



- Bericht -

MoSyD

Szenestudie

---

Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main

2004

---

Michael Prinzleve, Oliver Müller, Bernd Werse und Christiane Bernard

JOHANN WOLFGANG GOETHE-UNIVERSITÄT  
CENTRE FOR DRUG RESEARCH  
Frankfurt am Main, Januar 2005

Im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main

## INHALT

1	Einleitung .....	4
2	Methodik .....	5
2.1	Empirischer Zugang: Stichprobe und Erhebungsinstrument .....	5
2.2	Hinweise zur Ergebnispräsentation .....	7
3	Feldzugang - Interviewtätigkeit im Szenealltag .....	7
4	Ergebnisse .....	10
4.1	Soziodemographische Daten .....	10
4.1.1	Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität .....	10
4.1.2	Wohnsituation .....	12
4.1.3	Ausbildungs- und Beschäftigungssituation .....	14
4.2	Substanzkonsum .....	15
4.2.1	Lifetime-Konsum .....	15
4.2.2	12-Monats-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz .....	18
4.2.3	Konsumintensität .....	21
4.2.4	Applikationsformen .....	24
4.2.5	Die Konsummuster im Jahr 2004: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede .....	25
4.3	Meinungen über Drogen .....	27
4.4	Der „Alltag auf der Szene“ .....	31
4.4.1	Dauer und Häufigkeit des Aufenthalts auf der „Szene“ .....	32
4.4.2	Die Orte des Konsums .....	34
4.4.3	Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung .....	36
4.5	Gesundheitszustand .....	40
4.5.1	Infektionsstatus .....	40
4.5.2	Symptome und Beschwerden .....	41
4.5.3	Überdosierungen .....	43
4.5.4	Der Gesundheitszustand im Jahr 2004: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede .....	45
4.6	Inanspruchnahme des Hilfesystems .....	47
4.6.1	Substitution .....	47
4.6.2	Nutzung der Angebote des Drogenhilfesystems .....	50
4.6.3	Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2004: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede .....	53
5	Zusammenfassung .....	54
5.1	Die Veränderungen in der „offenen Drogenszene“ .....	54
5.2	Die „offene Drogenszene“ im Jahr 2004 .....	57
6	Literatur .....	60

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 4.1.1: Aktuell gemeldeter Wohnsitz (%) nach Jahr der Befragung .....	13
Tabelle 4.1.2: Aktuelle Wohnsituation (%) nach Jahr der Befragung .....	13
Tabelle 4.1.3: Aktuelle Wohnsituation (%) nach Geschlecht und Jahr der Befragung.....	14
Tabelle 4.1.4: Ausbildungs- und Beschäftigungssituation (%) nach Jahr der Befragung .....	15
Tabelle 4.2.1: Lifetime-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung.....	16
Tabelle 4.2.2: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert) nach Jahr der Befragung .....	17
Tabelle 4.2.3: 12-Monats-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung .....	18
Tabelle 4.2.4: Applikationsformen von Heroin, Kokain und Crack (%) nach Jahr der Befragung.....	24
Tabelle 4.2.5: Gründe für den intravenösen Crackkonsum (%) nach Jahr der Befragung .....	25
Tabelle 4.2.6: Konsummuster im Jahr 2004: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede .....	26
Tabelle 4.3.1: Meist abgelehnte Droge (%) nach Jahr der Befragung.....	29
Tabelle 4.3.2: Semantische Differenziale „Lieblingsdroge“ Heroin bzw. Crack (Mittelwerte) nach Jahr der Befragung .....	30
Tabelle 4.4.1: Gründe für den Aufenthalt auf der „Szene“ (%) nach Jahr der Befragung .....	34
Tabelle 4.4.2: Überwiegende Orte des intravenösen Konsums und des Crackrauchens nach Jahr der Befragung .....	34
Tabelle 4.4.3: Einschätzung der Verfügbarkeit von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung .....	37
Tabelle 4.4.4: Einschätzung der Qualität von Heroin und Crack (%) nach Jahr der Befragung .....	38
Tabelle 4.5.1: Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung.....	40
Tabelle 4.5.2: Symptome und Beschwerden in den letzten 3 Monaten und Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung (%) nach Jahr der Befragung.....	41
Tabelle 4.5.3: Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung .....	43
Tabelle 4.5.4: Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung .....	44
Tabelle 4.5.5: Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung .....	45
Tabelle 4.5.6: Gesundheitszustand im Jahr 2004: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede	46
Tabelle 4.6.1: Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung .....	47
Tabelle 4.6.2: 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus .....	49
Tabelle 4.6.3: Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten 3 Monaten im Jahr 2004: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede .....	53
Tabelle 5.2.1: Vergleich zwischen MoSyD-Stichprobe 2004 und Halbjahresauswertung 2004 der Konsumraumdokumentation <sup>a</sup> : soziodemographische Daten .....	57
Tabelle 5.2.2: Vergleich zwischen MoSyD-Stichprobe 2004 und Halbjahresauswertung 2004 der Konsumraumdokumentation: Konsumdaten .....	58

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 4.1.1: Durchschnittsalter (Mittelwerte) nach Geschlecht und Jahr der Befragung .....	10
Abbildung 4.1.2: Altersgruppen (%) nach Geschlecht und Jahr der Befragung .....	11
Abbildung 4.1.3: Durchschnittsalter der Frankfurter „Drogenszene“ 1991 bis 2004 .....	12
Abbildung 4.2.1: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert <sup>a</sup> ) nach Jahr der Befragung .....	17
Abbildung 4.2.2: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, nicht verschriebenen Medikamenten, Kokain und Crack nach Jahr der Befragung .....	20
Abbildung 4.2.3: Anzahl der in den letzten 30 Tagen bzw. letzten 24 Stunden konsumierten Substanzen (Mittelwerte bezogen auf alle erfassten Substanzen) .....	21
Abbildung 4.2.4: Konsumhäufigkeit (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, nicht verschriebenen Medikamenten, Kokain und Crack derjenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen (jeweiliges n) nach Jahr der Befragung .....	22
Abbildung 4.2.5: Zusammengefasste Konsumintensität (%) von Heroin und Crack nach Jahr der Befragung .....	23
Abbildung 4.3.1: Heroin und Crack: Konsumprävalenz und Anteil mit Nennung als Lieblingsdroge bzw. am meisten diskutierter Droge (%) nach Jahr der Befragung .....	28
Abbildung 4.3.2: Semantische Differenziale „Lieblingsdroge“ Crack bzw. Heroin .....	30
Abbildung 4.4.1: Dauer des „Szeneaufenthalts“ und Lebensalter .....	33
Abbildung 4.4.2: Intravenöser Konsum und Crackrauchen: generelle und überwiegende Nutzung ausgewählter Orte bei der Befragung 2004 .....	35
Abbildung 4.4.3: Einschätzung der Preisentwicklung und Preis pro Gramm Heroin bzw. Crack nach Jahr der Befragung .....	39
Abbildung 4.5.1: Anzahl berichteter Symptome und Beschwerden (Mittelwerte) und Einschätzungen zum Gesundheitszustand nach Jahr der Befragung .....	42
Abbildung 4.6.1: Substitutionsdauer (zusammengefasst, %) nach Jahr der Befragung .....	48
Abbildung 4.6.2: 24-Stunden-Prävalenzen von Heroin und Crack (%) nach Behandlungsstatus und Jahr der Befragung .....	49
Abbildung 4.6.3: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung .....	51
Abbildung 4.6.4: Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung .....	52
Exkurs: Auszüge aus dem Forschungstagebuch .....	8

# 1 Einleitung

Der vorliegende Bericht beschreibt die Situation in der sog. „offenen Drogenszene“<sup>1</sup> in Frankfurt am Main im Jahr 2004 unter Einbeziehung weiterer Erhebungen aus den Jahren 1995, 2002 und 2003. Diese Studie stellt ein Forschungsmodul neben anderen im Rahmen eines umfassenden >Monitoring-Systems Drogentrends< (MoSyD) dar, das vom Centre for Drug Research CDR im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main entwickelt und implementiert wurde. MoSyD zielt mittels vielfältiger empirischer und analytischer Zugänge auf eine umfassende Beschreibung der Drogengebrauchssituation – sowohl mit Blick auf legale wie illegale Drogen – in Frankfurt ab (Kemmesies & Hess 2001). Insgesamt umfasst das Design vier Forschungsmodule:

1. Schülerbreitenbefragung
2. Expertenbefragung
3. Trend-Scout-Panel
4. Szenestudie

Im Rahmen von MoSyD handelt es sich bei der Szenestudie 2004 um die zweite Erhebung, die erste Erhebung erfolgte im Jahr 2002 (Kemmesies 2002). Die Daten aus der Befragung 2002 werden daher in der vorliegenden Studie komplett berücksichtigt.

Darüber hinaus gelang es dem Centre for Drug Research, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) Fördermittel für die Durchführung einer Studie mit dem Titel 'Kokainkonsum in Frankfurt am Main' zu erhalten. Diese Studie versucht „eine 'dichte' Beschreibung des Phänomenfeldes 'Kokainkonsum' im empirischen Spektrum von Hell- und Dunkelfeld am Beispiel der Stadt Frankfurt am Main im Sinne exemplarischer Repräsentanz“ (Kemmesies & Hess 2002). Mit dem Abschlussbericht dieser Studie ist gegen September 2005 zu rechnen. Im Rahmen dieses Projektes wurde im Jahr 2003 u.a. ebenfalls eine Szenestudie durchgeführt, die zwar ihr Hauptaugenmerk auf den Kokainkonsum legt, zum großen Teil aber auch Inhaltsbereiche der MoSyD-Szenebefragungen enthält. Von daher können auch diese Daten in die vorliegende Analyse einbezogen werden, so dass Aussagen über Veränderungen in der „offenen Drogenszene“ im Drei-Jahresverlauf zwischen 2002 und 2004 getroffen werden können.

Um auch längerfristige Veränderungen in der „Szene“ darstellen zu können, wird zudem auf eine ältere Studie aus dem Jahr 1995 zurückgegriffen. Die Studie „Szenebefragung Frankfurt am Main 1995 - Die 'offene Drogenszene' und das Gesundheitsraumangebot in Ffm“ (Kemmesies 1995) enthält zum Teil identische Fragekomplexe, so dass vergleichende Betrachtungen vorgenommen werden können. Als Beispiel für eine langfristige Veränderung sei hier nur kurz der Konsum von Crack angesprochen. Crack gehört inzwischen zu den dominierenden Substanzen der „offenen Drogenszene“. Damit hat sich nicht nur das bis dato durch Heroin dominierte Bild der Straßenszene verändert, sondern auch das Angebot der Drogenhilfe, die versucht hat, sich den veränderten Realitäten z.B. durch die Einrichtung eines Rauchraums anzupassen.

---

<sup>1</sup> Wenn in diesem Bericht von der „offenen Szene“ bzw. „Drogenszene“ gesprochen wird, so ist damit weniger ein bestimmter Personenkreis bzw. eine bestimmte Subgruppe von Drogenkonsumenten gemeint, als vielmehr ein sozialer Raum, das heißt hier die Gegend um den Frankfurter Hauptbahnhof, mit den sich dort aufhaltenden Drogenkonsumenten.

Unter Berücksichtigung der bereits angesprochen Studien gewährt die vorliegende Untersuchung Einblick in die aktuelle Situation auf der „offenen Drogenszene“ im Jahr 2004, wie sie sich zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews im Monat Juli 2004 darstellt. Die thematischen Schwerpunkte der Interviews sind dabei:

- praktizierte Drogengebrauchsmuster
- Alltagsbewältigung
- Gesundheitszustand
- Inanspruchnahme der Drogenhilfe

Wie bereits ausgeführt, ist die vorliegende Szenestudie 2004 ein Forschungsmodul neben anderen im Rahmen des >Monitoring-Systems Drogentrends< des CDR. Die Zusammenführung der Forschungsmodule in einem Gesamtbericht (Jahresbericht 2004) wird die Analyse im Spiegel der Beobachtungen aus den anderen Forschungsmodulen erlauben und damit einen erweiterten Aussagehorizont über das Drogengebrauchsverhalten in Frankfurt am Main bieten. Der Jahresbericht 2004 des CDR erscheint im Laufe des Jahres 2005 und wird im Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main oder direkt im CDR<sup>2</sup> erhältlich sein.

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich jedoch ausschließlich mit einem spezifischen Ausschnitt des Drogenkonsums, der sog. „offenen Drogenszene“. Vor der Darstellung der Studie und ihrer Ergebnisse gilt es einigen Personen zu danken. In erster Linie sind dies die vielen Interviewpartner/innen, die sich die Zeit genommen und Einblicke in ihre Lebensbedingungen gewährt haben. Darüber hinaus gebührt auch den Leitern und Mitarbeitern der Drogenhilfeeinrichtungen ein Dankeschön für die Unterstützung, die Anregungen und die kooperative Bereitstellung von Räumlichkeiten bzw. Möglichkeiten für unsere Interviews.

Für die Interviewtätigkeit sei Kerstin Mechthold, Evi Rademacher und Oliver Müller, der auch Mitautor dieses Berichtes ist, gedankt.

Ein besonderer Dank schließlich gilt Dr. Uwe Kemmesies, dessen Studien und unermüdlichem Einsatz das Centre for Drug Research CDR seine Existenz verdankt.

## 2 Methodik

### 2.1 Empirischer Zugang: Stichprobe und Erhebungsinstrument

Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit zu erreichen, wurde versucht, die Bedingungen für die Befragungen möglichst konstant zu halten. Dies gilt sowohl für das Erhebungsinstrument (standardisierter Fragebogen) als auch für die Stichprobenauswahl. Die Stichprobe umfasst daher wie auch in den Jahren zuvor 150 Drogenkonsumenten, die je zur Hälfte unmittelbar auf der offenen Drogenszene in der Bahnhofsregion und in den niedrighschwelligten Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe rekrutiert wurden. Den Hintergrund dieses Verfahrens bildet die Beobachtung aus der Szenestudie 1995 (ebenfalls  $n = 150$ ), dass sich die Teilgruppe der unmittelbar auf der Straße und auf öffentlichen Plätzen rekrutierten Interviewpartner von denjenigen unterschied, die direkt in Drogenhilfeeinrichtungen angesprochen wurden. Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede vor allem im Hinblick auf die Drogenkonsummuster, die bei den unmittelbar im öffentlichen Raum kontaktierten Drogenkonsumenten

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

deutlich stärker durch den Konsum von Kokain und Crack geprägt waren. Bei der Befragung 2002 waren solche deutlichen Unterschiede nicht zu beobachten, was die Autoren dazu veranlasste, dem Frankfurter Drogenhilfesystem eine hohe Erreichbarkeit zu bescheinigen (Kemmesies 2002). Diese Annahme wird im vorliegenden Bericht anhand des Inanspruchnahmeverhaltens näher untersucht (s. 4.6.2), und die Ergebnisse - so viel sei vorweggenommen - sprechen tatsächlich für eine hohe Erreichbarkeit des Frankfurter Drogenhilfesystems.

