Verschiebungen des Konsums dieser Stoffe, insbesondere nachdem Ende 2011 Flunitrazepam (Rohypnol®), das zuvor wohl meist konsumierte Benzodiazepin in der Frankfurter Drogenszene, vollständig dem BtMG unterstellt wurde, zu erfassen (zuvor hatten diesbezüglich noch Ausnahmen für niedrig dosierte Präparate existiert).

Ebenfalls erstmals in die Erhebung einbezogen, wurden Fragen zum Erwerb von Drogen bei wechselnden Dealer oder Stammdealern bzw. zum Gratiskonsum. Hierüber sollten genauere und substanzspezifische Erkenntnisse über das Distributionsgeschehen in der Frankfurter Straßenszene gewonnen werden.

Eine weitere neu in das Erhebungsinstrument aufgenommene Frage betrifft die Nutzung von Geldspielautomaten. In den letzten Monaten hatten sich Berichte seitens der Drogenhilfe gehäuft, dass, einhergehend mit einer steigenden Anzahl von Spielhallen im Bahnhofsviertel, unter Drogenkonsumierenden ein häufigeres Spielen an diesen Automaten zu beobachten sei und dass dies möglicherweise weitere Problematiken mit sich bringe. Mit der aktuellen Befragung können hierzu nun quantitative Daten vorgelegt werden.

Schließlich wurden auch zwei Fragen zu tagesstrukturierenden Beschäftigungs- und Freizeitangeboten in den Fragebogen aufgenommen. Zum einen wurde hierbei erfragt, welche derartigen Angebote die Befragten gerne nutzen würden bzw. worauf diese Angebote ausgerichtet sein sollten. Zum anderen wurde erhoben, was für die Interviewpartner(innen) bei solchen Angeboten besonders wichtig wäre. Mit beiden Fragen wurde der Expertenstatus der Befragten noch einmal besonders hervorgehoben und der Stellenwert ihrer Einschätzung bestehender und möglicher neu zu implementierender Hilfsangebote betont.

Die Befragung selbst ist als fragebogengestütztes Interview gestaltet, d.h. die Fragen werden in 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 Inhaltsbereiche³:

- Soziale Grunddaten
 - Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand, Kinder
 - Schul- und Berufsausbildung, aktuelle Beschäftigungssituation
 - Wohnsituation
 - Finanzielle Situation
- Konsumerfahrungen, aktuell praktizierte Drogengebrauchsmuster
 - Lifetime-Prävalenz, Einstiegsalter
 - aktuelle Konsumintensität
 - Applikationsformen
- Meinungen und Ansichten über Drogen
- „Szene-Alltag“
 - Dauer und Intensität des „Szeneaufenthalts“
 - Orte des Konsums
 - Erwerb, Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung

³ Für nähere Informationen kann der Fragebogen beim CDR angefragt werden.

- Kontrollen/Sanktionen durch Ordnungsbehörden und Hafterfahrungen
- Gesundheit
 - Symptome und Beschwerden
 - Überdosierungen und deren Begleitumstände
 - Injektionsbezogenes Risikoverhalten
- Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems
 - Substitution
 - Nutzung der vorgehaltenen Angebote
 - Meinungen zu tagesstrukturierenden Freizeit- und Beschäftigungsangeboten

Mit dem vorliegenden Bericht wird die spezifische Situation in der Frankfurter Straßen-Drogenszene dokumentiert, weshalb Verallgemeinerungen auf andere Gruppen von Drogenkonsument(inn)en oder „offene Drogenszenen“ in anderen Städten nur schwer möglich sind. Allerdings wird für den Bereich der Frankfurter Szene mit der gewählten Untersuchungsmethodik eine möglichst hohe *exemplarische Abbildungsqualität* angestrebt. Hierzu dient zunächst die gewählte Stichprobengröße ($n=150$), da das quantitative Ausmaß der Straßen-Drogenszene in der Umgebung des Hauptbahnhofs auf einen Kreis von wenigen hundert Personen geschätzt wird, die sich mehr oder weniger permanent im Kerngebiet der Szene aufhalten. Zum anderen wurden die Interviewpartner(innen) relativ gleichmäßig über die Wochentage und Tageszeiten rekrutiert, um möglichst das ganze Spektrum unterschiedlicher Personen beziehungsweise Konsumentengruppen erfassen zu können. Weiterhin ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dass die Interviewpartner(innen) – im Unterschied zu einem institutionellen Forschungszugang – unmittelbar im Feld 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 Chi²-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 kommen entsprechend sowohl sog. nonparametrische Verfahren (U-Test, H-Test zur Prüfung von Mittelwertsunterschieden, Rangkorrelation zur Analyse von Zusammenhängen) als auch parametrische Tests wie varianzanalytische Verfahren (ANOVA, MANOVA) zur Prüfung von Mittelwertsunterschieden und die Produkt-Moment-Korrelation.

Zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse ist jeweils das Signifikanzniveau bzw. die Irrtumswahrscheinlichkeit angeführt. Dabei bedeutet eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ (*; siehe Kasten), dass die gefundenen Unterschiede mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% kein Zufallsprodukt darstellen, also signifikant sind. Diese Unterschiede können solche zwischen den Erhebungszeitpunkten (1995, 2002, 2003, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012) 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%.

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 nicht auf Zufallsschwankungen beruht, ist durch Sternchen wiedergegeben. Unabhängig davon, welches statistische Testverfahren angewandt wird, 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 Differenzen können auf Zufallsschwankungen zurückzuführen sein.

Abschließend sei erneut 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 Erhebungen wurden insgesamt 150 Interviews geführt. Von den 146 Befragten (abzüglich der vier Doppelbefragungen), deren Daten in die Auswertung einfließen, wurden 68 außerhalb der niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen, d.h. unmittelbar auf der Straße/ Drogenszene, rekrutiert. Die anderen 85 Befragten wurden in den Kontaktbereichen der Konsumräume angesprochen. Die Kontaktabbahnungen in den Konsumräumen wurden relativ gleichmäßig auf alle vier bestehenden Einrichtungen (,Eastside'/Schielestraße, ,Druckraum Niddastraße', ,La Strada'/Mainzer Landstraße und ,Drogennotdienst'/Elbestraße) verteilt. Wie in den Jahren zuvor konnte dankenswerterweise – neben den oben genannten Einrichtungen, die über einen Konsumraum verfügen – auch wieder der Kontaktladen „Café Fix“ für die Rekrutierung von Befragten und die Durchführung von Interviews genutzt werden.

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

Bei der Kontaktabbahnung ergaben sich zum Teil wieder Verweisketten im Sinne einer Art *Snowball Sampling*, was nicht intendiert war. Szenemitglieder, die uns kannten oder mit uns ein Interview geführt hatten, vermittelten uns neue Interviewpartner(innen). Insgesamt wurden 195 Personen angesprochen (2010: 176 Personen), um die anvisierten 150 Interviews durchzuführen. Ein Interview kam also bei 77% (2010: 85%) der angesprochenen Personen zustande. Diese Quote ist damit zwar etwas schlechter als in den meisten Erhebungen zuvor (2002: 70%, 2004: 87%, 2006/2008: 83%, 2010: 85%), kann aber angesichts der Sensibilität der zu erhebenden Daten dennoch als hoch angesehen werden.⁴

Von den 45 Personen, die nicht zu einem Interview bereit waren, gaben 27 (2010: 15) an, „kein Interesse“ an der Befragung zu haben, 16 Personen (2010: 10) hatten „keine Zeit“ und 2 Personen (2010: 1) nannten „kein Vertrauen“ als Ablehnungsgrund. Andere Gründe wurden bei der aktuellen Befragung wie bereits 2010 nicht angegeben.

Die Interviews wurden von einer Mitarbeiterin und zwei Mitarbeitern des CDR im Juni und Juli 2012 geführt. Alle drei Interviewer(innen) verfügen über Erfahrungen im Drogenhilfebereich und mit der Durchführung sozialwissenschaftlicher Interviews. Jede(r) Mitarbeiter(in) führte jeweils 50 Interviews. Die Interviewer waren angewiesen, sich verstärkt auf Männer als Interviewpartner zu konzentrieren, die Interviewerin mehr auf Frauen. Dem For-

⁴ Ein Rolle hierfür mag gespielt haben, dass zwei der drei Interviewer(innen) die Erhebung zum ersten Mal durchführten und eine etwas geringere Vertrautheit mit dem Feld hatten als dies bei den Interviewer(inn)en zuvor der Fall war.

schungsdesign entsprechend wurde ein Drittel der 150 Interviews mit Frauen (n=50) und zwei Drittel mit Männern geführt (n=100).

Die meisten Interviews wurden in Räumen der Drogenhilfe durchgeführt. Hierdurch konnte, nach der Ansprache auf der Straße, mehr Ruhe und Konzentration für das Interview hergestellt werden. Von den insgesamt 150 Interviews wurden 67% im Kontaktbereich, 10% in Büroräumen und 23% auf der Straße geführt.

Die Interviews fanden relativ gleichmäßig über die Wochentage verteilt statt. Die frühesten Interviews wurden gegen 10 Uhr morgens geführt, die spätesten gegen 21 Uhr. Für die Interviews wurde im Schnitt etwa 21 Minuten benötigt, das längste Interview dauerte 60 Minuten.

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

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

4. Ergebnisse

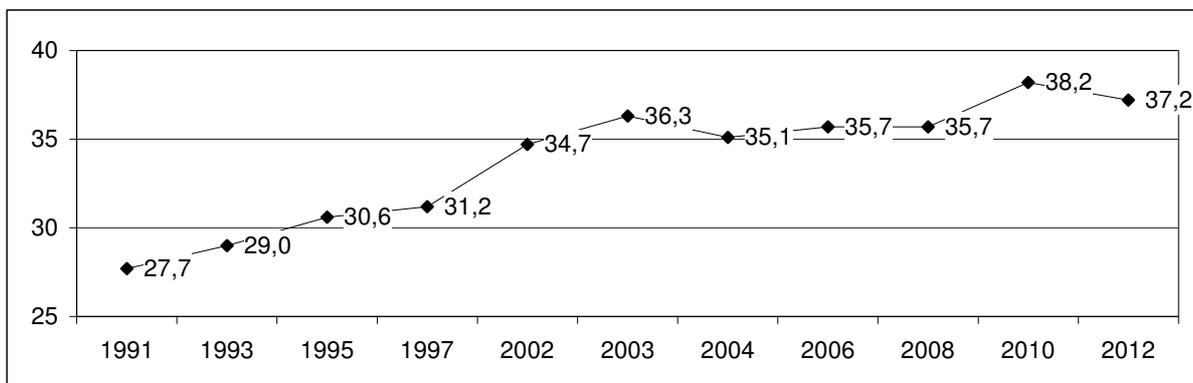
4.1 Soziodemographische Daten

4.1.1 Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität

Dem Forschungsdesign entsprechend sind von den im Jahr 2012 befragten 146 Personen, deren Interviews in die Auswertung gingen, rund ein Drittel Frauen (n= 50) und zwei Drittel Männer (n=96). Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 37,2 Jahren. Seit der Ersterhebung 1995 ist dieser Wert signifikant angestiegen. Gegenüber der Befragung 2010, in der ein deutlicher Anstieg des Durchschnittsalters gegenüber den Vorjahren zu beobachten war, ist das durchschnittliche Alter der Szeneangehörigen aktuell wieder etwas zurückgegangen und erreicht den zweithöchsten Wert aller Befragungen.

Die Berücksichtigung weiterer Studien⁵ aus dem Umfeld der Frankfurter „offenen Drogenszene“ erlaubt eine Betrachtung der Veränderungen in der Alterszusammensetzung über einen vergleichsweise langen Zeitraum (1991 bis 2012). Hierbei zeigt sich, dass sich das Durchschnittsalter der Szene insgesamt deutlich erhöht hat und sich somit, trotz des leichten Rückgangs des Durchschnittsalters gegenüber der vorangegangenen Erhebung, insgesamt eine Alterung der Szene beobachten lässt (Abb. 1).

Abbildung 1: Durchschnittsalter der Frankfurter „Straßen-Drogenszene“ 1991 bis 2012



Von allen im Jahr 2012 Befragten geben 49% an, Single zu sein, 19% leben in einer festen Partnerschaft, 8% sind verheiratet und 21% geschieden. Nach einer „festen Partnerschaft“ wurde erstmalig in der aktuellen Erhebung gefragt, während zuvor dieser Beziehungsstatus unter die Kategorie „ledig“ fiel. Über die Jahre hinweg betrachtet, zeigen sich beim Familienstand signifikante Veränderungen (***). Diese sind im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass der Anteil der Verheirateten 1995 (15%) noch etwas höher war, der Anteil an Geschiedenen analog dazu etwas niedriger (12%). Der Anteil an Ledigen (Single oder in Partnerschaft lebend) hat sich über die Jahre hinweg dagegen kaum verändert.

Insgesamt 44% der Befragten haben eigene Kinder (2002: 52%, 2003: 47%, 2004: 44%, 2006: 44%, 2008: 49%, 2010: 54%; n.s.). Eine Frau gibt an, aktuell schwanger zu sein

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

(2006: 2, 2008: 0, 2010: 0). Im Falle einer Elternschaft wird seit 2006 zusätzlich erhoben, wo die Kinder der Befragten untergebracht sind. Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, leben die Kinder nach wie vor am häufigsten beim jeweils anderen Elternteil – gegenüber den vorhergehenden Erhebungen hat sich dieser Anteil jedoch relativ deutlich reduziert. Im Unterschied zu den Vorjahren, in denen keine der befragten Personen angegeben hatte, dass das Kind bei ihr alleine untergebracht ist, trifft dies in der aktuellen Erhebung auf 5% zu. Wie schon 2010 wird auch 2012 mit 11% deutlich häufiger als in den Befragungen zuvor angegeben, dass das Kind bzw. die Kinder bei Mutter und Vater gemeinsam untergebracht sind. Seit 2008 rückläufig ist der Anteil an Kindern, die bei Familienangehörigen leben – gegenüber 2010 zeigt sich hier wieder eine Verschiebung zwischen vorübergehender und dauerhafter Unterbringung (Pflege/Adoption) bei Familienangehörigen. Wieder etwas angestiegen ist demgegenüber die Vermittlung an Adoptiv- oder Pflegeeltern (nicht aus der Familie), während nur noch in einem Fall (2%) eine institutionelle Unterbringung (Heim) erfolgte. Bei immerhin einem Viertel der Befragten und damit deutlich mehr als in den Jahren zuvor sind die Kinder bereits volljährig und wohnen selbstständig. Mit 8% gibt 2012 wieder ein etwas geringerer Anteil als 2010 eine unterschiedliche Unterbringung bei mehreren Kindern an⁶. In diesen Fällen wurden im aktuellen Berichtsjahr ebenfalls die unterschiedlichen Unterbringungsorte erfragt: Dabei zeigt sich in drei Fällen, dass ein bzw. mehrere Kinder in einem Heim untergebracht sind und die anderen Kinder bereits selbstständig sind. In einem Fall wird ein Kind vorübergehend von Familienangehörigen versorgt, während das andere Kind selbstständig ist. In einem weiteren Fall wurde ein Kind zur Adoption freigegeben, während das andere bei Pflegeeltern lebt. Insofern würde sich unter Einbezug dieser Fälle die vorübergehende Unterbringung bei der Familie auf 13%, die Unterbringung in einem Heim auf 6% sowie die Unterbringung bei Pflegeeltern bzw. die Freigabe zur Adoption auf 8% erhöhen. Der Anteil der Befragten, deren Kinder bereits selbstständig sind, würde auf 32% anwachsen.

Tabelle 1: Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) nach Jahr der Befragung

	2006	2008	2010	2012	Sig.
bei Kindsmutter und Kindsvater	2	0	10	11	***
bei Interviewpartner(in) ohne Kindsmutter/ Kindsvater	0	0	0	5	
bei Kindsmutter/ Kindsvater ohne Interviewpartner(in)	40	52	42	30	
bei Familie (vorübergehend)	18	10	5	11	
bei Familie (Pflege oder Adoption)	2	14	10	2	
unterschiedliche Unterbringung (mehrere Kinder)	3	5	12	8	
Kinder sind selbstständig (über 18 Jahre)	17	10	13	25	
zur Adoption freigegeben oder bei Pflegeeltern	17	10	1	6	
institutionelle Unterbringung (Heim)	0	0	6	2	
sonstige Unterbringung	2	0	0	0	

68% der im Jahr 2012 Befragten sind deutscher Nationalität (1995: 79%, 2002: 79%, 2003: 75%, 2004: 76%, 2006: 67%, 2008: 77%, 2010: 77%), 1% sind Spätaussiedler(innen) (1995:

⁶ Die Schwankungen für die unterschiedliche Unterbringung der Kinder lässt sich dabei nicht mit etwaigen Veränderungen des Anteils von Personen mit mehr als einem Kind erklären: 2012 geben 50% der Personen mit Kindern an, mehr als ein Kind zu haben, 2010 waren es 49%, 2008 34% und 2006 53%.

1%, 2002: 1%, 2003: 0%, 2004: 4%, 2006: 4%, 2008: 4%) und 32% gehören einer anderen Nationalität an (1995: 19%, 2002: 19%, 2003: 25%, 2004: 20%, 2006: 29%, 2008: 19%, 2010: 23%). Damit hat sich der Anteil an deutschen Staatsbürger(innen) im Vergleich zu 2008 und 2010 wieder reduziert, während sich der Anteil von Personen mit anderer Nationalität signifikant erhöht hat (**). Bei näherer Betrachtung der Befragten mit nicht deutscher Nationalität sind keine besonderen Auffälligkeiten erkennbar: Von den einzelnen Herkunftsländern wird am häufigsten Italien genannt (n=8; 5% der Stichprobe). Ebenfalls acht Befragte stammen aus Staaten des ehemaligen Jugoslawien und 9 Personen (6%) aus anderen osteuropäischen Ländern⁷. Die Türkei ist mit sechs (4%) und afrikanische Länder mit fünf Personen (3%) vertreten; die übrigen zehn Befragten verteilen sich über diverse andere Länder bzw. Weltregionen.

4.1.2 Wohnsituation

Betrachtet man zunächst hinsichtlich der Wohnsituation den offiziellen Status, das heißt die Angaben, wo die Befragten polizeilich gemeldet sind, so zeigt sich, dass nach wie vor die meisten Befragten (75%) ihren gemeldeten Wohnsitz in Frankfurt am Main haben. Weitere 10% sind im Großraum Frankfurt (RMV-Einzugsgebiet) gemeldet, 8% in Hessen (außerhalb des Großraums Frankfurt) und 3% außerhalb Hessens. 5% geben an, aktuell keinen gemeldeten Wohnsitz zu haben (s. Tab. 2).

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

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Frankfurt	61	70	73	66	65	77	75	***
Großraum Frankfurt	17	6	8	11	9	7	10	
Hessen	2	4	5	3	11	8	8	
außerhalb Hessens	8	5	8	4	5	1	3	
Ausland	1	1	0	0	0	0	0	
nicht gemeldet	11	14	6	16	11	7	5	

Zwischen den Befragungen zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede (***), die jedoch keine eindeutige Tendenz aufweisen. Es ist aber zu beobachten, dass der Anteil derer, die ihren gemeldeten Wohnsitz in Frankfurt am Main haben, 2010 relativ deutlich angestiegen war und auch in der aktuellen Erhebung vergleichsweise hoch ist. Gegenüber 2010 leicht angewachsen ist der Anteil an Personen, die im Großraum Frankfurt oder außerhalb Hessens gemeldet sind. Mit 5% auf den niedrigsten Wert aller bisherigen Befragungen gesunken ist der Anteil an Personen, die über keine aktuelle Meldeadresse verfügen.

Auch bezüglich der aktuellen Wohnsituation lassen sich signifikante Unterschiede (***) zwischen den Erhebungen feststellen (s. Tab. 3).

⁷ Slowakei, Polen, Russland und Ungarn

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
obdachlos	19	10	18	11	14	12	4	12	***
eigene Wohnung	27	19	23	24	31	35	37	25	
mit Partner/User	6	5	5	9	1	5	3	5	
Partner/Non-User	3	8	4	5	4	4	9	6	
WG/User	3	3	3	1	3	3	1	5	
WG/Non-User	3	6	3	2	3	1	2	6	
Notschlafunterkunft	27	39	33	37	30	32	32	29	
betreutes Wohnen	0	5	4	3	7	3	5	5	
Eltern	12	4	6	5	3	9	5	3	
sonstige	0	1	1	2	3	0	1	3	

Mit 29% ist die Mehrheit der im Jahr 2012 Befragten in einer Notunterkunft untergebracht; ein Viertel wohnt in einer eigenen Wohnung. Gegenüber den Befragungen zuvor hat sich der Anteil der in einer Notschlafunterkunft Untergebrachten reduziert und erreicht nach 1995 den zweitniedrigsten Wert. Nachdem der Anteil der in einer eigenen Wohnung Lebenden seit 2002 kontinuierlich angestiegen war, ist dieser Wert in der aktuellen Erhebung wieder relativ deutlich zurückgegangen. Ein höherer Wert als in allen Erhebungen zuvor wird 2012 für das Wohnen in einer Wohngemeinschaft mit anderen Drogenkonsumierenden erreicht, und auch der Anteil derer, die mit Nicht-Konsument(inn)en in einer WG wohnen, ist aktuell gestiegen. Wieder um acht Prozentpunkte und damit auf das Niveau von 2008 erhöht hat sich der Anteil an Obdachlosen. Insgesamt sind mit 41% wieder etwas mehr Befragte als noch 2010 faktisch obdachlos (obdachlos oder in einer Notschlafunterkunft). Über die Jahre hinweg ist dieser Anteil jedoch von rund der Hälfte der Befragten auf nunmehr rund zwei Fünftel gesunken (s. Tab. 3).

4.1.3 Ausbildungs- und Beschäftigungssituation

Wie in sämtlichen Erhebungen zuvor gibt die Mehrheit der Befragten einen Hauptschulabschluss (53%) als höchsten Schulabschluss an. 23% haben einen Realschulabschluss, 8% das Abitur und 3% einen sonstigen Abschluss. 14% sind ohne Schulabschluss (s. Tab. 4). Im Vergleich zu 2010 hat sich der Anteil derer, die einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss angeben, erhöht, während die Anteile derer mit Abitur und ohne Schulabschluss gesunken sind. Aktuell liegt der Anteil an Befragten ohne Schulabschluss damit wieder auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau; 2010 war diesbezüglich noch der höchste Wert aller Befragungen zu beobachten.

Eine abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre oder Studium) haben 58% der Interviewten. 40% geben an, keine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben, und 1% befindet sich derzeit noch in der Ausbildung. Hinsichtlich des Anteils derjenigen, die über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen, lässt sich in der aktuellen Erhebung der niedrigste Wert aller Befragungen beobachten, nachdem 2010 noch der höchste Wert im Turnusverlauf erreicht wurde (1995: 52%, 2002: 46%, 2003: 43%, 2004: 43%, 2006: 43%, 2008: 57%; 2010: 60%, **). Insofern hat sich die Ausbildungssituation im Berichtsjahr etwas verbessert.

Zwar sind weiterhin die meisten (77%) der Befragten arbeitslos, dieser Anteil ist jedoch auf den niedrigsten Wert aller Erhebungen gesunken. Wie in den Jahren zuvor ist der Großteil der Betroffenen auch arbeitslos gemeldet (2002: 85%, 2003: 70%, 2004: 88%, 2006: 86%, 2008: 84%, 2010: 94%, 2012: 81%; jeweils bezogen auf die Gruppe der Arbeitslosen). Jede(r) zwanzigste Befragte verfügt über eine Vollzeitstelle. Bei genauerer Betrachtung der „sonstigen“ Beschäftigungsverhältnisse zeigt sich 2012, dass diese eine Teilzeittätigkeit (4%), Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (3%) und die (Früh-)Rente (11%) umfassen. Seit 2008 ist der Anteil der (Früh-)Rentner(innen) vergleichsweise deutlich angestiegen (2008: 4%, 2010: 8%, 2012: 11%).

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Schulabschluss									*
keiner	13	13	16	10	17	16	20	14	
Hauptschule	48	43	46	52	47	43	46	53	
Realschule	27	34	23	25	22	28	22	23	
Gymnasium	5	8	11	11	13	12	12	8	
sonstige	7	2	5	3	1	1	1	3	
Berufsausbildung									**
keine	52	46	43	43	43	57	60	40	
Lehre/Studium	44	52	55	57	54	42	39	58	
in Ausbildung	4	2	2	0	3	1	1	1	
Beschäftigungssituation									n.s.
Vollzeit	7	7	5	3	4	1	3	5	
arbeitslos	79	83	79	85	86	81	83	77	
sonstiges	14	10	16	12	10	18	15	18	

Durchschnittlich sind die im Jahr 2012 befragten Arbeitslosen 65,0 ($\pm 68,9$) Monate ohne Beschäftigung. Dieser Wert liegt zwar wieder etwas unter dem hohen Wert aus dem Jahr 2010 (70,7 ($\pm 71,5$) Monate), aber weiterhin vergleichsweise deutlich über den Werten der anderen Erhebungen (2002: 54,4 ($\pm 56,9$) Monate, 2003: 54,4 ($\pm 59,4$) Monate, 2004: 49,6 ($\pm 54,2$) Monate, 2006: 55,7 ($\pm 68,3$) Monate, 2008: 58,9 ($\pm 70,4$) Monate; n.s.). Für alle Befragungen ist somit festzuhalten, dass die Mehrheit der arbeitslosen Drogenkonsumierenden langzeitarbeitslos 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 (***); d.h. ein langjähriger Szeneaufenthalt geht mit einer längeren Arbeitslosigkeit einher.

4.1.4 Finanzielle Situation

Der Blick auf die unterschiedlichen Einkommensquellen, aus denen die Befragten in der letzten Woche Geld bezogen haben (Tab. 5), zeigt, dass staatliche Unterstützungsleistungen

(Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung) nach wie vor die am häufigsten genannte Geldquelle ist⁸. Mit 56% liegt dieser Wert allerdings niedriger als in den anderen Erhebungen und deutlich niedriger als 2010. Weitere wichtige Einnahmequellen sind Drogengeschäfte (35%) und andere illegale Aktivitäten (18%), die Unterstützung durch Eltern/Familie (12%), Arbeit/„Jobben“ (13%), andere legale Aktivitäten (12%) und die Prostitution (10%). Alle anderen Einnahmequellen liegen unter 10%. Dies gilt auch für die (Früh-)Rente, die jedoch als relativ neue Kategorie mit 9% ebenfalls eine erwähnenswerte Einkommensquelle ist.

Für die meisten Einnahmequellen zeigen sich zwischen den einzelnen Befragungen signifikante Abweichungen im Zeitverlauf. Die Veränderungen beim Bezug von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld (***) zeigen keine klare Tendenz an; seit 1995 ist der betreffende Anteil mehrfach angestiegen und wieder gesunken. Der aktuell deutliche Rückgang ist im Übrigen nur zu einem kleinen Teil auf den erhöhten Anteil von Befragten mit nicht deutscher Nationalität zurückzuführen: zwar liegt der Wert für ALG bzw. Sozialhilfe in dieser Gruppe mit 48% niedriger als bei den deutschen Staatsbürger(inne)n (60%); der Unterschied ist aber nicht signifikant. Zudem ist auch der Wert für die Deutschen niedriger als in allen Erhebungen zuvor.

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Arbeit/„Jobben“	27	33	26	26	16	18	15	13	***
Arbeitslosengeld/ Sozialhilfe	62	76	64	66	59	75	78	56	***
Eltern/Familie	30	11	11	11	19	14	16	12	***
Partner(in)	11	6	3	3	4	7	2	6	*
Freunde/Bekannte	-- ^a	4	5	3	13	8	5	8	*
Prostitution	11	11	16	8	14	14	12	10	n.s.
Drogengeschäfte	43	34	43	38	34	41	34	35	n.s.
Service machen	19	1	4	3	5	3	5	6	***
Medikamente verkaufen	7	4	1	2	5	3	1	0	**
andere illegale Aktivitäten	19	20	11	9	18	23	22	18	**
andere legale Aktivitäten	15	7	7	9	10	17	15	12	*
(Früh-)Rente ^b	--	--	--	--	--	7	6	9	n.s.

^a keine Daten verfügbar

^b im Jahr 2008 zum ersten Mal in nennenswerter Anzahl genannt

Arbeit bzw. „Jobben“ als Einnahmequelle der letzten sieben Tage hat im Turnusverlauf deutlich an Bedeutung verloren und erreicht mit 13% den niedrigsten Wert aller Befragungen (***) . Die signifikanten Veränderungen für die Unterstützung durch Eltern/Familie oder Partner bzw. Partnerin sind vor allem auf die Unterschiede zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen. Die finanzielle Unterstützung durch Freunde/Bekannte zeigt – trotz Signifikanz – keine klare Trendrichtung an, war 2006 aber deutlich höher als in allen übrigen Befragungen. Der Verkauf von Medikamenten ist als Einnahmequelle seit 2006 tendenziell zurückgegan-

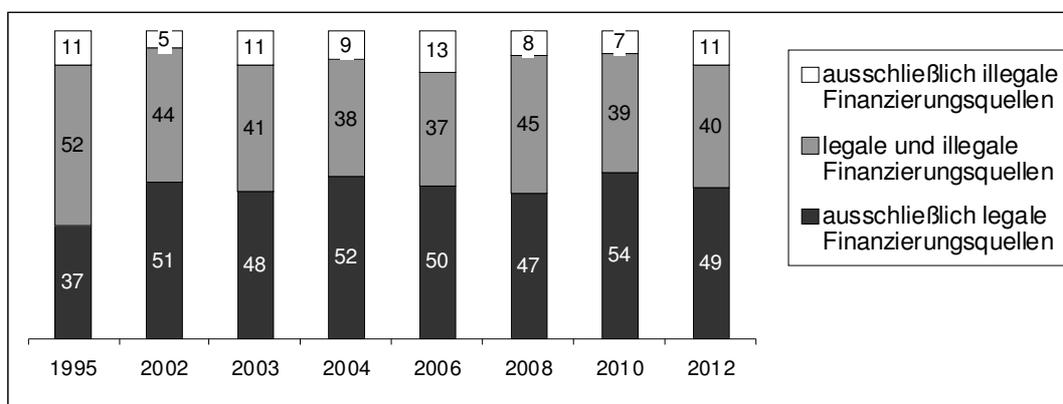
⁸ Erstmals wird Arbeitslosengeld und Sozialhilfe an dieser Stelle nicht mehr getrennt aufgeführt, zumal ohnehin ein überwiegender Teil der Arbeitslosengeldbezieher(innen) in der Stichprobe ALG II erhält, das in der Höhe der Sozialhilfe entspricht. So können auch Veränderungen bei staatlichen Unterstützungsleistungen als Einkommensquelle besser nachvollzogen werden.

gen und wird 2012 von keinem der Befragten mehr genannt. Die Finanzierung über andere legale sowie andere illegale Aktivitäten hat sich seit 2008 leicht reduziert. Signifikant sind auch die Veränderungen für das „Service machen“⁹, das 1995 noch deutlich häufiger als Einkommensquelle genannt wurde. Nach dem deutlichen Rückgang im Jahr 2002 hat diese Finanzierungsart aber in den letzten Erhebungen wieder etwas an Bedeutung hinzugewonnen.

Wie Tabelle 5 ebenfalls veranschaulicht, verfügen die Befragten in der Regel über mehrere Einkommensquellen. Werden die von ihnen als Haupteinnahmequelle angegebenen Finanzierungsquellen betrachtet, so lassen sich über den Erhebungszeitraum signifikante (***) Veränderungen beobachten. Der Anteil derer, für die staatliche Unterstützungsleistungen (Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung) die Haupteinnahmequelle darstellen, liegt aktuell bei 27%. 2006 war dieser Wert noch deutlich höher als in den Befragungen zuvor, hat sich seither aber wieder reduziert, wobei vor allem in den letzten zwei Jahren ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist (1995: 19%, 2002: 31%, 2003: 28%, 2004: 28%, 2006: 42%, 2008: 40%, 2010: 38%). Der Anteil derer, die ihr Einkommen hauptsächlich über eine regelmäßige Arbeit bestreiten, ist zwar niedriger als in den Jahren 1995 bis 2004, hat sich aber seit 2008 wieder konstant erhöht und beträgt aktuell 10% (1995: 17%, 2002: 18%, 2003: 14%, 2004: 15%, 2006: 9%, 2008: 7%, 2010: 8%). Für immerhin 28% stellen Drogengeschäfte die Haupteinnahmequelle dar. Dieser Wert war lediglich 2003 noch etwas höher (1995: 25%, 2002: 21%, 2003: 29%, 2004: 26%, 2006: 17%, 2008: 23%, 2010: 18%). Die Prostitution schließlich spielt vor allem für die befragten Frauen eine relevante Rolle. In der aktuellen Befragung geben 28% von ihnen die Sexarbeit als Haupteinnahmequelle an (s. 4.1.5).

Fasst man die finanzielle Situation im Hinblick auf den Legalstatus der Einnahmequellen zusammen, so gibt mit 11% nach wie vor nur eine Minderheit an, sich ausschließlich über illegale Wege zu finanzieren (1995: 11%, 2002: 5%, 2003: 11%, 2004: 9%, 2006: 13%, 2008: 8%, 2010: 7%, 2012: 11%).

Abbildung 2: Legalstatus der Einnahmequellen (%) nach Jahr der Befragung



⁹ Beim „Service machen“ werden anderen Konsumierenden die Utensilien für den intravenösen Konsum bereitgestellt, oder „Serviceleute“ injizieren anderen Konsumierenden 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.

Der Anteil derer, die ihr Einkommen ausschließlich über legale Einnahmequellen bestreiten, ist dagegen zwischen 1995 (37%) und 2002 (51%) sehr deutlich angestiegen und erreicht auch im Jahr 2012 mit 49% einen vergleichsweise hohen Wert (2003: 48%, 2004: 52%, 2006: 50%, 2008: 47%, 2010: 54%; s. Abb. 2). Es bleibt insofern festzuhalten, dass es seit 2002 etwa der Hälfte der Befragten gelingt, sich ausschließlich über legale Mittel zu finanzieren.

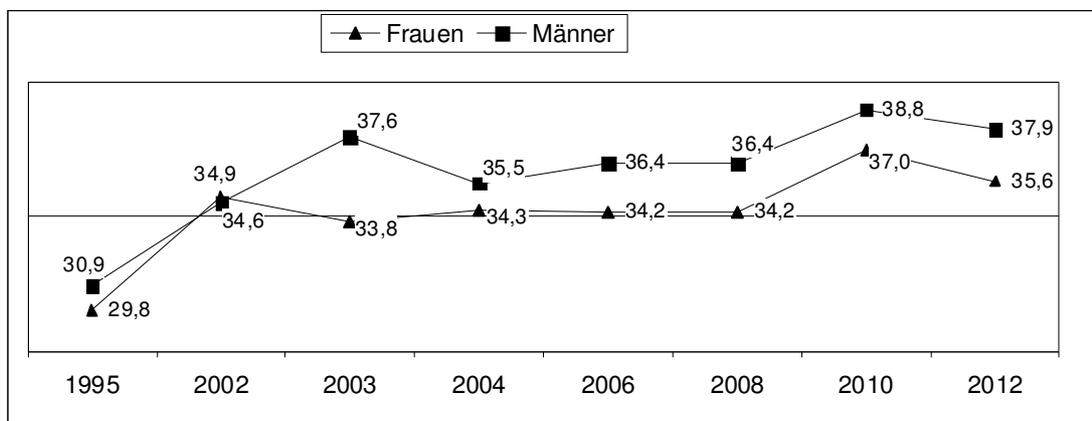
Im Durchschnitt stehen den im Jahr 2012 Befragten 519 Euro pro Woche zur Verfügung. Dieser Wert liegt im Turnusvergleich auf einem mittleren Niveau, hat sich aber gegenüber 2010 wieder deutlich erhöht (1995: 550 €, 2002: 552 €, 2003: 608 €, 2004: 439 €, 2006: 462 €, 2008: 593 €, 2010: 396 €). Die durchschnittlichen wöchentlichen Ausgaben für Drogen liegen bei 456 Euro pro Woche (1995: 413 €, 2002: 481 €, 2003: 510 €, 2004: 356 €, 2006: 373 €, 2008: 479 €, 2010: 316 €). Werden das wöchentliche Durchschnittseinkommen und die Ausgaben für Drogen in Relation gesetzt, so zeigt sich, dass mit 88% der Einkommensanteil, der für Drogen ausgegeben wird, von allen Erhebungen seit 2002 den höchsten Wert erreicht. In den Befragungen 2004 bis 2010 hatte dieser Wert noch relativ konstant bei „nur“ rund 80% gelegen.

4.1.5 Die Befragten der Frankfurter Drogenszene im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

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

Das durchschnittliche Alter der im Jahr 2012 Befragten liegt bei 37,2 Jahren. Gegenüber der Ersterhebung 1995 ist damit das Durchschnittsalter der Szeneangehörigen signifikant gestiegen und erreicht nach 2010 den zweithöchsten Durchschnittswert. Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede zeigen sich dahingehend, dass, abgesehen vom Jahr 2002, in sämtlichen Erhebungen die Männer im Mittel älter sind als die Frauen (s. Abb. 3).

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

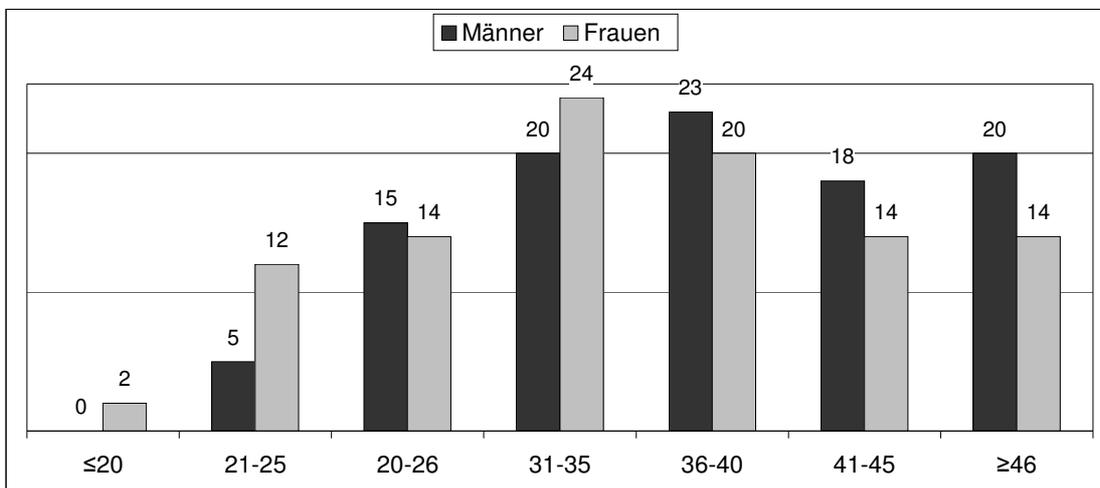


Mit durchschnittlich 37,9 gegenüber 35,6 Jahren beträgt der Altersunterschied zwischen den Geschlechtern, wie in sämtlichen Vorjahren seit 2006, auch in der aktuellen Befragung etwa

zwei Jahre. Der aktuelle Rückgang des Durchschnittsalters lässt sich also sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen beobachten.

Besonders junge, unter 20-jährige Drogenkonsumierende sind in allen Befragungen mit maximal 3% relativ selten vertreten. In der aktuellen Erhebung ist nur ein Befragter (1%) unter 20 Jahre alt. Wieder gegenüber der letzten Erhebung reduziert hat sich der Anteil der über 45-Jährigen (2010: 26%, 2012: 18%); die größte Altergruppe stellen in der aktuellen Befragung mit 22% die 36- bis 40-Jährigen. Das geringere Durchschnittsalter der Frauen lässt sich auch anhand der Alterskategorien ablesen: Während sich unter den Männern größere Anteile für die älteren Kategorien ab 36 Jahre finden, sind im Geschlechtervergleich die Anteile der Frauen für die meisten Alterskategorien unter 36 Jahre höher. Unter den befragten Frauen machen die 31- bis 35-Jährigen die größte Gruppe aus, unter den Männern sind es die 36- bis 40-Jährigen (s. Abb. 4).

Abbildung 4: Altersgruppen (%) nach Geschlecht im Jahr 2012



49% der im Jahr 2012 Befragten sind Single, 19% leben in einer festen Partnerschaft, 21% sind geschieden und 8% verheiratet. Der Anteil der Verheirateten ist seit 1995 gesunken (1995: 15%), der Anteil an Geschiedenen ist analog dazu gestiegen (1995: 12%; ***). Ein signifikanter Geschlechterunterschied zeigt sich darin, dass die befragten Frauen deutlich häufiger als die befragten Männer zwar ledig sind, aber in einer festen Partnerschaft leben (28% vs. 15%). Mit 57% gegenüber 32% sind hingegen deutlich mehr Männer als Frauen Single (**).

2012 geben 44% an, eigene Kinder zu haben. Bei der Elternschaft zeigen sich keine statistisch signifikanten Geschlechterunterschiede (Männer: 41% vs. Frauen: 50%). Signifikante geschlechterbezogene Differenzen zeigen sich jedoch bei der Frage danach, wo die Kinder untergebracht sind (s. Tab. 6).

Tabelle 6: Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) nach Geschlecht 2012

	Männer	Frauen
bei Kindsmutter und Kindsvater	15	4
bei Interviewpartner(in) ohne Kindsvater bzw. Kindsmutter	3	9
bei Kindsmutter bzw. Kindsvater ohne Interviewpartner(in)	45	4
bei Familie (vorübergehend)	10	13
bei Familie (Pflege oder Adoption)	0	4
unterschiedliche Unterbringung (mehrere Kinder)	3	17
Kinder sind selbstständig (über 18 Jahre)	23	30
institutionelle Unterbringung (Heim)	3	0
zur Adoption freigegeben oder bei Pflegeeltern	0	17

Während die Mehrheit der Männer (45%) angibt, dass ihre Kinder bei dem anderen Elternteil leben, trifft dies nur auf 4% der Frauen zu. Sie haben ihre Kinder im Gegensatz dazu wesentlich häufiger zur Adoption freigegeben oder in eine Pflegschaft übergeben. Nur noch ein etwas größerer Anteil der Frauen hat die Kinder – vorübergehend oder dauerhaft – in die Obhut von Familienangehörigen gegeben. In den Erhebungen zuvor waren die geschlechtsbezogenen Unterschiede diesbezüglich noch deutlicher ausgefallen. So hatten beispielsweise in der Befragung 2010 noch 38% der Frauen, aber nur 2% der Männer über eine Unterbringung der Kinder bei anderen Familienangehörigen berichtet. Der größte Anteil der Frauen mit eigenen Kindern (30%) entfällt auf jene, deren Kinder bereits erwachsen sind (Männer: 23%). Besonders bemerkenswert ist, dass aktuell 5% der Befragten angeben, dass ihre Kinder bei ihnen ohne den anderen Elternteil leben – dies trifft auf 9% der Frauen und 3% der Männer zu. In den Erhebungen zuvor hatte keine(r) der Interviewten dies berichtet. Zudem gibt ein relevanter Anteil der Befragten (11%) an, dass ihre Kinder bei ihnen mit dem jeweiligem Vater bzw. der Mutter leben – bei den Frauen trifft dies auf 4%, bei den Männern auf 15% zu. Über eine unterschiedliche Unterbringung mehrerer Kinder berichten aktuell 3% der Männer und 17% der Frauen.

25% der im Jahr 2012 Befragten leben in einer eigenen Wohnung. Dieser Anteil war zwischen 2002 und 2010 kontinuierlich angestiegen, hat sich in der aktuellen Erhebung jedoch um zwölf Prozentpunkte reduziert. Im Jahr 2012 gibt die knappe Mehrheit (29%) an, in einer Notschlafunterkunft untergebracht zu sein. Allerdings ist auch dieser Anteil gegenüber im Vergleich zu den Vorjahren (2002-2010) gesunken. Etwas angestiegen ist hingegen das Zusammenleben in einer Wohngemeinschaft mit Usern (5%) und Non-Usern (6%). Ebenfalls erhöht hat sich gegenüber 2010 der Anteil an Obdachlosen (2010: 4%, 2012: 12%). Auch die faktische Obdachlosigkeit (Straße oder Notschlafunterkunft) ist damit wieder etwas angestiegen, liegt jedoch niedriger als in allen anderen Erhebungen außer 2010.

Hinsichtlich der Wohnsituation lassen sich 2012 signifikante geschlechterbezogene Unterschiede feststellen. Mit 22% gegenüber 7% ist ein deutlich größerer Anteil der Frauen obdachlos. Zudem wohnen sie häufiger in einer Wohngemeinschaft oder mit ihrem drogenkonsumierenden Partner zusammen. Die befragten Männer verfügen hingegen etwas häufiger über eine eigene Wohnung, leben mit einer nicht konsumierenden Partnerin zusammen

oder wohnen bei ihren Eltern. Mit 38% gegenüber 14% sind sie aber auch deutlich häufiger in einer Notschlafunterkunft untergebracht. (s. Tab. 7).

Tabelle 7: Aktuelle Wohnsituation der Befragten im Jahr 2012 (%) nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Sig.
obdachlos	7	22	**
eigene Wohnung	26	22	
Partner/ User	3	8	
Partner/ Non-User	8	2	
WG mit User	4	8	
WG mit Non-User	2	14	
Notschlafunterkunft	38	14	
betreutes Wohnen	3	8	
Eltern	5	0	

Hinsichtlich der Ausbildungs- und Beschäftigungssituation der Befragten zeigt sich 2012, dass das Gros (53%) einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss vorweisen kann, knapp ein Viertel hat einen Realschulabschluss und 8% das Abitur. Lediglich jede(r) Siebte hat keinen Schulabschluss, womit dieser Anteil gegenüber 2010 wieder gesunken ist und im Turnusvergleich auf einem eher niedrigen Niveau liegt (**). Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen sich bezüglich der Schulbildung im Jahr 2012 nicht beobachten.

Eine abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre oder Studium) können im Jahr 2012 58% der Befragten vorweisen; 40% geben an, keine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben. Für den Anteil derer, die über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen, ist in der aktuellen Erhebung der niedrigste Wert aller Befragungen zu beobachten. Mit 54% gegenüber 33% haben signifikant mehr Frauen als Männer keine abgeschlossene Berufsausbildung. Der Rückgang bei den Anteilen derer ohne Berufsausbildung ist somit einzig auf eine entsprechende Veränderung bei den Männern zurückzuführen. Bei ihnen erreicht der Anteil an Personen, die eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, mit 65% den höchsten Stand aller Befragungen (**), während sich bei den Frauen keine signifikanten Entwicklungen im Erhebungsverlauf beobachten lassen.

Weiterhin hoch, wenngleich geringer als in den Befragungen zuvor, ist mit 77% der aktuelle Anteil an Arbeitslosen (Männer: 77%, Frauen: 78%). Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit beträgt 65 Monate (\pm 68,9 Monate). Dieser Wert hat sich zwar gegenüber 2010 wieder etwas verringert, erreicht im Turnusvergleich aber immer noch den zweithöchsten Stand. Mit 82,0 gegenüber 56,5 Monaten sind die befragten Frauen im Schnitt gut zwei Jahre länger arbeitslos als die männlichen Befragten.

Für 27% der Befragten sind staatliche Unterstützungsleistungen (Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung) die Haupteinnahmequelle. Der Anteil der Befragten, die ihr Einkommen hauptsächlich über regelmäßige Arbeit oder Jobs bestreiten, beträgt aktuell 10%; mit 14% gelingt dies den befragten Männern häufiger als den befragten Frauen (2%). Die Prostitution schließlich spielt vor allem für die weiblichen Befragten eine wesentliche Rolle:

Aktuell geben 28% von ihnen die Prostitution als Haupteinnahmequelle an (1995: 25%, 2002: 25%, 2003: 29%, 2004: 22%, 2006 31%, 2008: 27%, 2010: 29%), aber keiner der männlichen Befragten (1995: 3%, 2002: 1%, 2003: 2%, 2004: 0%, 2006 1%, 2008: 0%, 2010: 0%, 2012: 0%).

Im Hinblick auf den Legalstatus der Einnahmequellen berichtet nach wie vor nur eine Minderheit darüber, sich ausschließlich über illegale Wege zu finanzieren; aktuell trifft dies auf 11% zu. Der Anteil derjenigen, die ihr Einkommen ausschließlich über legale Einnahmequellen bestreiten, hat sich gegenüber 1995 deutlich erhöht und liegt mit aktuell 49% auf einem vergleichbaren Niveau wie in den übrigen Befragungen. Frauen finanzieren sich mit 53% etwas häufiger ausschließlich auf legalem Weg als Männer (47%), sowie umgekehrt, seltener ausschließlich über illegale Quellen (Frauen: 9%, Männer: 13%) – dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass es seit 2002 rund der Hälfte der Befragten gelingt, sich ausschließlich über legale Mittel zu finanzieren.

Insgesamt geben die im Jahr 2012 Befragten einen wöchentlichen Durchschnittsverdienst von 519 Euro an. Mit 626 Euro pro Woche stehen den befragten Frauen dabei aktuell durchschnittlich deutlich mehr finanzielle Mittel zur Verfügung als den befragten Männern (463 Euro). Mit 587 Euro gegenüber 388 Euro geben die Frauen jedoch im Schnitt auch wesentlich mehr Geld pro Woche für Drogen aus – in beiden Fällen erreichen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern auch statistische Signifikanz. Mit 96% erreicht der Anteil der Ausgaben für Drogen am gesamten Einkommen 2012 den bislang höchsten Wert bei den Frauen.

4.2 Substanzkonsum

4.2.1 Lifetime-Konsum

Wie in sämtlichen Vorjahren offenbaren sich bei der Frage, welche Substanzen die Befragten in ihrem Leben bereits mindestens einmal konsumiert haben, für die meisten abgefragten legalen und illegalen Substanzen hohe Anteile an Konsumerfahrungen (s. Tab. 8).

Nikotin wurde von nahezu allen Befragten schon mindestens einmal konsumiert. Nur geringfügig niedriger, mit jeweils über 90%, sind die Werte in absteigender Reihenfolge für Heroin und Crack, Kokain, Alkohol sowie Cannabis. 78% der Befragten haben Konsumerfahrungen mit Speed, 72% haben schon einmal Benzodiazepine und 71% schon einmal Ecstasy konsumiert. Gut die Hälfte der Befragten hat Gebrauchserfahrungen mit LSD und etwas mehr als zwei Fünftel auch mit Opium. Etwa ebenso viele haben schon einmal psychoaktive Pilze probiert. Erfahrungen mit dem intravenösen Konsum haben 86%.

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Nikotin	99	99	99	99	100	100	100	99	n.s.
Heroin	99	93	98	99	99	99	99	97	*
Crack	41	96	97	95	93	93	97	97	***
Kokain	99	95	99	99	98	99	97	96	n.s.
Alkohol	97	98	97	99	98	99	97	95	n.s.
Cannabis	99	97	95	96	98	97	97	92	*
Speed	79	73	72	79	83	82	78	79	n.s.
Benzodiazepine ^b	a	84	91	85	85	92	89	76	**
Ecstasy	33	45	44	57	59	67	59	71	***
LSD	81	63	63	65	55	65	62	53	***
Opium	68	51	55	52	54	54	54	43	**
Psychoaktive Pilze	a	47	37	33	35	44	45	42	n.s.
Methadon (nicht verschrieben)	a	a	a	a	a	62	45	45	**
Buprenorphin (nicht verschrieben)	a	a	a	a	a	41	31	35	n.s.
intravenöser Konsum	a	91	91	95	87	93	88	86	n.s.

^a keine Daten verfügbar

^b bis 2003: "nicht verschriebene Medikamente"

Für eine Reihe der abgefragten Substanzen zeigen sich im Turnusvergleich statistisch signifikante Änderungen der Lifetime-Prävalenz (s. Tab. 8). Im Fall von Heroin ist dies einzig auf den „Ausreißer“ im Jahr 2002 zurückzuführen. Bei Cannabis ist die Lifetime-Prävalenz tendenziell etwas zurückgegangen; in der aktuellen Erhebung zeigt sich der niedrigste Stand aller Befragungen. Für LSD lag der Anteil an Konsumerfahrenden in der Ersterhebung noch deutlich höher als in den nachfolgenden Befragungen, für die dann eher uneinheitlich schwankende Werte festzustellen sind. Auch die Lifetime-Prävalenz für Opium hat sich im Vergleich zur Ersterhebung recht deutlich reduziert. 2012 ist der Wert noch einmal um weitere elf Prozentpunkte zurückgegangen. Umgekehrt ist die Lifetime-Prävalenz für Ecstasy im Beobachtungszeitraum signifikant angestiegen. Für Crack ist lediglich in der Anfangserhebung 1995 eine deutlich niedrigere Lifetime-Prävalenz als in den übrigen Erhebungen festzustellen. Bei Benzodiazepinen schließlich lässt sich für die Jahre 2002 bis 2010 kein einheitlicher Trend beobachten, in der aktuellen Erhebung ist aber ein vergleichsweise deutlicher Rückgang der Lifetime-Prävalenz zu beobachten, so dass sich 2012 der niedrigste Wert aller Erhebungen zeigt.

Im Jahr 2008 erstmals abgefragt wurde der Konsum von nicht verschriebenen Substitutionsmitteln. Aktuell geben 45% der Befragten an, dass sie mindestens einmal im Leben nicht verschriebenes Methadon konsumiert haben. Dieser Wert ist identisch mit dem des Jahres 2010, so dass sich insgesamt der Rückgang der Lifetime-Prävalenz von nicht verschriebenem Methadon gegenüber 2008 (62%) bestätigt. Gut ein Drittel der Befragten hat Konsumerfahrungen mit nicht verschriebenem Buprenorphin (in der Regel Subutex®). Insgesamt haben 51% mindestens einmal in ihrem Leben ein nicht verschriebenes Substitutionsmittel konsumiert.

Der Erstkonsum findet im Fall von Nikotin und Alkohol durchschnittlich im Alter von rund 13 Jahren statt, der von Cannabis mit etwa 15 Jahren. Andere illegale Drogen werden im Schnitt das erste Mal zwischen 17 und Anfang 20 Jahren genommen. Das Durchschnitts-

alter für den erstmaligen Konsum irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis liegt aktuell bei 17,8 Jahren. Durchschnittlich mit 23,2 Jahren und damit rund fünf Jahre später konsumierten die Befragten Drogen erstmals intravenös (s. Tab. 9).

Tabelle 9: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert^a) nach Jahr der Befragung

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Nikotin	12,4	12,6	13,4	13,1	12,9	12,8	12,9	12,7	n.s.
Alkohol	13,3	13,7	13,9	13,1	13,2	13,4	13,4	13,5	n.s.
Cannabis	14,8	16,1	16,0	15,5	15,2	15,2	15,3	15,1	n.s.
LSD	16,9	18,3	18,5	18,2	17,4	18,0	18,0	17,5	**
Speed	19,4	20,4	20,0	20,3	18,7	19,8	18,9	18,3	*
Ecstasy	23,7	22,6	23,6	21,4	21,1	19,4	19,1	18,9	***
Kokain	20,2	21,4	21,0	20,8	20,3	19,9	20,5	19,8	n.s.
Heroin	18,4	21,2	20,6	20,1	20,6	19,9	21,3	21,5	**
Crack	26,5	29,1	29,0	28,1	26,8	26,6	27,2	27,4	n.s.
Benzodiazepine	c	c	c	c	c	c	c	25,4	n.s.
„harte“ Drogen ^b insgesamt	16,5	18,7	18,5	18,3	17,9	17,5	17,9	17,8	n.s.
intravenöser Konsum	c	22,3	22,9	21,6	22,0	21,2	22,9	23,2	n.s.

^a bezogen auf diejenigen mit Konsumerfahrungen

^b als „harte Drogen“ gelten hier: Ecstasy, LSD, Speed, Kokain, Crack und Heroin

^c keine Daten verfügbar

Dass Crack mit aktuell 27,4 Jahren durchschnittlich einige Jahre später als alle anderen „harten Drogen“ konsumiert wird, dürfte nach wie vor damit zu begründen sein, dass das Kokainderivat erst seit Ende der 1990er Jahre eine nennenswerte Verbreitung in der Frankfurter Szene erfahren hat, also zu einem Zeitpunkt, zu dem ein nicht unwesentlicher Teil der Befragten bereits über mehrjährige Erfahrungen mit „harten Drogen“ verfügte. Das 2012 erstmal erhobene Einstiegsalter für den Konsum von Benzodiazepinen liegt mit durchschnittlich 25,4 Jahren ebenfalls vergleichsweise hoch, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass diese Substanzen oftmals als Ergänzung bereits entwickelter intensiver Konsummuster dienen, um beispielsweise die euphorisierende Wirkung von Opiaten zu steigern oder die unangenehmen Wirkungen von Stimulanzien zu mindern.

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

Die durchschnittliche Dauer der Erfahrungen mit „harten Drogen“ hat sich seit 1995 (14,1 Jahre) nahezu kontinuierlich erhöht und erreicht in der aktuellen Befragung mit 19,3 Jahren nach 2010 den zweithöchsten Wert (2002: 16 Jahre, 2003: 17,9 Jahre, 2004: 16,8 Jahre, 2006: 17,8 Jahre, 2008: 18,2 Jahre, 2010: 20,3 Jahre). Die in den Vorjahren zu beobachtende Tendenz bezüglich einer zunehmenden Dauer der „Drogenkarriere“ hat sich damit im aktuellen Berichtsjahr nicht weiter fortgesetzt.

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

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

Bei der 12-Monats-Prävalenz (s. Tab. 10) zeigt sich zunächst, dass der Konsum von Crack, Heroin, Alkohol, Cannabis, Kokain und Benzodiazepinen einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Hingegen erhält der Gebrauch von psychoaktiven Pilzen, LSD, Ecstasy, Opium und Speed, trotz der relativ hohen Lifetime-Prävalenzraten (s. 4.2.1), eine nur untergeordnete Bedeutung – bei den meisten Befragten liegt der Letztkonsum dieser Drogen schon viele Jahre zurück. Weitere 23% haben in den letzten 12 Monaten nicht verschriebenes Methadon und 21% Buprenorphin konsumiert.

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Crack	31	94	92	92	89	89	89	89	***
Heroin	97	81	83	91	90	94	89	88	***
Alkohol	79	69	72	78	70	75	73	75	n.s.
Cannabis	85	70	67	74	69	69	69	62	**
Kokain	93	52	45	49	62	69	51	62	***
Benzodiazepine ^b	a	52	64	71	69	81	75	52	***
Speed	15	9	10	17	14	17	10	15	n.s.
Opium	19	7	4	12	5	11	9	11	**
Ecstasy	7	5	10	11	6	11	6	8	n.s.
psychoaktive Pilze	a	5	5	1	3	4	2	4	n.s.
LSD	7	4	3	4	1	3	2	4	**
Methadon (nicht verschrieben)	a	a	a	a	a	23	17	23	n.s.
Buprenorphin (nicht verschrieben)	a	a	a	a	a	11	13	21	*

^a keine Daten verfügbar

^b bis 2003: "nicht verschriebene Medikamente"

Signifikante Veränderungen der 12-Monats-Prävalenz lassen sich einerseits für Heroin beobachten, dessen Kennzahl sich nach dem sehr hohen Wert aus dem Jahr 1995 und den vergleichsweise niedrigen Werten 2002 und 2003 seit 2004 auf rund 90% eingependelt hat. Unverändert ist seit 2006 die 12-Monats-Prävalenz von Crack, die 1995 noch deutlich niedriger war. Nachdem zwischen 2002 und 2008 ein deutlicher Anstieg der 12-Monats-Prävalenz von Benzodiazepinen zu beobachten war, hat sich die Entwicklung aus dem Jahr 2010 bezüglich eines zurückgehenden Konsums aktuell bestätigt; der entsprechende Anteil ist noch einmal sehr deutlich um 23 Prozentpunkte gesunken. Diese Veränderung kann wohl im Wesentlichen darauf zurückgeführt werden, dass Flunitrazepam (Rohypnol[®]), die in der Frankfurter Drogenszene bislang vermutlich meist konsumierte Substanz dieser Stoffgruppe, Ende 2011 ausnahmslos dem BtMG unterstellt wurde (zuvor hatten noch Ausnahmen für niedrig dosierte Präparate bestanden). Es ist anzunehmen, dass Flunitrazepam infolge dessen zum einen schwerer erhältlich ist, zum anderen aber auch eine Preissteigerung auf dem Schwarzmarkt stattgefunden hat und die Konsumierenden insofern entweder auf andere

Substanzen aus dieser Stoffgruppe umgestiegen sind oder aber den Konsum von Benzodiazepinen reduziert oder ganz beendet haben. Dies wird auch durch die 2012 zusätzlich in den Fragebogen aufgenommene Frage danach, welche Benzodiazepine die Interviewten bei der letzten Konsumsituation zu sich genommen haben, bestätigt: Lediglich 28% geben hier Flunitrazepam an; 58% haben Diazepam und 14% andere Benzodiazepine konsumiert¹⁰.

Für Cannabis ist im Turnusverlauf ein tendenziell etwas rückläufiger Konsum festzustellen. Im Falle von Kokain sind die Entwicklungen der 12-Monats-Prävalenz nach dem deutlichen Rückgang zwischen 1995 und 2002 eher uneinheitlich. Ebenfalls keine klaren Trends lassen sich, trotz der signifikanten Änderungen, für Opium und LSD ablesen (s. Tab. 10).

Anhand der 12-Monats-Prävalenzwerte lässt sich erkennen, dass außer Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack sowie eingeschränkt nicht verschriebenen Substitutionsmitteln keine weiteren Drogen eine wesentliche Rolle im Drogengebrauchsverhalten der Befragten einnehmen. Die weitere Darstellung der 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzwerte beschränkt sich daher auf diese Substanzen. Die entsprechenden Ergebnisse sind in Tabelle 11 zusammengefasst.