Als Erhebungsinstrument diente ein standardisierter Fragebogen, der sich eng an die Fragebögen der Szenestudien aus den vorangegangenen Jahren anlehnte, um systematische Vergleiche anstrengen zu können. Zum Einsatz kamen Fragemodule, wie sie auch in internationalen Studien gängig sind. Die Befragung selbst war als fragebogengestütztes Interview gestaltet, d.h. die Fragen wurden in Gestalt einer Face-to-Face-Interviewsituation mit dem Interviewpartner systematisch durchgegangen und die Antworten vom Interviewer direkt im Erhebungsbogen dokumentiert. Der Fragebogen berührte im Wesentlichen folgende Inhaltsbereiche<sup>3</sup>:

- Soziale Grunddaten
  - Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand
  - Schul- und Berufsausbildung, aktuelle Beschäftigungssituation
  - Wohnsituation
- Konsumerfahrungen, aktuell praktiziertes Drogengebrauchsmuster
  - Life-Time-Prävalenz, Einstiegsalter
  - Aktuelle Konsumintensität
  - Applikationsformen
- Meinungen und Ansichten über Drogen
- „Szene-Alltag“
  - Dauer und Intensität des „Szeneaufenthalts“
  - Orte des Konsums
  - Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung
- Gesundheit
  - Symptome und Beschwerden
  - Überdosierungen und deren Begleitumstände
- Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems
  - Substitution
  - Nutzung der vorgehaltenen Angebote

Es sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass mit dem vorliegenden Bericht die spezifische Situation in der Frankfurter „offenen Drogenszene“ dokumentiert wird, was Verallgemeinerungen auf andere Gruppen von Drogenkonsumenten oder „offene Drogenszenen“ in anderen Städten ausschließt. Für den Bereich der Frankfurter „Drogenszene“ jedoch wird mit der gewählten Untersuchungsmethodik eine möglichst hohe *exemplarische Abbildungsqualität* angestrebt. Hierzu dient zum einen die gewählte Stichprobengröße von  $n = 150$ , da das quantitative Ausmaß der offenen Drogenszene im Bereich der Bahnhofregion auf einen Kreis von wenigen hundert Personen geschätzt wird, der sich – mit Tagesschwankungen – mehr oder weniger permanent in der Bahnhofregion aufhält. Zum anderen wurden die Interviewpartner relativ gleichmäßig über die Wochentage und Tageszeiten rekrutiert, um das Spektrum unterschiedlicher Personen- beziehungsweise Konsumentengrup-

---

<sup>3</sup> Für nähere Informationen kann der Fragebogen beim CDR angefragt werden.

pen erfassen zu können. Weiterhin ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dass die Interviewpartner unmittelbar im Feld, also auf der offenen Drogenszene aufgesucht wurden – im Gegensatz zu einem institutionellen Forschungszugang, etwa in Therapieeinrichtungen oder Haftanstalten (s. a. Kapitel 3). Insgesamt kann daher mit den erhobenen Daten eine vergleichsweise umfassende und präzise Beschreibung der Frankfurter „Drogenszene“ vorgenommen werden.

## 2.2 Hinweise zur Ergebnispräsentation

Zur Veranschaulichung und besseren Übersicht sind die Ergebnisse häufig in tabellarischer oder graphischer Form dargestellt. Als statistische Verfahren dienen ausschließlich gängige und vielfach erprobte Tests zur Überprüfung von Verteilungs- oder Mittelwertsunterschieden und zur Analyse von Zusammenhängen. Zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse sind jeweils die statistischen Kennwerte und das damit verbundene Signifikanzniveau bzw. die Irrtumswahrscheinlichkeit angeführt. Dabei bedeutet z. B. eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0,05$ , dass die gefundenen Unterschiede mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % kein Zufallsprodukt darstellen, bei  $p < 0,01$  beträgt diese Wahrscheinlichkeit entsprechend 99 %, bei  $p < 0,001$  entsprechend 99,9 %. Die jeweiligen Irrtumswahrscheinlichkeiten werden wie üblich gekennzeichnet durch \* ( $= p < 0,05$ ), \*\* ( $= p < 0,01$ ) sowie \*\*\* ( $= p < 0,001$ ). Die Abkürzung „n.s.“ bedeutet „nicht signifikant“, d. h. die gefundenen Unterschiede können auf Zufallsschwankungen zurückzuführen sein. In den Fällen, in denen nicht nur die Veränderungen zwischen den Erhebungen insgesamt untersucht werden, sondern auch Veränderungen in bestimmten Teilgruppen, beispielsweise Männer und Frauen berücksichtigt werden, ist das Signifikanzniveau zu „adjustieren“. Das heißt, die Irrtumswahrscheinlichkeit  $p'$  wird entsprechend der Anzahl an einzelnen Vergleichen angepasst. An der inhaltlichen Bedeutung ändert sich dadurch nichts, d. h. auch hier bedeutet \* bzw.  $p' < 0,05$  eine (statistische) Sicherheit der Ergebnisse von 95 %.

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

## 3 Feldzugang - Interviewtätigkeit im Szenealltag

Insgesamt wurden 150 Interviews mit Drogengebrauchern geführt. Von diesen 150 Personen wurden 75 direkt auf der Straße im Bahnhofsgebiet - also auf der sogenannten „offenen Drogenszene“ - angesprochen, die anderen 75 Interviewten in den Kontaktbereichen der Konsumräume bzw. Druckräume. Die Kontaktpunkte in den Konsumräumen wurden relativ gleichmäßig auf alle vier bestehenden Einrichtungen [‘Eastside’ (Schielestraße), ‘Druckraum Niddastraße’ (Niddastraße), ‘La Strada’ (Mainzer Landstraße), ‘Druckraum Elbestraße’ (Elbestraße)] verteilt. Dankenswerterweise konnten wir – wie auch schon 2003 – auch diesmal das ‘Cafe Fix’ (Moselstraße) nutzen, um dort Interviews zu führen. Da sich das ‘Cafe Fix’ in direkter Szenenähe befindet, konnten Interviewpartner auf der Szene angesprochen und die Interviews dann im Cafebereich geführt werden, was die nötige Ruhe für die Befragung verschaffte.

Wie auch in den Jahren zuvor, wurde eine Konzentration der „offenen Drogenszene“ an bestimmten Plätzen im Bahnhofsviertel (wesentlich: Niddastraße Ecke Moselstraße - vom ‘Druckraum Niddastraße’ bis zum ‘Café Fix’ - und ein kurzes Stück der Elbestraße, im Bereich des ‘Druckraums Elbe-

straße') erkennbar. Nachdem 2003 eine leichte Lockerung dieser Konzentration (Szenebildung jenseits der Einrichtungen und vermehrtes Aufkochen auf der Straße) beobachtet wurde, scheint diese Tendenz wieder rückläufig. Diese Beobachtung zeigt deutlich, wie schnelllebig solche Veränderungen sein können und dass es sich bei solchen Beschreibungen um 'Momentaufnahmen' handelt, die keine Allgemeingültigkeit beanspruchen, sondern die Situation im Juli 2004 abbilden. Neben dem Wetter als Einflussvariable kann vor allem veränderte polizeiliche Aktivität in diesem Zusammenhang hervorgehoben werden. Auffällig war – wie auch schon 2003 – dass die Szene äußerst mobil ist: Hatte sich eben noch eine Gruppe von ca. zehn Menschen ‚häuslich‘ in einer Ecke oder auf dem Bürgersteig niedergelassen, konnte sie zwei Minuten später wieder verschwunden sein. Meist konnte man dies auf Aktivitäten der Polizei zurückführen. Die Polizei fuhr häufig Streife und auch Kriminalbeamte in Zivil fahndeten regelmäßig – für den außenstehenden Betrachter mal gezielt, mal weniger gezielt – nach einzelnen Personen.

Konsumenten, die auf der Straße angesprochen wurden, begegneten den Interviewern auch in den Einrichtungen. Umgekehrt sah man Menschen auf der Straße, die man kurz zuvor in den Einrichtun-

**Exkurs:** Auszüge aus dem Forschungstagebuch

Diese Auszüge aus dem Forschungstagebuch können nicht den Anspruch der Allgemeingültigkeit erheben, sondern stellen punktuelle Erlebnisse aus der Feldarbeit dar. Wir führen sie hier an, um einen lebendigeren Eindruck von der Feldarbeit zu vermitteln. Es liegt in der Natur solcher Wahrnehmungen, dass sie subjektiv gefärbt sind – dennoch glauben wir, dass sie illustrative Schlaglichter auf Teilausschnitte der Realität des Alltags auf der offenen Drogenszene Frankfurts im Sommer 2004 werfen:

1. Tag:

Werden von ein paar Konsumenten begrüßt, man kennt uns zum Teil aus den letzten Jahren. Dies erleichtert die ersten Kontaktabbahnungen deutlich.

5. Tag:

Ein Interview musste abgebrochen werden, da die Interviewpartnerin ständig einschief und gegen Ende auch mit Kaffee nicht mehr wachgehalten werden konnte. Interviewdauer bis Abbruch 1,5 Stunden.

7. Tag:

Paradox anmutende Situation: Ein Konsument, der selbst dealt, berichtet von positiven Auswirkungen der Polizeiaktivitäten. So seien die Gewalttaten auf der Szene rückläufig.

8. Tag:

Ein Mann, der allem Anschein nach unter starkem Drogeneinfluss steht, hält sich für einen Ritter der Tafelrunde und vollführt Luftkämpfe mit einem Strohalm als Schwertersatz. Nachdem er sich immer stärker hineinsteigert, wird er schließlich von anderen Konsumenten beruhigt.

11. Tag:

Fixiere drei Männer, die auf der Straße stehen und sich unterhalten, da sie als Interviewpartner in Frage kommen. Noch bevor ich sie ansprechen kann, dreht sich einer der drei zur Seite und übergibt sich. Die anderen beiden unterhalten sich weiter, als sei nichts geschehen. Nach ca. einer Minute beteiligt sich der dritte auch wieder – völlig ungerührt- am Gespräch.

gen erlebt hatte. Es wurde also wie schon 2002 und 2003 keine Straßenszene beobachtet, die sich klar von den Besuchern der Einrichtungen abgrenzte.

Wie schon 2002 hielten sich auch an anderen Stellen – zum Beispiel Hauptbahnhof-Vorplatz, Hauptbahnhof B-Ebene und an den Straßenbahn-Haltestellen im Bereich des Hauptbahnhofs – Drogenkonsumenten auf, die jedoch nicht als zusammenhängende Szene zu erkennen waren. An diesen Plätzen steht offensichtlich der Handel im Vordergrund, und man gibt sich hier eher ungern als Drogenkonsument zu erkennen, da dies repressive Maßnahmen zur Folge haben könnte. Kontaktabbahnungen für Interviews verliefen an diesen Plätzen deshalb erfolglos. Auffällig war allerdings, dass sich diese

Kleingruppen stärker über das Stadtgebiet verteilen. So wurden z.B. an der U-Bahn Haltestelle Leipziger Str., Bornheim Mitte oder B-Ebene Hauptwache solche Handelsaktivitäten beobachtet.

Wie in den Jahren zuvor, wurden potentielle Interviewpartner zu Beginn über die Hintergründe der Untersuchung informiert. Erst am Ende eines Kontaktabbahnungsgesprächs wurde erwähnt, dass für die Durchführung eines Interviews eine Aufwandsentschädigung von 5 Euro gezahlt wird. Der finanzielle Aspekt eines möglichen Interviewkontakts wurde damit bewusst an das Ende eines von gene-

reller Interviewbereitschaft gekennzeichneten Kontakthanbahnungsgesprächs gesetzt, um rein 'moneitär' motivierte Interviews zu vermeiden.

Sehr gut angenommen wurde, dass die Interviewten am Ende des Interviews eine kleine Süßigkeit (eine kleine Tüte Gummibärchen o.ä.) erhielten. Diese Tatsache war – durch die Erhebungen in den letzten zwei Jahren – allerdings auch noch einigen Personen präsent, so dass wir sowohl von Mitarbeitern als auch von einigen Konsumenten mit den Worten: „Die Menschen von der Uni mit den Gummibärchen“ begrüßt wurden.

Die Tatsache, dass wir von einigen Konsumenten wiedererkannt wurden, erleichterte die Kontakthanbahnung merklich. Auch ergaben sich zum Teil wieder – wie auch schon in den vorherigen Jahren – 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, so dass über die Jahre zunehmend weniger vertrauensbildende Gespräche im Vorfeld geführt werden mussten. Dies ist wahrscheinlich auch ein Grund dafür, dass 2004 weniger Personen angesprochen werden mussten um die anvisierten 150 Interviews durchzuführen. Insgesamt wurden 172 Personen angesprochen (2002 waren es 215 Personen), ein Interview kam also bei 87% (2002, 70%) der angesprochenen Personen zustande. Diese Quote kann angesichts der Sensibilität der zu erhebenden Daten als sehr hoch angesehen werden.

Von den 22 Personen, die nicht zu einem Interview bereit waren, gaben 6 Personen an, 'keine Zeit' zu haben, 11 Personen hatten 'kein Interesse', eine Person nannte 'kein Vertrauen' als Ablehnungsgrund und 4 Personen gaben 'andere Gründe' an.

Die Interviews wurden von zwei Mitarbeiterinnen und einem Mitarbeiter des CDR im Juli 2004 geführt. Alle drei Interviewer verfügen über Erfahrung im Drogenhilfebereich und der Durchführung sozialwissenschaftlicher Interviews. Die beiden Mitarbeiterinnen führten 75 Interviews und der Mitarbeiter ebenfalls 75 Interviews durch. Die Interviewerinnen waren angewiesen, sich verstärkt auf Frauen als Interviewpartner zu konzentrieren, der Interviewer mehr auf Männer. Diese Verteilung sollte helfen, Doppelinterviews zu vermeiden. Darüber hinaus sprach man sich immer wieder ab, wer welche Personen bereits interviewt hatte.

Von den 150 Befragten waren – dem Forschungsdesign entsprechend – 50 Frauen und 100 Männer. Die Feldarbeit kann wieder durchaus als mühselig und anstrengend bezeichnet werden. Die Szene präsentierte sich, wie bereits geschildert, als 'schnell und hektisch'. Immer noch wird das Erscheinungsbild der „offenen Drogenszene“ von dem stets auf der Suche nach einem Zug aus der Pfeife umherstreifenden Crack-Konsumenten geprägt. Der lethargisch umherwandelnde Heroinkonsument ist zwar noch anzutreffen, prägt aber nicht mehr das Erscheinungsbild der „offenen Drogenszene“.

Fast alle Interviews konnten in Räumen der Drogenhilfe durchgeführt werden. Nach den Erfahrungen der Vorjahre wurde nach der Ansprache auf der Straße versucht, sich in Räumlichkeiten der Drogenhilfe zurückzuziehen, da damit – dem direkten Szenegeschehen entzogen – mehr Ruhe und Konzentration für das Interview hergestellt werden konnte. Hierbei kam uns entgegen, dass wir für die Interviews das Cafe Fix nutzen konnten. Nachfolgend wird deshalb das Cafe Fix unter 'Kontaktbereich der Drogenhilfe' subsumiert. Von den insgesamt 150 Interviews wurden dementsprechend 79% im Kontaktbereich, 20% in Büroräumen und lediglich 2 (1%) auf der Straße geführt. Diese zwei Interviews mussten auf der Straße geführt werden, da die Interviewpartner Hausverbot in den in Frage kommenden Einrichtungen hatten.

Es sei an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ein schlechter psychischer oder physischer Zustand potenzieller Interviewpartner 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, sehr klare und strukturierte Antworten geben konnten, was leider auch genau umgekehrt sein konnte: Personen, die eben noch wach und klar schienen, konnten innerhalb kürzester Zeit „abbauen“ oder – im Extremfall – einschlafen (s. Exkurs).