63% der Befragten haben in den letzten 30 Tagen und 43% in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken. Für beide Kennzahlen lassen sich über den gesamten Erhebungszeitraum keine signifikanten Änderungen feststellen, wenngleich die Alkohol-24-Stunden-Prävalenz seit 2008 angestiegen, die 30-Tages-Prävalenz jedoch zurückgegangen ist. Bei der 30-Tages-Prävalenz von Cannabis liegt der Ausgangswert aus dem Jahr 1995 über denen der folgenden Erhebungen; seither lässt sich keine klare Entwicklung beobachten (aktuell: 55%). Die Cannabis-24-Stunden-Prävalenz ist gegenüber 2010 um zehn Prozentpunkte angestiegen und erreicht, nach 1995, mit 27% den zweithöchsten Wert aller Erhebungen; die Veränderung ist allerdings statistisch nicht signifikant.

Nachdem die 30-Tages-Prävalenz von Benzodiazepinen zwischen 2002 und 2008 sehr deutlich auf 77% angestiegen war, ist aktuell ein starker Gegentrend mit einem Rückgang des Konsums auf 41% zu beobachten. Eine vergleichbare Entwicklung zeigt sich für die 24-Stunden-Prävalenz: Diese hatte sich in den Vorjahren auf 47% erhöht, in der aktuellen Befragung geben mit 21% nur noch weniger als halb so viele Befragte an, innerhalb der letzten 24 Stunden Benzodiazepine konsumiert zu haben. Diese Veränderung ist wiederum vermutlich in erheblichem Maße mit der bereits erwähnten Veränderung der Gesetzeslage bezüglich Flunitrazepam zu erklären.

Wieder etwas erhöht hat sich die Bedeutung von (Pulver-)Kokain: Die 30-Tages-Prävalenz ist nach dem relativ deutlichen Rückgang in der vorangehenden Erhebung wieder um 15 Prozentpunkte auf aktuell 45% angestiegen, und auch die 24-Stunden-Prävalenz hat sich gegenüber 2010 wieder leicht erhöht. Die Verbreitung der Droge bewegt sich damit wieder auf einem vergleichbaren Niveau wie in den Jahren 2006 und 2008, erreicht jedoch bei weitem nicht das Ausmaß, das Mitte der 1990er Jahre vor dem Aufkommen von Crack in der Frankfurter Szene beobachtet wurde (s. Tab. 11).

¹⁰ Diese Prozentwerte beziehen sich allerdings auf eine kleine Teilstichprobe von 43 Personen (29% der Stichprobe), die aktuell Benzodiazepine konsumieren und bei dieser Frage eine Angabe gemacht haben.

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

		1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
30-Tages-Prävalenz	Alkohol	67	61	62	65	56	68	65	63	n.s.
	Cannabis	71	59	56	65	51	59	55	55	*
	Heroin	93	73	78	83	87	88	84	80	***
	Benzodiazepine ^b	a	47	56	63	61	77	68	41	***
	Kokain	89	36	30	25	45	49	30	45	***
	Crack	8	90	91	89	85	83	85	86	***
	Methadon ^c	a	a	a	a	a	12	9	12	n.s.
	Buprenorphin ^c	a	a	a	a	a	5	6	7	n.s.
24-Stunden-Prävalenz	Alkohol	43	39	39	37	31	33	38	43	n.s.
	Cannabis	31	26	21	26	21	23	17	27	n.s.
	Heroin	85	58	57	59	63	71	66	68	***
	Benzodiazepine ^b	a	30	27	35	29	47	47	21	***
	Kokain	79	9	9	4	16	11	7	11	***
	Crack	3	79	61	62	65	59	64	75	***
	Methadon ^c	a	a	a	a	a	3	1	3	n.s.
	Buprenorphin ^c	a	a	a	a	a	1	0	1	n.s.

^a keine Daten verfügbar

^b bis 2003: "nicht verschriebene Medikamente"

^c nicht verschrieben

Wie anhand der 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen abzulesen ist, nehmen Heroin und Crack nach wie vor die mit Abstand wichtigste Rolle in den Drogengebrauchsmustern der Szenemitglieder ein. Im Jahr 2012 liegt erstmals seit 2004 sowohl die 30-Tages- als auch die 24-Stunden-Prävalenz von Crack über der von Heroin (30 Tage: 86% vs. 80%; 24 Stunden: 75% vs. 68%). Zum einen resultiert dies daraus, dass sich der im Jahr 2010 zu beobachtende Trend eines rückläufigen Heroinkonsums, zumindest bezogen auf die vergangenen 30 Tage, aktuell fortgesetzt hat, während diese Kennzahl bei Crack nahezu unverändert ist. Zum anderen hat sich die 24-Stunden-Prävalenz von Crack, nach dem bereits zu beobachtenden Anstieg von 2008 auf 2010, im Jahr 2012 noch einmal deutlich auf derzeit 75% erhöht. Insgesamt liegt dieser Wert nur wenige Prozentpunkte unter der hohen Kennzahl des Jahres 2002 und höher als in allen anderen Befragungen. Die 24-Stunden-Prävalenz von Heroin ist hingegen im Vergleich zur vorangehenden Erhebung aktuell nur um zwei Prozentpunkte auf 68% gestiegen. Wenngleich signifikant, sind die Entwicklungen für den Konsum des Opiats innerhalb der letzten 24 Stunden, nach dem hohen Anfangswert aus dem Jahr 1995, eher uneinheitlich.

Nicht verschriebene Substitutionsmittel spielen für den aktuellen Konsum nur bei einem kleinen Teil der Szeneangehörigen eine Rolle: Lediglich 12% haben in den letzten 30 Tagen nicht verschriebenes Methadon und 7% nicht verschriebenes Buprenorphin konsumiert. Bezogen auf die letzten 24 Stunden haben aktuell lediglich 3% illegal erworbenes Methadon und 1% Buprenorphin ohne Verschreibung zu sich genommen (s. Tab. 11). Diese Zahlen deuten darauf hin, dass vermutlich ein gewisser, wenn auch geringer Anteil der Szene in

‚Notsituationen‘ auf illegal gehandelte Substitutionsmittel zurückgreift. Ein regelmäßiger bzw. alltäglicher Konsum dieser Substanzen ohne Verschreibung scheint hingegen nach wie vor auf Einzelfälle beschränkt zu sein.

Im gesamten, nunmehr 17-jährigen Beobachtungszeitraum (1995 bis 2012) sind in Bezug auf die aktuellen Drogengebrauchsmuster eine Reihe von Veränderungen zu beobachten. Neben der auffälligen Veränderung zwischen 1995 und 2002, als Crack das Kokainpulver innerhalb der Szene nahezu vollständig ersetzte, betrifft dies unter anderem die Verbreitung von Heroin, die Anfang des letzten Jahrzehnts zunächst deutlich zurückging, um dann wieder – vermutlich im Zusammenhang mit der Marktlage – relativ klar anzusteigen. In den letzten beiden Erhebungen ist aber, zumindest bezogen auf den aktuellen Konsum innerhalb der letzten 30 Tage, wieder eine rückläufige Entwicklung zu beobachten. Auffällig sind auch die Veränderungen bei Benzodiazepinen, deren Konsum sich bis 2008 deutlich gesteigert hatte, insbesondere aber in der aktuellen Befragung – wohl vor allem aufgrund von Veränderungen der Gesetzeslage – wieder relativ deutlich zurückgegangen ist.

Was die Entwicklungen bei Kokain und Crack betrifft, so ist nach wie vor ebenfalls auf die Marktlage zu verweisen. Kokainpulver scheint in der Straßenszene nach wie vor vergleichsweise schwer erhältlich; der sceneinterne Markt für Kokainprodukte wird weiterhin von Crack dominiert. Damit lassen sich unter anderem die nach wie vor vergleichsweise niedrigen Zahlen für den aktuellen Konsum von Pulverkokain erklären. Insgesamt gesehen, sind die 24-Stunden-Prävalenzraten von Kokainprodukten (Kokainpulver und/oder Crack) im Erhebungszeitraum zunächst signifikant gesunken: von 79% bzw. 80% (1995/2002) auf 62% (2003/2004), 67% (2006) und 60% im Jahr 2008. Im Jahr 2010 hatte sich dieser Wert dann wieder auf 67% erhöht und ist in der aktuellen Befragung, teils aufgrund des leicht gestiegenen Kokainpulver-Konsums, vor allem aber aufgrund des erhöhten Crackkonsums, noch einmal relativ deutlich auf 76% angewachsen (***)¹¹. Die Zahl derjenigen, die in den letzten 30 Tagen Kokain und/ oder Crack konsumiert haben, hat sich hingegen kaum verändert (1995: 89%, 2002: 91%, 2003: 92%, 2004: 90%, 2006: 87%, 2008: 88%, 2010: 89%, 2012: 87%). Insofern nehmen Kokainprodukte für den aktuellen Konsum einen nahezu unverändert bedeutsamen Stellenwert ein, der tägliche Konsum ist jedoch nach dem Rückgang zwischen 2002 und 2008 in den beiden letzten Erhebungen wieder angestiegen.

Betrachtet man abschließend die Entwicklungen unter dem übergreifenden Aspekt des multiplen Konsums, so lassen sich keine signifikanten Veränderungen beobachten. Bei allen acht Befragungen haben die Interviewten in den zurückliegenden 30 Tagen durchschnittlich rund vier Substanzen (1995: 3,5; 2002: 4,1; 2003/2006: 4,0; 2004: 4,3; 2008: 4,5; 2010: 4,1; 2012: 4,1) und in den letzten 24 Stunden jeweils etwas mehr als zwei Substanzen konsumiert (1995/2002: 2,4; 2003: 2,1; 2004/2006: 2,3; 2008: 2,5; 2010: 2,4, 2012: 2,5)¹¹. Die bei den einzelnen Drogen festzustellenden Veränderungen gehen somit nicht mit Veränderungen im Ausmaß des multiplen Konsums einher.

¹¹ Seit 2008 inklusive nicht verschriebenem Methadon und nicht verschriebenem Buprenorphin (Subutex®)

4.2.3 Konsumintensität

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

Die Angaben zur Konsumhäufigkeit werden dabei 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.

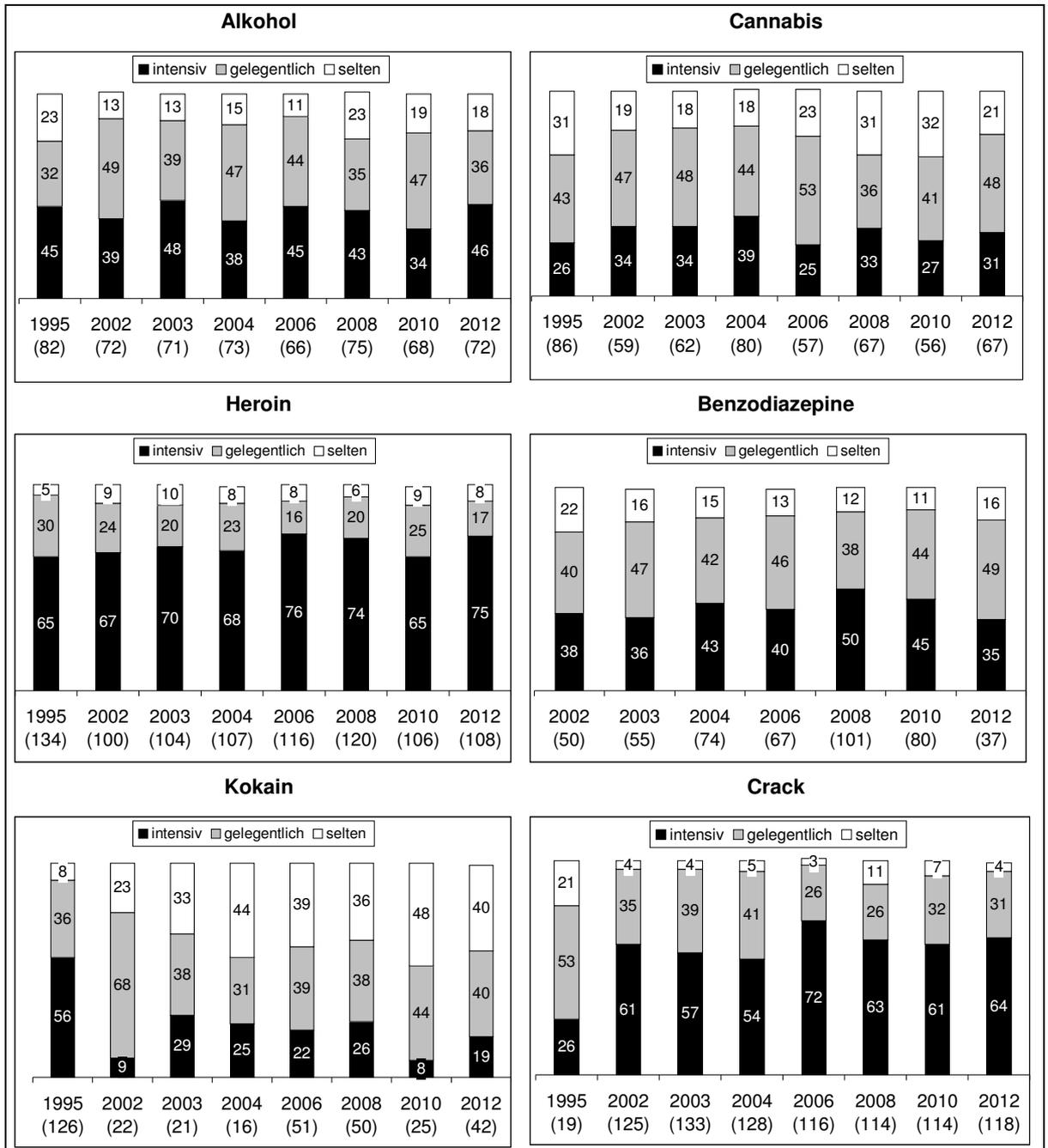
Für Alkohol, Cannabis, Heroin und Benzodiazepine lassen sich im Turnusvergleich weiterhin keine signifikanten Veränderungen der Konsumhäufigkeit beobachten. Trotz gewisser Schwankungen können über die Erhebungen hinweg jeweils rund 40% derjenigen, die in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken haben, als Intensivkonsument(inn)en gelten, während die anderen gelegentlich oder selten trinken. Etwas deutlicher – wenngleich ebenfalls nicht signifikant – sind die Schwankungen bei der Konsumintensität von Cannabis; aktuell konsumiert nahezu ein Drittel täglich Haschisch oder Marihuana. Wieder etwas reduziert hat sich gegenüber den letzten beiden Erhebungen der Anteil derer, die selten Cannabis konsumieren, während sich der Anteil der gelegentlich Konsumierenden parallel dazu erhöht hat (Abb. 5).

Der höchste Anteil an Intensivkonsument(inn)en ist mit aktuell drei Vierteln nach wie vor bei Heroin festzustellen. Im Vergleich zur vorangehenden Erhebung hat sich dieser Wert wieder etwas erhöht und liegt damit auf einem vergleichbaren Niveau wie in den Jahren 2006 und 2008. Der (nahezu) tägliche Konsum von Benzodiazepinen hat sich hingegen seit 2008 relativ deutlich reduziert und erreicht im Turnusvergleich mit aktuell 35% den niedrigsten Wert. Über den gesamten Beobachtungszeitraum gesehen sind diese Veränderungen allerdings statistisch nicht signifikant. Es ist indes zu beachten, dass zusätzlich auch die Anzahl derer, die derartige Stoffe überhaupt im letzten Monat konsumiert haben, klar – um mehr als die Hälfte – zurückgegangen ist (s. 4.2.2). Berechnet man den Anteil der laut eigener Angabe täglichen Benzodiazepin-Konsument(inn)en in der gesamten Stichprobe, so ist dieser seit 2008 von 34% auf aktuell 9% zurückgegangen.

Statistisch signifikante Veränderungen zwischen den Erhebungen lassen sich für die Konsumhäufigkeit von Kokain und Crack beobachten, wobei die Signifikanz in erster Linie auf die Veränderungen zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen ist. Im Falle von Kokain hatte sich sowohl der Gesamtanteil der aktuellen Konsument(inn)en als auch der Anteil der intensiv Konsumierenden in diesem Zeitraum drastisch reduziert, während für Crack eine umgekehrte Entwicklung festzustellen ist. Was die Veränderungen in den dann folgenden Befragungen betrifft, so zeigt sich für Kokainpulver, dass der intensive Konsum (innerhalb der wiederum gewachsenen Gruppe der aktuell Konsumierenden) 2003 wieder angestiegen war und in den Folgejahren auf einem vergleichbaren Niveau verblieb. Im Jahr 2010 sank

dann die Kennzahl für den intensiven Kokainkonsum auf den niedrigsten Stand aller Erhebungen, hat sich aktuell aber wieder auf 19% erhöht.

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



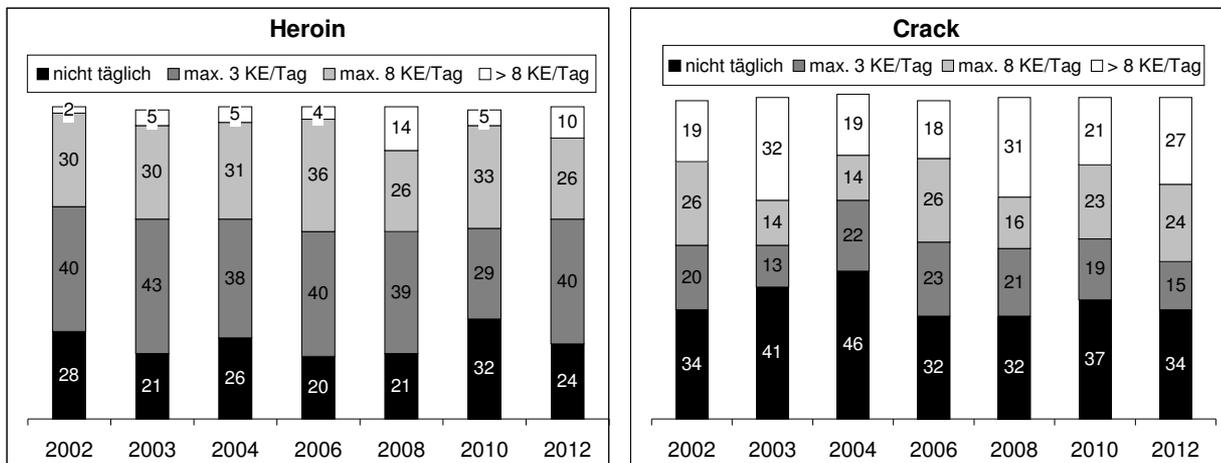
Für Crack lassen sich indes nur noch relativ geringe Schwankungen nach dem klaren Anstieg des monatlichen Konsums wie auch des Intensivkonsums von 1995 auf 2002 beobachten. In der Erhebung 2006 war zwar der Anteil intensiv Konsumierender innerhalb der etwas kleiner gewordenen Gruppe der aktuellen Konsument(inn)en angestiegen, was als Indiz für eine gewisse „Polarisierung“ bezüglich des Crack-Konsums in der Szene gewertet werden kann, diese Tendenz hatte sich in den beiden folgenden Befragungen allerdings nicht weiter

fortgesetzt. Im aktuellen Berichtsjahr lässt sich, im Einklang mit der gestiegenen 24-Stunden-Prävalenz von Crack (s. 4.2.2.), eine geringfügige Erhöhung der Anzahl an Konsumierenden sowie des Anteils an Intensivkonsumierenden beobachten (s. Abb. 5).

Anhand der dargestellten Daten lässt sich festhalten, dass Heroin und Crack nicht nur bei der Betrachtung der generell konsumierten Drogen, sondern auch im Hinblick auf die Anteile täglicher Konsument(inn)en nach wie vor dominieren. Mit 75% (Heroin) und 64% (Crack) hat sich der Abstand zwischen den entsprechenden Anteilen aber wieder etwas vergrößert. Interessanterweise zeigt sich bei der 24-Stunden-Prävalenz (s. 4.2.2) ein nahezu umgekehrtes Verhältnis.

Um die Konsummuster beider Substanzen einer genaueren Analyse unterziehen zu können, wurde für die aktuell Konsumierenden zusätzlich zur Konsumhäufigkeit auch die Konsumintensität, d.h. die Anzahl der Konsumeinheiten, erhoben¹². Die Angaben wurden kategorisiert, wobei vier Gruppen entsprechend der berichteten Konsumhäufigkeit gebildet wurden: 1. eine Gruppe mit nicht täglichem Konsum, 2. eine Gruppe mit einem Konsum von maximal drei Einheiten pro Tag, 3. eine Gruppe mit deutlich höher dosiertem Konsum von maximal acht Konsumeinheiten täglich und schließlich 4. eine Gruppe mit exzessivem Konsum von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag. Wie in den vorherigen Befragungen sind dabei deutliche Unterschiede in den Konsummustern von Heroin und Crack abzulesen (s. Abb. 6).

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



Bei Heroin stellen nun wieder diejenigen, die ein bis drei Konsumeinheiten pro Tag konsumieren, die größte Gruppe dar, nachdem diese in der letzten Befragung noch etwas kleiner war. In allen anderen Erhebungen zuvor wurde indes ein vergleichbarer oder identischer Anteil wie 2012 erreicht. Aktuell konsumiert jeweils rund ein Viertel Heroin entweder nicht täglich oder zwischen drei- und achtmal am Tag. Jede(r) Zehnte kann als exzessiver Heroinkonsument(in), mit einem Gebrauch von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag, gelten. Im Turnusvergleich liegt damit der Anteil an exzessiven Heroinkonsument(in)en vergleichsweise hoch, lediglich 2008 konnte diesbezüglich ein größerer Anteil beobachtet werden. Gleichzei-

¹² Angaben zur Anzahl der Konsumeinheiten liegen für 1995 nicht vor, die Analyse beschränkt sich somit auf die Jahre 2002 bis 2010.

tig hat sich der Anteil an Personen, die maximal achtmal pro Tag Heroin konsumieren, gegenüber 2010 verringert, und erreicht damit, gemeinsam mit 2008, den niedrigsten Stand aller Erhebungen. Trotz eines erhöhten Anteils an exzessiv Konsumierenden und eines geringeren Anteils an nicht täglich Konsumierenden deuten die Beobachtungen insgesamt auf tendenziell moderatere Heroin-Gebrauchsmuster in den letzten beiden Erhebungsjahren hin: So hat sich einerseits der Anteil an Befragten, die häufiger als dreimal täglich Heroin konsumieren, auf insgesamt 36% reduziert, andererseits ist der Anteil derer, die nicht täglich oder maximal dreimal pro Tag Heroin zu sich nehmen, auf 64% angewachsen. Allerdings weisen sämtliche berichteten Veränderungen keine statistische Signifikanz auf.

Letzteres gilt auch für die Konsumintensität von Crack. Mit aktuell 34% bilden nach wie vor die nicht täglichen Konsument(inn)en die größte Gruppe; gleichzeitig nimmt mit 27% aber auch ein relativ großer Teil mehr als achtmal pro Tag Crack zu sich. Im Vergleich zu Heroin sind damit deutlich mehr Crackkonsumierende entweder exzessive Gebraucher(inn)en oder gelegentliche Konsument(inn)en. Entsprechend fallen die beiden mittleren Gruppen deutlich kleiner als bei Heroin aus. Die in der vorangehenden Erhebung beobachtete Tendenz hin zu moderateren Crack-Konsummustern hat sich im aktuellen Berichtsjahr nicht fortgesetzt: Nicht nur ist die Gruppe der exzessiv Konsumierenden wieder angewachsen, gleichzeitig haben sich auch die Anteile der nicht täglichen sowie moderat (max. dreimal pro Tag) Konsumierenden verringert (Abb. 6). Über den gesamten Erhebungsturnus zeigen sich hinsichtlich der Konsumintensität Schwankungen in beide Richtungen.

Insgesamt unterscheidet sich somit die Konsumintensität beider Substanzen nach wie vor insofern, als für Crack im Vergleich zu Heroin eine stärker ‚polarisierende‘ Verteilung – mit sowohl höheren Anteilen für einen nicht täglichen als auch exzessiven Konsum – zu beobachten ist. Die Beobachtung aus dem vorhergehenden Berichtsjahr bezüglich einer tendenziellen Angleichung der Verteilungsmuster hat sich in der aktuellen Erhebung nicht fortgesetzt.

In der aktuellen Befragung wurde erstmals auch die Konsumhäufigkeit von Benzodiazepinen erfasst. Die Konsumierenden wurden hierfür ebenfalls in vier Gruppen eingeteilt, jedoch wurde eine andere Kategorisierung gewählt: Neben den 1. nicht täglichen Konsument(inn)en, wurde 2. eine Gruppe mit einem Konsum von maximal zwei Konsumeinheiten pro Tag, 3. eine Gruppe mit maximal vier Konsumeinheiten pro Tag und 4. eine Gruppe mit mehr als vier Konsumeinheiten pro Tag gebildet. Im Ergebnis zeigt sich, dass zwei Drittel der aktuellen Konsument(inn)en Benzodiazepine nicht täglich zu sich nehmen, 11% konsumieren maximal zweimal und 18% maximal viermal am Tag. Lediglich 5% (n=2) nehmen häufiger als viermal täglich Benzodiazepine zu sich.

4.2.4 Applikationsformen

Die Applikationsformen von Heroin, Kokain und Crack werden seit 2002 detailliert erhoben. Dabei werden die Interviewten jeweils nach ihrer bevorzugten Konsumform gefragt, wobei sie auch die Kombination von Applikationsformen angeben können. Die Applikationsform von Benzodiazepinen wird ebenfalls seit 2002 erhoben; Bis 2010 wurde jedoch, im Unterschied zu den drei anderen Substanzen, nicht nach der *bevorzugten* Applikation gefragt, sondern

danach, ob diese Substanzen *mindestens einmal pro Woche* intravenös konsumiert werden. Erst im aktuellen Berichtsjahr wurde die Erfassung der Benzodiazepin-Konsumformen der von Heroin, Kokain und Crack angeglichen, so dass Tabelle 12 dementsprechend nur Werte für das Jahr 2012 enthält.

Im Turnusvergleich sind für Heroin, Kokain und Crack diverse signifikante Veränderungen zu beobachten (s. Tab. 12). Im Fall von Heroin lässt sich über den Erhebungsverlauf hinweg eine insgesamt signifikant rückläufige Tendenz für den intravenösen Konsum feststellen. Aktuell wird mit 74% der aktuellen Konsument(inn)en, die Heroin überwiegend oder ausschließlich injizieren, der mit Abstand niedrigste Wert aller Befragungen erreicht. Gleichzeitig hat sich insbesondere der Anteil für den nasalen Gebrauch, aber auch der Wert für den Rauchkonsum noch einmal leicht erhöht.

Die signifikante Veränderung bei der Applikation von Kokain (das 2012 wieder von einer deutlich größeren Anzahl der Befragten aktuell konsumiert wird) ist auf die Entwicklungen beim nasalen und intravenösen Konsum zurückzuführen: Während der Spritzkonsum nach 2002 deutlich angestiegen und der nasale Gebrauch parallel dazu klar zurückgegangen war, und sich in den Folgejahren an dieser Verteilung nur wenig geändert hatte, ist in der aktuellen Erhebung wieder ein deutlicher Rückgang der intravenösen Konsumform und gleichzeitig ein bemerkenswerter Anstieg des nasalen Konsums zu verzeichnen.

Im Jahr 2012 geben 39% der Befragten an, Crack ausschließlich zu rauchen, 18% injizieren die Substanz ausschließlich und 43% konsumieren das Kokainderivat sowohl intravenös als auch inhalativ. Im Turnusvergleich lässt sich dabei beobachten, dass sich der ausschließliche Rauchkonsum, nach einem vergleichsweise deutlichen Anstieg im Jahr 2003, bis 2010 reduziert hatte, aktuell aber wieder um acht Prozentpunkte angewachsen ist. Demgegenüber ist der ausschließlich intravenöse Konsum, nach dem sprunghaften Anstieg 2006, wieder kontinuierlich zurückgegangen. Mit aktuell 82% ist auch insgesamt der Anteil derer, die das Kokainderivat überhaupt rauchen, nach dem klaren Rückgang in der Befragung 2006 wieder kontinuierlich angestiegen, während sich der generelle intravenöse Konsum von Crack über den Erhebungszeitraum hinweg nicht signifikant geändert hat. Insgesamt haben sich die praktizierten Crack-Applikationsformen damit weiter zugunsten des Rauchkonsums, der nun relativ deutlich die am häufigsten praktizierte Konsumform ist, verschoben.

Was schließlich die Applikationsform von Benzodiazepinen betrifft, so zeigt sich, dass mit gut zwei Dritteln die überwiegende Mehrheit der Befragten die Medikamente meistens oral zu sich nimmt. Knapp ein Viertel konsumiert die Substanzen überwiegend intravenös (s. Tab. 12). Wird der gesamte Anteil derer betrachtet, die aktuell angeben, Benzodiazepine zu injizieren (intravenös *plus* intravenös und anderes), so ergibt sich ein Wert von 32%. Verglichen mit den vorangehenden Befragungen, als jedoch nach einem regelmäßigen, d.h. mindestens wöchentlichen i.v. Konsum gefragt wurde, liegt dieser Anteil etwas niedriger. Zwischen 2002 und 2008 war die i.v. Applikation von Benzodiazepinen zunächst sehr deutlich angestiegen (2002: 9%, 2003: 12%, 2004/2006: 35%, 2008: 44%) und hatte sich im Jahr 2010 dann auf 34% reduziert. Trotz der Vergleichsproblematik deuten die Daten zur bevorzugten Einnahmeart darauf hin, dass sich der Trend hinsichtlich eines verminderten Spritzkonsums von Benzodiazepinen in der aktuellen Befragung bestätigt.

Tabelle 12: Applikationsformen von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%)^a nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Heroin (n)	(98)	(99)	(108)	(113)	(116)	(99)	(110)	
intravenös	93	90	84	84	87	81	74	**
nasal	3	7	9	10	9	12	15	
rauchen	4	3	3	4	2	3	5	
intravenös und anderes	0	0	4	2	2	4	5	
Kokain (n)	(18)	(12)	(12)	(37)	(32)	(14)	(46)	
intravenös	72	83	100	89	94	93	72	***
nasal	17	17	0	8	6	0	24	
rauchen	11	0	0	3	0	0	0	
intravenös und anderes	0	0	0	0	0	7	4	
Crack (n)	(125)	(130)	(125)	(115)	(104)	(108)	(125)	
ausschließlich rauchen	29	38	39	37	34	31	39	***
ausschließlich intravenös	23	12	12	33	29	21	18	
rauchen und i. v. - vor allem rauchen	16	23	18	16	17	19	26	
rauchen und i. v. - vor allem i. v.	28	22	22	12	18	19	16	
rauchen und i. v. gleichberechtigt	4	5	9	3	2	9	1	
Crack (Mehrfachnennung)								
intravenös	71	62	61	63	66	69	61	n.s.
rauchen	77	88	88	67	71	79	82	***
Benzodiazepine (n)							(43)	
oral	b	b	b	b	b	b	67	
intravenös	b	b	b	b	b	b	23	
intravenös und anderes	b	b	b	b	b	b	9	

^a bezogen auf diejenigen mit Konsum

^b keine Daten verfügbar

Trotz der Beobachtungen bei den einzelnen Substanzen, die insgesamt auf eine gewisse rückläufige Tendenz beim i.v. Konsum hindeuten, zeigt sich im Turnusvergleich kein signifikanter Rückgang des Anteils derer, die mindestens einmal pro Monat Drogen injizieren (2002/2003: 69%, 2004: 77%, 2006: 71%, 2008: 78%, 2010: 70%, 2012: 69%). Auch die Verbreitung des täglichen i.v. Konsums ist nicht signifikant zurückgegangen (2002/2003: 57%, 2004: 61%, 2006: 57%, 2008: 63%, 2010: 48%, 2012: 51%).