In den Interviews wurde die Expertenrolle der Interviewpartner immer wieder betont: Sie wurden ausdrücklich als Experten ihrer Lebenswelt angesprochen und respektiert. Die Feldarbeit geschah im Sinne des Selbstverständnisses einer klassischen Ethnographie: Die Interviewer verstanden sich als 'fremde' Besucher in einer 'fremden' Kultur beziehungsweise in einem 'fremden' Lebensraum. Möglicherweise ist dies ein Grund dafür, dass die Interviewpartner der Befragung sehr offen und interessiert gegenüberstanden. So wurde wieder vereinzelt nachgefragt, wie und wo die Ergebnisse dieser Befragung zu erhalten sind bzw. veröffentlicht werden.

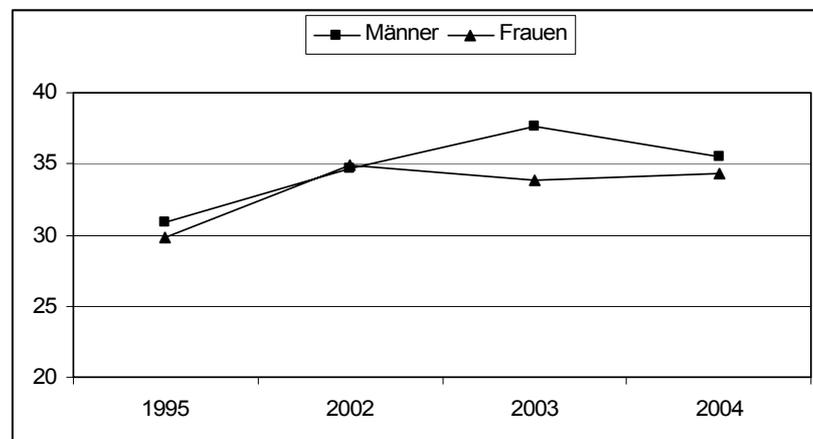
## 4 Ergebnisse

### 4.1 Soziodemographische Daten

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

Das Durchschnittsalter der im Jahr 2004 Befragten liegt bei 35,1 ( $\pm 8,4$ ) Jahren. Es ist damit gegenüber dem Vorjahr (36,3  $\pm 7,6$  Jahre) geringfügig, d. h. statistisch nicht signifikant, gesunken und liegt in etwa im Bereich der Ergebnisse des Jahres 2002 (34,7  $\pm 8,0$  Jahre). Deutliche Unterschiede zeigen sich allerdings zu den Daten der Befragung 1995, bei der das Durchschnittsalter bei 30,6 ( $\pm 5,7$ ) Jahren lag. Demnach ist das Durchschnittsalter der Drogenkonsumenten der sog. „offenen Drogenszene“ zwischen 1995 und 2002 um etwa 4 Jahre gestiegen. Unter Einbeziehung des Geschlechts der Befragten ergeben sich deutliche statistische signifikante Unterschiede (ANOVA:  $F = 8,56^{***}$ ), die zum einen auf die Unterschiede zwischen 1995 und den Befragungen ab dem Jahr 2002 zurückzuführen sind, zum anderen darauf, dass das Durchschnittsalter der Männer unabhängig vom Jahr der Befragung etwas höher ist als das der Frauen (s. Abb. 4.1.1).<sup>4</sup>

Abbildung 4.1.1: Durchschnittsalter (Mittelwerte) nach Geschlecht und Jahr der Befragung



<sup>4</sup> ANOVA: Geschlecht:  $F = 4,90^*$ ; Jahr:  $F = 12,34^{***}$ ; Geschlecht\*Jahr:  $F = 1,68$  n.s.

Besonders deutlich ist der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen bei der Befragung im Jahr 2003. Dies lässt sich vor allem dadurch erklären, dass im Jahr 2003 eine etwas größere Anzahl an Männern über dem 40. Lebensjahr in die Untersuchung eingeschlossen wurde (s. Abb. 4.1.2).

**Abbildung 4.1.2: Altersgruppen (%) nach Geschlecht und Jahr der Befragung**

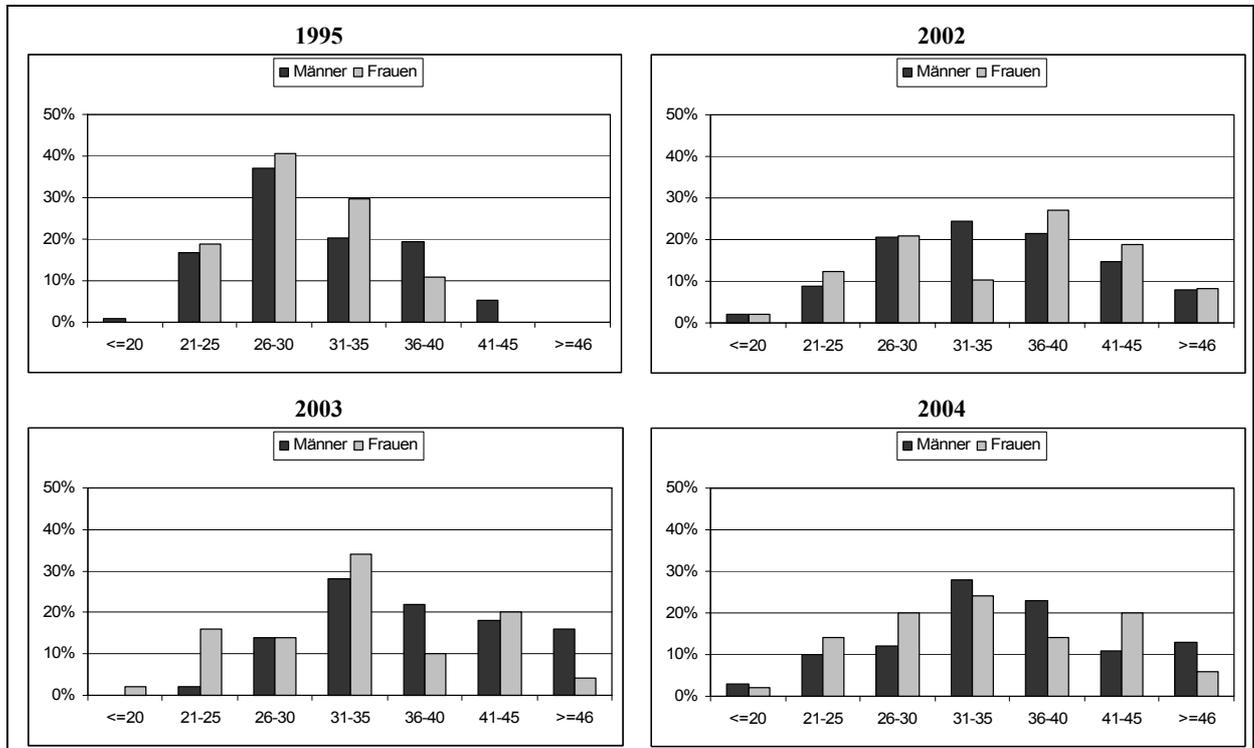
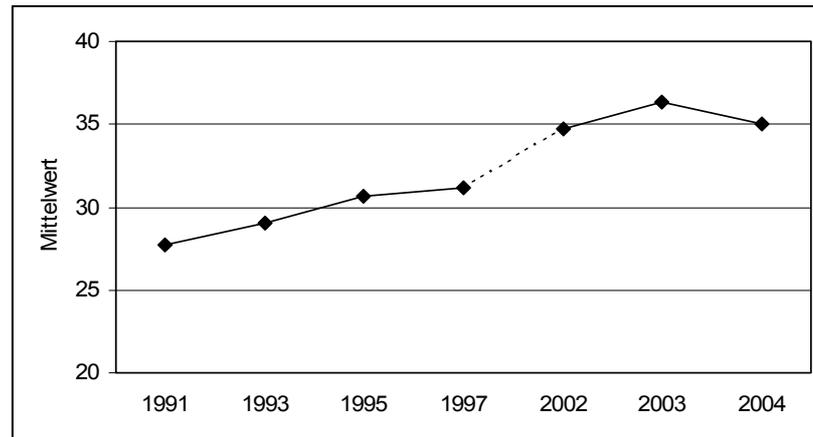


Abb. 4.1.2 zeigt darüber hinaus, dass der Anteil der besonders jungen, unter 20-Jährigen in allen Befragungen konstant niedrig ist und bei max. 3 % liegt. Zudem hat seit der Befragung 2002 der Anteil der über 40-Jährigen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen deutlich zugenommen. Die Einbeziehung weiterer Studien<sup>5</sup> aus dem Umfeld der Frankfurter „Drogenszene“ erlaubt eine Betrachtung der Veränderungen in der Alterszusammensetzung über einen vergleichsweise langen Zeitraum von 1991 bis 2004. Wie Abb. 4.1.3 zeigt, hat sich das Durchschnittsalter in der „Drogenszene“ insgesamt deutlich erhöht und steigt im Zeitraum zwischen 1991 und 2002 jährlich in etwa um ein halbes Jahr.

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

**Abbildung 4.1.3: Durchschnittsalter der Frankfurter „Drogenszene“ 1991 bis 2004**


Zukünftige Befragungen werden zeigen müssen, ob sich das Durchschnittsalter in der Frankfurter „Drogenszene“ in den nächsten Jahren weiter erhöht - und das geringfügig niedrigere Durchschnittsalter im Jahr 2004 tatsächlich ein zufälliges Ergebnis gegen den Trend darstellt - oder ob es sich auf den für 2002 und 2004 festgestellten Wert von etwa 35 Jahren einpendelt - und das im Jahr 2003 festgestellte geringfügig höhere Durchschnittsalter ein zufälliger Ausreißer ist.

Etwas mehr als zwei Drittel der Befragten im Jahr 2004 sind ledig, 12 % sind verheiratet, 18 % geschieden. Diese Zahlen decken sich im Großen und Ganzen mit denen der anderen Befragungen, und wie in den Vorjahren zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Männer sind zum überwiegenden Teil ledig (76 % vs. 50 %), und der Anteil an Verheirateten (10 % vs. 16 %) sowie Geschiedenen (12 % vs. 30 %) ist geringer als bei den Frauen ( $\chi^2 = 10,85^*$ ). Wie in den Befragungen 2002 und 2003 ist der Anteil derjenigen, die eigene Kinder haben, bei den Frauen mit 52 % leicht, aber statistisch nicht signifikant höher als bei den Männern mit 40 % ( $\chi^2 = 1,95$  *n.s.*; 2003: 52 % vs. 44 %;  $\chi^2 = 0,86$  *n.s.*; 2002: 62 % vs. 47 %;  $\chi^2 = 3,12$  *n.s.*). Eine aktuelle Schwangerschaft berichtet keine der in den Jahren 2002 bis 2004 interviewten Frauen.

Ebenfalls keine bedeutsamen Veränderungen sind schließlich im Hinblick auf die Nationalität der Befragten zu beobachten. Etwa drei Viertel der Befragten sind deutscher Nationalität (1995: 79 %, 2002: 79 %, 2003: 75 %, 2004: 76 %), 4 % sind Spätaussiedler (1995: 1 %, 2002: 1 %, 2003: 0 %), und etwa jeder fünfte Befragte gehört einer anderen Nationalität an (1995: 19 %, 2002: 19 %, 2003: 25 %, 2004: 20 %).

## 4.1.2 Wohnsituation

Betrachtet man im Zusammenhang mit der Wohnsituation zunächst den offiziellen Status, das heißt die Angaben, wo die Befragten polizeilich gemeldet sind, so zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Daten des Jahres 2002 einerseits und denen der Jahre 2003 und 2004 andererseits (s. Tab. 4.1.1).

**Tabelle 4.1.1: Aktuell gemeldeter Wohnsitz (%) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	$\chi^2$
Frankfurt	61	70	73	21,27*
Großraum Frankfurt	17	6	8	
Hessen	2	4	5	
außerhalb Hessens	8	5	8	
Ausland	1	1	0	
nicht gemeldet	11	14	6	

$\chi^2$  - Test: \*  $p < 0,05$

Dieser Unterschied erklärt sich zum einen daraus, dass der Anteil an Befragten, die polizeilich nicht gemeldet sind, im Jahr 2004 deutlich niedriger ist als in den beiden Vorjahren. Zum zweiten ist der Unterschied darauf zurückzuführen, dass von 2002 auf 2003 der Anteil an Befragten, die in Frankfurt gemeldet sind, angestiegen und parallel dazu der Anteil an Befragten mit gemeldetem Wohnsitz im Großraum Frankfurt zurückgegangen ist. Zusammengenommen allerdings sind in allen drei Jahren jeweils fast 80 % der Befragten im Großraum Frankfurt gemeldet.

Die aktuelle Meldeadresse sagt jedoch gerade bei Drogenkonsumenten aus dem Umfeld der „offenen Szene“ wenig über die tatsächlichen Wohnverhältnisse aus. Beim Vergleich der aktuellen Wohnsituation zeigen sich wiederum leichte Unterschiede zwischen den Erhebungen (s. Tab. 4.1.2).

**Tabelle 4.1.2: Aktuelle Wohnsituation (%) nach Jahr der Befragung**

	1995	2002	2003	2004	$\chi^2$
obdachlos	19	10	18	11	42,43*
eigene Wohnung	27	19	23	24	
mit Partner/User	6	5	5	9	
Partner/Non-User	3	8	4	5	
WG/User	3	3	3	1	
WG/Non-User	3	6	3	2	
Notschlafunterkunft	27	39	33	37	
betreutes Wohnen	0	5	4	3	
Eltern	12	4	6	5	
Sonstige	0	1	1	2	

$\chi^2$  - Test: \*  $p < 0,05$

Nur etwa jeder vierte im Jahr 2004 Befragte wohnt in einer eigenen Wohnung. Dieser Anteil hat sich in den letzten drei Jahren nur unwesentlich erhöht, ohne dabei den Wert von 1995 zu erreichen. Ebenfalls kaum Veränderungen zeigen sich bei der Obdachlosenrate. Mit einem Anteil von insgesamt 48 % (1995: 46 %, 2002: 49 %, 2003: 51 %) ist auch im Jahr 2004 nahezu jeder Zweite faktisch obdachlos, und lebt entweder tatsächlich auf der Straße oder schläft in Notunterkünften.

Dabei zeigt sich im Jahr 2004 ein geschlechtsspezifischer Unterschied, der in den vorherigen Befragungen in dieser Deutlichkeit nicht zu beobachten ist (s. Tab. 4.1.3).

**Tabelle 4.1.3: Aktuelle Wohnsituation (%) nach Geschlecht und Jahr der Befragung**

	1995			2002			2003			2004		
	Männer	Frauen	$\chi^{2a}$									
obdachlos	19	16	7,91	6	19	17,19	17	20	8,94	10	14	23,87*
eigene Wohnung	25	32		17	25		22	26		25	22	
Partner / User	5	8		4	8		4	6		3	20	
Partner / Non-User	3	3		8	8		3	6		4	8	
WG mit User	2	8		4	0		3	4		1	2	
WG mit Non-User	4	0		7	4		4	2		3	0	
Notschlafunterkunft	27	27		43	31		33	32		45	22	
betreutes Wohnen	14	5		6	2		6	0		1	6	
Eltern	19	16		6	0		8	2		5	6	
Sonstige	0	0		0	2		0	2		3	0	

<sup>a</sup>  $\chi^2$  - Test: Einzelvergleiche mit adjustiertem Signifikanzniveau. \*  $p' < 0,05$ .

Dieser Unterschied erklärt sich vor allem daraus, dass deutlich mehr befragte Frauen als Männer mit einem ebenfalls konsumierenden Partner zusammen wohnen, während deutlich mehr Männer in Notunterkünften untergebracht sind. Entsprechend ist der Anteil der Männer, die faktisch obdachlos sind und auf der Straße oder in Notunterkünften schlafen, nahezu konstant bei etwa 50 %, bei den Frauen dagegen sinkt dieser Anteil von ebenfalls etwa 50 % in den Jahren 2002 und 2003 auf etwas mehr als ein Drittel im Jahr 2004. Allerdings lässt sich daraus nicht auf eine verbesserte Wohnsituation der im Jahr 2004 befragten Frauen schließen. Gerade für Frauen, die mit einem ebenfalls Drogen konsumierenden Partner zusammenleben, ist diese Form des Zusammenlebens häufig sehr problematisch, und der Anteil an Frauen, die in tatsächlich vergleichsweise gesicherten Wohnverhältnissen wie der eigenen Wohnung leben, ist ebenso wie bei den Männern unverändert gering.

### 4.1.3 Ausbildungs- und Beschäftigungssituation

Keinerlei signifikante Veränderungen sind über den gesamten Beobachtungszeitraum von 1995 bis 2004 im Hinblick auf die Schul- und Berufsausbildung sowie die Beschäftigungssituation festzustellen (s. Tab. 4.1.4).

Bei allen Erhebungen hat der Großteil der Befragten eine abgeschlossene Schulausbildung, meist einen Haupt- oder Realschulabschluss, mehr als 40 % allerdings haben keine abgeschlossene Berufsausbildung. Unverändert hoch ist die Arbeitslosenquote mit etwa 80 %, wobei in jedem Jahr der Großteil der Betroffenen auch arbeitslos gemeldet ist (2002: 85 %, 2003: 70 %, 2004: 80 %, jeweils bezogen auf die Gruppe der Arbeitslosen). Geschlechtsspezifische Unterschiede sind dabei im gesamten Bereich der Ausbildungs- und Beschäftigungssituation nicht festzustellen.

**Tabelle 4.1.4: Ausbildungs- und Beschäftigungssituation (%) nach Jahr der Befragung**

	1995	2002	2003	2004	$\chi^2$
Schulabschluss					19,74
Kein	13	13	16	10	
Hauptschule	48	43	46	52	
Realschule	27	34	23	25	
Gymnasium	5	8	11	11	
Sonstige	7	2	5	3	
Berufsausbildung					10,64
keine	52	46	43	43	
Lehre/Studium	44	52	55	57	
in Ausbildung	4	2	2	0	
Beschäftigungssituation					4,98
Vollzeit	7	7	5	3	
arbeitslos	79	83	79	85	
sonstiges	14	10	16	12	

 $\chi^2$  - Test

Keine Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich der bei den Befragungen 2002 bis 2004 erhobenen Dauer der Arbeitslosigkeit. Zwar ist die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit bei den im Jahr 2004 befragten arbeitslosen Drogenkonsumenten mit 49,6 ( $\pm$  54,2) Monaten niedriger als in den Vorjahren (2002: 54,4  $\pm$  56,9 Monate; 2003: 54,4  $\pm$  59,4 Monate). Dieser Unterschied erreicht jedoch keine statistische Signifikanz und kann auf Zufallsschwankungen zurückzuführen sein. Von daher ist für alle drei Befragungen festzuhalten, dass die Mehrheit der arbeitslosen Drogenkonsumenten als langzeitarbeitslos zu bezeichnen ist.

Insgesamt zeigt sich dabei ein hoch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Dauer, mit der sich die Befragten regelmäßig auf der „Drogenszene“ aufhalten ( $r = 0,31^{***}$ ), demnach geht ein langjähriger „Szeneaufenthalt“ einher mit einer längeren Arbeitslosigkeit. Dieser Zusammenhang wird deutlich schwächer ( $r = 0,15^{**}$ ), wenn man das Alter berücksichtigt, das sowohl die Dauer des „Szeneaufenthalts“ als auch die Dauer der Arbeitslosigkeit stark beeinflusst - er bleibt aber dennoch signifikant. Dies kann als Indiz dafür gelten, dass mit zunehmender Dauer der Bindung an die „Drogenszene“ auch die Schwierigkeit zunimmt, Drogenkonsumenten in das Arbeitsleben zu reintegrieren, was angesichts des gestiegenen Durchschnittsalters der „Szene“ als besonders problematisch zu betrachten ist.

## 4.2 Substanzkonsum

### 4.2.1 Lifetime-Konsum

Bei der Betrachtung der Angaben, welche Substanzen die Befragten in ihrem Leben mindestens ein Mal konsumiert haben, fällt zunächst auf, dass bei sämtlichen erfassten Substanzen ein relevanter Anteil an Befragten über Konsumerfahrungen verfügt. Die geringste Lifetime-Prävalenz zeigt sich bei biogenen Drogen wie z. B. Khat oder Stechapfel, die etwa jeder vierte bis fünfte Befragte in seinem Leben konsumiert hat. Die Lifetime-Prävalenz ist hier seit 2002 leicht rückläufig, was jedoch auch

durch Zufallschwankungen bedingt sein kann (s. Tab. 4.2.1). Auf der anderen Seite verfügen nahezu sämtliche Befragten aller vier Erhebungen über Konsumerfahrungen mit Nikotin, Alkohol, Cannabis, Heroin und Kokain, sowie seit der Befragung 2002 auch mit Crack. Desgleichen haben nahezu sämtliche Befragten Erfahrungen mit dem intravenösen Konsum, und etwa drei Viertel mit dem Konsum von Speed und nicht verschriebenen Medikamenten, d. h. vor allem Benzodiazepinen. Konsumerfahrungen mit LSD und Rohopium haben seit der Befragung 2002 etwas mehr als die Hälfte der befragten Personen, die signifikanten Unterschiede bei diesen beiden Substanzen ergeben sich aus den Veränderungen gegenüber den Daten von 1995. Demnach hat seither die Lifetime-Prävalenz von LSD deutlich, die von Rohopium leicht abgenommen. Eine deutlich zunehmende Lifetime-Prävalenz ist im Übrigen bei Ecstasy festzustellen.

**Tabelle 4.2.1: Lifetime-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung**

	1995	2002	2003	2004	$\chi^2$
Nikotin	100	99	99	99	0,99
Alkohol	97	98	97	99	1,46
Cannabis	99	97	95	96	4,51
psychoaktive Pilze	-- <sup>a</sup>	49	39	37	4,51
andere biogene Drogen	-- <sup>a</sup>	28	20	19	4,42
LSD	81	63	64	65	15,01**
Ecstasy	33	45	44	57	17,53***
Speed	79	73	72	79	3,66
Rohopium	68	52	57	54	9,42*
Heroin	99	93	98	99	10,84*
nicht verschriebene Medikamente	-- <sup>a</sup>	73	79	81	2,48
Kokain	99	95	99	99	9,17*
Crack	41	96	97	95	231,71***
intravenöser Konsum	-- <sup>a</sup>	91	91	95	1,59

<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar.

$\chi^2$  - Test: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Weitere Veränderungen in der Lifetime-Prävalenz sind bei Heroin und Kokain zu beobachten, die sich im Wesentlichen darauf zurückführen lassen, dass bei der Befragung 2002 die jeweilige Lifetime-Prävalenz etwas geringer war. Diese Unterschiede sind zwar statistisch signifikant, angesichts der auch im Jahr 2002 zu beobachtenden Lifetime-Prävalenzen beider Substanzen von über 90 % faktisch allerdings nur von sehr geringer Relevanz. Die deutlichste Veränderung schließlich ist bei der Lifetime-Prävalenz von Crack festzustellen, die sich von 1995 bis 2002 mehr als verdoppelt hat.

Hinsichtlich des Alters beim Erstkonsum der verschiedenen Substanzen zeigen sich für die meisten Substanzen keine Unterschiede zwischen den vier Befragungen (s. Tab. 4.2.2). Sofern Unterschiede zu beobachten sind, fallen diese jedoch recht deutlich aus, und lassen sich vor allem auf Unterschiede zwischen 1995 und 2002 zurückführen. Dies gilt für LSD, Heroin und Rohopium, wobei sich bei jeder dieser Substanzen das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum von 1995 auf 2002 deutlich erhöht hat, der Erstkonsum mithin deutlich später stattfindet. Andere Ergebnisse zeigen sich bei Ecstasy. Hier sinkt zwischen 2003 und 2004 das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum.

**Tabelle 4.2.2: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert<sup>a</sup>) nach Jahr der Befragung**

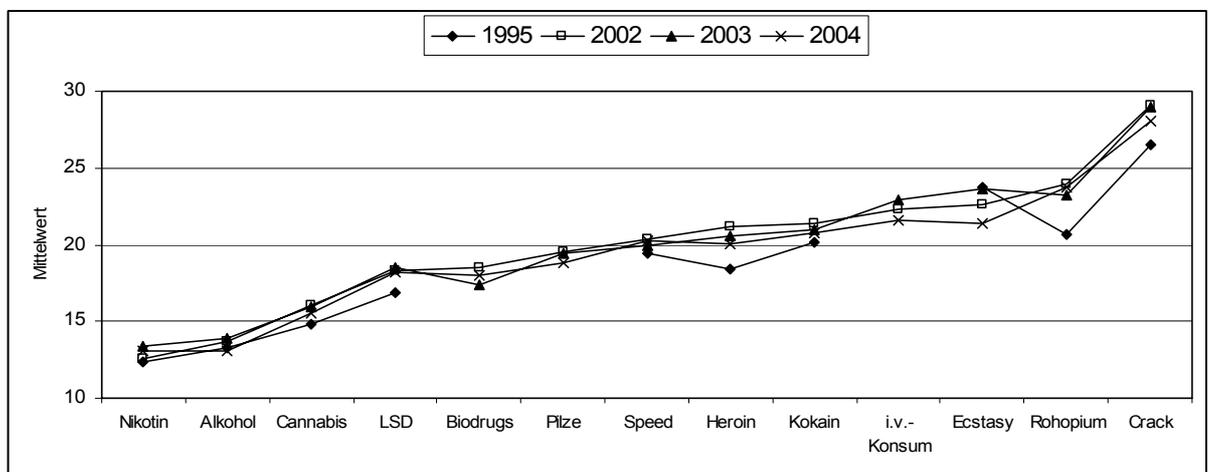
	1995	2002	2003	2004	$\chi^2$
Nikotin	12,4	12,6	13,4	13,1	6,45
Alkohol	13,3	13,7	13,9	13,1	3,82
Cannabis	14,8	16,1	16,0	15,5	6,81
LSD	16,9	18,3	18,5	18,2	16,27***
andere biogene Drogen	-- <sup>b</sup>	18,5	17,4	18,0	0,61
psychoaktive Pilze	-- <sup>b</sup>	19,5	19,4	18,8	0,01
Speed	19,4	20,4	20,0	20,3	1,80
Heroin	18,4	21,2	20,6	20,1	17,18***
Kokain	20,2	21,4	21,0	20,8	3,85
intravenöser Konsum	-- <sup>b</sup>	22,3	22,9	21,6	2,80
Ecstasy	23,7	22,6	23,6	21,4	11,33**
Rohopium	20,7	23,9	23,2	23,8	16,11***
Crack	26,5	29,1	29,0	28,1	4,25

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

<sup>b</sup> Keine Daten verfügbar.

H - Test: \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Entsprechend zeigen sich auch in Abb. 4.2.1 mit Ausnahme von LSD, Heroin, Rohopium und Ecstasy kaum Unterschiede in der Entwicklung des Alters beim Erstkonsum. Abb. 4.2.1 zeigt darüber hinaus, dass der größte Sprung im Sinne einer großen zeitlichen Differenz sich im Zusammenhang mit dem Crackkonsum ergibt. Hier erfolgt der erste Konsum bei den in den Jahren 2002, 2003 und 2004 Befragten etwa 6 Jahre nach dem Konsum von Rohopium als der letzten neu konsumierten Substanz, bei den im Jahr 1995 Befragten etwa 3 Jahre nach dem Erstkonsum von Ecstasy. Das im Vergleich zu anderen Substanzen relativ hohe Einstiegsalter beim Crackrauchen dürfte dabei im Wesentlichen darauf zurückzuführen sein, dass es sich bei Crack um eine vergleichsweise 'neue' Substanz bzw. 'neue' Darreichungsform von Kokain handelt.

**Abbildung 4.2.1: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert<sup>a</sup>) nach Jahr der Befragung**

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

Wie nach diesen Ergebnissen zu erwarten, zeigen sich deutliche Unterschiede beim Durchschnittsalter des Erstkonsums so genannter „harter Drogen“<sup>6</sup>. Von 1995 bis 2002 verschiebt sich das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum „harter Drogen“ um etwa 2 Jahre nach oben, von 16,5 (± 3,2) Jahren im Jahr 1995 auf 18,6 (± 5,8) Jahre im Jahr 2002 ( $Z = 3,76^{**}$ ). Seither sinkt das Durchschnittsalter wieder geringfügig von 18,3 (± 4,8) Jahre in 2003 auf 17,8 (± 4,3) Jahre in 2004. Diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant und können auf zufälligen Schwankungen beruhen.

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

Aussagekräftiger als die Lifetime-Prävalenzen sowohl im Hinblick auf die in der „Drogenszene“ aktuell relevanten Substanzen als auch im Hinblick auf Veränderungen in den auf der „Drogenszene“ praktizierten Konsummustern sind die 12-Monats-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen.

Betrachtet man zunächst die 12-Monats-Prävalenz (s. Tab. 4.2.3), so zeigt sich, dass im Gegensatz zur Lifetime-Prävalenz der Konsum v. a. von psychoaktiven Pilzen und LSD, aber auch von Ecstasy, Speed und Rohopium keine große Bedeutung für die Konsummuster der Befragten hat. Offensichtlich werden diese Substanzen irgendwann kurzzeitig konsumiert, der Gebrauch dann aber wieder eingestellt. Entsprechend zeigen sich auf die Frage, wann eine Substanz das letzte Mal konsumiert wurde, bei allen fünf Substanzen relativ gleichförmige Ergebnisse. Bei jeweils etwa der Hälfte derjenigen mit Konsumerfahrung liegt der letzte Konsum länger als ein Jahr zurück, etwa ein Drittel gibt an, die jeweilige Substanz nach kurzem, z. T. einmaligem Konsum nicht mehr genommen zu haben.

Hervorzuheben ist allerdings die deutliche Zunahme der 12-Monatsprävalenz von Rohopium, das nach einem deutlichen Konsumrückgang in den Jahren 2002 und 2003 offensichtlich wieder an Bedeutung gewonnen hat, ohne allerdings den Wert von 1995 zu erreichen. Dennoch wird in Folgeuntersuchungen darauf zu achten sein, ob es sich hier um einen „Ausreißer“ handelt, oder ob diese Substanz tatsächlich eine Art „Renaissance“ erlebt.

**Tabelle 4.2.3: 12-Monats-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung**

	1995	2002	2003	2004	$\chi^2$
Alkohol	79	69	72	78	5,43
Cannabis	85	70	67	74	13,58**
psychoaktive Pilze	-- <sup>a</sup>	5	5	1	5,57
LSD	7	4	3	4	3,30
Ecstasy	7	5	10	11	5,15
Speed	15	9	10	17	6,63
Rohopium	19	7	4	12	20,36***
Heroin	97	81	83	91	22,98***
nicht verschriebene Medikamente	-- <sup>a</sup>	52	64	71	12,19**
Kokain	93	52	45	49	95,11***
Crack	31	94	92	92	245,66***

<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar.