Um genauer untersuchen zu können, warum Crack – eine eigens für den Rauchkonsum aufbereitete Substanz – von einem Großteil der Befragten (auch) injiziert wird, werden die Interviewpartner(innen) seit 2002 zusätzlich nach den Motiven für den intravenösen Crackkonsum gefragt. Wie in den meisten Vorjahren werden diesbezüglich in erster Linie Gründe angeführt, die sich auf eine – tatsächlich oder vermeintlich – bessere bzw. gesteigerte Wirkung beziehen (s. Tab. 13). Im aktuellen Berichtsjahr geben knapp neun von zehn Befragten einen „besseren Kick“ als wesentliches Motiv an. Gut drei Viertel verweisen auf einen „besseren Turn“ im Zusammenhang damit, dass Crack so mit anderen Substanzen gemischt werden kann und knapp zwei Drittel geben an, dass die Injektion dazu diene, „den Stoff am besten auszunutzen“. Die signifikante Veränderung beim Motiv „besserer Kick“ ist auf die

vergleichsweise niedrigen Werte der Jahre 2003 und 2008 zurückzuführen, während sich in allen anderen Erhebungen die Anteile hierfür auf einem vergleichbaren Niveau bewegen.

Tabelle 13: Gründe für den intravenösen Crackkonsum (%)^a nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Spritzen-Feeling	29	43	36	48	26	40	47	*
um den Stoff am besten auszunutzen	57	45	59	63	57	50	64	n.s.
weil kaum/kein Pulver-Kokain zu bekommen ist	67	63	58	52	35	50	33	***
weil Heroin/ spritzbare Drogen teilweise schwer zu bekommen sind	0	4	5	5	10	5	1	n.s.
besserer Kick	94	78	91	90	83	92	89	*
kann es mischen, besserer Turn	65	72	66	71	67	74	76	n.s.
weil die Qualität nicht so gut ist	4	12	17	18	12	33	25	***

^a bezogen auf diejenigen mit intravenösem Crackkonsum

Nahezu die Hälfte der Befragten gibt an, nicht auf das „Spritzen-Feeling“ verzichten zu wollen. Die Nennungen für dieses Motiv sind dabei, nach dem Rückgang im Jahr 2008, aktuell weiter angestiegen. Ein weiteres Drittel gibt die schlechte Verfügbarkeit von Pulverkokain als Grund für den i.v. Crackkonsum an. Hier hat sich die Entwicklung aus der vorangehenden Befragung, als die Nennungen für dieses Motiv deutlich angestiegen waren und sich gleichzeitig die Prävalenz von Kokain reduziert hatte, wieder umgekehrt (s. 4.2.2). Im Turnusvergleich lässt sich damit der insgesamt niedrigste Wert für diese Motiv beobachten (***). Dies korrespondiert mit einem gestiegenen Anteil an Personen, die Kokain als eher leicht verfügbar einschätzen (s. 4.4.3). Bemerkenswert, wenngleich etwas gegenüber 2010 zurückgegangen, ist der weiterhin vergleichsweise hohe Anteil derer, die angeben, Crack zu injizieren, „weil die Qualität nicht so gut ist“: Bis einschließlich 2008 hatte jeweils deutlich weniger als ein Fünftel der Befragten diesen Grund genannt, 2010 gab dann jede(r) Dritte dieses Motiv an, und auch 2012 ist es noch immerhin jede(r) vierte Befragte (***). Diese Veränderung spiegelt aber nur teilweise die Entwicklung bei der Qualitätseinschätzung der Substanz (s. 4.4.3) wider. Zwar hat sich aktuell der Anteil derer, die die Qualität von Crack als schlecht einschätzen, gegenüber der letzten Erhebung wieder reduziert, jedoch wurde bereits 2004 und 2006 von einem vergleichbar großen Anteil wie 2010 die Qualität des Kokainderivats als schlecht bewertet, ohne dass dies mit hohen Anteilen für die Nennung dieses Aspektes als Grund für den i.v. Konsum einherging. Nur selten werden Schwierigkeiten bei der Beschaffung anderer Drogen wie Heroin als Motiv genannt (s. Tab. 13).

4.2.5 Die Konsummuster im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Abschließend werden die im Jahr 2012 beobachteten Konsummuster in der Frankfurter „Drogenszene“ anhand der relevanten Variablen zusammengefasst und auf geschlechtsbezogene Unterschiede hin untersucht. Berücksichtigt werden dabei die 24-Stunden-Prävalenzwerte von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack, die

Angaben zum multiplen Konsum, zur Konsumintensität von Heroin, Crack und Benzodiazepinen sowie die praktizierten Applikationsformen.

Wie in Tabelle 14 abzulesen, nehmen Heroin und Crack für die Konsummuster der im Jahr 2012 Befragten eine dominierende Rolle ein, wenngleich das Kokainderivat wieder relativ deutlich vor Heroin an der Spitze der Rangliste der konsumierten Substanzen liegt – in den letzten 24 Stunden haben drei Viertel der Befragten Crack und gut zwei Drittel Heroin konsumiert. Weitere 43% haben in diesem Zeitraum Alkohol getrunken und etwas mehr als ein Viertel hat Cannabis geraucht. Eine im Vergleich zu den Vorjahren deutlich geringere Rolle nimmt mit nur noch 21% der Konsum von Benzodiazepinen für die aktuellen Gebrauchsmuster der Szenezugehörigen ein. Nach wie vor lassen sich die Drogengebrauchsmuster der Befragten als multipler Konsum charakterisieren: In den letzten 30 Tagen haben die Interviewpartner(innen) durchschnittlich 4,1 Substanzen, in den vergangenen 24 Stunden 2,5 Substanzen zu sich genommen.

Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede zeigen sich für die 24-Stunden-Prävalenz von Cannabis und Benzodiazepinen. Mit 32% gegenüber 16% haben deutlich mehr Männer als Frauen in den zurückliegenden 24 Stunden Cannabis konsumiert, während sich bei Benzodiazepinen (Männer: 15%, Frauen: 34%) ein umgekehrtes Verhältnis zeigt. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der 24-Stunden-Prävalenz von Crack (Männer: 70% vs. Frauen: 84%) erreichen in der aktuellen Erhebung keine statistische Signifikanz. Für alle anderen Substanzen unterscheiden sich die 24-Stunden-Prävalenzraten der Männer und Frauen kaum, wenngleich jeweils geringfügig höhere Anteile an Konsumierenden bei den Frauen festzustellen sind. Die durchschnittliche Anzahl der in den letzten 24 Stunden konsumierten Substanzen liegt bei den weiblichen Befragten aber nur etwas – und nicht signifikant – über dem Wert der befragten Männer. Die Anzahl der im letzten Monat konsumierten Drogen unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern praktisch nicht (s. Tab. 14).

Bei der Konsumintensität verteilen sich die befragten Heroinkonsument(inn)en zu jeweils rund einem Viertel auf die nicht täglichen Konsument(inn)en und die täglich zwischen drei und achtmal Konsumierenden. Zwei von fünf Befragten und damit die Mehrheit weist einen moderaten Heroinkonsum von maximal drei Konsumeinheiten pro Tag auf, während nur 10% das Opiat exzessiv, d.h. häufiger als achtmal pro Tag zu sich nehmen. Im Gegensatz dazu konsumiert mehr als ein Viertel der Crackkonsument(inn)en das Kokainderivat mehr als achtmal täglich, auf der anderen Seite nimmt jedoch auch gut ein Drittel die Substanz nicht täglich zu sich. Für die erstmals erfasste Konsumintensität von Benzodiazepinen lässt sich festhalten, dass zwei Drittel und somit die überwiegende Mehrheit der Konsument(inn)en die Medikamente nicht täglich zu sich nimmt. Insgesamt 29% konsumieren die Substanzen bis zu viermal täglich und nur eine ausgesprochene Minderheit (5%) weist einen intensiven Konsum von mehr als vier Tabletten pro Tag auf.

Tabelle 14: Konsummuster im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede (%)

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
24-Stunden-Prävalenz (%)				
Alkohol	43	43	44	n.s.
Cannabis	27	32	16	*
Heroin	68	68	70	n.s.
Benzodiazepine	21	15	34	**
Kokain	11	10	12	n.s.
Crack	75	70	84	n.s.
Anzahl konsumierter Substanzen (AM ± SD)				
letzte 30 Tage	4,1 (± 1,8)	4,0 (± 1,8)	4,1 (± 1,7)	n.s.
letzte 24 Stunden	2,5 (± 1,2)	2,4 (± 1,2)	2,7 (± 1,2)	n.s.
Konsumintensität (%)^a				
Heroin				
nicht täglich	24	25	22	*
max. 3 KE / Tag	40	48	25	
max. 8 KE / Tag	26	22	33	
> 8 KE / Tag	10	5	19	
Crack				
nicht täglich	34	43	18	***
max. 3 KE / Tag	15	19	9	
max. 8 KE / Tag	24	19	32	
> 8 KE / Tag	27	19	41	
Benzodiazepine				
nicht täglich	66	78	47	*
max. 2 KE/ Tag	11	7	18	
max. 4 KE/ Tag	18	15	24	
> 4KE/ Tag	5	0	12	

^a bezogen auf diejenigen mit Konsum

Für die Intensität des Heroingebrauchs lassen sich im Jahr 2012 signifikante geschlechtsbezogene Differenzen beobachten, die auf intensivere Konsummuster bei den befragten Frauen verweisen. Während die Mehrheit der Männer (48%) Heroin maximal dreimal am Tag zu sich nimmt, stellen bei den Frauen diejenigen, die das Opiat bis zu achtmal täglich konsumieren, den größten Anteil (33%). Und auch ein exzessiver Heroingebrauch von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag findet sich häufiger unter den weiblichen Befragten. Ebenfalls signifikant sind die Differenzen bezüglich der Konsumintensität von Crack: Während 41% der Frauen das Kokainderivat exzessiv konsumieren und weitere 32% einen täglichen Crackgebrauch von drei bis acht Konsumeinheiten aufweisen, trifft Gleiches nur auf jeweils 19% der Männer zu. Umgekehrt machen bei den Männern diejenigen, die Crack nicht täglich zu sich nehmen, mit 43% der aktuellen Konsumenten die größte Gruppe aus, bei den Frauen ist dies hingegen bei weniger als einem Fünftel der Fall. Auch bei der erstmals erhobenen Intensität des Benzodiazepin-Konsums zeigt sich eine signifikante Geschlechterdifferenz dahingehend, dass Männer deutlich häufiger nicht täglich konsumieren, während Frauen bei sämtlichen nach Intensität definierten Kategorien des täglichen Konsums höhere Werte auf-

weisen (s. Tab. 14). Insofern lässt sich der in den beiden Vorjahren beobachtete signifikante ‚Vorsprung‘ der befragten Frauen hinsichtlich der Intensität des Crackgebrauchs in der aktuellen Erhebung bestätigen. Mittlerweile sind aber auch die Geschlechterdifferenzen beim Heroingebrauch signifikant und auch bei Benzodiazepinen lassen sich intensivere Konsummuster unter den befragten Frauen ausmachen. Die befragten Frauen weisen somit zwar im Hinblick auf die generelle Regelmäßigkeit ihres Drogenkonsums keine höheren Werte auf als die Männer, dafür aber bezüglich der Intensität des Gebrauchs.

Richtet sich der Blick abschließend auf die Applikationsformen (s. Tab. 15), so zeigt sich zunächst, dass bei Heroin nach wie vor eindeutig die intravenöse Konsumform dominiert, während Crack von 43% der Befragten sowohl geraucht als auch injiziert wird. Weitere 39% praktizieren ausschließlich einen inhalativen Crackkonsum und 19% spritzen die Substanz ausschließlich. Bei den Benzodiazepin-Konsument(inn)en gibt ein knappes Drittel an, die Substanzen intravenös zu applizieren.

Tabelle 15: Applikationsformen von Heroin und Crack im Jahr 2012 (%): geschlechtsbezogene Unterschiede

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Heroin				
intravenös	74	73	76	n.s.
nasal	15	15	16	
rauchen	5	7	3	
i.v. und anderes	5	5	5	
Crack				
ausschließlich rauchen	39	41	36	*
ausschließlich intravenös	18	25	7	
rauchen und i.v. – vor allem rauchen	26	20	36	
rauchen und i.v. – vor allem i.v.	16	14	20	
rauchen und i.v. gleichberechtigt	1	1	0	
Benzodiazepine				
oral	67	74	59	n.s.
intravenös	23	18	29	
i.v. und anderes	9	7	12	

Bei der geschlechtsbezogenen Betrachtung zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede für die Applikationsformen von Heroin, während bei Crack signifikante Differenzen feststellbar sind: Männer konsumieren das Kokainderivat deutlich häufiger ausschließlich intravenös, aber auch für das ausschließliche Rauchen findet sich unter ihnen ein etwas größerer Anteil. Demgegenüber praktizieren mehr Frauen einen sowohl inhalativen als auch intravenösen Crackkonsum. Insgesamt schlägt sich dies bei den generell genutzten Applikationsformen darin nieder, dass die weiblichen Befragte signifikant häufiger als die männlichen Befragten zumindest gelegentlich Crack rauchen (93% vs. 75%; *), jedoch auch ein etwas größerer Anteil unter ihnen Crack *unter anderem* injiziert (64% vs. 59%, n.s.). Auch bei den Applikationsformen von Benzodiazepinen zeigt sich ein gewisser Geschlechterunterschied, der aber keine statistische Signifikanz erreicht: Hier geben 29% der Frauen gegenüber 18% der Män-

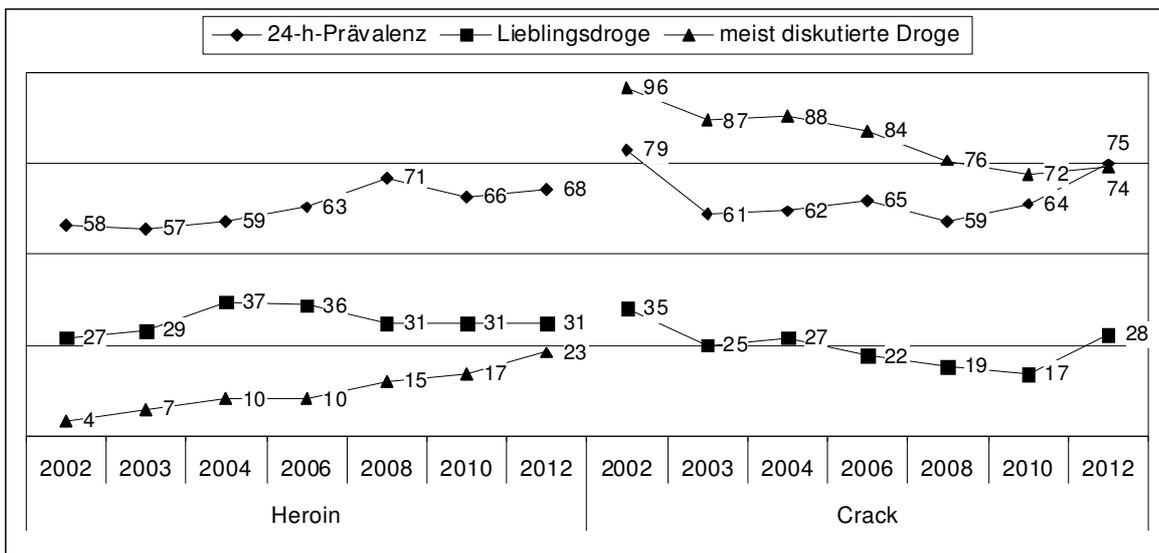
ner an, die Medikamente überwiegend zu spritzen und weitere 12% (Frauen) bzw. 7% (Männer) geben „i.v. und anderes“ als dominierende Benzodiazepin-Applikationsform(en) an.

4.3 Meinungen über Drogen

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

Im Zeitverlauf sind dabei einige bemerkenswerte Entwicklungen zu beobachten, die teilweise parallel zur Veränderung der Prävalenzraten verlaufen, teilweise aber auch unabhängig davon sind. Richtet sich der Blick zunächst auf die Ergebnisse zur „Lieblingsdroge“, so zeigt sich, dass Heroin, wie in den meisten Vorjahren, auf dem ersten Rang liegt. Mit 31% ist der aktuelle Wert hierfür genauso hoch wie in den beiden Befragungen zuvor, in den anderen Erhebungen hatte die Kennzahl jeweils etwas darüber oder darunter gelegen (s. Abb. 7). Auf Platz 2 folgt mit 28% der Nennungen Crack. Gegenüber den Vorjahren ist dieser Prozentwert wieder relativ deutlich angestiegen und erreicht nach 2002, als über ein Drittel der Befragten das Kokainderivat als ihre Lieblingsdroge bezeichneten, den zweithöchsten Stand aller Erhebungen. Bei der Frage nach der „meist diskutierten“ Droge wird Crack mit 74% mit Abstand am häufigsten genannt. Seit 2002 war dieser Wert kontinuierlich zurückgegangen, in der aktuellen Erhebung hat sich diese Entwicklung jedoch nicht weiter fortgesetzt; der Anteil ist wieder geringfügig angestiegen. Für Heroin, das aktuell von 23% der Befragten als meist diskutierte Droge angegeben wird, ist indes ein nahezu kontinuierlicher Anstieg des Anteils an Nennungen zu beobachten.

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



Insgesamt lässt sich damit in der aktuellen Befragung beobachten, dass bei Crack der Anstieg der 24-Stunden-Prävalenz sowohl mit einer Zunahme der Nennungen der Substanz als Lieblingsdroge als auch mit einem gestiegenen Wert für die Nennungen als meist diskutierte Droge einhergeht. Bei Heroin ist parallel zum – geringen – Anstieg der 24-Stunden-Prävalenz auch eine Zunahme bei den Nennungen des Opiats als meist diskutierte Droge zu beobachten, während sich der Anteil an Personen, die die Substanz als Lieblingsdroge bezeichnen, in den letzten drei Erhebungsjahren nicht verändert hat (s. Abb. 7).

Auch bei den anderen Substanzen, die bei der Frage nach der Lieblingsdroge sowie der meist diskutierten Droge genannt werden, zeigen sich einige bemerkenswerte Entwicklungen: So wird bei der Frage nach der Lieblingsdroge aktuell Cannabis mit 17% am dritthäufigsten genannt; in sämtlichen Befragungen zuvor hatte die Substanz hier nur maximal 10%, in der Erhebung 2010 sogar nur 2% erreicht. Dieser gestiegene Anteil für Cannabis als präferierte Droge korrespondiert dabei mit einer gegenüber 2010 gestiegenen 24-Stunden-Prävalenz der Substanz, wobei die Prävalenz allerdings unterhalb des bislang höchsten Wertes aus dem Jahr 2002 liegt. Die subjektive Popularität von Cannabis ist also im Jahr 2012 weitaus deutlicher angestiegen als die Prävalenz – die Droge ist so beliebt wie in keinem anderen Erhebungsjahr zuvor. Auf dem vierten Rang liegt bei der Frage nach der Lieblingsdroge mit 10% der Nennungen ein Cocktail aus Heroin und Crack; hier sind im Zeitverlauf keine nennenswerten Veränderungen festzustellen. Der Anteil der Nennungen von Kokainpulver als Lieblingsdroge ist trotz eines leichten Anstiegs der 24-Stunden-Prävalenz (s. 4.2.2) aktuell relativ deutlich um acht Prozentpunkte auf 4% gefallen; lediglich 2002 war dieser Wert noch etwas niedriger (3%). Analog zu den gesunkenen Prävalenzraten sind auch die Nennungen für Benzodiazepine als bevorzugte Substanz in den letzten beiden Erhebungen zurückgegangen. Während 2008 noch 5% die Medikamente als Lieblingsdroge bezeichnet hatten, trifft dies aktuell auf keinen Befragten zu (2010: 3%).

Bei der Frage nach der meist diskutierten Droge erzielten 2012 alle anderen Substanzen außer Crack und Heroin einen Wert von maximal 2%. Dies überrascht insofern, als zu vermuten gewesen wäre, dass die veränderte Gesetzeslage und damit einhergehend auch die veränderte Beschaffungssituation bei Benzodiazepinen (s. 4.4.3) zu einer verstärkten Diskussion über diese Substanzen geführt haben könnte.

Bezüglich der Frage nach der am stärksten abgelehnten Droge wird, wie in den meisten Erhebungsjahren zuvor, am häufigsten LSD genannt (aktuell: 19%) und damit eine Substanz, die wohl vor allem aufgrund ihres Wirkspektrums im Szenegeschehen ohnehin keine Rolle spielt. Auf Platz zwei rangiert mit Methamphetamin/„Crystal Meth“ (13%) eine weitere nicht in der Szene präsente Droge, gefolgt von Heroin (12%), Benzodiazepinen (10%) und Crack (9%). Über den gesamten Erhebungsturnus sind die Veränderungen bei dieser Frage statistisch signifikant, lassen jedoch keinen klaren Trend erkennen. Allerdings zeigen sich im Jahr 2012 für die im Szenegeschehen relevanten Substanzen Alkohol (2%) und Crack die niedrigsten Ablehnungsquoten aller Erhebungen, für Cannabis (7%), Heroin und Benzodiazepine dagegen die höchsten.

Signifikante Veränderungen gibt es auch bei der Frage danach, welche bislang noch nicht konsumierte Substanz die Interviewten gerne einmal probieren würden. Bei allen Befragungen antworten zwar mehr als zwei Drittel, dass es eine solche Substanz nicht gebe;

2010 und 2012 werden allerdings diesbezüglich die höchsten Anteile aller Erhebungen erreicht (2002: 70%, 2003: 76%, 2004: 69%, 2006: 69%, 2008: 76%, 2010: 81%; 2012: 81%; **). In der aktuellen Befragung erzielten lediglich noch LSD 4% und psychoaktive Pilze 3% der Nennungen, während sonst keine andere Substanz von mehr als 1% der Befragten genannt wird.

4.4 Der „Alltag auf der Szene“

Im Folgenden werden wesentliche Charakteristika des Aufenthalts auf der „offenen Drogenszene“ untersucht. Dies betrifft zum einen Angaben dazu, seit wann sich die Interviewten regelmäßig auf der Szene aufhalten und wie umfassend dieser Aufenthalt ist. Zum anderen werden weitere Merkmale, die im Zusammenhang mit den praktizierten Konsummustern und dem Alltagsleben auf der Drogenszene stehen, dargestellt. Dies umfasst die Orte, an denen konsumiert wird, die Qualität, Verfügbarkeit und Preisentwicklung der Substanzen, Angaben zum Drogenerwerb sowie Erfahrungen mit den Strafverfolgungsbehörden.

4.4.1 Dauer und Häufigkeit des Aufenthalts auf der Szene

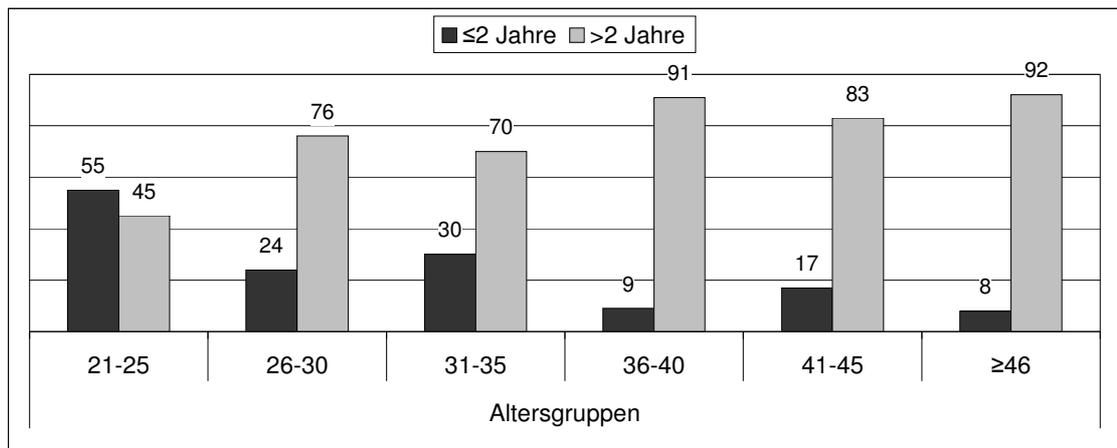
Die Angaben dazu, seit wann die Befragten die Straßen-Drogenszene in Frankfurt regelmäßig aufsuchen, weisen eine sehr große Spanne von drei Monaten bis zu 35 Jahren auf; der Mittelwert liegt bei 11,2 (\pm 9,4) Jahren. Bei einem Median¹³ von 10 hält sich die Hälfte der im Jahr 2012 Befragten seit zehn Jahren und länger regelmäßig auf der Szene auf. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungen¹⁴. Nach wie vor besteht eine signifikant positive Korrelation zwischen der Dauer des „Szeneaufenthalts“ und dem Lebensalter, das heißt, je älter die Befragten sind, desto länger halten sie sich auch auf der Szene auf (***)).

Neben der Gruppe der langjährigen Szenegänger(innen) gibt es jedoch auch eine nennenswerte Zahl an Drogenkonsumierenden, die mit einer maximalen Dauer von zwei Jahren erst seit vergleichsweise kurzer Zeit regelmäßig die Szene aufsuchen – 2012 trifft dies auf 20% der Befragten zu. Eine eindeutige Trendentwicklung ist für diese Gruppe über den Beobachtungszeitraum nicht erkennbar: Ihr Anteil lag 2002 und 2004 bei etwa einem Viertel, in den Jahren 2003 und 2006 dagegen bei nur gut einem Zehntel, 2008 und 2010 bei jeweils 17% und aktuell bei 20%. Dem Zusammenhang zwischen der Dauer des „Szeneaufenthalts“ und dem Lebensalter entsprechend, zeigen sich relativ deutliche Unterschiede in der Altersstruktur zwischen denjenigen mit vergleichsweise kurzem Szeneaufenthalt und den übrigen Befragten (s. Abb. 8).

¹³ 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.

¹⁴ 2002: 10,5 (\pm 8,5) Jahre; 2003: 12,3 (\pm 8,6) Jahre; 2004: 11,7 (\pm 9,6) Jahre; 2006: 13,1 (\pm 9,2) Jahre; 2008: 11,5 (\pm 9,0) Jahre; 2010: 12,8 (\pm 10) Jahre; 2012: 11,2 (\pm 9,4) Jahre; n.s.

Abbildung 8: Dauer des „Szeneaufenthalts“ und Lebensalter 2012, Anteile in % (bezogen auf die jeweilige Altersgruppe)



Insgesamt sind die „Szene-Neueinsteiger(innen)“ mit einem Durchschnittsalter von 32,8 Jahren sechs Jahre jünger als diejenigen, die sich bereits seit über zwei Jahren auf der Drogenszene aufhalten (38,3 Jahre). Nachdem sich in der vorangehenden Erhebung das durchschnittliche Alter der „Szene-Neulinge“ dem der erfahrenen Szenegänger(innen) etwas angenähert hatte, hat sich der Altersunterschied zwischen beiden Gruppen somit aktuell wieder etwas vergrößert (2002: 31 vs. 35,9 Jahre, 2003: 31,3 vs. 37 Jahre, 2004: 28,4 vs. 37,3 Jahre, 2006: 32,8 vs. 36 Jahre, 2008: 29,6 vs. 36,9 Jahre, 2010: 33,8 vs. 39,1 Jahre). Für beide Gruppen ist dabei ein im Vergleich zu 2010 niedrigeres Durchschnittsalter zu beobachten, das aber im Turnusvergleich jeweils den zweithöchsten Wert erreicht. Dieses Ergebnis korrespondiert auch mit dem in der aktuellen Befragung insgesamt leicht gesunkenen Durchschnittsalter der Angehörigen der Frankfurter Straßen-Drogenszene (s. 4.1.1). Keine signifikanten Differenzen bestehen zwischen den Szene-Neulingen und den langjährigen Szenegänger(inne)n hinsichtlich des Einstiegs in den Konsum „harter“ Drogen: Im Schnitt haben die Szene-Neueinsteiger(innen) mit 19,4 Jahren, die erfahrenen Szenegänger(innen) mit 17,4 Jahren das erste Mal eine andere illegale Droge als Cannabis konsumiert.

In allen Befragungen lässt sich beobachten, dass sich die Interviewten sehr häufig und lange – im Durchschnitt 5 bis 6 Tage pro Woche, jeweils 7 bis knapp 10 Stunden – auf der Szene aufhalten. Während sich die Anzahl der Tage, die die Befragten pro Woche auf der Szene verbringen, über den Erhebungsverlauf kaum verändert hat, sind die Unterschiede bezüglich der täglich auf der Drogenszene verbrachten Stunden statistisch signifikant. Hier hatte sich der entsprechende Wert zwischen 2003 und 2010 zunächst von 9,7 Stunden auf 7,3 Stunden reduziert, erreicht in der aktuellen Befragung mit 9,5 Jahren aber wieder einen ähnlich hohen Stand wie 2002 und 2003.¹⁵ Der Anteil derer, die sich täglich auf der Szene aufhalten, lag in den Erhebungen 2003 bis 2010 bei jeweils rund zwei Dritteln, ist jedoch aktuell vergleichsweise deutlich um neun Prozentpunkte angestiegen (2002: 57%, 2003: 65%, 2004: 69%; 2006: 63%, 2008: 67%, 2010: 62%, 2012: 71%; **). Die Kennzahl für die sich täglich zwölf Stunden und länger auf der Szene aufhaltenden Befragten war zwischen 2003

¹⁵ Tage pro Woche: 1995: 5,4 (± 2,3) Tage, 2002: 5,0 (± 2,5) Tage, 2003: 5,5 (± 2,2) Tage, 2004: 5,6 (± 2,3) Tage, 2006: 5,6 (± 2,1) Tage, 2008: 5,8 (± 2,0) Tage, 2010: 5,5 (± 2,2) Tage, 2012: 5,8 (± 2,1) Tage (n.s.).
Stunden: 1995: 9,0 (± 7,6) Stunden, 2002: 9,6 (± 8,0) Stunden, 2003: 9,7 (± 6,6) Stunden, 2004: 8,3 (± 6,5) Stunden, 2006: 8,0 (± 6,7) Stunden; 2008: 8,2 (± 6,2) Stunden; 2010: 7,3 (± 5,7) Stunden, 2012: 9,5 (± 6,5) Stunden, *.

und 2010 relativ deutlich auf 22% zurückgegangen, ist jedoch in der aktuellen Erhebung wieder auf 29% angewachsen (2002: 37%, 2003: 43%, 2004: 31%; 2006: 27%, 2008: 27%, 2010: 22%; **).

Der am häufigsten genannte Grund für den Szenekontakt ist unverändert der Erwerb von Drogen (94%), gefolgt von dem sozialen Motiv „Leute treffen“ sowie schlichter „Langeweile“ (63%). Weitere 41% der Befragten nennen das Abwickeln von Geschäften als Grund für den Szeneaufenthalt und 34% die Substitution. Der Verkauf von Drogen ist für 27% und „Service machen“ für 11% ein Motiv für den Szeneaufenthalt (Tab. 16).