$\chi^2$  - Test: \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>6</sup> Als „harte Drogen“ gelten hier: Ecstasy, LSD, Speed, Kokain, Crack, Opium und Heroin.

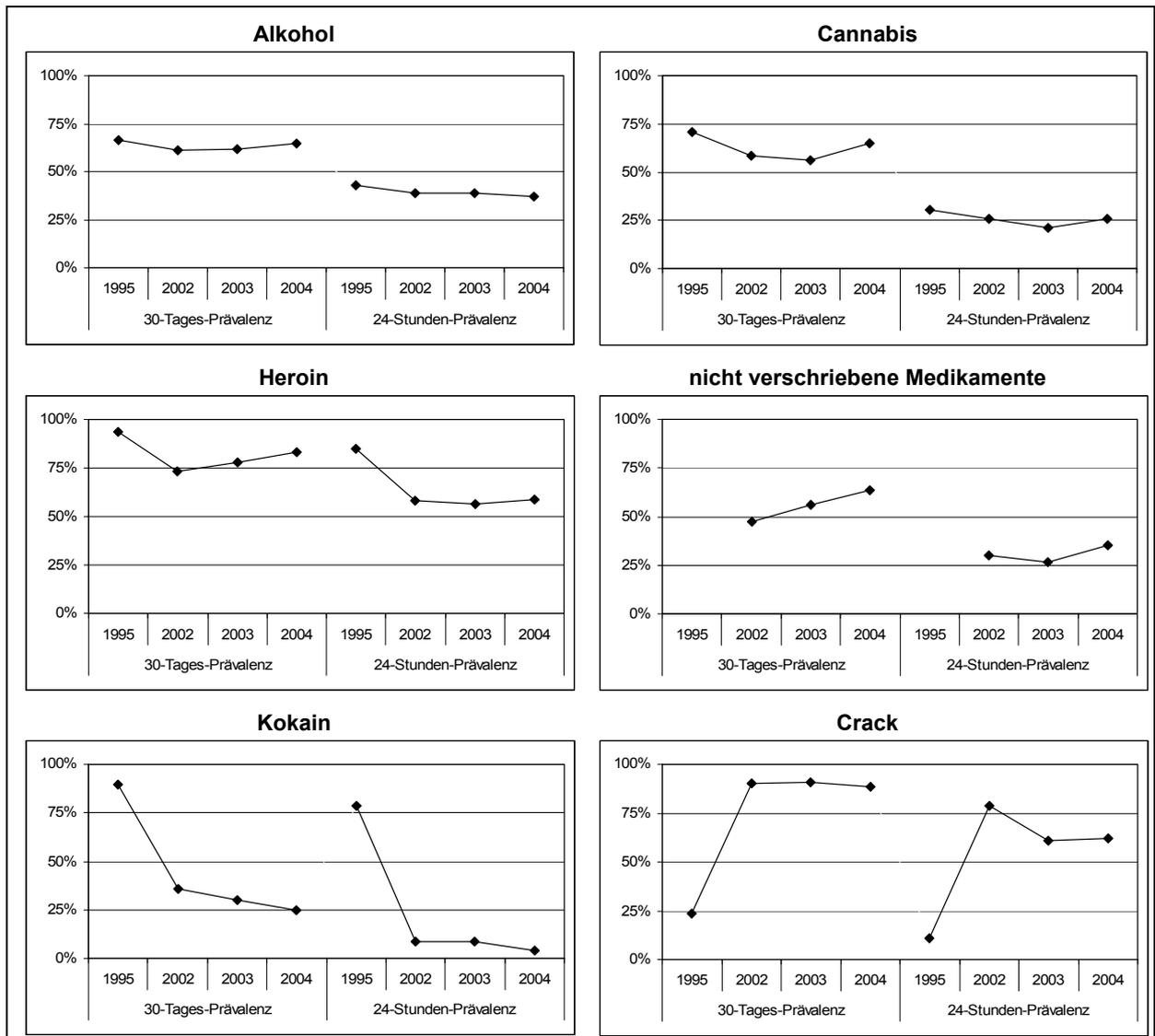
Bei Cannabis ist ein Anstieg im Jahr 2004 zu beobachten, wobei der Konsum allerdings nach wie vor deutlich unter dem vergleichsweise hohen Wert von 1995 liegt. Hinsichtlich Kokain und Crack zeigen sich die zu erwartenden Ergebnisse. Die 12-Monats-Prävalenz von Crack hat sich zwischen 1995 und 2002 in etwa verdreifacht, die von Kokain im gleichen Zeitraum fast halbiert. Seither sind bei beiden Kokainkonsumformen nur geringfügige Schwankungen festzustellen. Bei Heroin ist im Jahr 2004 wieder ein deutlicher Anstieg festzustellen, und wengleich der Heroinkonsum nicht das Ausmaß von 1995 erreicht, so liegt die 12-Monats-Prävalenz im Jahr 2004 im Unterschied zu den Jahren 2002 und 2003 in etwa im Bereich derjenigen von Crack. Bei den nicht verschriebenen Medikamenten schließlich, bei denen es sich in aller Regel um Benzodiazepine handelt, ist ein kontinuierlicher und angesichts des vergleichsweise kurzen Beobachtungszeitraums sehr deutlicher Anstieg in den letzten 3 Jahren festzustellen.

Insgesamt sind demnach Alkohol, Cannabis, Heroin, nicht verschriebene Medikamente, Kokain und Crack diejenigen Substanzen, die über den gesamten Beobachtungszeitraum von 1995 bis 2004 bei den 12-Monats-Prävalenzen klar dominieren. Die weitere Darstellung der 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen kann sich daher auf diese Substanzen beschränken. Die entsprechenden Ergebnisse sind in Abb. 4.2.2 zusammengefasst.

Beim Alkoholkonsum zeigen sich dabei wie schon für die 12-Monats-Prävalenz keine Veränderungen im Beobachtungszeitraum. Relativ unverändert haben etwa zwei Drittel der Befragten in den letzten 30 Tagen und etwa ein Drittel in den letzten 24 Stunden Alkohol konsumiert. Bei Cannabis sind die Veränderungen auf die 30-Tages-Prävalenzen beschränkt ( $\chi^2 = 8,21^*$ ), während sich bei den 24-Stunden-Prävalenzen kaum Veränderungen zeigen. Relativ konstant hat etwa ein Viertel der Befragten jeder Erhebung in den letzten 24 Stunden Cannabis konsumiert. Beim Konsum nicht verschriebener Medikamente erreichen ebenfalls lediglich die Veränderungen der 30-Tages-Prävalenzen statistische Signifikanz ( $\chi^2 = 7,79^*$ ), während die Veränderungen bei den 24-Stunden-Prävalenzen - auch die Zunahme von 2003 auf 2004 - auf Zufallsschwankungen beruhen können. Dennoch ergibt sich hier, wie bereits bei den 12-Monats-Prävalenzen, insgesamt das Bild einer steigenden Bedeutung der nicht verschriebenen Medikamente, d. h. vor allem der Benzodiazepine für die aktuellen Konsummuster. Bei Kokain zeigen sich besonders deutliche Veränderungen. Zwar ist Kokain, wie aus den o. a. 12-Monats-Prävalenzen in den Jahren 2002 bis 2004 zu entnehmen, nicht aus dem Konsumgeschehen verschwunden, für die aktuell praktizierten Konsummuster spielt es jedoch nur noch eine sehr nachrangige Rolle.

Bei Heroin ergeben sich deutlich andere Ergebnisse als im Bereich der 12-Monats-Prävalenz. Statt eines deutlichen Anstiegs zwischen den Jahren 2003 und 2004 ist bei der 30-Tages-Prävalenz ein eher kontinuierlicher, jedoch schwacher und im Einzelvergleich der Befragungen statistisch jeweils nicht signifikanter Anstieg von 2002 auf 2003 und nochmals von 2003 auf 2004 zu beobachten. Bei der 24-Stunden-Prävalenz dagegen sind nach dem Rückgang von 1995 auf 2002 im weiteren Verlauf kaum Veränderungen festzustellen. Demnach ist beim Heroinkonsum zwar eine leichte Zunahme des aktuellen Konsums festzustellen, eine Verbreitung wie noch 1995 hat es gleichwohl nicht. Beim Crackkonsum schließlich zeigt sich zum einen wiederum der sprunghafte Anstieg zwischen 1995 und 2002, seither hat sich die 30-Tages-Prävalenz auf hohem Niveau stabilisiert. Bei der 24-Stunden-Prävalenz allerdings ist vor allem zwischen den Jahren 2002 und 2003 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, der auch statistische Signifikanz erreicht ( $\chi^2 = 11,45^{**}$ ).

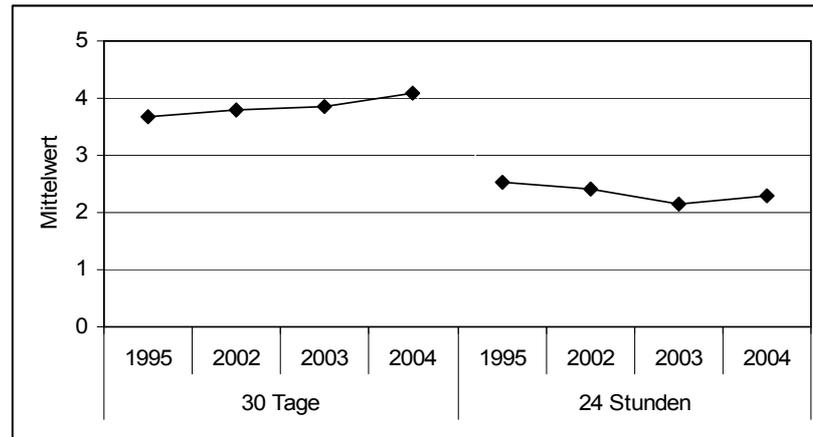
**Abbildung 4.2.2: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, nicht verschriebenen Medikamenten, Kokain und Crack nach Jahr der Befragung**



Insgesamt ergeben sich damit im Hinblick auf die Veränderungen im aktuellen Konsum vor allem in der Gesamtbetrachtung über die Jahre 1995 bis 2004 sowie im Vergleich zwischen 1995 und 2002 eine Reihe von Veränderungen bei den einzelnen Substanzen. Besonders deutlich ist dabei der Wechsel der Kokaingebrauchsformen: der Konsum von Crack hat gewissermaßen den Platz des Konsums von Kokainhydrochlorid in den aktuellen Konsummustern eingenommen.

Betrachtet man jedoch die Veränderungen nicht unter dem Blickwinkel der einzelnen Substanzen, sondern unter dem übergreifenden, und die tatsächlichen Konsummuster treffender beschreibenden Aspekt des multiplen Konsums, zeigen sich gleichwohl auch in der Gesamtbetrachtung keine signifikanten Veränderungen. Die Anzahl der in den letzten 30 Tagen bzw. in den letzten 24 Stunden konsumierten Substanzen, und damit das Ausmaß des multiplen Konsums ist von 1995 bis 2004 relativ konstant geblieben (30 Tage:  $F = 13,58$  n.s.; 24 Stunden:  $F = 12,06$  n.s.), wie auch Abb. 4.2.3 verdeutlicht.

**Abbildung 4.2.3: Anzahl der in den letzten 30 Tagen bzw. letzten 24 Stunden konsumierten Substanzen (Mittelwerte bezogen auf alle erfassten Substanzen)**



Bei allen vier Befragungen berichten die Interviewten bezogen auf die letzten 30 Tage den Konsum von durchschnittlich ca. vier Substanzen, bezogen auf die letzten 24 Stunden von mehr als zwei Substanzen. Die bei den einzelnen Substanzen durchaus festzustellenden Veränderungen gehen demnach nicht mit Veränderungen im multiplen Konsum einher.

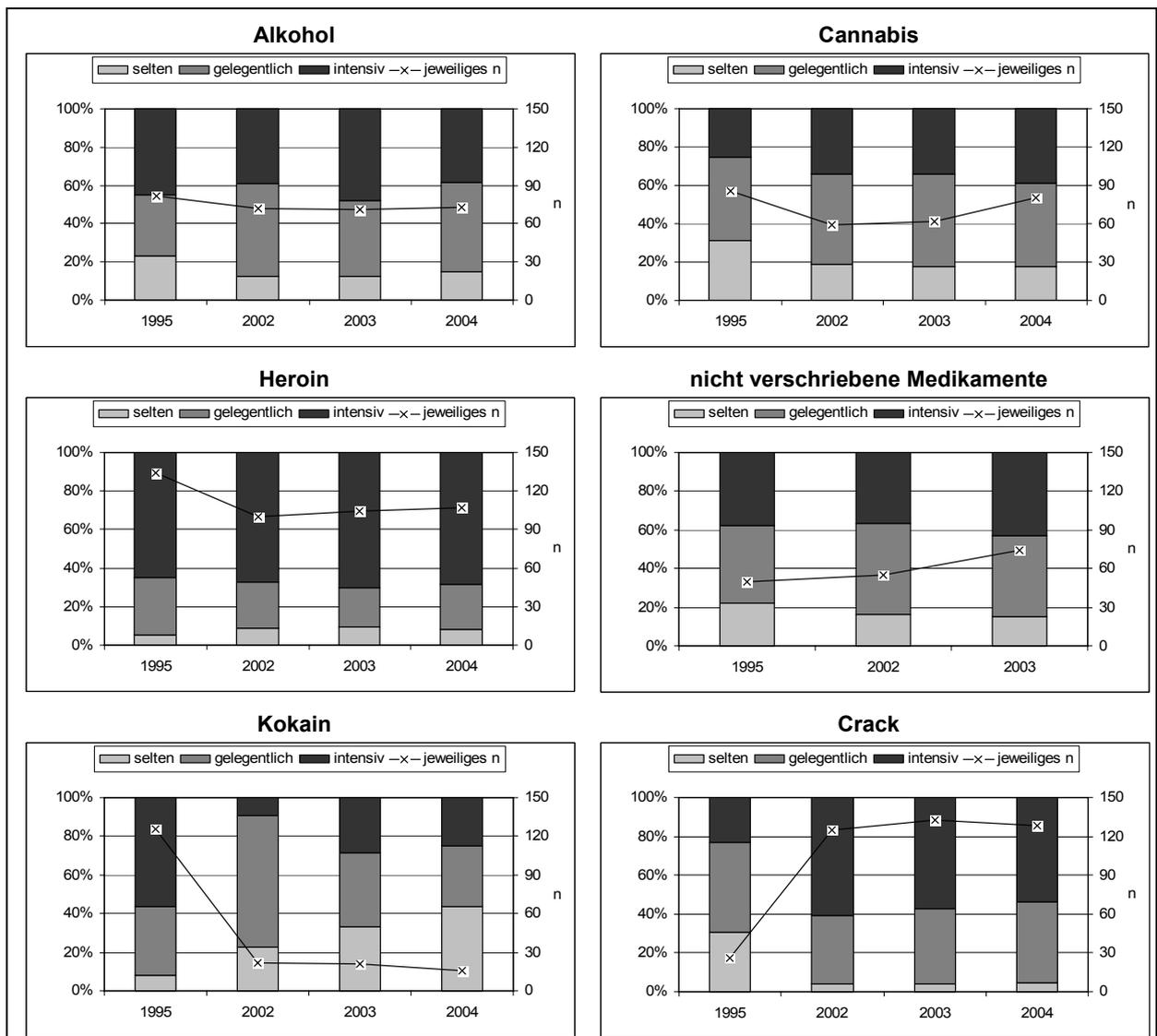
### 4.2.3 Konsumintensität

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

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

Im Ergebnis lassen sich für Alkohol ( $\chi^2 = 1,39$  n.s.), Cannabis ( $\chi^2 = 6,39$  n.s.), Heroin ( $\chi^2 = 0,34$  n.s.), sowie die nicht verschriebenen Medikamente ( $\chi^2 = 0,91$  n.s.) keine signifikante Veränderungen in der Konsumhäufigkeit feststellen. Wie Abb. 4.2.4 zeigt, sind vor allem die Ergebnisse der Befragungen in den Jahren 2002 bis 2004 relativ konstant.