Tabelle 16: Gründe für den Aufenthalt auf der Szene (%)^a nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Drogen kaufen	89	79	81	81	93	84	94	***
Leute treffen	68	73	68	78	77	71	79	n.s.
Langeweile	41	46	52	65	59	56	63	***
Geschäfte abwickeln	42	41	46	53	47	36	41	n.s.
bedingt durch Substitution	14	31	33	35	26	41	34	***
Drogen verkaufen	31	33	41	37	34	26	27	n.s.
Service machen	9	9	7	11	7	10	11	n.s.

^a Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten „trifft zu“ und „trifft teils - teils zu“.

Bei den Motiven für den Szeneaufenthalt zeigen sich zwischen den Befragungen zum Teil signifikante Unterschiede, die jedoch jeweils keine klare Trendentwicklung anzeigen. Vielmehr ist bei den meisten Aufenthaltsgründen nach temporären Rückgängen in den Vorjahren in der aktuellen Befragung wieder ein Anstieg zu beobachten. Wieder reduziert hat sich hingegen, nach der deutlichen Zunahme im Jahr 2010, der Anteil an Befragten, die eine Substitutionsbehandlung als Aufenthaltsmotiv angeben. Wird diesbezüglich ausschließlich die Gruppe der Substituierten betrachtet, so zeigt sich, dass 78% ihre Substitutionsbehandlung als Grund für den Szeneaufenthalt nennen (2002: 50%, 2003: 72%, 2004: 71%, 2006: 74%, 2008: 53%, 2010: 72%, 2012: 78%; **). Dieser Anteil ist, nach dem deutlichen Anstieg von 2008 auf 2010, noch weiter angewachsen und erreicht den höchsten Stand aller Befragungen.

Die genauere Betrachtung des Drogenerwerbs offenbart, dass 87% der im Jahr 2012 Befragten ihre Drogen auf der Straße im Bahnhofsviertel kaufen, für 72% ist dies auch der wichtigste Kaufort. Weitere 33% kaufen zumindest gelegentlich bei einem Privatdealer ein, 18% tun dies meistens. Die Öffentlichkeit außerhalb des Bahnhofsviertels wird immerhin noch von 13% für den Drogenerwerb genutzt, wenngleich lediglich 4% meistens auf der Straße abseits des Bahnhofsviertels ihre Drogen erwerben. Andere Orte (wie z.B. Kneipen, Drogenhilfeeinrichtungen etc.) spielen für den Kauf von Drogen eine nur marginale Rolle. 2012 wurde zusätzlich erstmals erhoben, ob die Befragten die für das Szenegeschehen wichtigsten illegalen Substanzen Heroin, Crack, Benzodiazepine, Kokain und Cannabis selbst kaufen und ob sie dies dann bei einem Stammdealer oder wechselnden Dealern tun. Im Ergebnis zeigt sich, dass Cannabis die einzige Substanz ist, die mit 50% von der Mehrheit der aktuellen Konsument(inn)en über einen Stammdealer bezogen wird, 32% kaufen

Cannabis bei wechselnden Dealern und 18% erwerben die Substanz nicht selbst. Heroin und Crack beziehen hingegen 45% bzw. 40% über einen Stammdealer, während 51% bzw. 58% die Substanzen über wechselnde Dealer kaufen. Nur ein sehr geringer Anteil der Konsumierenden kauft Heroin (4%) oder Crack (2%) nicht selbst, sondern konsumiert bei anderen mit oder bekommt die Droge(n) geschenkt. Deutlich höher liegt hierfür der entsprechende Anteil bei Benzodiazepinen, die immerhin von 24% der aktuellen Konsument(inn)en nicht selbst erworben werden. Nur 14% kaufen die Medikamente bei einem Stammdealer und 63% bei wechselnden Händler(inne)n. Kokain wird schließlich von knapp der Hälfte der Konsument(inn)en bei wechselnden Dealern gekauft, 36% haben diesbezüglich einen Stammdealer und 15% erwerben die Substanz nicht selbst. Diese Zahlen bestätigen die Beobachtung, dass sich ein Großteil des Handelsgeschehens direkt in der Szene abspielt und illegale Substanzen zumeist von in der Öffentlichkeit aktiven „Straßendealern“ erworben werden. Allerdings trifft dies einerseits offenbar auf einen durchaus nennenswerten Anteil der Szeneangehörigen, die ihre Drogen überwiegend im privaten Rahmen kaufen, nicht zu. Andererseits existieren offenbar auch im Straßenhandel der „offenen Szene“ in gewissem Maße stabile Geschäftsbeziehungen – in Bezug auf die beiden wichtigsten Szenedrogen wird immerhin knapp die Hälfte der Käufe über Stammdealer abgewickelt.

Aufgrund von Berichten seitens der Drogenhilfe, dass die gestiegene Anzahl von Spielhallen im Bahnhofsviertel auch dazu geführt habe, dass Angehörige der Drogenszene häufiger an Geldspielautomaten spielten, wurde in die aktuelle Erhebung erstmals eine Frage hierzu aufgenommen. Im Ergebnis zeigt sich, dass mit 43% ein nicht unerheblicher Anteil der Befragten angibt, zumindest gelegentlich an Automaten zu spielen: Bei 5% beschränkt sich dies auf einige Male pro Jahr, 8% spielen ein bis zwei Mal pro Monat und 13% etwa einmal pro Woche. Daneben gibt es aber auch mit 18% einen relevanten Anteil an Befragten, die angeben, nahezu täglich an Geldspielautomaten zu spielen.

4.4.2 Die Orte des Konsums

Neben dem Erwerb und dem Verkauf von Drogen findet auch der Konsum selbst in erheblichem Maße 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 befragten Drogengebraucher(innen) nach den Orten des Konsums befragt, wobei hier der intravenöse Konsum und das Crackrauchen getrennt erfasst werden. In den Befragungen 2002 und 2003 wurde nach dem überwiegenden Konsumort gefragt, seit 2004 können die Befragten mehrere Konsumorte, und für diese eine Rangreihe entsprechend der Häufigkeit, angeben. Der nachfolgende Vergleich zwischen den sieben Erhebungen beschränkt sich zunächst auf den überwiegenden Konsumort, also den Ort, von dem die Befragten angeben, dass sie dort meistens konsumieren.

Im Ergebnis zeigen sich sowohl Veränderungen zwischen den einzelnen Befragungen als auch deutliche Unterschiede zwischen dem intravenösen Konsum und dem Crackrauchen (s. Tab. 17). Der intravenöse Konsum findet in allen Befragungen in erster Linie in den Konsumräumen statt – diese werden von jeweils deutlich mehr als der Hälfte der Interviewten als überwiegender Ort angegeben (aktuell: 75%). 11% der im Jahr 2012 Befragten inji-

zieren vorwiegend zu Hause bzw. in privaten Räumlichkeiten und insgesamt 11% hauptsächlich auf der Straße (6% im Bahnhofsviertel und 5% in anderen Teilen der Stadt). Der Anteil derjenigen, die überwiegend in den Konsumräumen injizieren, ist damit weiter angestiegen und erreicht im Turnusvergleich den höchsten Stand. Der vergleichsweise geringe Wert aus der Befragung 2010 für die Straße im Szenegebiet als meist genutzten Ort für den i.v. Konsum hat sich im aktuellen Berichtsjahr bestätigt, wobei gleichzeitig der Anteil derer, die außerhalb des Bahnhofsviertels auf der Straße injizieren, etwas angestiegen ist und den bislang höchsten Wert erreicht. Zurückgegangen ist der Anteil an Befragten, die vor allem in privaten Räumlichkeiten i.v. konsumieren. Die beschriebenen Veränderungen erreichen statistische Signifikanz.

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

	intravenöser Konsum ^a							Sig.	Crackrauchen ^a							Sig.
	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012		2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	
Zuhause/privat	16	19	22	23	19	18	11	*	21	16	16	22	12	27	14	***
auf der Straße	19	20	20	8	17	6	6		67	77	74	61	79	61	64	
in öffentlichen Gebäuden	1	1	1	0	1	0	1		3	1	0	0	0	2	3	
im Konsum- bzw. Rauchraum	64	56	55	63	57	69	75		0	0	1	3	0	0	3	
sonstiges	0	4	3	3	1	2	2		9	7	9	3	1	4	4	
Straße (nicht Bahnhofsviertel)	0	0	0	4	3	1	5		0	0	0	12	5	6	12	

^a bezogen auf diejenigen mit intravenösem Konsum bzw. auf Crackraucher(innen)

Ebenfalls statistisch signifikant sind die Veränderungen bezüglich des Crackrauchens: Mit 64% geben die meisten im Jahr 2012 Befragten an, Crack überwiegend auf der Straße zu rauchen. In allen Erhebungen schwankt dieser Anteil relativ uneinheitlich zwischen etwa 60% und 80%. Zusätzlich geben 12% an, bevorzugt auf der Straße außerhalb des Bahnhofsviertels zu konsumieren; dieser Anteil ist aktuell wieder etwas angestiegen. Gegenüber der vorangehenden Erhebung wieder deutlich zurückgegangen ist hingegen der Anteil an Crackkonsumierenden, die in erster Linie zu Hause bzw. in privaten Räumlichkeiten Crack rauchen; der hohe Wert aus dem Jahr 2010 stellt hier offenbar einen Ausreißer dar. Insgesamt 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 von Privaträumen wieder abgenommen zu haben scheint.

Ein weiterer bemerkenswerter Unterschied zwischen dem intravenösen Konsum und dem Crackrauchen besteht darin, dass, im Gegensatz zu den Konsumräumen als meistgenutzte Orte für den intravenösen Konsum, der Rauchraum für die befragten Crackraucher(innen) weiterhin keine bedeutende Rolle spielt – im Jahr 2012 geben lediglich 3% der

Befragten den Rauchraum als überwiegenden Konsumort für den inhalativen Crackgebrauch an. Dabei ist anzumerken, dass der Rauchraum seit 2006 erstmals wieder überhaupt von einzelnen Befragten als überwiegender Konsumort genannt wurde. Andere Örtlichkeiten sind für beide Applikationsformen nach wie vor ebenfalls kaum von Bedeutung.

Wie erwähnt, werden die Befragten seit 2004 um die Erstellung einer Rangreihe der Konsumorte entsprechend der Nutzungshäufigkeit gebeten. Somit liegen neben der überwiegenden Inanspruchnahme auch Angaben darüber vor, inwiefern bestimmte Orte überhaupt für den Konsum genutzt werden. Im Ergebnis zeigt sich, dass das Crackrauchen unverändert bei fast allen Konsument(inn)en (93%) zumindest gelegentlich auf der Straße stattfindet, 41% der Befragten rauchen Crack zu Hause und immerhin 25% nutzen hin und wieder den Rauchraum. Hinsichtlich des intravenösen Konsums ist über alle Befragungen hinweg festzustellen, dass die Konsumräume von über 80% der i.v. Konsumierenden zumindest gelegentlich frequentiert werden (2012: 87%) und insofern eine hohe Nutzungsrate aufweisen. Mit Anteilen zwischen gut einem Drittel (2010) und mehr als zwei Fünfteln (2004 bis 2008) findet der intravenöse Konsum jedoch auch in nennenswertem Umfang auf der Straße statt – aktuell gibt sogar jede(r) zweite i.v. Konsumierende an, manchmal auf der Straße zu injizieren. Privaträume werden von rund einem Drittel bis der Hälfte der Befragten (aktuell: 48%) als Ort für den i.v. Konsum genutzt.

Seit der Befragung 2004 wird im Hinblick auf den Konsum in der Öffentlichkeit differenziert erhoben, ob es sich dabei um das Bahnhofsviertel oder um andere Stadtteile Frankfurts handelt. Insbesondere für den intravenösen Konsum gilt, dass die Mehrheit der Befragten, die auf der Straße konsumieren, dies ausschließlich im Bahnhofsviertel tut. Insgesamt berichten 10% der i.v. Konsument(inn)en (2004: 11%; 2006: 15%, 2008: 15%, 2010: 5%) überhaupt von einem öffentlichen Konsum außerhalb des Bahnhofsviertels. Gemeinsam mit den oben genannten Angaben zum häufigsten Konsumort deutet dieses Resultat auf eine wieder leichte Zunahme des intravenösen Konsums außerhalb des Bahnhofsviertels im Vergleich zu 2010 hin. Für das Rauchen von Crack in der Öffentlichkeit außerhalb des Bahnhofsviertels liegen die entsprechenden Kennzahlen deutlich höher: Generell rauchen 24% Crack auch auf der Straße außerhalb des Bahnhofsgebiets (2004: 16%, 2006: 45%, 2008: 31%, 2010: 26%). Über den Erhebungszeitraum lässt sich somit beobachten, dass zwar die Öffentlichkeit außerhalb des Bahnhofsviertels, nach den vergleichsweise niedrigen Werten in den Jahren 2008 und 2010, aktuell als überwiegend genutzter Ort wieder etwas an Bedeutung gewonnen hat, das generelle Rauchen von Crack in der Öffentlichkeit außerhalb des Viertels seit 2006 jedoch rückläufig ist.

Wenngleich sowohl die überwiegende Inanspruchnahme des Rauchraums (s. Tab. 17) als auch dessen generelle Nutzung¹⁶ aktuell wieder etwas angestiegen ist, wird dieses Angebot der Drogenhilfe, gerade im Vergleich zu den Konsumräumen, nach wie vor noch selten zum Crackkonsum genutzt¹⁷. Seit 2004 wird deshalb erhoben, warum die Interviewten dieses Angebot nicht häufiger frequentieren. Ausgewertet werden hierfür die Angaben der aktuellen Crackraucher(innen), die den Rauchraum nicht als überwiegenden Ort des Kon-

¹⁶ 2004: 10%, 2006: 21%, 2008: 26%, 2010: 14%, 2012: 25%; *.

¹⁷ Aufgrund der Fragestellungen (*entweder* i.v. Konsum *oder* Crackrauchen) nicht berücksichtigt sind diejenigen, die im Rauchraum Heroin rauchen. Nach Angaben aus der Drogenhilfe haben die Nutzungszahlen des Rauchraums für den Heroingebrauch in den letzten Jahren deutlich zugenommen (vgl. Wersé/ Bernard 2012)

sums nennen (2004: n=109; 2006: n=75, 2008: n=75, 2010: n=83, 2012: n=99) – dies trifft 2012 auf 97% der befragten Crackraucher(innen) zu. Von ihnen geben 15% an, der Rauchraum sei für sie zu weit weg, 11% sind der Meinung, dass es für sie zu aufwendig sei bzw. zu lange dauere, den Rauchraum für den Crackkonsum aufzusuchen und weitere 10% kennen den Rauchraum nicht. Lediglich 2% äußern ein mangelndes Interesse an einer häufigeren Nutzung – der Anteil hierfür ist im Beobachtungszeitraum nahezu kontinuierlich zurückgegangen (2004: 12%, 2006: 13%, 2008: 9%, 2010: 6%). Weitere angeführte Gründe beziehen sich auf die Bedingungen vor Ort: So geben 7% die ungünstigen Öffnungszeiten an, jeweils 6% mögen die Atmosphäre dort nicht oder es ist ihnen „zu stressig“ und 4% finden es dort zu voll. Weitere 3% nennen als Grund für die Nichtnutzung die Lage des Raumes im 3. Stockwerk der Drogenhilfeeinrichtung. Darüber hinaus führen 8% an, dass sie aufgrund einer Substitutionsbehandlung oder eines längerfristigen Hausverbots den Rauchraum nicht nutzen dürfen.

4.4.3 Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung

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

Für alle vier Substanzen lassen sich zunächst signifikante Veränderungen im Hinblick auf die Einschätzung der Verfügbarkeit feststellen (s. Tab. 18). Die entsprechenden Änderungen im Zeitverlauf gehen dabei nur bedingt mit der Entwicklung der Prävalenzraten einher: So wurde z.B. 2008, als der Heroinkonsum einen zeitweiligen Höhepunkt erreicht hatte, dessen Verfügbarkeit etwas schlechter bewertet als in den meisten Vorjahren. Aktuell – parallel zur leicht gesunkenen 30-Tages-, aber geringfügig gestiegenen 24-Stunden-Prävalenz – wird die Verfügbarkeit von Heroin wieder etwas geringer eingeschätzt als in der letzten Befragung. Die Verfügbarkeitseinschätzung des Opiats bewegt sich damit aber im Bereich der übrigen Erhebungen. Die entsprechenden Zahlen für Crack haben sich im selben Zeitraum sehr ähnlich entwickelt wie die für Heroin. Im aktuellen Berichtsjahr wird die Verfügbarkeit des Kokainderivats, trotz eines relativ deutlichen Anstiegs der 24-Stunden-Prävalenz, ebenfalls wieder etwas schlechter eingeschätzt.

Nach wie vor lässt sich damit schlussfolgern, dass Konsum und Verfügbarkeit von Heroin und Crack nur äußerst bedingt in einem Zusammenhang stehen, zumal die Verfügbarkeit beider Substanzen ohnehin durchweg als sehr hoch eingeschätzt wird. Die niedrigeren Werte aus dem Jahr 2008 sind daher möglicherweise eher durch eine temporär etwas schlechtere allgemeine ‚Versorgungslage‘ zu erklären. Die Verfügbarkeit von Kokainpulver wird zwar weiterhin von der Mehrheit der Befragten als eher schlecht eingeschätzt, gegenüber den Erhebungen zuvor ist der Anteil derer, die Kokain als eher leicht verfügbar beurteilen, allerdings recht deutlich angewachsen. Augenscheinlich hat sich also die Schwarzmarktlage für Kokain wieder verbessert. Signifikant ist auch die Veränderung bei der erstmals im Jahr 2004 erhobenen Verfügbarkeit von Benzodiazepinen: Während nach Angaben der Interviewten diese Stoffe bis 2010 ähnlich leicht erhältlich waren wie Heroin und Crack, ist die Verfügbarkeit der Medikamente in der aktuellen Erhebung relativ deutlich zurückgegangen.

Dies gilt insbesondere für das zuvor wohl am häufigsten in der Drogenszene konsumierte Benzodiazepin Rohypnol, das 2012 erstmals bei dieser Frage gesondert erfasst wurde: Nur noch 11% geben an, dass diese Substanz leicht verfügbar ist, entsprechend schätzen 89% die Verfügbarkeit als schwer ein. Für andere Benzodiazepine wird die Versorgungslage besser beurteilt: Mit 78% geht weiterhin die deutliche Mehrheit der Befragten davon aus, dass diese Stoffe eher leicht erhältlich sind.

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

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Heroin								
leicht / sehr leicht	88	93	95	95	87	97	90	**
schwer / sehr schwer	12	7	5	5	13	3	10	
Kokain								
leicht / sehr leicht	14	26	14	28	27	25	45	***
schwer / sehr schwer	86	74	86	72	73	75	55	
Crack								
leicht / sehr leicht	94	97	95	95	88	99	94	*
schwer / sehr schwer	6	3	5	5	12	1	6	
Benzodiazepine^{a, b}								
leicht / sehr leicht	--	--	97	90	95	94	78	***
schwer / sehr schwer	--	--	3	10	5	6	22	

^a erstmals bei der Befragung 2004 erhoben

^b 2012 wurde die Verfügbarkeit erstmalig getrennt nach Flunitrazepam (Rohypnol[®]) und anderen Benzodiazepinen erhoben. Die hier dargestellten Zahlen beziehen sich auf „andere Benzodiazepine“.

Wie in den Vorjahren gehen die Antworten auf die Frage, inwieweit sich die Verfügbarkeit der einzelnen hier abgefragten Substanzen gegenüber dem Vorjahr verändert hat, nur teilweise mit der Entwicklung bei der konkreten Frage nach der Verfügbarkeit einher. Eine parallele Entwicklung zeigt sich für Rohypnol, das von 67% als im Vergleich zum Vorjahr schwerer erhältlich eingeschätzt wird. Für andere Benzodiazepine geben indes nur 17% an, dass sich deren Verfügbarkeit verschlechtert habe, während 45% keine Veränderungen in der Erhältlichkeit wahrgenommen haben („leichter“: 11%, „weiß nicht“: 28%). Ansatzweise korrespondieren auch bei Heroin und Crack die Antworten zu beiden Fragen miteinander. So geht bei beiden Substanzen die etwas rückläufige Verfügbarkeitseinschätzung mit jeweils gestiegenen Anteilen derer einher, die eine gegenüber dem Vorjahr erschwerte Erhältlichkeit berichten (Heroin „schwerer erhältlich“: 2010: 16%, 2012: 30%; Crack „schwerer erhältlich“: 2010: 19%, 2012: 32%). Für Kokain lässt sich schließlich beobachten, dass trotz des in der aktuellen Befragung deutlich gestiegenen Anteils an Befragten, die die Substanz für eher leicht verfügbar halten, die Mehrheit (53%) angibt, dass sich die Verfügbarkeit gegenüber dem Vorjahr nicht geändert habe. Jeweils 17% sind indes der Meinung, dass Kokain schwerer bzw. leichter erhältlich sei. Im Vergleich zu 2010 hat sich jedoch der Anteil der Befragten, die eine leichtere Verfügbarkeit von Kokain angeben, erhöht (2010: 9%), während sich die

Gruppe derer, die keine Verfügbarkeitsveränderung gegenüber dem Vorjahr wahrgenommen haben, verringert hat (2010: 70%).

Bei den Einschätzungen zur Qualität der Substanzen, die die Befragten zurzeit konsumieren, sind bei Heroin, Crack und Kokain signifikante Veränderungen zu beobachten (Tab. 19). Im Fall von Heroin konnte insbesondere 2004 von einer subjektiv wahrgenommenen Qualitätssteigerung ausgegangen werden, die sich in den Jahren danach aber wieder abgeschwächt hat. Aktuell zeigt sich ein relativ deutlicher subjektiver Qualitätsrückgang, der sich darin widerspiegelt, dass im Turnusvergleich der kleinste Anteil an Befragten die Heroinqualität als „gut/sehr gut“ einschätzt und mit 53% eine vergleichsweise hohe Anzahl an Interviewten die Qualität des Opiats als „schlecht/ sehr schlecht“ beurteilt.

Tabelle 19: Einschätzung der Qualität von Heroin, Crack und Kokain (%) nach Jahr der Befragung^a

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Heroin								
gut / sehr gut	20	23	32	22	27	23	11	***
weniger gut	19	23	22	40	33	29	34	
schlecht / sehr schlecht	59	38	42	37	38	46	53	
Weiß nicht	2	15	3	1	2	3	2	
Crack								
gut / sehr gut	33	26	20	9	33	16	27	***
weniger gut	21	29	23	40	31	30	45	
schlecht / sehr schlecht	38	41	47	47	29	48	26	
Weiß nicht	9	4	10	4	7	7	2	
Kokain								
gut / sehr gut	54	33	41	68	62	47	52	***
weniger gut	7	0	8	16	14	9	21	
schlecht / sehr schlecht	17	13	8	7	12	9	15	
Weiß nicht	22	53	43	9	12	35	12	

^a bezogen auf diejenigen mit Konsum im letzten Monat

Im Falle von Crack zeigt sich im Vergleich zu 2010 ein höherer Anteil derer, die die Qualität als gut bzw. sehr gut bezeichnen. Über den gesamten Beobachtungszeitraum hat sich die Anzahl derer, die die Qualität als schlecht/sehr schlecht bezeichnen, relativ deutlich, auf den aktuell niedrigsten Wert aller Erhebungen, reduziert. Gleichzeitig ist im selben Zeitraum der Anteil an Befragten, die die Qualität des Kokainderivats als „weniger gut“ bewerten, angestiegen, so dass aktuell der höchste Wert aller Erhebungsjahre erreicht wird. Zusammengekommen zeigt sich aktuell indes das Bild einer etwas positiveren Qualitätseinschätzung von Crack. Wie in den meisten Befragungen zuvor lässt sich für Kokain beobachten, dass auch 2012 die Mehrheit der befragten Konsument(inn)en die Qualität als gut bzw. sehr gut einschätzt. Im Vergleich zu 2010 hat sich der Wert für eine positive Qualitätseinschätzung der Substanz wieder etwas erhöht, liegt damit aber immer noch unter den vergleichsweise hohen Kennzahlen der Jahre 2006 und 2008. Der Anteil derer, die die Kokainqualität als „weniger

gut“ bezeichnen, hat sich indes recht deutlich erhöht, so dass 2012 diesbezüglich der höchste Wert beobachtet werden kann. Bemerkenswert ist auch, dass aktuell mit 12% nur ein vergleichsweise kleiner Anteil an Befragten angibt, die Qualität von Kokain nicht beurteilen zu können. In den meisten Vorjahren lagen die entsprechenden Prozentwerte noch deutlich höher.

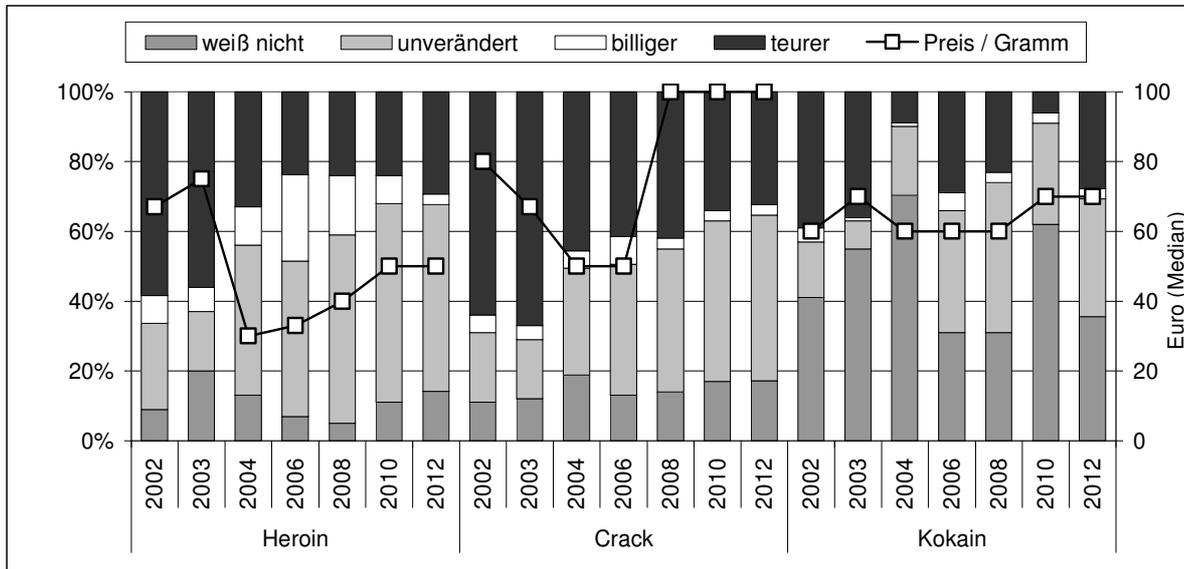
Für die Darstellung der Ergebnisse zur Preisentwicklung von Heroin, Crack und Kokain stehen zum einen die direkten Einschätzungen der Befragten zur Verfügung, ob die entsprechende Substanz im Vorjahreszeitraum teurer oder billiger geworden bzw. im Preis unverändert geblieben ist, zum anderen die Preise in Euro pro Gramm, die aus den entsprechenden konkreten Angaben ermittelt wurden.¹⁸ Im Jahr 2012 zeigt sich dabei insbesondere bei Crack eine extrem große Streuung der Angaben. So liegt der niedrigste Wert für ein Gramm bei 4 Euro, der höchste bei 1000 Euro. Bei dem Kokainderivat dürfte vor allem die unterschiedliche Größe der jeweils angekauften „Steine“ dafür verantwortlich sein, dass es den Konsument(inn)en schwer fällt, das jeweilige Gewicht und den daraus folgenden Grammpreis der erworbenen Substanz einzuschätzen. Weniger groß ist die entsprechende Spannweite bei Heroin: In der aktuellen Erhebung reichen die Angaben für den Grammpreis von 20 € bis zu 114 €. Aufgrund der insgesamt vergleichsweise großen Varianz bei den Preisangaben wird für die nachfolgende Auswertung einheitlich der Median berücksichtigt.

Nachdem der Preis für Heroin nach Angaben der Interviewpartner(innen) zwischen 2003 und 2004 sehr deutlich zurückgegangen war (Median 2003: 75 €, 2004: 30 €; s. Abb. 9), konnte zwischen 2006 und 2010 ein kontinuierlicher Preisanstieg auf 50 Euro beobachtet werden. Dieser Preis hat sich in der aktuellen Erhebung nicht weiter verändert. Hingegen hatte sich der Preis für ein Gramm Crack zwischen 2002 und 2004 kontinuierlich reduziert (Median 2002: 80 €; 2004: 50 €), sich dann im Jahr 2008 auf 100 Euro verdoppelt und ist seither unverändert. Insgesamt nur sehr geringe Schwankungen zeigen sich für den Grammpreis von Kokain, dessen Median in allen Erhebungsjahren bei 60 bzw. 70 Euro liegt (2012: 70 €). Der Kokainpreis in der „offenen Szene“ entspricht damit weiterhin dem in der Trendscoutbefragung ermittelten Preis für die Substanz in Partyszenen bzw. Jugendkulturen (vgl. Werse et al. 2012). Seit 2004 wird ebenfalls der Schwarzmarktpreis für eine Tablette Benzodiazepine ermittelt. Dabei wurde auch erstmals gefragt, um welches Mittel es sich handelt. 31 Personen machten hier Angaben zu Flunitrazepam (Rohypno[®]), 46 Personen zu Diazepam und 5 Personen zu anderen Benzodiazepinen. Dabei zeigen sich sehr deutliche Unterschiede: Der Median für die Preisangaben bei Flunitrazepam liegt bei 4 Euro, der für Diazepam bei 1 Euro (andere Substanzen: 1,50 €). In den Jahren zuvor (vor der BtMG-Unterstellung von Flunitrazepam) lag der Wert für Benzodiazepine insgesamt bei 1,50 Euro (2004-2008) bzw. 2 Euro (2010). Angesichts von Beobachtungen aus der Szene bzw. von Drogenhilfemitarbeiter(inne)n dürften sich die Angaben jener Jahre weit überwiegend auf Flunitrazepam bezogen haben. Insofern ist aktuell der Preis für diese Substanz vermutlich nochmals deutlich angestiegen, wobei zu beachten ist, dass sie unter Berücksichtigung der Angaben zur Verfügbarkeit mittlerweile ohnehin eher selten konsumiert werden dürfte. Die Preisangaben beziehen sich mithin vermutlich auf seltene Gelegenheiten, bei denen Flu-

¹⁸ 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.

nitrazepam überhaupt noch illegal gehandelt wird. Der Preis für eine Einheit des anderen auf der Szene verbreiteten Benzodiazepins Diazepam liegt hingegen niedriger als der in den Jahren zuvor für Benzodiazepine insgesamt ermittelte Preis.

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



Wie in den Erhebungen zuvor spiegelt sich die Preisentwicklung bei den drei in Abbildung 9 dargestellten Substanzen nur sehr begrenzt in den Einschätzungen der Befragten wider. So äußerte sich der starke Preisrückgang bei Heroin im Jahr 2004 zunächst nur darin, dass weniger Befragte angaben, die Droge sei teurer geworden, bei gleichzeitigem Anstieg des Anteils derer, die den Preis der Substanz für gleichbleibend hielten. Erst 2006, als der Preis offenbar bereits wieder leicht anstieg, gaben etwas mehr Befragte an, die Droge sei preiswerter geworden. In der aktuellen Erhebung ist indes, trotz des unveränderten Preises, der Anteil derer, die Heroin für teurer halten, wieder etwas angestiegen, während sich sowohl die Gruppe derer, die von einem gleichbleibenden Preis ausgehen, als auch die Anzahl derjenigen, die Heroin für preiswerter halten, verkleinert haben. Weiterhin und ebenso wie in den vier vorangehenden Befragungen gibt jedoch die Mehrheit an, dass sich der Preis von Heroin nicht verändert hat (s. Abb. 9). Bei Crack schätzte in den Erhebungen 2002 bis 2008 der jeweils größte Anteil der Befragten den Preis als ansteigend ein; besonders hoch lag dieser Anteil 2002 und 2003, als der Preis jedoch noch deutlich rückläufig war. Beim offensichtlich starken Preisanstieg 2008 änderte sich hingegen nur wenig an der Verteilung der diesbezüglichen Einschätzungen. Für die letzten beiden Erhebungen ist jedoch zu beobachten, dass jeweils nahezu die Hälfte der Interviewten einen unveränderten Crack-Preis annimmt und diese Angaben insofern mit dem gleichbleibenden Preis korrespondieren. Im Falle von Kokain gibt im Jahr 2012 – wie bereits in den Erhebungen 2002 bis 2004 – mit 36% der jeweils größte Teil der Befragten an, eventuelle preisliche Veränderungen nicht einschätzen zu können. Weitere 34% gehen davon aus, dass sich der Preis von Kokain nicht geändert hat. Jedoch hat mit 28% auch wieder ein gegenüber 2010 (6%) deutlich gestiegener Anteil der Befragten eine Verteuerung der Substanz wahrgenommen. Im Hinblick auf Benzodiazepine

wurde aufgrund der veränderten Gesetzeslage 2012 getrennt nach Flunitrazepam und anderen Benzodiazepinen gefragt. Die Mehrheit der Befragten (59%) gibt an, dass sich Flunitrazepam verteuert habe, nur jeweils 1% berichten über einen unveränderten bzw. zurückgehenden Preis und 40% können keine Einschätzung hierzu abliefern. Hier ist also offenkundig eine Koinzidenz zwischen der Entwicklung des konkret abgefragten Preises und der Einschätzung der Preisentwicklung zu beobachten. Für andere Benzodiazepine (in erster Linie Diazepam; s.o.) ist schließlich zu beobachten, dass 32% der Befragten den Preis als unverändert beurteilen, 21% von einer Verteuierung sprechen und lediglich 1% einen Preisrückgang wahrgenommen haben (47% geben an, die Preisentwicklung nicht beurteilen zu können). Inwiefern dies der tatsächlichen Preisentwicklung bei Diazepam entspricht oder nicht, kann mangels Vergleichsdaten aus den Vorjahren nicht überprüft werden.

Auch im Jahr 2012 zeigen sich bei der Betrachtung der Ergebnisse zur Angebotslage bemerkenswerte Resultate. So stagniert der in der Befragung 2008 verdoppelte Preis von Crack weiterhin auf diesem hohen Niveau, während sich die Qualitätseinschätzung für die Substanz – im Vergleich zu 2010 – wieder etwas verbessert hat. Möglicherweise lässt sich damit zum Teil auch die weiter gestiegene 24-Stunden-Prävalenz des Kokainderivats erklären (s. 4.2.2). Im Hinblick auf Heroin lässt sich festhalten, dass sich die Preisänderungen jeweils mit einer zeitlichen Verzögerung auf das Konsumniveau ausgewirkt haben: Nach dem deutlichen Preisrückgang 2004 dauerte es rund vier Jahre, bis die Prävalenzraten wieder einen (vorläufigen) Höhepunkt erreichten, bevor sie 2010, bei mittlerweile wieder merklich gestiegenen Preisen, etwas zurückgingen. Aktuell hat sich zwar der Preis von Heroin nicht verändert, die Qualitätseinschätzung der Substanz ist aber etwas schlechter geworden. Dennoch hat sich die 24-Stunden-Prävalenz des Opiats geringfügig erhöht. Die in diesem Jahr zu beobachtende erschwerte Verfügbarkeit von Benzodiazepinen, insbesondere von Flunitrazepam, schließlich geht mit einem deutlichen Rückgang der Prävalenzraten einher.

4.4.4 Kontrollintensität, Hafterfahrungen und Haftgründe

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

2012 wurden insgesamt 70% der Interviewten mindestens einmal von der Polizei kontrolliert. Bei der Mehrheit beschränkt sich dies auf einige wenige Überprüfungen (1 Mal: 14%, 2 Mal: 16%, 3-5 Mal: 20%). Immerhin jede(r) fünfte Befragte wurde jedoch vergleichsweise häufig kontrolliert: 9% erlebten 6-10, 4% 11-20 und weitere 7% sogar mehr als 20 Polizeikontrollen. Gegenüber 2010 hat sich dabei sowohl der Anteil derer erhöht, die überhaupt im zurückliegenden Monat kontrolliert wurden (2010: 56%), als auch die Häufigkeit der Überprüfungen: Im Schnitt berichten die im Jahr 2012 Befragten (bezogen auf die gesamte Stichprobe) über 5,1 Kontrollen, die im Jahr 2010 Befragten über 3,9 Kontrollen. Werden nur diejenigen betrachtet, die überhaupt mindestens einmal kontrolliert wurden, hat sich die durch-

schnittliche Anzahl der Kontrollen ebenfalls – wenn auch nur geringfügig – erhöht (2010: 7,0; 2012: 7,3). Eine genauere Betrachtung verschiedener Gruppen zeigt, dass Szenegänger(innen), die sich bereits länger auf der Szene aufhalten (mehr als zwei Jahre), mit durchschnittlich 5,9 Mal nur etwas häufiger kontrolliert werden als Personen, die sich weniger als zwei Jahre in diesem Umfeld aufhalten (4,9 Mal). Insofern lässt sich nach wie vor festhalten, dass „neue Gesichter“ nicht häufiger kontrolliert werden bzw. es ihnen möglicherweise sogar etwas besser gelingt, sich unauffällig zu verhalten. Ein etwas größerer, wenngleich nicht signifikanter Unterschied bezüglich der Kontrolldichte zeigt sich im aktuellen Berichtsjahr zwischen Deutschen (\bar{x} 4,1 Kontrollen) und Nichtdeutschen (\bar{x} 7,2 Kontrollen).

Weiterhin wurde den Szeneangehörigen die Frage gestellt, ob ihnen gegenüber im letzten Monat Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote¹⁹ ausgesprochen wurden. Bei insgesamt 26% derer, die auch im zurückliegenden Monat kontrolliert wurden, war dies der Fall; dies entspricht 18% der gesamten Stichprobe (2010: 34% bzw. 20%). Beim überwiegenden Teil dieser Gruppe (14% der von der Polizei Kontrollierten bzw. 10% der Gesamtstichprobe) beschränkte sich dies auf ein(en) Platzverweis/Aufenthaltsverbot. Weitere 11% der Kontrollierten bzw. 8% aller Befragten hatten 2 bis 5 derartige Verweise erteilt bekommen und lediglich eine Person erlebte mehr als fünf Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote. Im Vergleich zu 2010 hat sich der Anteil derer, die einen Platzverweis erteilt bekommen haben, etwas verringert. Und auch die durchschnittliche Anzahl der erteilten Platzverweise unter denjenigen, die überhaupt im zurückliegenden Monat von der Polizei kontrolliert wurden, hat sich von 1,3 auf 0,5 reduziert. Insofern lässt sich für 2012 zwar offenbar eine höhere Kontrolldichte ausmachen, jedoch scheint die Polizei etwas seltener Platzverweise/Aufenthaltsverbote gegen Angehörige der Drogenszene auszusprechen.

Erwartungsgemäß zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Polizeikontrollen und Platzverweisen/Aufenthaltsverboten, d.h. diejenigen, die häufig kontrolliert werden, bekommen tendenziell auch eher bzw. häufiger Verweise erteilt. Es gibt jedoch auch eine nennenswerte Anzahl von Befragten, die zwar häufig kontrolliert werden, aber keine Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote erhalten. 2012 trifft dies beispielsweise auf 64% derer zu, die im zurückliegenden Monat mindestens zehn Mal kontrolliert wurden (2010: 47%).

Ebenfalls erstmals 2010 wurden Fragen zu Haftbefahrungen und den jeweiligen Gründen für Gefängnisaufenthalte gestellt. Von den im Jahr 2012 Befragten geben lediglich 25% an, bislang noch nie inhaftiert gewesen zu sein (2010: 22%). Unter den 75%, die über Haftbefahrungen verfügen, waren jeweils 20% bislang ein bzw. zwei Mal in Haft, 15% drei Mal, 14% vier Mal und 10% fünf Mal. Immerhin 21% der Haftbefahrenen waren sechs Mal oder häufiger inhaftiert. Durchschnittlich haben diejenigen mit Inhaftierungserfahrungen bislang 3,9 (\pm 3,1) Gefängnisaufenthalte erlebt (2010: 4,6 (\pm 4,6)).

Im Hinblick auf die Zeit, die die Haftbefahrenen bislang insgesamt in Gefängnissen verbracht haben, zeigt sich, dass sich diese bei 29% der Haftbefahrenen auf maximal zwölf Monate beschränkt. 17% waren maximal zwei Jahre, 7% höchstens drei Jahre, 4% maximal vier

¹⁹ Der Platzverweis ist eine polizeirechtliche Maßnahme, die der „Gefahrenabwehr“ dienen soll und zeitlich auf 24 Stunden begrenzt ist. Ein Aufenthaltsverbot ist eine Anordnung, die von einer Gemeinde ausgesprochen werden kann und die sich auf einen längeren Zeitraum sowie ein größeres Gebiet bezieht als ein Platzverweis.

Jahre und 13% höchstens fünf Jahre in Haft. Weitere 14 % waren mehr als fünf bis zu zehn Jahre inhaftiert und 3% haben insgesamt mehr als zehn Jahre in Haft verbracht. Im Schnitt waren die Befragten mit Hafterfahrung etwas mehr als vier Jahre (53,5 (\pm 55,7) Monate) inhaftiert (2010: 51,9 (\pm 51,9) Monate)

Was den Grund für die letzte Inhaftierung betrifft, so wird von 32% der Befragten mit Hafterfahrung angegeben, dass sie eine zuvor ausgesprochene Geldstrafe abgesessen hätten. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle handelt es sich dabei um eine Geldstrafe wegen Schwarzfahrens (20%), gefolgt von Geldstrafen wegen Diebstahl (6%), Prostitution (3%) und „Trunkenheit im Verkehr“ (3%). Weitere 19% waren das letzte Mal wegen Diebstahl inhaftiert, 14% wegen Drogenhandel und jeweils 9% wegen Körperverletzung und Drogenbesitz. 6% geben Raub und 5% Betrug als letztes Delikt an, aufgrund dessen sie inhaftiert waren. Jeweils ein(e) Befragte(r) hatte wegen Fundunterschlagung, Einbruch, Waffenbesitz, Totschlag und Mord in Haft gesessen. Die Gründe der letzten Inhaftierung haben sich im Vergleich zu 2010 nicht signifikant verändert.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die überwiegende Mehrheit der befragten Drogenkonsumierenden regelmäßig – d.h. mindestens einmal im Monat – in der Öffentlichkeit von der Polizei kontrolliert wird; mehr als jede(r) Zehnte wurde im letzten Monat mehr als zehn Mal kontrolliert. Demnach kann die Kontrolldichte als durchaus hoch bezeichnet werden. Unter den Personen, die im zurückliegenden Monat überhaupt kontrolliert wurden, gibt es einen nennenswerten Anteil (rund ein Viertel), der bei solchen Überprüfungen Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote erhält. Derartige ordnungsrechtliche Maßnahmen scheinen also innerhalb der Szene durchaus Teil des Alltages zu sein. Im Vergleich zur Erhebung 2010 ist dabei zwar der Anteil an Personen, die im zurückliegenden Monat von der Polizei kontrolliert wurden, angestiegen; jedoch wurde gegenüber einem geringeren Anteil aus dieser Gruppe auch ein Platzverweis ausgesprochen. Weiterhin lässt sich resümieren, dass eine große Mehrheit der Befragten über Hafterfahrungen verfügt, wobei überwiegend erhebliche Inhaftierungszeiten von mehreren Jahren zusammenkommen. Am häufigsten werden Geldstrafen und Eigentumsdelikte als Gründe für die Gefängnisaufenthalte genannt, gefolgt von Drogendelikten. Darüber hinaus haben aber auch nicht wenige Betroffene wegen Gewalttaten Zeit in Haftanstalten verbracht.

4.4.5 Der Szenealltag im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Mit durchschnittlich 11,2 Jahren hält sich die Mehrheit der im Jahr 2012 befragten Drogenkonsument(inn)en bereits seit langer Zeit regelmäßig auf der Frankfurter Drogenszene auf. Im Mittel besuchen die Frauen seit 10,7 Jahren die Drogenszene, die Männer seit 11,4 Jahren (n.s.). Durchschnittlich verbringen die Interviewpartner(innen) 5,8 Tage pro Woche und dann 9,5 Stunden pro Tag auf der Drogenszene. Frauen halten sich mit durchschnittlich 11,5 Stunden signifikant länger auf der Szene auf als Männer (8,4 Stunden; *). Auch in den meisten vorangegangenen Erhebungen war diese geschlechterbezogene Differenz zu beobachten (2002: 9,4 vs. 10,0; 2003: 8,6 vs. 12,0; 2004: 7,7 vs. 9,4; 2006: 7,2 vs. 9,5; 2008: 7,7 vs. 9,2, 2010: 7,0 vs. 7,9). Was die Gründe für den Aufenthalt auf der Szene betrifft, so dominiert

eindeutig das Motiv „Drogen kaufen“, das von nahezu allen Befragten (94%) angeführt wird. Eine wichtige Rolle für den Aufenthalt auf der Szene spielen darüber hinaus auch Motive, die auf die soziale Funktion der Drogenszene verweisen (Leute treffen: 79%, keine andere Beschäftigung/Langeweile: 63%), oder sich auf ihren ökonomischen Aspekt beziehen (Geschäfte abwickeln: 41%, Drogen verkaufen: 27%). Insgesamt 34% aller im Jahr 2012 Befragten besuchen das Bahnhofsviertel wegen der Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung. Ein signifikanter Geschlechtsunterschied zeigt sich lediglich für das Motiv „Drogen kaufen“, das von 98% der Männer, aber „nur“ von 88% der Frauen als Grund für den Szeneaufenthalt genannt wird (*).

Im Hinblick auf die Orte, die von den Interviewpartner(inne)n für den intravenösen Konsum sowie für das Rauchen von Crack aufgesucht werden, lässt sich nach wie vor festhalten, dass der Spritzkonsum vor allem in den Konsumräumen stattfindet – generell nutzen 87% der i.v. Konsumierenden diese Orte für den intravenösen Drogengebrauch und drei Viertel konsumieren hier überwiegend. Hauptsächlich in privaten Räumlichkeiten injizieren 11%, knapp jede(r) Zweite tut dies zumindest gelegentlich. 44% nutzen jedoch nach wie vor die Straße (im Bahnhofsviertel) als Ort für den intravenösen Konsum, 6% injizieren hier überwiegend. Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede lassen sich nicht beobachten.

Was die Orte für das Rauchen von Crack betrifft, so geben 64% der Befragten die Straße im Bahnhofsviertel als überwiegenden Konsumort an, mit 93% rauchen nahezu alle Crack zumindest gelegentlich dort. 41% rauchen Crack unter anderem und 14% überwiegend in privaten Räumlichkeiten. 3% der im Jahr 2012 Befragten nutzen den Rauchraum als überwiegenden Konsumort und 25% suchen diesen zumindest ab und zu für den Crackkonsum auf. Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede (*) lassen sich dahingehend feststellen, dass Frauen häufiger als Männer private Räumlichkeiten als überwiegenden Konsumort für den inhalativen Crackkonsum angeben (24% vs. 7%), hingegen seltener überwiegend in der Öffentlichkeit außerhalb des Bahnhofsviertels Crack rauchen (2% vs. 18%).

Heroin und Crack werden von fast allen Befragten als leicht oder sehr leicht verfügbar eingeschätzt. Etwas anders stellt sich weiterhin die Versorgungslage mit Kokain dar, das nach wie vor von über der Hälfte der Interviewten als eher schwer erhältlich bewertet wird. Für die Stoffgruppe der Benzodiazepine zeigt sich ein unterschiedliches Bild: Die Verfügbarkeit von Flunitrazepam (Rohypnol[®]) wird überwiegend als schlecht, die von anderen Benzodiazepinen mehrheitlich als gut eingeschätzt. Bei Heroin und Crack hat die Verfügbarkeit gegenüber 2010 wieder etwas abgenommen, was wahrscheinlich durch Schwankungen im Schwarzmarktgeschehen bedingt ist. Verschlechtert hat sich hingegen die Verfügbarkeit von Benzodiazepinen, insbesondere trifft dies auf Flunitrazepam zu. Die Erhältlichkeit von Kokain hat sich indes im Vergleich zu den vorangehenden Befragungen erhöht. Bei der Einschätzung der Drogenqualität zeigt sich ein subjektiver Qualitätsrückgang für Heroin sowie ein Qualitätsanstieg bei Crack. Kokain wird unverändert als am qualitativ hochwertigsten eingeschätzt. Bei der Beurteilung zur Preisentwicklung ist festzustellen, dass der Grammpreis von 100 Euro für Crack seit 2008 unverändert ist, während sich die Preise für Heroin (50 €) und Kokain (70 €) seit 2010 nicht verändert haben. Der Schwarzmarktpreis für das ohnehin schwer erhältliche Flunitrazepam hat sich deutlich auf vier Euro pro Tablette erhöht, während eine Konsumeinheit Diazepam für einen Euro gehandelt wird.

Insgesamt 70% der Interviewpartner(innen) wurden im zurückliegenden Monat mindestens einmal in der Öffentlichkeit von Ordnungsbehörden kontrolliert. Rund jede(r) Fünfte erlebte in diesem Zeitraum mehr als fünf solcher Überprüfungen. Darüber hinaus hatten 18% der Befragten im letzten Monat mindestens ein Mal ein Platzverweis oder ein Aufenthaltsverbot erhalten. Mit durchschnittlich 7,6 gegenüber 3,8 Mal wurden die Frauen signifikant häufiger als die befragten Männer im zurückliegenden Monat kontrolliert (*). Zudem hatten 26% der Frauen, aber nur 14% der Männer ein Aufenthaltsverbot bzw. einen Platzverweis erhalten. Dieser Unterschied erreicht jedoch keine statistische Signifikanz.

75% der Interviewten waren bislang mindestens ein Mal in Haft. 16% waren schon mehr als fünf Mal inhaftiert. Im Durchschnitt haben diejenigen mit Hafterfahrungen etwas mehr als vier Jahre in Gefängnissen verbracht. Die am häufigsten genannten Haftgründe sind in absteigender Reihenfolge „Absitzen“ einer Geldstrafe, Diebstahl, Drogenhandel, Drogenbesitz, Körperverletzung, Raub und Betrug.

Hinsichtlich der generellen Hafterfahrung, der Häufigkeit der Inhaftierungen sowie der Gründe für die letzte Inhaftierung zeigen sich keine signifikanten geschlechtsbezogenen Differenzen. Signifikant sind jedoch die Geschlechterunterschiede für die bisherige Dauer der Inhaftierungen: Die befragten Männer haben durchschnittlich insgesamt 51 Monate, die befragten Frauen nur 19 Monate in Haft verbracht (***). Männer haben somit häufiger längere Gefängnisaufenthalte erlebt, was darauf hindeutet, dass die von ihnen begangenen Delikte offenbar meist schwerwiegender waren als die von den Frauen verübten Straftaten.

4.5 Gesundheitszustand

4.5.1 Infektionsstatus und Risikoverhalten

Im Jahr 2012 geben 1% bzw. 3% an, mit einer Hepatitis A bzw. einer Hepatitis B infiziert zu sein. Weitere 45% berichten über eine Hepatitis C-Infektion. Dieser gegenüber den Vorjahren zu beobachtende deutliche Rückgang der Hepatitis C-Infektionsrate ist jedoch wohl vor allem auf einen Erhebungsfehler in der aktuellen Befragung zurückzuführen. (s. Tab. 20)²⁰. Dies betrifft auch den gesamten Anteil der Befragten, die angeben, mit einer der drei Hepatitiden A, B oder C infiziert zu sein. Dieser Wert lag im Jahr 1995 mit 35% noch niedriger²¹, in sämtlichen Jahren seit 2002 bei jeweils rund zwei Dritteln der Befragten. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Hepatitis C-Infektionsrate in der nächsten Erhebung entwickeln wird. Seit 2003 geben immer weniger Interviewte an, mit Hepatitis A oder B infiziert zu sein. (Tab. 20).

²⁰ Bei der Frage nach der Hepatitis C-Prävalenz wurde es leider versäumt, die beiden neuen Interviewer(innen) explizit darauf hinzuweisen, dass nicht nach Beschwerden/ Symptomen, sondern nach dem Infektionsstatus gefragt werden soll.

²¹ 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 20: Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Hepatitis									
A	-- ^a	13	20	7	5	6	1	1	***
B	-- ^a	18	27	15	11	9	2	3	***
C	-- ^a	71	63	63	61	65	65	45 ^b	*** ^b
A oder B oder C	35	74	67	67	61	67	66	47 ^b	*** ^b
HIV-Status									
HIV-positiv	26	13	17	12	13	6	6	4	***
HIV-negativ	73	81	80	86	86	93	94	90	
bislang kein Test	1	6	3	2	1	1	0	6	

^a keine Daten verfügbar

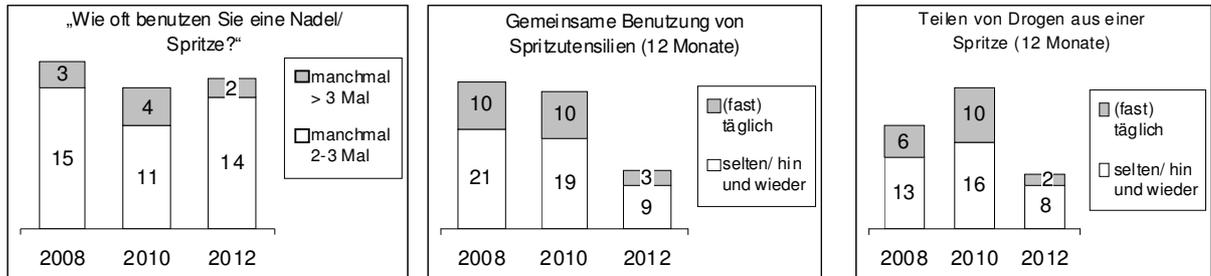
^b Die im Vergleich zu den Vorjahren signifikant niedrigeren Werte sind vermutlich größtenteils auf einen Erhebungsfehler zurückzuführen.

Bei der Verbreitung des HI-Virus ist seit einigen Jahren ein rückläufiger Trend zu beobachten: Während bei der Befragung 1995 noch 26% angaben, HIV-positiv zu sein, ging dieser Wert bis 2002 um die Hälfte zurück, um nach einer Phase weitgehender Stagnation in der Befragung 2008 nochmals um die Hälfte zu sinken. Aktuell ist dieser Wert erneut leicht zurückgegangen, so dass im Jahr 2012 nur noch 4% angeben, HIV-positiv zu sein. Allerdings geben 6% der Befragten an, noch nie auf HIV getestet worden zu sein, womit gemeinsam mit dem Jahr 2002 der höchste Wert aller Erhebungen erreicht wird. Im Vorjahr hatten noch alle Befragten angegeben, mindestens einmal einen HIV-Test gemacht zu haben. Zudem liegt unter den HIV-Negativen in der Stichprobe der Anteil derer, deren letzter Test im Befragungsjahr stattfand, mit 69% am niedrigsten von allen Befragungen (2003: 71%; 2004: 77%, 2006: 78%, 2008: 80%, 2010: 74%). Allerdings geben lediglich 2% an, dass der letzte HIV-Test im Jahr 2009 oder früher stattgefunden hätte (so dass umgekehrt bei 98% der letzte Test maximal 3½ Jahre zurückliegt). Dennoch bleibt festzuhalten, dass trotz der hohen Zahl an Befragten mit einem relativ aktuellen Testergebnis eine gewisse Dunkelziffer bei der HIV-Prävalenz besteht, die sich 2012 zudem etwas erhöht hat.

Im Hinblick auf die Infektionsraten sowie deren Dunkelziffern sind auch die seit 2008 erhobenen Angaben zum konsumbezogenen Risikoverhalten von Interesse. In Abbildung 10 sind jeweils die Anzahlen derjenigen dargestellt, die generell das jeweilige Risikoverhalten ausüben. 14% benutzen zumindest manchmal eine Injektionsnadel zwei oder drei Mal, weitere 2% verwenden Nadeln zuweilen auch mehr als drei Mal. Umgekehrt bedeutet dies, dass 84% ihre Nadeln grundsätzlich nur einmal benutzen. An dieser Verteilung hat sich seit 2008 nur wenig geändert. 9% teilen Utensilien zum intravenösen Konsum (Spritzen, Löffel o.ä.) zumindest gelegentlich mit anderen Usern; 3% tun dies sogar nahezu täglich. 88% verwenden ihre Utensilien somit immer nur alleine. In den beiden Vorerhebungen hatten noch deutlich mehr Befragte angegeben, gemeinsam mit anderen Konsument(inn)en Injektionsutensilien zu benutzen (*; s. Abb. 10). Ein ähnlich starker Rückgang des Risikoverhaltens ist beim

Teilen von Drogen aus einer Spritze²² zu beobachten: 8% praktizieren dies zumindest manchmal und 2% (fast) täglich, während neun von zehn Befragten darauf komplett verzichten. 2008 und 2010 lag der Gesamtanteil derer, die Drogen mit anderen aus einer Spritze teilen, noch jeweils rund doppelt so hoch (*; s. Abb. 10).

Abbildung 10: Risikoverhalten bei der Benutzung von Utensilien zum intravenösen Konsum, 2008 bis 2012 (nur aktuell i.v. Konsumierende, %)



Bemerkenswerterweise hat es also bei Risikoverhalten, das sich auf den gemeinsamen intravenösen Konsum mit anderen bezieht, in den letzten zwei Jahren einen relativ deutlichen Rückgang gegeben, während ‚individuelles‘ Risikoverhalten (mehrmalige Nutzung von Injektionsnadeln) etwa gleich häufig geblieben ist. Die Anzahl der aktuell intravenös Konsumierenden, die aktuell bzw. in den letzten 12 Monaten gar kein konsumbezogenes Risikoverhalten praktiziert haben, ist im Jahr 2012 signifikant, von 55% (2010) auf 69% angestiegen (2008: 54%; *). Auch wenn es also mit 31% noch einen nennenswerten Anteil von intravenös Konsumierenden gibt, die trotz der umfassenden Angebote zur Schadensminimierung riskante Gebrauchsmuster praktizieren, ist diese Gruppe innerhalb der letzten zwei Jahre merklich kleiner geworden.

4.5.2 Versicherungsstatus, Symptome und Beschwerden

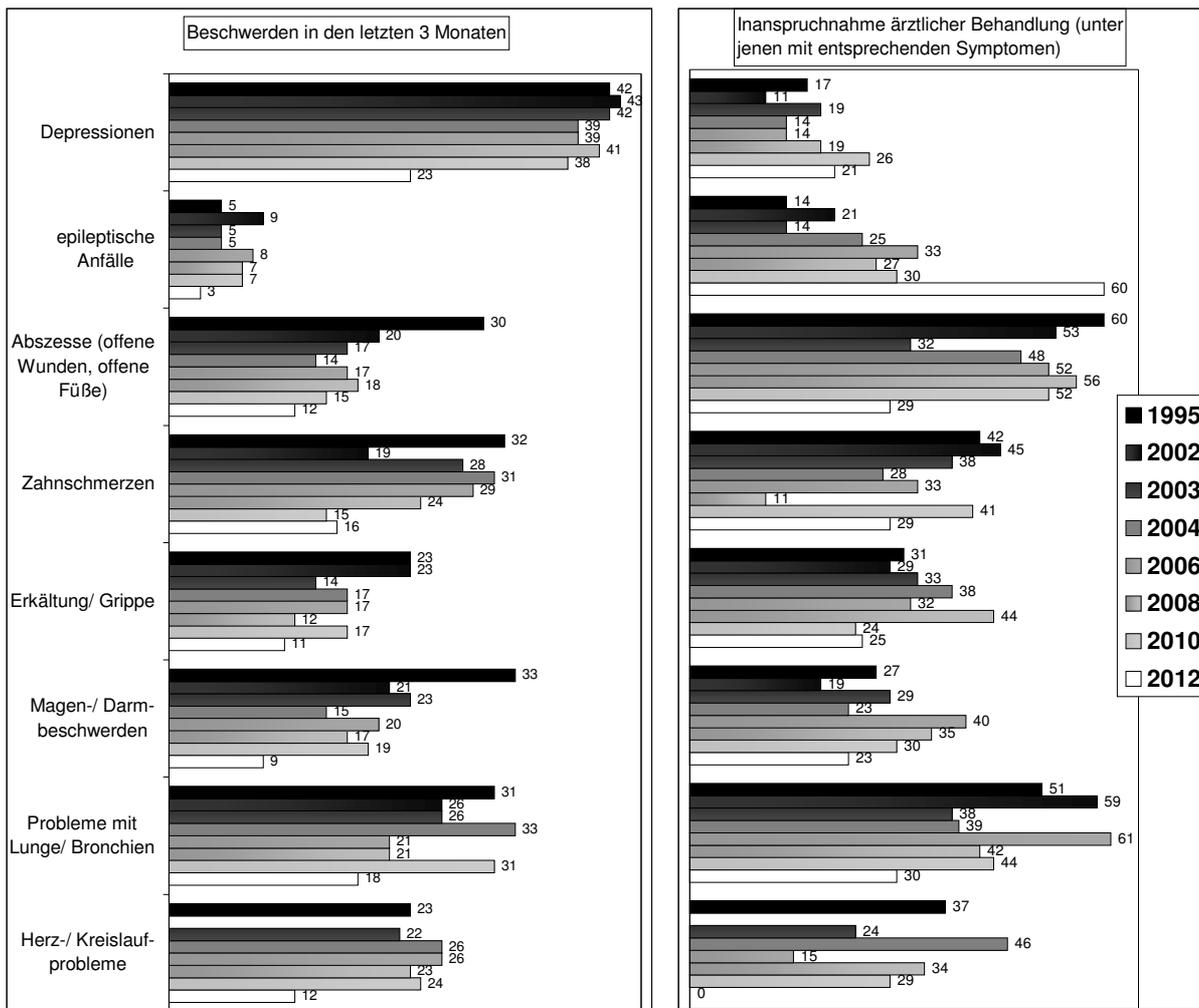
Seit dem Jahr 2008 werden die Interviewpartner(innen) nach ihrem Krankenversicherungsstatus gefragt. Nachdem der Anteil derer, die krankenversichert sind, im Vorjahr von 90% (2008) auf 97% (2010) angestiegen war, ist er nunmehr vergleichsweise deutlich auf 85% zurückgegangen (**). Bei näherer Betrachtung kann der Großteil dieser Änderung auf den höheren Anteil nicht-deutscher Befragter zurückgeführt werden: Bei den Interviewten mit deutschem Pass beträgt der Anteil der Krankenversicherten 93%, bei denen mit ausländischer Nationalität nur 67%. Allerdings ist auch innerhalb der Gruppe der Nicht-Deutschen der Anteil derer mit Krankenversicherung seit 2010 (94%) signifikant (**) zurückgegangen, während bei den deutschen Befragten nur eine geringe Verschiebung (von 97% auf 93%) stattgefunden hat.