**Abbildung 4.2.4: Konsumhäufigkeit (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, nicht verschriebenen Medikamenten, Kokain und Crack derjenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen (jeweiliges n) nach Jahr der Befragung**



Demnach konsumieren etwa 40 % derjenigen mit Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen Alkohol täglich oder nahezu täglich, ebenfalls etwa 40 % konsumieren ein- oder mehrmals wöchentlich. Analoge Ergebnisse zeigen sich hinsichtlich des Konsums nicht verschriebener Medikamente. Bei Cannabis ist der Anteil an intensiven Konsumenten etwas geringer und liegt bei etwa einem Drittel derjenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen, während etwa die Hälfte zu den gelegentlichen Konsumenten zu zählen ist. Bei Heroin überwiegt eindeutig der Anteil an intensiven Konsumenten, der bei etwa zwei Drittel liegt. Seltener Konsum ist nur bei etwa jedem zehnten aktuellen Heroinkonsumenten zu beobachten.

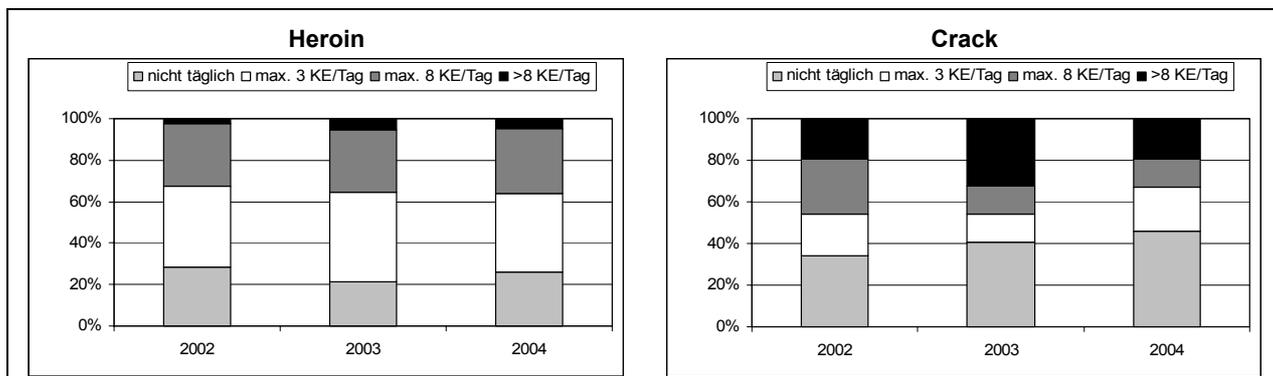
Sehr deutliche Veränderungen dagegen zeigen sich bei Kokain ( $\chi^2 = 27,64^{***}$ ) und bei Crack ( $\chi^2 = 19,51^{***}$ ). Bei Kokain ist nicht nur die Prävalenz stark zurückgegangen, sondern auch der Anteil an Konsumenten, die Kokain nur selten konsumieren, ist kontinuierlich angestiegen. So hat beispielsweise fast die Hälfte der überdies sehr kleinen Gruppe von Drogenkonsumenten mit Kokainkonsum in den letzten 30 Tagen weniger als ein Mal pro Woche konsumiert. Beim Crackkonsum lässt sich das

signifikante Ergebnis wiederum vor allem durch die Unterschiede zwischen der Befragung 1995 einerseits und den drei Befragungen ab 2002 andererseits erklären. Seit 2002 liegt der Anteil an intensiven Konsumenten relativ konstant bei etwa 60 %, etwas mehr als ein Drittel konsumiert Crack gelegentlich, und nur etwa jeder zwanzigste befragte Drogenkonsument der Jahre 2002 bis 2004 konsumiert Crack selten.

Nach diesen Ergebnissen sind die Unterschiede zwischen Heroin und Crack, die aufgrund des jeweiligen Anteils von etwa 60 % und mehr intensiven Konsumenten als die dominierenden Substanzen zu betrachten sind, nur gering. Dennoch bestehen zwischen den Konsummustern beider Substanzen deutliche Unterschiede, die sich offenbaren, wenn die Konsumintensität, das heißt die Anzahl der Konsumeinheiten berücksichtigt wird.<sup>7</sup> Auch hier wurden die Angaben zusammengefasst, wobei vier Gruppen entsprechend der berichteten Konsumintensität gebildet wurden: 1. eine Gruppe mit nicht täglichem Konsum, 2. eine Gruppe mit Konsum von max. drei Einheiten pro Tag, also einem relativ dosierten Konsum etwa alle acht Stunden, 3. eine Gruppe mit deutlich höher dosiertem Konsum von max. acht Konsumeinheiten, also einem Konsumvorgang etwa alle drei Stunden, und 4. schließlich eine Gruppe mit exzessivem Konsum von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag.

Das Ergebnis (s. Abb. 4.2.5) offenbart die deutlichen Unterschiede in den Konsummustern von Heroin und Crack.

**Abbildung 4.2.5: Zusammengefasste Konsumintensität (%) von Heroin und Crack nach Jahr der Befragung**



Während bei Heroin in allen drei Befragungen die größte Gruppe aus Konsumenten mit einem dosierten Konsum von max. drei Konsumeinheiten besteht und exzessiver Konsum eine absolute Ausnahme darstellt, praktizieren zwischen 20 % (2002 und 2004) und 30 % (2003) der Crackkonsumenten exzessive Konsummuster. Vergleicht man nicht zwischen den beiden Substanzen, sondern die jeweiligen Unterschiede zwischen den Befragungen, so können diese sowohl bei Heroin ( $\chi^2 = 1,00$  n.s.) als auch bei Crack ( $\chi^2 = 4,15$  n.s.) auf Zufallsschwankungen beruhen, und besonders bei Heroin sind die Konsummuster konstant.

<sup>7</sup> Angaben zur Anzahl der Konsumeinheiten liegen für 1995 nicht vor, die Analyse beschränkt sich somit auf die Jahre 2002 bis 2004.

#### 4.2.4 Applikationsformen

Die Analyse der Veränderungen der Applikationsformen erfolgt für den Zeitraum von 2002 bis 2004. Erfragt werden die aktuellen Applikationsformen von Heroin, Kokain und Crack, wobei den Interviewten die Möglichkeit gegeben wird, auch Kombinationen von Applikationsformen bzw. bei Crack die Bevorzugung bestimmter Applikationsmuster anzugeben. Im Ergebnis zeigen sich innerhalb des 3-Jahres-Zeitraums keine signifikanten Veränderungen (s. Tab. 4.2.4).

**Tabelle 4.2.4: Applikationsformen von Heroin, Kokain und Crack (%)<sup>a</sup> nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	$\chi^2$
Heroin (n)	(98)	(99)	(108)	11,11
intravenös	93	90	84	
nasal	3	7	9	
rauchen	4	3	3	
intravenös und anderes	0	0	4	
Kokain (n)	(18)	(12)	(12)	5,33
intravenös	72	83	100	
nasal	17	17	0	
rauchen	11	0	0	
Crack (n)	(125)	(130)	(125)	14,45
ausschließlich rauchen	29	38	39	
ausschließlich intravenös	23	12	12	
rauchen und i. v. - vor allem rauchen	16	23	18	
rauchen und i. v. - vor allem i. v.	28	22	22	
rauchen und i. v. gleichberechtigt	4	5	9	
Crack (Mehrfachnennung)				
intravenös	71	62	61	3,47
rauchen	77	88	88	7,70*

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

$\chi^2$  - Test: \*  $p < 0,05$

Bei Heroin und Kokain überwiegt eindeutig der intravenöse Konsum, während bei Crack bis auf den gleichberechtigten intravenösen und Rauchkonsum alle erfragten Muster in relevantem Umfang berichtet werden.

Werden die Applikationsmuster von Crack im Sinne von Mehrfachnennungen ausgewertet, zeigt sich auch hier die Bedeutung des intravenösen Konsums. Der Rauchkonsum von Crack erreicht zwar im Vergleich zum intravenösen Crackkonsum höhere Prävalenzraten, die zudem im Beobachtungszeitraum signifikant zunehmen, während die Prävalenz des intravenösen Crackkonsums geringfügig, d. h. statistisch nicht signifikant abnimmt (s. Tab. 4.2.4). Dennoch sind die Prävalenzen für den intravenösen Crackkonsum als sehr hoch anzusehen eingedenk der Tatsache, dass es sich bei Crack um eigens für den Rauchkonsum aufbereitetes Kokain handelt, das mithin erst wieder in eine injizierbare Form zurückverwandelt werden muss.

Befragt nach den Motiven für den intravenösen Crackkonsum überwiegen eindeutig Gründe, die sich auf eine - tatsächlich oder vermeintlich - bessere bzw. gesteigerte Wirkung zurückführen lassen (s. Tab. 4.2.5). Nahezu sämtliche intravenösen Crackkonsumenten der Jahre 2002 und 2004 nennen

einen „besseren Kick“ als Grund, und auch im Jahr 2003 ist dies, trotz deutlich geringerer Häufigkeit, der meist genannte Grund.

**Tabelle 4.2.5: Gründe für den intravenösen Crackkonsum (%)<sup>a</sup> nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	$\chi^2$
Spritzen-Feeling	29	43	36	3,38
um den Stoff am besten auszunutzen	57	45	59	3,82
weil kaum/kein Pulver-Kokain zu bekommen ist	67	63	58	1,60
weil Heroin/spritzbare Drogen teilweise schwer zu bekommen sind	0	4	5	4,43
besserer Kick	94	78	91	11,56**
kann es mischen, besserer Turn	65	72	66	1,06
weil die Qualität nicht so gut ist	4	12	17	6,90*

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

$\chi^2$  - Test: \*  $p < 0,05$

In eine ähnliche Richtung gehen auch die häufigen Nennungen für eine optimale Ausnutzung der Substanz sowie die durch den Mischkonsum verbesserte Wirkung. Allerdings spielen auch Beschaffungsprobleme eine Rolle, die sich gleichwohl auf die Beschaffung von Kokainpulver beschränken, während Schwierigkeiten bei der Beschaffung anderer Drogen wie Heroin keine Rolle spielen. Auch eine mangelnde Qualität des angebotenen Crack wird relativ selten als Grund genannt, gleichwohl ist hier eine auch signifikante Zunahme festzustellen (zu den Einschätzungen der Qualität der angebotenen Drogen s. a. Abschnitt 4.4.3).

Betrachtet man abschließend die Veränderungen in den Applikationsformen unabhängig von der jeweiligen Substanz und über alle Befragten, zeigen sich weder beim intravenösen Konsum (2002: 81 %, 2003: 72 %, 2004: 78 %,  $\chi^2 = 3,11$  n.s.) noch beim Rauchkonsum (2002: 73 %, 2003: 81 %, 2004: 77 %,  $\chi^2 = 2,42$  n.s.) und beim nasalen Konsum (2002: 6 %, 2003: 8 %, 2004: 9 %,  $\chi^2 = 3,11$  n.s.) signifikante Veränderungen.<sup>8</sup> Hervorzuheben sind daher die Veränderungen gegenüber den hier nicht dargestellten Ergebnissen von 1995. Mit einer Prävalenz des intravenösen Konsums von 97 % war die „Drogenszene“ in Frankfurt im Jahr noch fast ausnahmslos eine „Fixer-Szene“, während mittlerweile bedingt durch die Veränderungen der Kokaingebrauchsformen der Rauchkonsum eine gleichwertige Stellung im Hinblick auf die Prävalenz eingenommen hat. Zudem lassen sich zumindest leichte Veränderungen im Verhältnis dieser beiden Applikationsformen beobachten. Ist im Jahr 2002 der intravenöse Konsum noch die am häufigsten praktizierte Applikationsform, so ist es im Jahr 2003 der Rauchkonsum, und im Jahr 2004 liegen beide Applikationsformen in etwa gleichauf.

## 4.2.5 Die Konsummuster im Jahr 2004: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

Abschließend werden im Sinne eines Statusberichts die im Jahr 2004 beobachteten Konsummuster in der Frankfurter „Drogenszene“ anhand der relevanten Variablen zusammengefasst und auf

<sup>8</sup> Die gegenüber den in Tab. 4.2.4 aufgeführten geringeren Prävalenzraten z. B. beim intravenösen Konsum ergeben sich daraus, dass sich die Prävalenzen in Tab. 4.2.4 nur auf diejenigen mit Konsum beziehen, das heißt z. B. bei Heroin auf eine deutlich kleinere Stichprobengröße.

geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht. Berücksichtigt werden dabei die 24-Stunden-Prävalenzen von Alkohol, Cannabis, Heroin, nicht verschriebenen Medikamenten, Kokain und Crack, die Angaben zum multiplen Konsum, zur Konsumintensität von Heroin und Crack sowie die Applikationsformen.

Insgesamt (s. Tab. 4.2.6) werden die Konsummuster der im Jahr 2004 befragten Drogenkonsumenten maßgeblich von Heroin und Crack bestimmt, die jeweils von etwa 60 % der Befragten in den letzten 24 Stunden konsumiert wurden. Etwa ein Drittel der Befragten hat in den letzten 24 Stunden Alkohol bzw. nicht verschriebene Medikamente konsumiert, etwa ein Viertel Cannabis. Kokain spielt in den aktuellen Konsummustern kaum noch eine Rolle. Das generelle Konsummuster kann übergreifend als multipler Konsum bezeichnet werden. Im Durchschnitt wurden in den letzten 30 Tagen vier Substanzen konsumiert, in den letzten 24 Stunden zwei Substanzen.

**Tabelle 4.2.6: Konsummuster im Jahr 2004: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede**

	Gesamt	Geschlecht		$\chi^2 / Z$
		Männer	Frauen	
24-Stunden-Prävalenzen (%)				
Alkohol	37	38	36	0,06
Cannabis	26	31	16	3,90*
Heroin	59	55	66	1,66
nicht verschriebene Medikamente	35	33	40	0,72
Kokain	4	5	2	0,78
Crack	62	56	74	4,59*
Anzahl konsumierter Substanzen (AM $\pm$ SD)				
letzte 30 Tage	4,1 $\pm$ 1,5	4,3 $\pm$ 1,4	3,7 $\pm$ 1,5	2,26*
letzte 24 Stunden	2,3 $\pm$ 1,4	2,3 $\pm$ 1,3	2,4 $\pm$ 1,4	0,48
Konsumintensität (%) <sup>a</sup>				
Heroin				
nicht täglich	26	26	25	1,16
max. 3 KE / Tag	38	43	28	
max. 8 KE / Tag	31	26	42	
> 8 KE / Tag	5	4	6	
Crack				
nicht täglich	46	49	39	2,46*
max. 3 KE / Tag	22	26	14	
max. 8 KE / Tag	14	16	9	
> 8 KE / Tag	19	9	39	
Applikationsformen (%)				
intravenös	78	76	81	0,55
rauchen	77	78	75	0,15
nasal	9	11	6	0,81

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

$\chi^2$  - Test / U-Test: \*  $p < 0,05$

Das Ausmaß des multiplen Konsums zeigt sich überdies darin, dass der Anteil derjenigen, die in den letzten 24 Stunden max. eine Substanz konsumiert haben, bei nur 31 % liegt, bezogen auf die letzten 30 Tage sogar nur bei 5 %.