²² Gemeint ist hiermit das sogenannte „Frontloading“ (bei dem die gesamte Drogenlösung in eine Spritze aufgezogen, die Nadel der Empfängerspritze entfernt und die Geberspritze in die Empfängerspritze von vorne eingesteckt und der Drogenanteil in die Empfängerspritze eingespritzt wird) oder das „Backloading“ (bei dem der Kolben aus der Empfängerspritze herausgezogen und aus der Geberspritze die Drogenlösung „von hinten“ in die Empfängerspritze eingespritzt wird). Infektionsrisiken bestehen hierbei, wenn nicht ausschließlich sterile Utensilien zur Aufbereitung der Drogenlösung (wie Filter, Wasser, Löffel etc.) oder unsaubere Nadeln und Spritzen zum Teilen der Drogenlösung verwendet werden.

Wie in den Vorerhebungen wurde der Gesundheitszustand der Konsument(inn)en 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 (s. Abb. 11).

Auch im Jahr 2012 sind Depressionen die am häufigsten genannten Beschwerden; aktuell betrifft dies 23% der Befragten. Allerdings ist dieser Anteil im Vergleich zu sämtlichen Vorjahren, in denen jeweils rund 40% entsprechende Symptome angaben, deutlich gesunken (**). Auf den nächsten Rängen der genannten Beschwerden folgen in der aktuellen Erhebung in absteigender Reihenfolge Probleme mit Lungen/Bronchien, Zahnschmerzen, Abszesse, Herz-/ Kreislaufprobleme, Erkältung/ Grippe, Magen-/Darmbeschwerden und epileptische Anfälle (s. Abb. 11). Darüber hinaus geben fünf der sechs HIV-infizierten Personen AIDS-bedingte Krankheiten an.

Abbildung 11: Symptome und Beschwerden in den letzten 3 Monaten und Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung (%) nach Jahr der Befragung



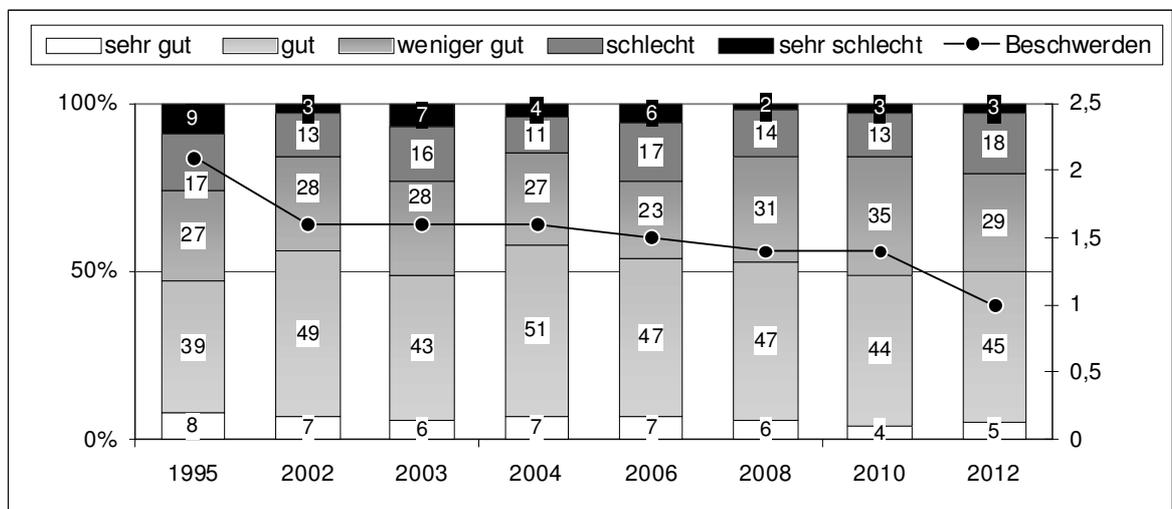
^a Herz-/ Kreislaufprobleme: keine Daten für 2002 verfügbar

Sämtliche Beschwerden bis auf AIDS-bedingte Symptome und Zahnschmerzen sind 2012, teilweise deutlich, zurückgegangen, wobei die Prävalenz von Zahnschmerzen bereits in der vorangehenden Erhebung rückläufig war. Bei Beschwerden mit Lungen/ Bronchien und Magen/ Darm erreicht bereits der Rückgang der letzten zwei Jahre statistische Signifikanz (jeweils *). Darüber hinaus ist bei Erkältung/ Grippe (*), Zahnschmerzen (**) und Abszessen (**) jeweils eine signifikante Verringerung über den gesamten Erhebungszeitraum zu beobachten; bei Magen-/Darmbeschwerden fällt der Rückgang seit 1995 sehr deutlich aus (***). Bei den AIDS-Symptomatikern, deren Anteil sich auf die HIV-Positiven beschränkt, sind deutliche Schwankungen zu beobachten (**), die allerdings zum großen Teil auf die seit einiger Zeit äußerst geringen Fallzahlen zurückzuführen sind.

Die insgesamt deutlichen Rückgänge bei den Beschwerden schlagen sich auch in der Durchschnittszahl der erfassten Symptome²³ nieder: Die Befragten geben im Jahr 2012 im Schnitt 1,0 (± 1,2) Beschwerden an; im Jahr 2010 betrug dieser Wert noch 1,4. Dies ist deshalb bemerkenswert, da in den acht Jahren zuvor nur ein gradueller Rückgang zu beobachten war, nachdem die Beschwerden bereits zwischen 1995 und 2002 deutlich zurückgegangen waren (1995: 2,1; 2002: 1,6; 2003: 1,6; 2004: 1,6; 2006: 1,5; 2008: 1,4; 2010: 1,4; 2012: 1,0; ***).

Etwa ein Viertel bis gut die Hälfte derer, bei denen die jeweiligen Beschwerden vorliegen, begibt sich auch in ärztliche Behandlung; Ausnahme sind in diesem Jahr Herz-/Kreislaufprobleme, wegen derer keine/r der Betroffenen in Behandlung war. Die Behandlungsquoten variieren je nach Art der Symptome, aber auch im Zeitverlauf, wobei sich bei keinem Krankheitsbild ein klarer Trend abzeichnet. Allerdings sind auch die Behandlungsquoten in diesem Jahr, abgesehen von epileptischen Anfällen (für die jedoch die insgesamt sehr geringe Fallzahl zu berücksichtigen ist), zurückgegangen (s. Abb. 11). Die Befragten berichten also nicht nur über weniger Beschwerden, sondern jene, die Krankheitssymptome aufweisen, suchen auch seltener einen Arzt oder eine Ärztin auf als in den meisten Vorjahren.

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



²³ Berücksichtigt wurden bei dieser Auswertung nur die in allen vier Befragungen erhobenen Symptome.

Der Rückgang der angegebenen Beschwerden spiegelt sich allerdings *nicht* in den entsprechenden Einschätzungen der Befragten bezüglich ihres Gesundheitszustands wider (s. Abb. 12). Aktuell beurteilt die Hälfte ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut; dies liegt leicht oberhalb des Wertes von 2010 (48%). Gleichzeitig schätzen im Vergleich zur Vorerhebung mit 21% auch etwas mehr Befragte ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein (2010: 16%). Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit liegt damit ungefähr auf dem Niveau der meisten Vorerhebungen; lediglich 1995 wurde der Gesundheitszustand etwas schlechter bewertet. Über den gesamten Erhebungszeitraum zeigt sich keine statistisch signifikante Änderung dieser Einschätzung. Es gibt also offenbar eine erhebliche Diskrepanz zwischen den tatsächlich vorhandenen Krankheitssymptomen und deren subjektiv wahrgenommenen Auswirkungen auf das Allgemeinbefinden: Während von den Befragten im Schnitt nur noch rund halb so viele Beschwerden genannt werden wie 1995, ist die Einschätzung des Gesundheitszustandes praktisch unverändert geblieben.

4.5.3 Überdosierungen

39% der Interviewten berichten, mindestens einmal im Leben eine Überdosis erlebt zu haben. Dieser Wert liegt deutlich niedriger als die entsprechenden Kennzahlen aus den vorherigen Erhebungen, so dass diesbezüglich erstmals eine signifikante Veränderung festzustellen ist (2002: 58%, 2003: 57%, 2004: 53%, 2006: 51%, 2008: 61%, 2010: 64%, 2012: 39%; ***). Allerdings ist zu vermuten, dass diese Veränderung teilweise durch einen Erhebungsfehler²⁴ im aktuellen Berichtsjahr bedingt ist, weshalb der aktuelle Wert nur unter Vorbehalt zu betrachten ist. Darauf deutet auch der Umstand hin, dass bei Alter und Szenezugehörigkeit nur geringe Veränderungen zu beobachten sind – bei einer derart ähnlichen Struktur der Befragten ist es eher unwahrscheinlich, dass sich die Lebenszeiterfahrung mit Überdosierungen innerhalb von zwei Jahren so deutlich ändert. Es bleibt abzuwarten, wie sich der Wert in der kommenden Befragung entwickelt.

Bei der durchschnittlichen Anzahl an Überdosierungen (bezogen auf diejenigen mit entsprechender Erfahrung) zeigen sich hingegen keine signifikanten Änderungen seit 2002 – in der aktuellen Erhebung haben die Befragten im Schnitt drei Überdosierungen erlebt (Median; 2002: 2, 2003/2006/2008: je 3, 2004/2010: je 2,5). Und auch der durchschnittliche Zeitpunkt der letzten Überdosis hat sich nicht signifikant geändert: Im Jahr 2012 erlebten die Befragten ihre letzte Überdosis im Mittel vor 34 Monaten (Median: 2002-2008: jeweils 24 Monate, 2010: 36 Monate; n.s.). Sowohl bei diesem Datum als auch bei der Anzahl der erlebten Überdosierungen zeigt sich weiterhin eine extrem hohe Spannweite der jeweiligen Angaben.

Diejenigen, die ihre letzte Überdosis innerhalb der letzten 3 Jahre hatten (2002: n=54, 2003: n=49, 2004: n=49, 2006: n=46, 2008: n=48, 2010: n=47, 2012: n=30), werden zusätzlich nach den Begleitumständen dieser letzten Überdosierung gefragt. Wie in allen vorherigen Erhebungsjahren wird auf die Frage, welche Substanzen die Betroffenen am Tag ihrer letzten Überdosierung konsumiert haben, Heroin mit Abstand am häufigsten genannt; aktuell

²⁴ Die einzelnen Interviewer(innen) haben vermutlich insbesondere bei entsprechenden Nachfragen unterschiedliche Definitionsebenen von „Überdosis“ wiedergegeben (von bestimmten physischen Ausfallserscheinungen bis hin zu Bewusstlosigkeit mit ggf. Atemstillstand).

war die Droge bei 83% der zuletzt erlebten Überdosen beteiligt. Auf den nächsten Rängen folgen auch im Jahr 2012 Crack, Benzodiazepine und Alkohol. Bei keiner der abgefragten Substanzen zeigen sich signifikante Unterschiede im Zeitverlauf (s. Tab. 21).

Tabelle 21: Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Alkohol	20	10	16	9	10	26	23	n.s.
Cannabis	4	2	2	0	6	4	0	n.s.
Heroin	76	82	88	85	83	94	83	n.s.
Benzodiazepine	^a	^a	31	17	33	34	30	n.s.
Substitutionsmittel	6	8	2	7	6	15	7	n.s.
Kokain	19	6	22	26	25	13	13	n.s.
Crack	46	35	31	24	38	40	50	n.s.

Bei der konkreten Frage nach der Substanz, die nach Ansicht der Betroffenen *in erster Linie* für die Überdosis verantwortlich war, entfallen in allen sieben Befragungen ebenfalls die meisten Nennungen auf Heroin (2002: 43%, 2003: 63%, 2004: 43%, 2006: 54%, 2008: 44%, 2010: 47%, 2012: 40%). Am zweithäufigsten wird 2012 bei dieser Frage Crack (20%) angegeben, womit der höchste Wert aller Erhebungen erreicht wird (2002: 15%, 2003: 10%, 2004: 4%, 2006: 2%, 2008: 10%, 2010: 9%). 17% geben an, dass weniger eine bestimmte Droge als vielmehr der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen („Drogenmix“) verantwortlich für die Überdosis gewesen sei (2002: 17%, 2003: 12%, 2004: 16%, 2006: 15%, 2008: 25%, 2010: 26%). Andere Substanzen werden in diesem Zusammenhang nur äußerst vereinzelt genannt. Insgesamt erreichen die Veränderungen keine statistische Signifikanz; ohnehin sei insbesondere für das aktuelle Erhebungsjahr auf die geringen Fallzahlen verwiesen.

Der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen ist im Jahr 2012 die am häufigsten (von knapp der Hälfte der Befragten) genannte Antwort auf die Frage nach dem Hauptgrund der letzten Überdosierung (s. Tab. 22). An zweiter Stelle rangiert ein zu hoher Konsum nach vorheriger Abstinenz, gefolgt von der Tagesverfassung und der unbekanntem Drogenqualität. Suizidabsicht oder andere Gründe spielen in der aktuellen Befragung erneut nur eine geringe Rolle als Hintergrund der letzten Überdosierungserfahrung. Im Vergleich zu den Erhebungen zuvor zeigt sich in der aktuellen Befragung eine deutliche Veränderung bezüglich der Verteilung der Hauptgründe: Während in den Vorjahren noch für fast die Hälfte der Betroffenen eine unbekanntem Drogenqualität der ausschlaggebende Grund für die letzte Überdosis war, wird diese Antwort 2012 nur noch von rund jedem bzw. jeder Achten angegeben. Der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen hingegen hat deutlich an Bedeutung hinzugewonnen. Die übrigen Änderungen im gesamten Zeitverlauf zeigen keinen klaren Trend an.

Tabelle 22: Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
gleichzeitiger Konsum mehrerer Substanzen	15	35	33	15	21	26	47	..
zu hoher Konsum nach vorheriger Abstinenz	6	14	16	15	27	13	20	
unbekannte Drogenqualität	59	45	33	41	42	47	13	
Tagesverfassung	13	4	8	17	8	9	13	
Suizidabsicht	2	2	4	11	2	6	7	
Sonstige Gründe	6	0	6	0	0	0	0	

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungen sind weiterhin hinsichtlich der Orte der letzten Überdosis zu beobachten. Auch 2012 wird hier der Konsumraum (an dem auch am häufigsten konsumiert wird; s. 4.4.2) am häufigsten genannt, wobei der Anteil mit 41% im Vergleich zu 2010 wieder etwas zurückgegangen ist (2002: 49%, 2003: 49%, 2004: 28%, 2006: 36%, 2008: 56%, 2010: 57%). Dahinter folgen Überdosierungen im eigenen Zuhause bzw. anderen privaten Räumlichkeiten (aktuell 28%). 24% haben ihre letzte Überdosis auf der Straße erlebt. Andere Orte spielen diesbezüglich keine nennenswerte Rolle.

Bei der Verteilung der Antworten auf die Frage, ob und wenn ja von wem die Betroffenen bei einer Überdosierung Hilfe erhalten haben, lassen sich gewisse Veränderungen feststellen (s. Tab. 23). Am häufigsten werden 2012 mit 41% Notärzt(inn)e(n) genannt, gefolgt von Mitarbeiter(innen) von Drogenhilfeeinrichtungen. Der Anteil dieser Gruppe ist nach dem kontinuierlichen Anstieg der letzten Jahre wieder deutlich zurückgegangen. Der Wert für die Hilfe durch andere Drogenkonsumierende ist leicht auf aktuell 19% angestiegen; in den ersten Erhebungsjahren lag er allerdings noch deutlich höher. 9% haben keine Hilfe erhalten und jeweils 6% geben bei dieser Frage eine sonstige Antwort bzw. „unklar/ weiß nicht“ an.

Tabelle 23: Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
Mitarbeiter(in) Drogehilfeeinrichtung	46	41	24	33	48	60	34	*
Notarzt/ Notärztin	46	27	18	35	23	36	41	*
anderer User	30	22	47	17	12	13	19	***
Bekannte/r (Non-User)	7	4	6	6	3	6	0	n.s.
keine Hilfe	6	4	2	13	13	6	9	n.s.
unklar/ weiß nicht	0	4	2	0	0	0	6	n.s.
Sonstige	2	4	6	10	0	2	6	n.s.

4.5.4 Der Gesundheitszustand im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Nachfolgend werden die Ergebnisse zum Gesundheitszustand der im Jahr 2012 befragten Drogenkonsument(inn)en zusammengefasst sowie diesbezügliche geschlechtsbezogene Unterschiede aufgezeigt (Tab. 24).

Die im Vergleich zu den Vorjahren niedrigere Hepatitis-C-Infektionsrate im Jahr 2012 muss wie erwähnt wegen eines Erhebungsfehlers unter starkem Vorbehalt betrachtet werden. Nicht verändert hat sich hingegen die Beobachtung, dass es bei dieser Kennzahl keine

signifikanten geschlechtsbezogenen Unterschiede gibt. Die HIV-Infektionsrate liegt zwar bei den Frauen rund viermal so hoch wie bei den Männern; dieser Unterschied erreicht aber wegen der mittlerweile sehr geringen Fallzahlen – nur noch 4% der Stichprobe geben an, HIV-positiv zu sein – keine statistische Signifikanz. Mitte der 1990er Jahre war noch rund ein Viertel der Befragten mit HIV infiziert. Etwas niedriger als in den Vorjahren liegt 2012 der Anteil derer, die schon einmal auf HIV getestet wurden.

Nur noch knapp ein Drittel der Interviewpartner(innen) praktiziert zumindest gelegentlich riskante Konsumpraktiken bei der intravenösen Applikation von Drogen. Etwa jede(r) Sechste verwendet manchmal oder häufiger eine Injektionsnadel mehr als einmal, rund jede(r) Achte teilt zumindest ab und zu Spritzutensilien mit anderen Konsument(inn)en und etwa jede(r) Zehnte teilt zuweilen Drogen aus einer Spritze mit anderen. Vor allem die Prävalenz gemeinsam ausgeübter Risikopraktiken ist im Jahr 2012 relativ deutlich zurückgegangen. Im Unterschied zu 2010 zeigen sich keine geschlechtsbezogenen Unterschiede mehr: Die Anteile der Männer und Frauen, die gar kein konsumbezogenes Risikoverhalten ausüben, sind exakt gleich hoch. Auch bei den einzelnen Risikopraktiken sind keine signifikanten Differenzen zwischen männlichen und weiblichen Befragten mehr festzustellen (s. Tab. 24). Die Beobachtung aus dem Jahr 2010 bezüglich einer höheren Verbreitung von riskanten Konsumformen unter Frauen hat sich somit im aktuellen Erhebungsjahr nicht bestätigt.

Depressionen, Probleme mit Lungen/ Bronchien und Zahnschmerzen sind im Jahr 2012 – in absteigender Reihenfolge – die am häufigsten genannten Beschwerden oder Symptome. Alle anderen Beschwerden werden jeweils von maximal 12% der Interviewten angegeben. Der Gesundheitszustand der weiblichen Befragten stellt sich im Vergleich zu den Männern wiederum als schlechter dar; allerdings ist der geschlechtsbezogene Unterschied verglichen mit 2010 kleiner geworden. Nur noch bei Erkältung/ Grippe und Depressionen gibt es statistisch signifikante Differenzen zwischen Männern und Frauen. Zudem liegt die Anzahl der berichteten Symptome mit durchschnittlich 1,4 berichteten gesundheitlichen Problemen bei den Frauen nicht mehr ganz so deutlich über der Anzahl bei den Männern (0,8) wie dies noch 2010 der Fall war (2,1 vs. 1,1). Dabei ist zu beachten, dass sich die Anteile der jeweiligen Symptome im Jahr 2012 zum Teil deutlich verringert haben, sodass auch die durchschnittliche Anzahl der genannten Beschwerden relativ klar zurückgegangen ist. Unter anderem angesichts der mittlerweile geringen Fallzahlen gibt es keine signifikanten geschlechtsbezogenen Differenzen bei den Behandlungsquoten für die genannten Beschwerden mehr.

Dagegen sind bei der Frage nach der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit gewisse geschlechtsbezogene Unterschiede festzustellen: Lediglich 38% der Frauen im Vergleich zu 56% der Männer bezeichnen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Eine statistische Signifikanz (*) erreicht diese Differenz nur, wenn aus den Bewertungen zwischen sehr gut und sehr schlecht Mittelwerte errechnet werden. 2008 war noch ein deutlicher Geschlechterunterschied in dieselbe Richtung zu beobachten, wohingegen sich 2010 gar keine signifikanten Differenzen gezeigt hatten.

Tabelle 24: Gesundheitszustand im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Infektionsstatus (%)				
<i>Hepatitis C</i> ^a	45 ^a	45 ^a	46 ^a	n.s.
HIV	4	2	8	n.s.
Risikoverhalten^b				
Mehrfache Benutzung von Nadeln/ Spritzen	16	14	20	n.s.
Teilen von Spritzutensilien	12	11	14	n.s.
Teilen von Drogen aus einer Spritze	10	11	9	n.s.
Keine riskanten Konsumpraktiken	31	31	31	n.s.
Symptome/ Beschwerden letzte 3 Monate (%)				
Herz-, Kreislaufprobleme	12	13	10	n.s.
Probleme mit Lunge / Bronchien	18	18	20	n.s.
Magen-, Darmbeschwerden	9	11	4	n.s.
Erkältung / Grippe	11	7	18	*
Zahnschmerzen	16	14	22	n.s.
Abszesse (offene Wunden, offene Füße)	12	11	12	n.s.
AIDS - diverse Krankheiten ^c	83	100	75	n.s.
epileptische Anfälle	3	2	6	n.s.
Depressionen	23	16	36	**
Anzahl Symptome / Beschwerden (AM ± SD)	1,0 (± 1,2)	0,8 (± 1,2)	1,2 (± 1,3)	*
Überdosierungen				
<i>Lifetime-Prävalenz (%)</i> ^a	39 ^a	41 ^a	36 ^a	n.s.
Anzahl Überdosierungen (Median) ^d	3	3	2	n.s.
Monate seit letzter Überdosierung (Median) ^d	34	42	12	*

^a Die Zahlen sind wegen eines Erhebungsfehlers unter starkem Vorbehalt zu betrachten.

^b nur aktuell i.v. Konsumierende

^c nur HIV-positive Befragte (n=6)

^d bezogen auf diejenigen mit min. einer Überdosierung

Bei den ebenfalls unter Vorbehalt zu betrachtenden Zahlen zur Lifetime-Prävalenz von Überdosierungen (s. Tab. 24) ist wie in den Vorjahren auch im aktuellen Berichtsjahr keine geschlechtsbezogene Differenz auszumachen: Der entsprechende Wert für die befragten Männer liegt nur etwas höher als der für die Frauen. Diejenigen mit entsprechender Erfahrung haben im Schnitt drei Überdosierungen erlebt; die letzte Überdosierung liegt dabei durchschnittlich knapp drei Jahre zurück. Während es bei der Anzahl der erlebten Überdosierungen keinen signifikanten geschlechtsbezogenen Unterschied gibt, liegt die letzte Überdosis bei den befragten Frauen mit durchschnittlich einem Jahr nicht ganz so lange zurück wie die der Männer mit rund dreieinhalb Jahren (s. Tab. 24).

Wie in sämtlichen Vorerhebungen ist Heroin die Substanz, die mit Abstand am häufigsten bei der Frage nach den am Tag der Überdosis konsumierten Drogen sowie der Frage nach der in erster Linie für die Überdosis verantwortlichen Droge genannt wird. Am zweithäufigsten wird im Jahr 2012 Crack genannt, gefolgt von der Antwort, dass weniger eine bestimmte Substanz, sondern vielmehr der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen für die letzte Überdosis verantwortlich gewesen sei. Frauen nennen bei dieser Frage mit 69% häufiger

ger als Männer (18%) Heroin. Mehr männliche Befragte geben hingegen Mischkonsum (29% vs. 0% bei den Frauen) oder Crack (24% vs. 15%) an (*). Bei diesen Zahlen ist allerdings die geringe Teilstichprobengröße derer mit einer Überdosiserfahrung in den letzten drei Jahren (n=30) zu beachten. Bei den Angaben zum Hauptgrund der Überdosierung wird im Jahr 2012 am häufigsten der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen angegeben, gefolgt von zu hohem Konsum nach vorheriger Abstinenz. Als häufigste Orte der Überdosierungen werden unverändert die Konsumräume – die Orte, an denen auch am häufigsten i.v. konsumiert wird – genannt. Notärzt(inn)e(n), gefolgt von Mitarbeiter(innen) der Drogenhilfe leisten am häufigsten Hilfe bei Überdosierungen. Hinsichtlich der Hauptgründe für die letzte Überdosis, der Orte sowie der Hilfeleistenden zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

4.6 Inanspruchnahme des Hilfesystems

4.6.1 Substitution

41% der Befragten werden zum Zeitpunkt des Interviews substituiert. Damit hat sich der deutliche Anstieg aus dem Vorjahr wieder ins Gegenteil verkehrt; der Substituiertenanteil ist aktuell so niedrig wie in keinem Erhebungsjahr seit 2002. Lediglich 1995 gab es weniger Substituierte unter den Befragten (s. Tab. 25). Der in den Vorjahren beobachtete leichte Bedeutungsrückgang von Methadon hat sich 2012 weiter fortgesetzt; dennoch erhalten noch mehr als drei von vier Behandelten dieses Substitutionsmittel. Demgegenüber haben sich die Anzahlen derer, die Buprenorphin (aktuell 13%) bzw. verschriebenes Heroin (7%) bekommen, jeweils leicht erhöht. Lediglich 3% der Substituierten erhalten Levomethadon (s. Tab. 25).

Tabelle 25: Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	Sig.
in Substitution (%)	29	43	46	45	49	57	41	***
Substitutionsmittel ^a (%)								
Methadon	100	75	90	90	82	81	77	**
Heroin (Diamorphin)	0	14	1	0	4	4	7	
Buprenorphin (Subutex [®])	0	3	6	9	11	9	13	
Levomethadon (L-Polamidon [®])	0	8	3	1	3	6	3	
Dosierung in mg Methadon ^b (AM ± SD)	83,9 (± 43,5)	79,0 (± 51,6)	74,6 (± 41,8)	75,2 (± 47,9)	64,8 (± 39,3)	74,3 (± 41,7)	82,6 (± 27,3)	n.s.
Substitutionsdauer in Monaten ^c	24	12	7	10,5	12	12	12	n.s.

^a bezogen auf diejenigen in Substitution

^b Bei Heroin, Buprenorphin und Levomethadon Umrechnung in Methadonäquivalenzdosen entsprechend dem Deutschen Ärzteblatt (2003)

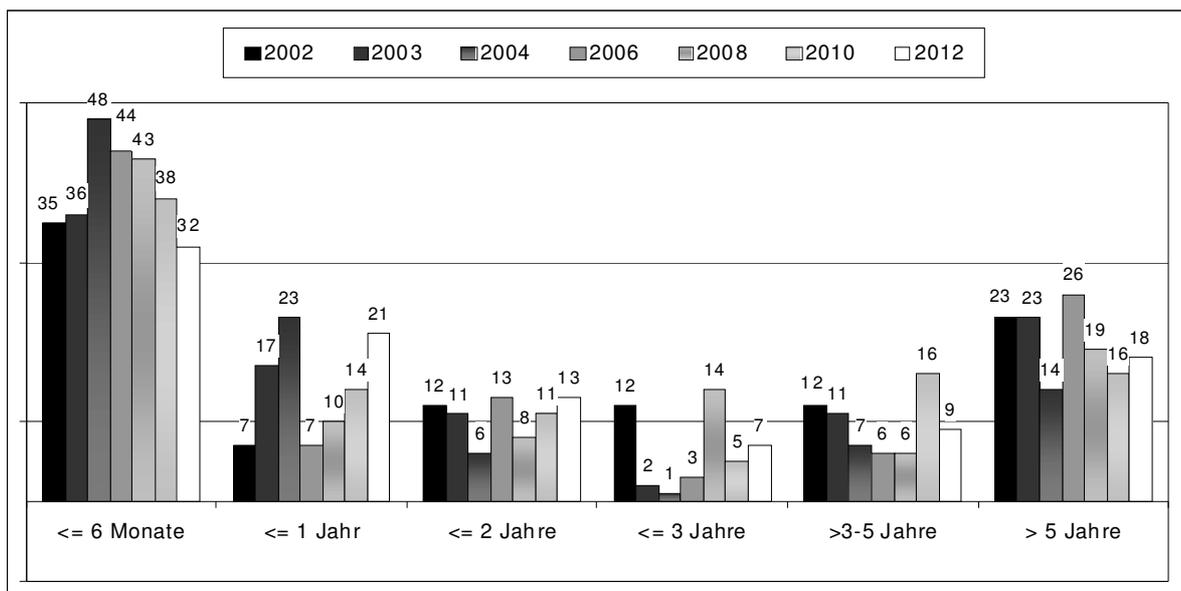
^c Median

Was die Dosierung der Substitutionsmittel betrifft, so liegt der aktuelle Durchschnittswert mit 82,6 mg Methadon (bzw. Äquivalent) wieder etwa auf dem Stand von 2002. Bis 2008 war dieser Wert nahezu kontinuierlich gesunken; seitdem ist er wieder angestiegen. Allerdings

erreichen diese Veränderungen keine statistische Signifikanz. Vergleichsweise niedrig fällt im Jahr 2012 die Standardabweichung bei dieser Frage aus – die Schwankungsbreite bei den verschriebenen Dosierungen von Substitutionsmitteln hat also abgenommen.

Weiterhin hoch sind die Unterschiede bei den Angaben zur Dauer der Substitution: 2012 bewegen sich diese zwischen weniger als einem Monat bis zu zwanzig Jahren. Der Wert des Medians liegt ebenso wie in den beiden Vorjahren bei 12 Monaten. Eine detaillierte Betrachtung der Substitutionsdauer (s. Abb. 13) zeigt, dass der Anteil der bislang eher kurz in Behandlung Befindlichen (maximal 6 Monate) weiter zurückgegangen ist; gleichwohl stellen diese Personen mit knapp einem Drittel nach wie vor die größte Teilgruppe unter den Substituierten. Deutlich angestiegen ist hingegen der Anteil derer, die sich zwischen 6 und 12 Monaten in einer Substitutionsbehandlung befinden; aktuell repräsentieren diese rund ein Fünftel der Substituierten. Die drittgrößte – und seit 2008 nahezu unverändert große – Gruppe sind die Langzeitsubstituierten: In der Erhebung 2012 sind 18% bereits seit mehr als fünf Jahren in einer Substitutionsbehandlung (s. Abb. 13).

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



Wie in sämtlichen Vorerhebungen hält die große Mehrheit der Befragten die Möglichkeiten, in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen zu werden, für ausreichend. Der entsprechende Anteil ist seit 2008 wieder leicht, auf nunmehr 84%, angestiegen (2002/2003/2006: 80%, 2004: 87%, 2008: 75%, 2010: 83%; **). Dieser Wert unterscheidet sich im Übrigen nicht zwischen aktuell substituierten und nicht-substituierten Befragten. In der Gruppe, die sich unzufrieden mit den Möglichkeiten der Aufnahme zeigen, werden am häufigsten „zu lange Wartezeiten“ und ein angeblicher Mangel an entsprechenden Angeboten als Gründe für die Unzufriedenheit genannt. Alle anderen Gründe (auch z.B. die Problematik des „Beikonsums“, die 2010 noch relativ häufig genannt wurde) spielen keine nennenswerte Rolle.

Im Folgenden werden im Hinblick auf die „Beikonsum“-Problematik bei Substituierten, Unterschiede im Konsumverhalten zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten dargestellt. Diese werden anhand der 24-Stunden-Prävalenzen der am häufigsten konsumierten

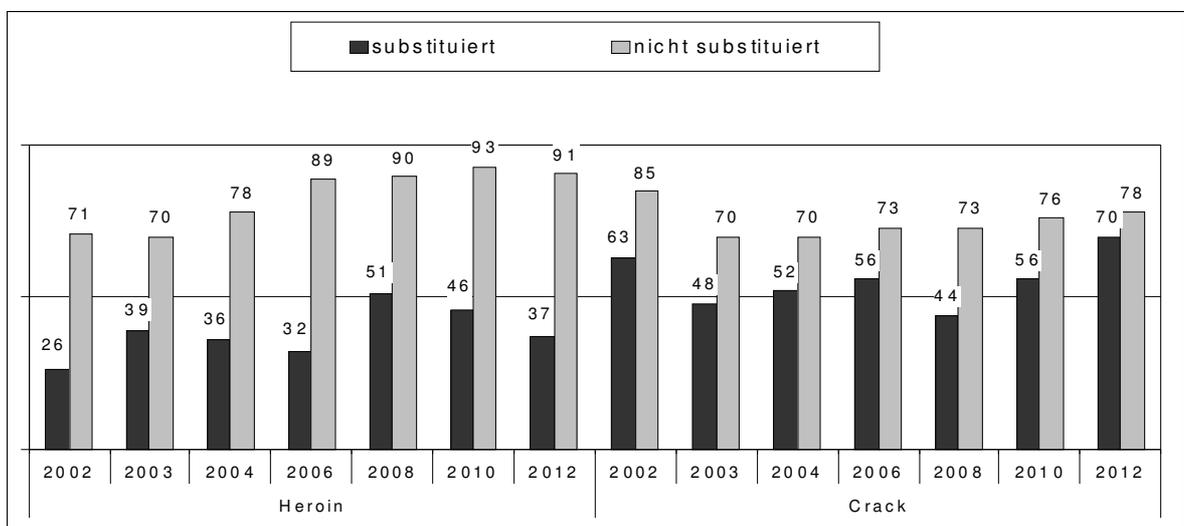
Substanzen Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepine, Kokain und Crack untersucht. Im Jahr 2012 wird lediglich Heroin von Nicht-Substituierten deutlich häufiger konsumiert als von Substituierten; dieser Unterschied hat sich im Vergleich zu 2010 noch etwas vergrößert (s. Tab. 26). Keine signifikante Differenz zeigt sich hingegen bei Crack: Mehr als zwei Drittel der Substituierten haben die Substanz in den letzten 24 Stunden konsumiert, während der Wert für die Nicht-Substituierten nur leicht darüber liegt. In sämtlichen Vorjahren wurde das Kokainderivat von Nicht-Substituierten noch signifikant häufiger konsumiert. Bei den Benzodiazepinen zeigt sich erstmals eine signifikante Differenz: Bemerkenswerterweise wurden die Medikamente im aktuellen Erhebungsjahr von Substituierten deutlich häufiger in den letzten 24 Stunden eingenommen als von den übrigen Befragten. Bei den anderen hier berücksichtigten Substanzen zeigen sich, wie in fast allen Vorjahren, indes keine signifikanten Differenzen zwischen beiden Teilstichproben (s. Tab. 26).

Tabelle 26: 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus im Jahr 2012

	Substitution		Sig.
	Ja	Nein	
Alkohol	42	44	n.s.
Cannabis	30	24	n.s.
Heroin	37	91	***
Benzodiazepine	30	15	*
Kokain	13	9	n.s.
Crack	70	78	n.s.

Die Veränderungen der 24-Stunden-Prävalenz von Crack offenbaren in beiden Gruppen eine bemerkenswerte Entwicklung im Erhebungsvergleich: Während bei den Substituierten diesbezüglich relativ große Schwankungen zu beobachten sind, ist die Crack-24-Stunden-Prävalenz bei den Nicht-Substituierten weniger unbeständig, mit einem tendenziellen Wiederanstieg seit 2004 (s. Abb. 14).

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



Und auch bezüglich des Heroinkonsums zeigt sich, dass die Substituierten in ihrem „Beikonsum“-Verhalten stärkeren Schwankungen unterworfen sind, die möglicherweise zum Teil mit der Marktlage zusammenhängen: Als z.B. bis zum Jahr 2008 die Verfügbarkeit und Qualität von Heroin angestiegen waren, wurde in dieser Gruppe wieder häufiger auf das Opiat und seltener auf Crack zurückgegriffen. Mittlerweile wird Crack von Substituierten aber wieder deutlich häufiger konsumiert als Heroin (s. Abb. 14).

Die 24-Stunden-Prävalenz von Benzodiazepinen war in den letzten Jahren zumindest in der Tendenz in beiden Gruppen angestiegen. Im Jahr 2012 ist der Konsum bei den Nicht-Substituierten wesentlich deutlicher zurückgegangen als bei den Substituierten (Nicht-Substituierte: 2010: 50%, 2012: 15%; Substituierte: 2010: 44%, 2012: 30%). Offenbar sind Nicht-Substituierte somit auch in ihrem Benzodiazepin-Konsum erheblich stärker von den Bedingungen des Schwarzmarktes (im Berichtsjahr beeinflusst durch die BtMG-Unterstellung von Flunitrazepam) beeinflusst als dies bei den aktuell Substituierten der Fall ist.

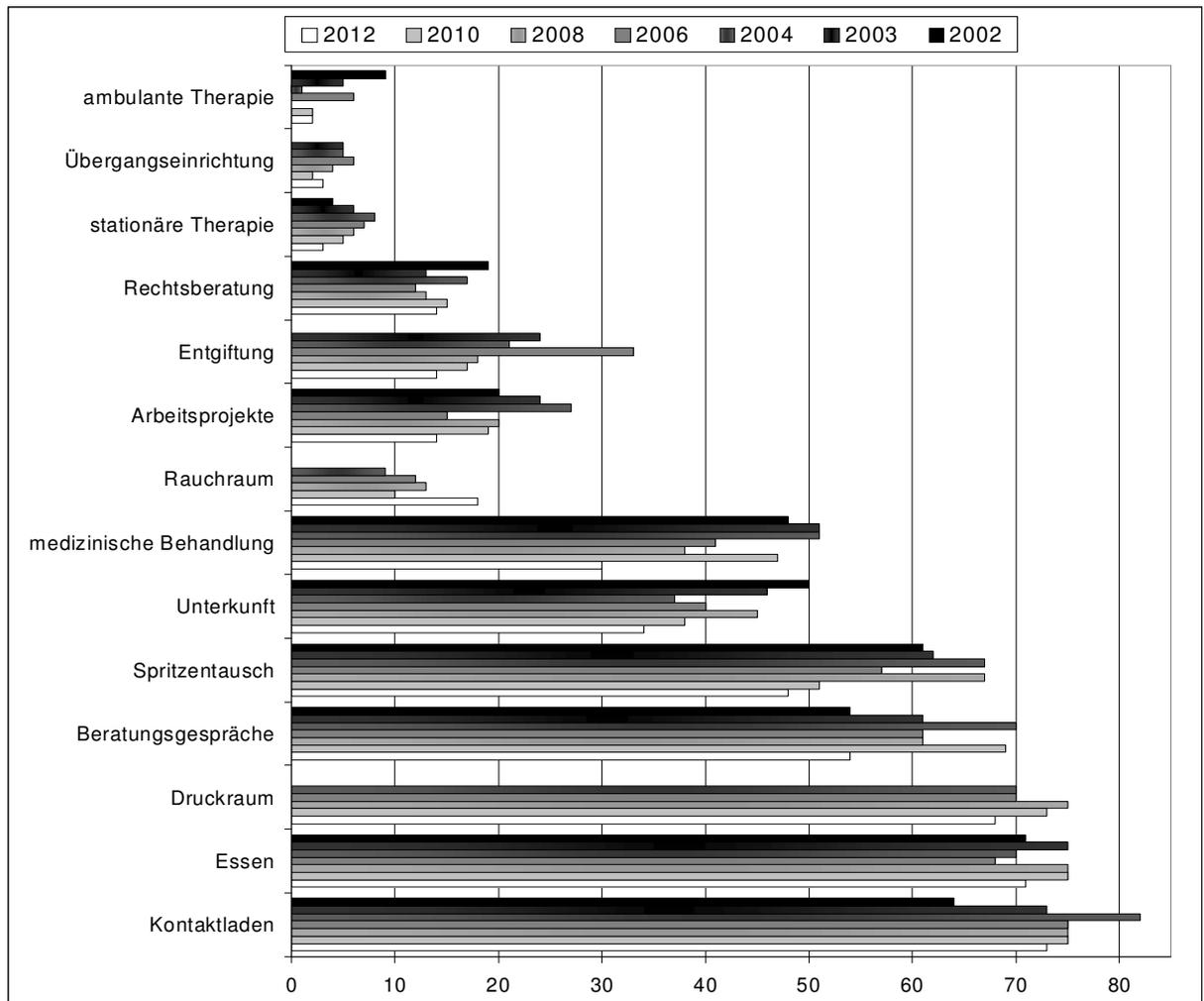
Was den Heroinkonsum unter den Substituierten betrifft, so lässt sich feststellen, dass jene, die innerhalb der letzten 24 Stunden das Opiat zu sich genommen haben, im Schnitt zwar eine etwas kürzere Behandlungsdauer (Median: 9 Monate) aufweisen als diejenigen, die kein Heroin konsumiert haben (12,5 Monate); diese Differenz ist aber im Unterschied zu den Vorjahren nicht mehr statistisch signifikant (2010: 6 vs. 24 Monate, 2008: 7,5 vs. 21 Monate). Kein Unterschied zwischen beiden Gruppen zeigt sich im Hinblick auf die 24-Stunden-Prävalenz von Crack (Median: jeweils 12 Monate). Auch die Dosierung der Substitutionsmittel unterscheidet sich nicht signifikant zwischen jenen, die in den letzten 24 Stunden Heroin bzw. Crack konsumiert haben, und den übrigen Befragten.

4.6.2 Nutzung der Angebote des Drogenhilfesystems

Zur Abfrage der Angebotsfrequentierung des Drogenhilfesystems wird den Befragten eine Liste vorgelegt, in der die unterschiedlichen Angebotstypen enthalten sind. Erfragt werden dabei eine mindestens einmalige Nutzung in den letzten drei Monaten sowie eine mindestens wöchentliche Nutzung der jeweiligen Angebotsarten.

Wie in Abbildung 15 ersichtlich, wurde von den im Jahr 2012 Befragten der Aufenthalt in Kontaktläden am häufigsten in den letzten drei Monaten mindestens ein Mal in Anspruch genommen (73%), dicht gefolgt von Essen (71%) und Druckräumen (68%) – niedrighschwellige Angebote werden also weiterhin mit Abstand am häufigsten genutzt. Danach folgen Beratungsgespräche (54%), Spritzentausch (48%), Unterkunft (34%) und medizinische Versorgung (30%). Seltener werden hingegen Rauchraum (18%), Arbeitsprojekte, Entgiftung und Rechtsberatung (je 14%) in Anspruch genommen. Nur vereinzelt werden stationäre und ambulante Therapien sowie Übergangseinrichtungen genutzt (s. Abb. 15). Insgesamt 98% der Befragten (2002: 97%; 2003: 99%; 2004: 100%, 2006: 99%, 2008: 100%, 2010: 99%) geben an, mindestens ein Mal in den vergangenen drei Monaten ein Angebot des bestehenden Drogenhilfesystems in Anspruch genommen zu haben, wobei der Hauptanteil weiterhin auf den Bereich der „Harm Reduction“ entfällt.

Abbildung 15: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten drei Monaten nach Jahr der Befragung^a



^a Entgiftung und Übergangseinrichtung wurden 2003 erstmals erhoben; Druck- und Rauchraum wurden 2004 erstmals getrennt erfasst (zuvor: „Konsumraum“).

Bei mehreren Angebotsbereichen sind signifikante Änderungen über den Erhebungsturnus zu beobachten: Bei Beratungsgesprächen gab es nach diversen Schwankungen in den Vorjahren aktuell einen deutlichen Rückgang (*); selbiges trifft auf die medizinische Behandlung zu (**). Der Anteil derer, die in den letzten drei Monaten eine stationäre Entgiftung gemacht haben, ist nach einem kurzzeitigen „Hoch“ im Jahre 2006 (33%) wieder deutlich zurückgegangen (**). Kontaktladen wurden nur 2002 seltener und 2004 häufiger genutzt als in allen anderen Erhebungsjahren (*) und die Nutzung des Spritzentauschs hat sich seit 2008 (67%) relativ klar auf aktuell 48% reduziert (**). Auch die Nutzung der ambulanten Therapie hat sich signifikant verändert (***), was angesichts der insgesamt geringen Fallzahlen aber nicht überbewertet werden sollte. Es fällt auf, dass im Jahr 2012 bei der überwiegenden Zahl der abgefragten Angebote zumindest ein gradueller Rückgang zu verzeichnen ist. Eine Ausnahme bildet der Rauchraum: Der Anteil der Nutzer(innen) ist hier von 10% auf 18% angestiegen (*, bezogen auf den Vergleich der Jahre 2010 und 2012).

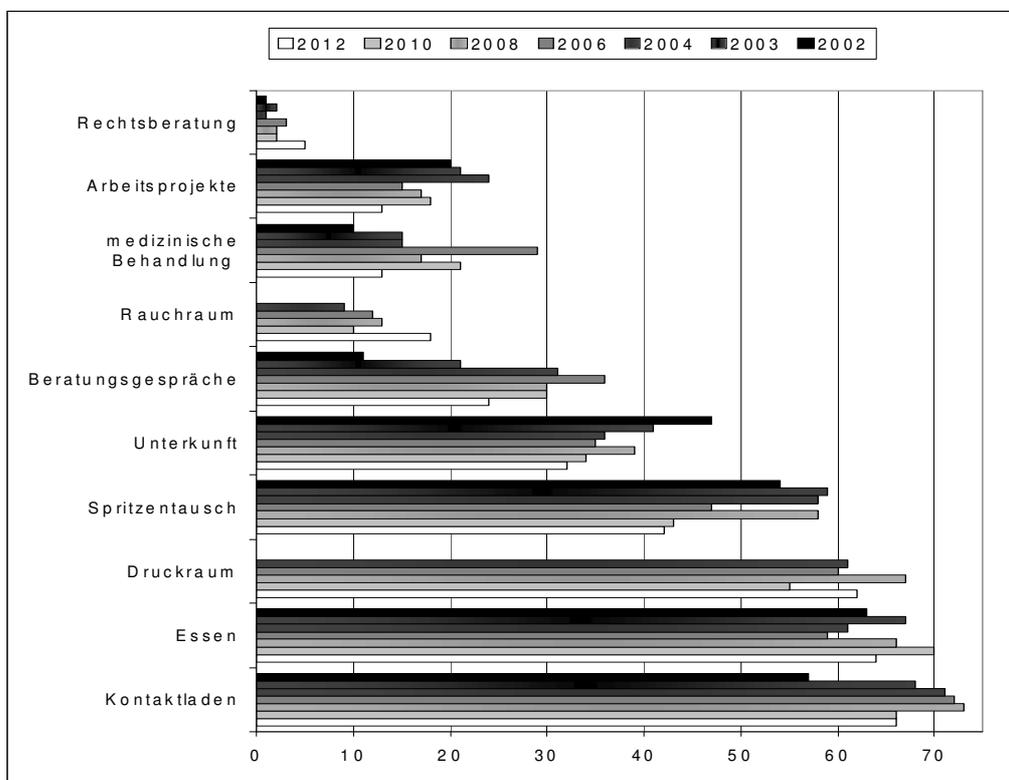
In Abbildung 16 sind die Anteile der Personen dargestellt, die die Angebote der Drogenhilfe häufiger, d.h. mindestens einmal pro Woche innerhalb der letzten drei Monate genutzt haben. Die stationären Angebote (Entgiftung, stationäre Therapie, Übergangseinrich-

tung) sind in der Darstellung nicht enthalten, da im Rahmen eines permanenten Aufenthaltes in einer stationären Einrichtung nicht die Rede von einer „Häufigkeit“ der Nutzung sein kann.

Demnach liegen auch bezogen auf eine mindestens wöchentliche Nutzung niedrigschwellige Angebote der Drogenhilfe auf den oberen Plätzen der Rangliste: Dies betrifft 2012 in absteigender Reihenfolge den Aufenthalt in Kontaktläden (66%), die Inanspruchnahme des Essensangebotes (64%), die Nutzung von Druckräumen (62%), den Spritzenaustausch (42%) und Notschlafunterkünften (32%). Diese Angebote werden jeweils von einem weit überwiegenden Teil derer, die sie überhaupt im letzten Quartal genutzt haben, auch mindestens wöchentlich in Anspruch genommen. Seltener werden Beratungsgespräche wöchentlich genutzt (24%), gefolgt von Rauchraum (18%), medizinischer Behandlung, Arbeitsprojekten (je 13%) und Rechtsberatung (5%).

Bei der Verlaufsbeurteilung zeigen sich ähnliche Entwicklungen wie bei der generellen Nutzung der Angebote (s. Abb. 15). Signifikante Änderungen über den gesamten Erhebungsturnus sind bei der Beratung (Rückgang nach deutlichem Anstieg bis 2006; ***), den Kontaktläden (leichter Rückgang nach vorherigem Anstieg; *), dem Spritzenaustausch (Rückgang seit 2008; **) und der medizinischen Behandlung (Schwankungen in beide Richtungen; **) zu verzeichnen. Der Rauchraum wird auch im Hinblick auf die wöchentliche Nutzung häufiger genannt als im Vorjahr; mit Abstrichen gilt dies auch für die Druckräume (s. Abb. 16). Die wöchentliche Inanspruchnahme einer Notschlafunterkunft hat sich seit 2002 (47%) nahezu kontinuierlich, jedoch nicht signifikant, auf aktuell 32% reduziert.

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



Die Frankfurter Drogenhilfe verfügt weiterhin über eine hohe Reichweite und eine starke Anbindung: Die generelle wöchentliche Nutzung der Angebote der Drogenhilfe ist im Jahr 2012 wieder leicht angestiegen und liegt bei 95% (2002: 89%; 2003: 95%; 2004: 96%; 2006: 97%, 2008: 99%, 2010: 93%, **).

Auch in der aktuellen Erhebung wurden die Befragten nach den Gründen der Ablehnung von Entzugs- und Therapieangeboten gefragt. Drei Personen machten bei dieser Frage gar keine Angabe, weitere sieben antworteten mit „weiß nicht“. Alle anderen 136 Befragten gaben hier Gründe an, unabhängig davon, ob sie sich in einer Substitutionsbehandlung und/oder einer therapeutischen Behandlung befanden. Auch in diesem Jahr führt die Kategorie „derzeit kein Interesse“ (bzw. „keine Notwendigkeit“) die Rangliste an, mit 26% wird diese Begründung aber seltener genannt als in den Vorjahren (2004: 43%, 2006: 34%, 2008: 34%, 2010: 36%). Weitere 21% geben an, dass sie sich gerade um einen Platz im betreuten Wohnen, einer Therapie o.ä. bemühten oder aktuell auf eine Bewilligung warten (2004: 22%, 2006: 14%, 2008: 23%, 2010: 25%). Auf dem dritten Rang folgen, wie schon 2010, Gründe, die auf eine gewisse Hoffnungslosigkeit hindeuten („zu oft erfolglos probiert“, „Therapie zwecklos“ etc.) bzw. die Aussage, gerade erst eine Therapie hinter sich zu haben; 17% der Antworten fallen in diese Kategorie (2004: 4%, 2006: 13%, 2008: 17%, 2010: 18%). 11% geben bei dieser Frage Antworten, in denen ein negatives Selbstbild zum Ausdruck kommt („zu alt“, „keine Motivation“, „keine Energie“ etc.), womit derartige Gründe etwas häufiger genannt werden als in den beiden Vorerhebungen (2004: 7%, 2006: 13%, 2010/ 2008: je 6%). Ebenso häufig (11%) werden formale Rahmenbedingungen (z.B. „keine Krankenversicherung“, „kein Pass“, „geht nicht wegen Job oder Studium“) als Gründe gegen die Aufnahme einer Therapie genannt. Die Rahmenbedingungen haben dabei an Bedeutung hinzugewonnen: 2010 entfielen lediglich 1% der Antworten hierauf (2004: 1%, 2006: 9%, 2008: 7%). Unter den 14%, die auf sonstigen Angaben entfallen, gibt es im aktuellen Berichtsjahr mehrfache Nennungen für die Antwortkategorien „will alleine entziehen“, „wegen Familie schwierig“ (jeweils 4%) und „zu viel Angst vor Entzug“ (3%).

Erstmals wurde in der aktuellen Erhebung die offene Frage nach (zusätzlichen) alltagsstrukturierenden Angeboten gestellt („Welche Angebote zu Beschäftigung und Freizeit, die ihnen helfen, ihren Alltag zu strukturieren, würden sie gerne nutzen? Worauf sollten sich diese Angebote richten?“). 52% machten hierzu mindestens eine Angabe. Dabei wurde mit Abstand am häufigsten der Wunsch nach Sportangeboten geäußert; entweder Sport generell oder spezifische Angebote wie Fitness, Fußball, Schwimmen oder ähnliches: 41% der Antworten fielen in diese Kategorie. Der Wunsch nach Arbeitsangeboten erzielte 13% der Antworten, 8% wünschten sich erweiterte Öffnungszeiten (Wochenende/ nachts) oder zusätzliche Rückzugsräume in bestehenden Drogenhilfeeinrichtungen. Weitere 7% der Antworten entfielen auf Spiele oder ähnliches (z.B. Billard oder Karaoke) und jeweils 5% auf Fortbildungsmaßnahmen (z.B. Computerkurse), ehrenamtliche bzw. gemeinnützige Tätigkeiten und ein höheres Maß an sozialpädagogischer Unterstützung (z.B. Streetwork oder Rückfallprophylaxe). 4% nannten Kino oder Musikveranstaltungen und insgesamt 22% entfielen auf diverse nur von Einzelnen genannte Vorschläge, darunter u.a. Kreativangebote, Spaziergänge, Kinderbetreuung, Umgang mit Tieren, Internetcafé und Kontakte zu Abstinents.

An die Frage nach alltagsstrukturierenden Angeboten schloss sich die Frage danach an, was den Betroffenen bei derartigen Angeboten besonders wichtig wäre. Auf diese Frage antworteten lediglich 41 Personen (54% derer, die bei der vorherigen Frage eine Angabe machten bzw. 28% der gesamten Stichprobe). Am häufigsten wurde hier mit 34% eine Antwort gewählt, die unter der Kategorie „soziale Kontakte“ zusammengefasst werden kann; besonders häufig wurde die Integration bzw. Akzeptanz außerhalb der Szene betont, daneben auch generelle soziale Aktivitäten oder der Wunsch, anderen zu helfen. 20% gaben bei dieser Frage, analog zu den Antworten auf die vorherige Frage, körperliche Betätigung bzw. Fitness an und 12% Ablenkung bzw. (räumlicher) Abstand zur Szene. Jeweils 7% nannten hier Ruhe bzw. Sicherheit oder Gesundheit, und 5% wünschten sich eine geistige Herausforderung. Weitere 17% der Antworten entfielen auf diverse Einzelnennungen.

Es lässt sich mithin festhalten, dass sich rund die Hälfte der Befragten tatsächlich zusätzliche Angebote zur Alltagsstrukturierung wünscht. Während Arbeitsangebote dabei vergleichsweise selten genannt werden, konzentriert sich das Gros der Antworten auf diverse Freizeitaktivitäten, allen voran Sportangebote. Dabei scheint indes nur teilweise die körperliche Ertüchtigung eine Rolle zu spielen. Einen weitaus höheren Stellenwert hat offenbar der Abstand zur Szene bzw. der Wunsch nach positiven sozialen Kontakten (eine Befragte gab wörtlich an, „gute Menschen um sich haben“ zu wollen).

4.6.3 Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

In Tabelle 27 sind die Daten zur wöchentlichen Inanspruchnahme von Angeboten des Hilfesystems im Jahr 2012 nach Geschlechtern dargestellt. Insgesamt 41% der Befragten befinden sich im Jahr 2012 in einer Substitutionsbehandlung, wobei sich keine signifikante Differenz zwischen Männern und Frauen zeigt. Seit 2002 hat sich der Anteil der Substituierten bei beiden Geschlechtern erhöht, wobei der Anstieg bei den männlichen Befragten etwas deutlicher ausfällt als unter den weiblichen Befragten. Weder bei der – 2012 im Schnitt wieder etwas gestiegenen – Dosierung der Substitutionsmittel noch bei der durchschnittlichen Dauer der Substitution sind geschlechtsbezogene Differenzen festzustellen.

Die Nutzungsraten von Angeboten der ambulanten Drogenhilfe fallen im Jahr 2012 überwiegend niedriger aus als in der vorangehenden Erhebung. Im Hinblick auf eine mindestens wöchentliche Nutzung werden in erster Linie die niedrigschwelligen Angebote wie Aufenthalt in Kontaktläden, Essen, Druckraum und Spritzentausch genutzt. Nach wie vor werden Beratungsgespräche von Frauen signifikant häufiger mindestens wöchentlich in Anspruch genommen als von Männern; dieser Unterschied ist seit 2008 wesentlich größer geworden. Männer greifen hingegen etwas häufiger auf das Essensangebot der Drogenhilfseinrichtungen zurück – 2010 gab es hier noch keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Selbiges gilt für die Nutzung der Kontaktläden. Eine umgekehrte Entwicklung ist für die Nutzung der Druckräume zu verzeichnen, die nun nicht mehr häufiger von den Männern in Anspruch genommen werden. Hingegen wird der Rauchraum öfter von den Frauen frequentiert – ein Unterschied, der sich 2012 etwas vergrößert hat. Bei der medizini-

schen Behandlung ist, anders als in den Vorjahren, indes keine häufigere Nutzung seitens der Frauen mehr festzustellen (s. Tab. 27).

Der aktuelle Rückgang der Inanspruchnahme des Essensangebots ist bei näherer Betrachtung ausschließlich auf die Frauen zurückzuführen (Männer 2010: 71%, 2012: 70%; Frauen 2010: 69%, 2012: 52%). Umgekehrt ist die Nutzung der Druckräume bei den Frauen – nach einem Rückgang in der letzten Erhebung – wieder deutlich angestiegen, während sie sich bei den Männern kaum verändert hat (Frauen: 2010: 38%, 2012: 58%; Männer: 2010: 63%, 2012: 65%). Im Vergleich zur letzten Erhebung von den Frauen weniger genutzt wird hingegen die medizinische Behandlung (2010: 35%, 2012: 14%; Männer: 2010: 14%, 2012: 13%). Der Rauchraum wird von beiden Geschlechtern insgesamt öfter frequentiert als 2010, wobei der Anstieg bei den Frauen stärker ausfällt (Frauen: 2010: 21%, 2012: 36%; Männer: 2010: 4%, 2012: 9%).

Tabelle 27: Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten drei Monaten im Jahr 2012: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Substitution				
in Behandlung (%)	41	40	44	n.s.
Dosierung in mg Methadon ^a (AM ± SD)	82,6 (± 27,3)	85,0 (± 26,2)	79,0 (± 29,1)	n.s.
Substitutionsdauer in Monaten (Median)	12	12	18	n.s.
Nutzung ambulanter Angebote min. ein Mal pro Woche (%)				
Arbeitsprojekte	13	15	10	n.s.
Beratungsgespräche	24	17	38	**
Essen	64	70	52	*
Druckraum	62	65	58	n.s.
Kontaktladen: Aufenthalt, unterhalten	66	72	54	*
medizinische Behandlung	13	13	14	n.s.
Rauchraum	18	9	36	***
Rechtsberatung	5	5	6	n.s.
Spritzentausch	42	41	44	n.s.
ambulante Therapie	1	1	2	n.s.

^a Bei Heroin, Buprenorphin und Levomethadon Umrechnung in Methadonäquivalenzdosen entsprechend dem Deutschen Ärzteblatt (2003).

Die Angebote der Frankfurter Drogenhilfe erreichen fast alle im Jahr 2012 Befragten. In den letzten drei Monaten haben 98% mindestens eines der Hilfeangebote in Anspruch genommen, und 95% der Befragten haben mindestens eine der angebotenen Leistungen auch in der zurückliegenden Woche genutzt. Im Hinblick auf die wöchentliche Nutzung ist bei den Frauen aktuell ein Anstieg zu verzeichnen (2010: 85%, 2012: 94%; Männer: 2010: 97%, 2012: 95%).

5. Literatur

- Barth, V., Meyer, I., Ostheimer, I. & Steinmetz, J. (1997): Druckraumstudie. Informationen aus Befragungsdaten. Frankfurt a. M.: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Deutsches Ärzteblatt (2003): Therapiehinweis nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien. Deutsches Ärzteblatt, 41, A2678 - A2679.
- Gautschi, T./ Hangartner, D. (2010): Die Untersuchung verborgener Populationen: Eine Capture-Recapture-Studie mit Heroinabhängigen. Zeitschrift für Soziologie, 39, 5: 402–417
- Kemmesies, U.E. (1995): Szenebefragung Frankfurt am Main 1995. Die 'offene Drogenszene' und das Gesundheitsraumangebot in Ffm. Münster: INDRO.
- 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.
- 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.
- Vogt, I. (1992): Abschlussbericht der Studie 'Offene Drogenszene in Frankfurt am Main'. Frankfurt a. M.
- Werse. B./ Bernard, C./ Schell-Mack, C. (2012): Jahresbericht MoSyD – Drogentrends in Frankfurt am Main 2011. Unter Mitarbeit von Cornelia Morgenstern. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research – Goethe-Universität
- Zurhold, H./ Müller, O. (Hg.) (2007): Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Freiburg: Lambertus.