Bei Heroin überwiegen im Vergleich zu Crack eher moderate Konsummuster, und fast 40 % konsumieren mit maximal drei Konsumeinheiten pro Tag relativ dosiert. Exzessiver Konsum von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag ist bei Heroin sehr selten und wird nur von jedem zwanzigsten Konsumenten praktiziert. Im Unterschied dazu konsumiert immerhin jeder fünfte im Jahr 2004 Befragte exzessiv Crack, auf der anderen Seite besteht die relativ größte Gruppe hier jedoch aus Personen, die Crack nicht täglich konsumieren.

Bei den Applikationsformen dominieren eindeutig der intravenöse und der Rauchkonsum, die jeweils von mehr als drei Viertel der Befragten praktiziert werden. Nur etwa jeder zehnte Drogenkonsument aus dem Umfeld der „offenen Drogenszene“ konsumiert nasal.

Unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten zeigen sich bei den meisten der hier berücksichtigten Variablen keine signifikanten Unterschiede. Die festzustellenden Unterschiede beziehen sich zum einen auf den Cannabiskonsum und das Ausmaß des multiplen Konsums in den letzten 30 Tagen, die beide bei den befragten Männern stärker ausgeprägt sind, zum anderen auf den Crackkonsum. Letzterer ist bei den befragten Frauen nicht nur stärker verbreitet, vielmehr wird Crack von den Frauen auch intensiver konsumiert. In der Konsequenz teilt sich die Gruppe der Crack konsumierenden Frauen zumindest in der Tendenz in solche, die exzessiv konsumieren und solche, die Crack eher selten konsumieren, während bei den Männern weniger intensive Crackkonsummuster zu beobachten sind.

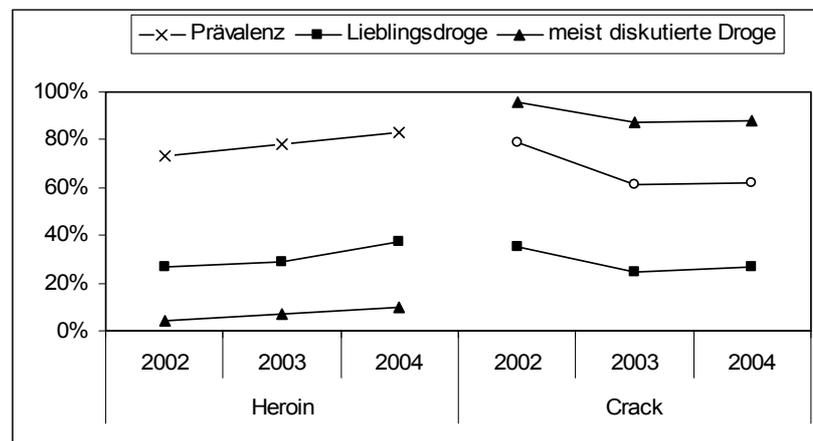
### **4.3 Meinungen über Drogen**

Bei den Befragungen 2002, 2003 und 2004 wurden die Interviewten nicht nur nach ihrem Konsumverhalten gefragt. Vielmehr wurden entsprechend dem Ansatz, die Konsumenten als Experten ihrer Lebenswelt zu betrachten (s. Kap. 2.2 und 3) auch ihre Meinungen oder Einschätzungen zu einzelnen Substanzen erhoben. In diesem Zusammenhang wurde u. a. gefragt, welche Substanz die Befragten als ihre Lieblingsdroge betrachten, über welche Substanz auf der „Szene“ am meisten diskutiert wird, welche bisher noch nicht konsumierte Substanz die Befragten gerne probieren würden und welche Substanz sie am meisten ablehnen. Schließlich wurde in allen drei Befragungen das so genannte Semantische Differenzial erhoben, mit dem die subjektive Bedeutung in diesem Fall von bestimmten Substanzen anhand von adjektivischen Gegensatzpaaren ermittelt werden (Kemmesies & Wersé 2003). Bei den Befragungen 2002 und 2004 geschah dies für die jeweilige „Lieblingsdroge“ sowie die in der „Szene“ am meisten diskutierte Droge, im Jahr 2003 aufgrund der Einbettung dieser Befragung in das DFG-Projekt 'Kokainkonsum in Frankfurt am Main' (s. o. Abschnitt 1) für Kokain und Crack.

Zwar zeigen sich hier kaum Unterschiede zwischen den Befragungen, dennoch sind einige, im Zusammenhang mit den berichteten Konsummustern interessante Ergebnisse zu beobachten. So fallen bei der Frage nach der aktuellen Lieblingsdroge in allen drei Befragungen die häufigsten Nennungen auf Heroin und Crack, während der Anteil, der auf andere Substanzen fällt, durchgängig unter 10 % liegt. Die Unterschiede in der Häufigkeit der Nennung von Heroin und Crack zwischen den drei Befragungen sind zwar nicht sehr ausgeprägt, dennoch korrespondieren sie mit den Veränderungen in der Prävalenz dieser beiden Substanzen. So ist bei Heroin wie geschildert eine zwar schwache, aber kontinuierliche Zunahme der 30-Tages-Prävalenz festzustellen. Damit einhergehend steigt auch

der Anteil derjenigen, die Heroin als ihre Lieblingsdroge bezeichnen, kontinuierlich von 27 % im Jahr 2002 auf 29 % im Jahr 2003 und schließlich immerhin 37 % im Jahr 2004. Ein ähnliches Ergebnis, allerdings bezogen auf die 24-Stunden-Prävalenzen, zeigt sich bei Crack. Hier sind ein relativ deutlicher Rückgang der 24-Stunden-Prävalenz zwischen 2002 und 2003 sowie kaum Veränderungen zwischen 2003 und 2004 zu beobachten. Dies spiegelt sich auch in den entsprechenden Einschätzungen wider: der Anteil derjenigen, die Crack als ihre Lieblingsdroge betrachten, sinkt von 35 % im Jahr 2002 deutlich auf 25 % im Jahr 2003, und bleibt dann mit 27 % im Jahr 2004 relativ konstant. Diese Tendenzen finden sich auch, allerdings mit sehr unterschiedlichen Prozentsätzen, bei der Frage nach der am meisten diskutierten Droge. Hier sinkt die Häufigkeit der Nennung von Crack deutlich von 96 % im Jahr 2002 auf 87 % im Jahr 2003 und bleibt dann in 2004 mit 88 % in dieser Größenordnung, während bei Heroin eine wiederum kontinuierliche Zunahme von 4 % im Jahr 2002 auf 7 % im Jahr 2003 und weiter auf 10 % im Jahr 2004 zu verzeichnen ist. Die Parallelität dieser Entwicklungen zeigt auch Abb. 4.3.1.

**Abbildung 4.3.1: Heroin und Crack: Konsumprävalenz<sup>a</sup> und Anteil mit Nennung als Lieblingsdroge bzw. am meisten diskutierter Droge (%) nach Jahr der Befragung**



<sup>a</sup> Bei Heroin 30-Tages-Prävalenz, bei Crack 24-Stunden-Prävalenz

Zudem zeigt Abb. 4.3.1, dass sich bei den Angaben zur Lieblingsdroge im Beobachtungszeitraum eine Art „Cross over“ im Verhältnis der beiden Substanzen zueinander vollzieht. Im Jahr 2002 entfallen mehr Nennungen auf Crack als auf Heroin als Lieblingsdroge, im Jahr 2003 liegen beide etwa gleichauf, und im Jahr 2004 schließlich wird Heroin häufiger als Lieblingsdroge genannt.

Allerdings sind diese Ergebnisse auch mit einiger Vorsicht zu betrachten und lassen keine einfachen Rückschlüsse auf Konsumententwicklungen zu. Dies zeigt der Blick auf die Daten zu der Frage, welche Substanz die Befragten am meisten ablehnen (s. Tab. 4.3.1). Auch hier ist ein leichter Rückgang der Nennungen für Crack von 2002 auf 2003 sowie ein gleich bleibender Wert von 2003 auf 2004 zu beobachten. Demnach ist parallel zur rückläufigen 24-Stunden-Prävalenz und rückläufigen Anzahl an Befragten, die Crack als ihre Lieblingsdroge betrachten, auch die Anzahl derer leicht rückläufig, die Crack als die Substanz angeben, die sie am meisten ablehnen.

**Tabelle 4.3.1: Meist abgelehnte Droge (%) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	$\chi^2$
keine	5	16	9	45,22**
Alkohol	7	4	7	
Cannabis	1	5	4	
Ecstasy	16	13	17	
LSD	21	19	19	
Speed	6	5	5	
Heroin	6	5	5	
nicht verschriebene Medikamente	8	11	3	
Kokain	1	1	2	
Crack	21	17	17	
Methadon	3	1	2	
Sonstige	7	5	8	

$\chi^2$  - Test: \*\*  $p < 0,01$

Neben Crack werden nur noch Ecstasy und LSD in relevantem Umfang als Substanzen genannt, die am meisten abgelehnt werden - zwei Substanzen also, die in den Konsummustern der „Drogenszene“ auch keine besondere Rolle spielen.

Keine Veränderungen ergeben sich bei den Daten zur Frage, welche bislang noch nicht konsumierte Substanz die Interviewten gerne einmal probieren würden. Jeweils mehr als zwei Drittel bei jeder Befragung antworten, dass es eine solche Substanz nicht gebe (2002: 70 %, 2003: 76 %, 2004: 69 %,  $\chi^2 = 3,11$  n.s.).

Einen Einblick in die Bedeutung bestimmter Substanzen bietet das Semantische Differenzial. Dabei sollen die Befragten auf einer siebenstufigen Skala die jeweilige Substanz eher in Richtung der positiven oder negativen Ausprägung von adjektivischen Gegensatzpaaren einstufen. Insgesamt umfasst das hier eingesetzte Differenzial 18 Gegensatzpaare, die drei Kategorien zugeordnet werden können.

1. Evaluative Aspekte: Welches Bild haben die Befragten von der betreffenden Substanz; welches Image hat die Substanz in der Stichprobe.
2. Hemmende Faktoren: Inwieweit sehen die Befragten Hindernisse, die jeweilige Substanz zu konsumieren.
3. Funktionale Aspekte: Inwieweit wird der jeweiligen Substanz eine Funktionalität zugeschrieben.

Die Auswertung beschränkt sich hier auf die Analyse der Bedeutung von Heroin und Crack. Dies geschieht zum einen vor dem Hintergrund, dass es sich dabei um die zentralen Substanzen in der Frankfurter „Drogenszene“ handelt. Zum zweiten ermöglicht dies sowohl einen Vergleich unter substanzspezifischen Gesichtspunkten als auch eine Analyse von Veränderungen über die Zeit. Berücksichtigt werden dabei die Angaben derjenigen, die bei den Befragungen 2002 bzw. 2004 als „Lieblingsdroge“ Heroin (2002:  $n = 41$ ; 2004:  $n = 55$ ) oder Crack (2002:  $n = 53$ ; 2004:  $n = 40$ ) genannt haben. Nicht berücksichtigt werden die Daten des Jahres 2003, da hier alle Interviewten bzgl. Kokain und Crack befragt wurden.

Im Ergebnis zeigen sich bei beiden Substanzen und für alle vier gebildeten Indices keine signifikanten Veränderungen zwischen den beiden Befragungen (s. Tab. 4.3.2). Demnach hat sich die Bewertung von Heroin und Crack zumindest bei denjenigen, die die jeweilige Substanz als ihre „Lieblingsdroge“ betrachten, nicht geändert.

**Tabelle 4.3.2: Semantische Differenziale „Lieblingsdroge“ Heroin bzw. Crack (Mittelwerte<sup>a</sup>) nach Jahr der Befragung**

	Crack			Heroin		
	2002	2004	<i>F</i>	2002	2004	<i>F</i>
Index Evaluative Aspekte	3,7	3,8	0,10	4,4	4,5	0,31
Index Hemmende Faktoren	3,6	3,8	0,53	3,8	3,9	0,33
Index Funktionale Aspekte	3,5	3,5	0,12	4,7	4,2	4,89
Semantischer Gesamtindex	3,6	3,7	0,04	4,3	4,2	0,54

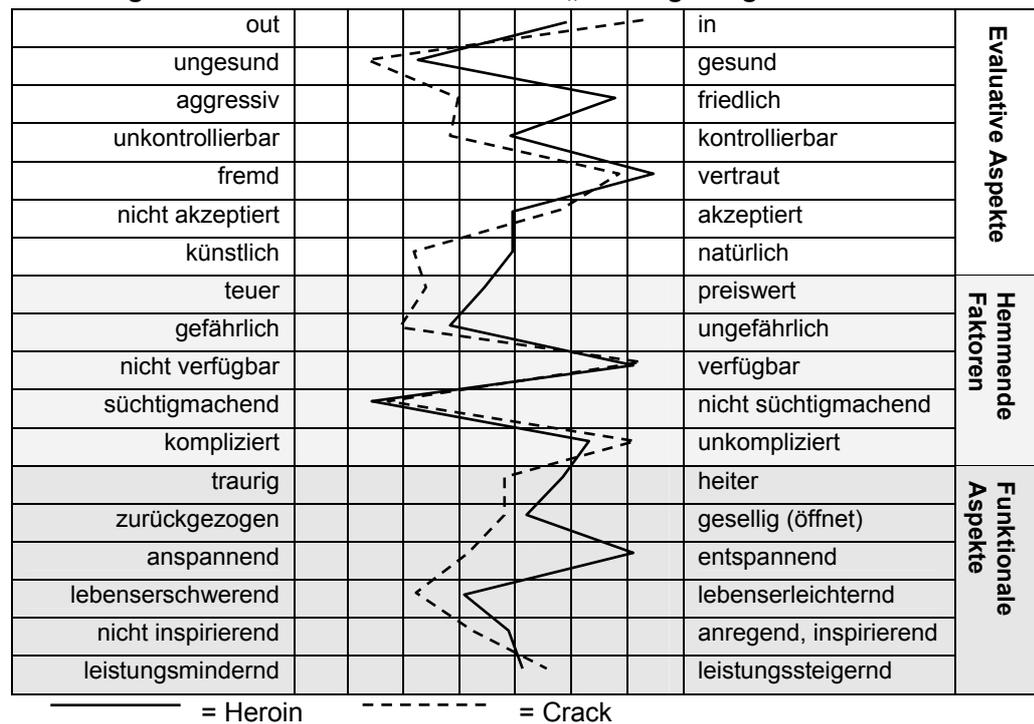
<sup>a</sup> Jeweiliger Mittelwert aus allen Gegensatzpaaren.

Beim Vergleich zwischen den beiden Substanzen dagegen zeigen sich unabhängig vom Jahr der Befragung sehr deutliche Unterschiede im Hinblick auf die evaluativen und die funktionalen Faktoren, während die hemmenden Faktoren etwa gleich bewertet werden. Zusammen bewirken diese unterschiedlichen Bewertungen auch einen sehr deutlichen Unterschied im semantischen Gesamtindex.<sup>9</sup> Demnach scheint Heroin ein positiveres Image zu haben als Crack, zudem wird Heroin eine höhere Funktionalität zugeschrieben, während die hemmenden, den Konsum erschwerenden Faktoren etwa gleich bewertet werden.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Auswertung der einzelnen Gegensatzpaare.<sup>10</sup> Auch hier zeigt sich keinerlei Wechselwirkung zwischen Substanz und Befragungszeitpunkt, demnach sind die Beurteilungen nicht abhängig davon, welche Substanz zu welchem Zeitpunkt bewertet wird. Beim Vergleich zwischen den beiden Erhebungen zeigen sich bei Crack für keines der Adjektivpaare signifikante Veränderungen in der subjektiven Beurteilung. Heroin ist nach Ansicht der Befragten im Jahr 2004 leichter verfügbar, zudem wird ihm eine stärker inspirierende Wirkung zugeschrieben. Bei allen andern Gegensatzpaaren zeigen sich auch hier keine signifikanten Veränderungen über die Zeit. Beim Vergleich zwischen den Substanzen dagegen sind für 12 der 18 Adjektivpaare signifikante Unterschiede festzustellen. Ausnahmen zeigen sich nur dahingehend, dass beide Substanzen in etwa gleichem Ausmaß als eher gesellig, im sozialen Umfeld akzeptiert, sehr leicht verfügbar, eher anregend, aber auch stark suchterzeugend beurteilt werden (s. Abb. 4.3.2).

<sup>9</sup> MANOVA: Index Evaluative Aspekte:  $F = 10,96^{***}$ ; Faktor Erhebungszeitpunkt:  $F = 0,39$ ; Faktor Substanz:  $F = 30,79^{***}$ ; Erhebungszeitpunkt\*Substanz:  $F = 0,03$ ; Index Hemmende Faktoren:  $F = 0,44$ ; Faktor Erhebungszeitpunkt:  $F = 0,36$ ; Faktor Substanz:  $F = 0,23$ ; Erhebungszeitpunkt\*Substanz:  $F = 0,91$ ; Index Funktionale Aspekte:  $F = 10,47^{***}$ ; Faktor Erhebungszeitpunkt:  $F = 2,85$ ; Faktor Substanz:  $F = 29,21^{***}$ ; Erhebungszeitpunkt\*Substanz:  $F = 1,34$ ; Semantischer Gesamtindex:  $F = 12,43^{***}$ ; Faktor Erhebungszeitpunkt:  $F = 0,11$ ; Faktor Substanz:  $F = 36,60^{***}$ ; Erhebungszeitpunkt\*Substanz:  $F = 0,40$ .

<sup>10</sup> Die Ergebnisse beruhen auf einer multivariaten Varianzanalyse, deren Voraussetzungen streng genommen nicht erfüllt sind. Die zur Kontrolle ebenfalls berechneten Einzelvergleiche zwischen den Erhebungszeitpunkten sowie zwischen den Substanzen mittels U-Test und adjustiertem Signifikanzniveau ergeben jedoch analoge Ergebnisse.

**Abbildung 4.3.2: Semantische Differenziale „Lieblingsdroge“ Heroin und Crack<sup>a</sup>**


<sup>a</sup> jeweiliger Mittelwert aus allen Gegensatzpaaren

Im Unterschied zu Heroin wird Crack unabhängig vom Erhebungszeitpunkt als „in“, vergleichsweise teurer, eher künstlich, ungesund, weniger kontrollierbar und „lebenserschwerend“ beurteilt. Heroin dagegen erscheint relativ vertraut, „heiter“ und deutlich weniger aggressiv, weniger gefährlich, deutlich stärker entspannend, aber auch komplizierter in der Anwendung.

In diesen Beurteilungen spiegeln sich zum Großteil wie zu erwarten die unterschiedlichen Konsumbedingungen, Wirkungsweisen und Folgeerscheinungen der beiden Substanzen wider. Auffällig ist, dass Crack im Vergleich zu Heroin nach wie vor als eher angesagt, stärker „in“ beurteilt wird, und vor allem, dass die Beurteilungen kaum Schwankungen unterliegen - bei Crack durchgängig über alle Adjektivpaare, bei Heroin über den Großteil der Adjektivpaare. Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass hier jeweils die subjektive Bedeutung bei denjenigen erhoben wurde, die die entsprechende Substanz als ihre Lieblingsdroge angeben. Aus diesen Ergebnissen kann daher nicht auf die Einstellungen zu Heroin bzw. Crack - und deren evtl. Veränderungen - in der Frankfurter „Drogenszene“ insgesamt geschlossen werden.

#### 4.4 Der „Alltag auf der Szene“

Im Folgenden sollen wesentliche Charakteristika des Aufenthalts auf der „Drogenszene“ untersucht werden. Dazu gehören vor allem Angaben dazu, seit wann sich die Interviewten regelmäßig auf der „Szene“ aufhalten und wie ausgeprägt dieser Aufenthalt ist, und zudem weitere Merkmale, die sich aus der Besonderheit des Konsums illegalisierter Drogen ergeben. Dies sind die Orte, an denen kon-

sumiert wird, die Qualität und Verfügbarkeit von Substanzen, die es ‚de jure‘ gar nicht in der Öffentlichkeit geben dürfte sowie, damit eng verwoben, die Preisentwicklung.

Hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Daten, und damit des Beobachtungszeitraums, beziehen sich die meisten der nachfolgenden Ergebnisse auf den Zeitraum zwischen 2002 und 2004. Sofern möglich, werden jedoch auch hier die Daten von 1995 hinzugenommen.

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

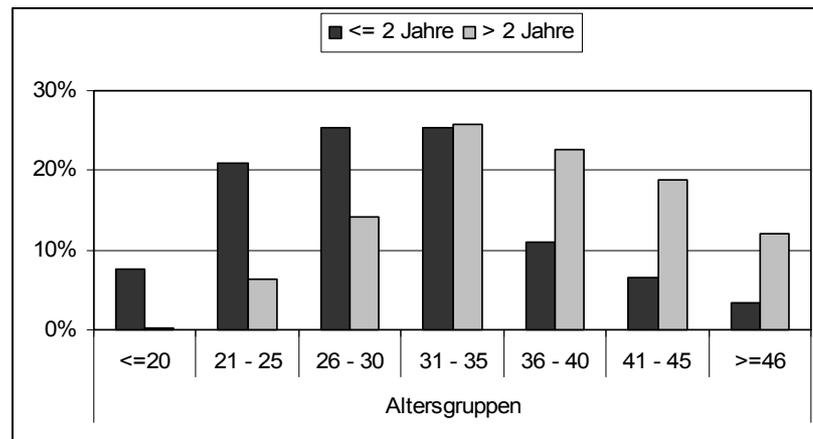
Betrachtet man zunächst die Angaben dazu, seit wann die Befragten die „Szene“ regelmäßig aufsuchen, so zeigt sich eine extrem große Spannweite zwischen weniger als einem Jahr und 35 Jahren. Der Mittelwert liegt bei 11,5 ( $\pm 8,9$ ) Jahren, bei einem Median<sup>11</sup> von 10 hält sich die Hälfte aller in den Jahren 2002 bis 2004 Befragten seit 10 Jahren und länger regelmäßig auf der „Szene“ auf. Dabei zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Befragungen (2002: 10,5  $\pm$  8,5 Jahre; 2003: 12,3  $\pm$  8,6 Jahre; 2004: 11,7  $\pm$  9,6 Jahre;  $F = 1,58$  *n.s.*). Dass sich der Großteil der jeweils befragten Drogenkonsumenten seit langen Jahren regelmäßig auf der „Szene“ aufhält, gilt für die befragten Männer und Frauen gleichermaßen. Zwar ist bei allen Befragungen eine längere Dauer des „Szeneaufenthalts“ für die befragten Männer (2002: 11,0  $\pm$  8,9 Jahre, 2003: 13,7  $\pm$  8,7 Jahre, 2004: 12,7  $\pm$  9,8 Jahre) zu konstatieren, allerdings geben auch die befragten Frauen mit durchschnittlich etwa 9,5 Jahren (2002: 9,5  $\pm$  7,7 Jahre, 2003: 9,6  $\pm$  7,8 Jahre, 2004: 9,6  $\pm$  8,9 Jahre) einen insgesamt langjährigen Szeneaufenthalt an. Die statistischen Unterschiede ( $F = 1,58$ ,  $p < 0,01$ ) sind daher letztlich wenig relevant.

Wie erwähnt (s. o. Abschnitt 4.1.3) besteht ein sehr starker positiver Zusammenhang zwischen der Dauer des „Szeneaufenthalts“ und dem Lebensalter ( $r = 0,63^{***}$ ), das heißt je älter die Befragten sind, desto länger halten sie sich auf der „Szene“ auf. Dies lässt aber nicht den Schluss zu, dass es diejenigen, die die „Szene“ aufsuchen, nicht mehr gelingt, sich wieder von ihr zu lösen. Denn mit den vorhandenen Daten können individuelle Verläufe, z. B. eine zwischenzeitliche, unter Umständen auch längere Loslösung von der „Szene“ nicht abgebildet werden.

Auf der anderen Seite zeigen die Daten auch, dass es eine relevante Gruppe von Drogenkonsumenten gibt, die sich erst seit kurzem regelmäßig auf der Szene aufhält. Im Jahr 2002 geben 14 % der Befragten an, dass sie die „Szene“ erst seit maximal einem Jahr regelmäßig aufsuchen, 10 % seit maximal zwei Jahren. Diese Werte sinken im Jahr 2003 deutlich ab (max. 1 Jahr: 6 %, max. 2 Jahre: 5 %), steigen aber im Jahr 2004 wieder stark an (max. 1 Jahr: 19 %, max. 2 Jahre: 7 %). Betrachtet man daher, vor allem angesichts der insgesamt sehr langen Dauer des regelmäßigen „Szeneaufenthalts“, eine Dauer von max. 2 Jahren als vergleichsweise kurz, so hält sich jeweils etwa ein Viertel der in den Jahren 2002 und 2004 Befragten, und etwas mehr als jeder Zehnte im Jahr 2003 Befragte erst seit relativer kurzer Zeit auf der „Szene“ auf. Dabei zeigen sich, wie angesichts des sehr starken Zusammenhangs zwischen der Dauer des „Szeneaufenthalts“ und dem Lebensalter zu erwarten, deutliche Unterschiede in der Alterstruktur zwischen denjenigen mit vergleichsweise kurzem Szeneaufenthalt und den übrigen Befragten (s. Abb. 4.4.1).

<sup>11</sup> Der Median ist der Wert, durch den eine Häufigkeitsverteilung in zwei gleich große Hälften geteilt wird, so dass in jeder Hälfte genau 50 % aller Fälle liegen.

Abbildung 4.4.1: Dauer des „Szeneaufenthalts“ und Lebensalter



Demnach handelt es sich bei den „Neueinsteigern“ in die „Szene“ eher um vergleichsweise junge Drogenkonsumenten, von denen mehr als ein Viertel unter 25 Jahre alt ist. Diese Gruppe der unter 25-jährigen „Szene-Neueinsteiger“ hat im Alter von durchschnittlich 17,0 ( $\pm 1,5$ ) Jahren mit dem Heroinkonsum angefangen und damit etwa im gleichen Alter wie die Gruppe der unter 25-Jährigen mit bereits längerem „Szeneaufenthalt“ ( $16,8 \pm 1,5$  Jahre). Es handelt sich bei den „Szene-Neueinsteigern“ demnach nicht um eine Gruppe, die besonders früh mit dem Heroinkonsum begonnen hat.

Auf der anderen Seite ist für immerhin ein Fünftel der „Szene-Neueinsteiger“ festzuhalten, dass sie bereits 36 Jahre und älter sind. Diese Gruppe hat im Alter von durchschnittlich 27,9 ( $\pm 10,1$ ) Jahren mit dem Heroinkonsum begonnen, verfügt demnach trotz des eher kurzen regelmäßigen „Szeneaufenthalts“ bereits über langjährige Erfahrungen mit dem Konsum von Heroin. Hier handelt es sich offenkundig um die bereits in der Szenestudie 2002 (Kemmesies 2002) angedeutete Gruppe von „Drop-outs“, die vergleichsweise spät in den Konsum harter Drogen einsteigen und noch wesentlich später in der Lebenswelt der offenen Szene „stranden“.

Insgesamt zeigt sich gleichwohl ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem Alter beim Erstkonsum von Heroin und der Dauer des „Szeneaufenthalts“ ( $r_s = -0,14^{**}$ ): je früher die Befragten mit dem Heroinkonsum beginnen, desto länger halten sie sich regelmäßig in der „Drogenszene“ auf.

In allen vier Befragungen zeigt sich, dass sich die Interviewten sehr häufig und über viele Stunden auf der „Szene“ aufhalten. Nach eigenen Angaben halten sich die Interviewten etwa fünf bis sechs Tage pro Woche und dabei im Durchschnitt etwa neun Stunden auf der „Szene“ auf.<sup>12</sup> Der Anteil derjenigen, die sich täglich auf der „Szene“ aufhalten, liegt jeweils deutlich über 50 % (1995: 64 %, 2002: 57 %, 2003: 65 %, 2004: 69 %), der Anteil derjenigen, die sich zwölf Stunden und länger auf der „Szene“ aufhalten, jeweils bei etwa einem Drittel (1995: 31 %, 2002: 37 %, 2003: 43 %, 2004: 31 %).

Kaum Unterschiede zwischen den Befragungen 2002 und 2004 zeigen sich im Hinblick auf die Gründe, die für den Aufenthalt auf der „Szene“ genannt werden (Tab. 4.4.1). Sofern Unterschiede festzustellen sind, sind diese in erster Linie auf Veränderungen zwischen den Jahren 2002 und 2003 zurückzuführen, und sie beziehen sich auf einen leichten Rückgang des Anteil derjenigen, die die „Szene“ zum Drogenerwerb aufsuchen sowie einen Anstieg des Anteil an Substituierten, die sich aufgrund der Teilnahme an der Substitutionsbehandlung auf der „Szene“ aufhalten.

<sup>12</sup> Tage pro Woche: 1995:  $5,4 \pm 2,3$ , 2002:  $5,0 \pm 2,5$ , 2003:  $5,5 \pm 2,2$ , 2004:  $5,6 \pm 2,3$ ;  $\chi^2 = 5,19$  n.s. Stunden: 1995:  $9,0 \pm 7,6$ , 2002:  $9,5 \pm 8,0$ , 2003:  $9,7 \pm 6,6$ , 2004:  $8,3 \pm 6,5$ ;  $\chi^2 = 3,49$  n.s.)

**Tabelle 4.4.1: Gründe für den Aufenthalt auf der „Szene“ (%)<sup>a</sup> nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	$\chi^2$
Drogen kaufen	89	79	81	6,04*
Leute treffen	68	73	68	1,13
Drogen verkaufen	31	33	41	4,00
Langeweile	41	46	52	3,94
Service machen	9	9	7	0,96
Geschäfte abwickeln	42	41	46	0,76
bedingt durch Substitution <sup>b</sup>	50	72	71	6,57*

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

<sup>b</sup> Nur Substituierte.

$\chi^2$  - Test: \*\*  $p < 0,01$

Trotz des leichten Rückgangs von 2002 auf 2003 ist der Erwerb von Drogen insgesamt der am häufigsten genannte Grund für den „Szeneaufenthalt“. Aber auch soziale Kontakte sowie Langeweile bzw. das Fehlen anderweitiger Beschäftigungen werden häufig als Grund genannt. Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich hier nicht feststellen, auch die Dauer des regelmäßigen „Szeneaufenthalts“ steht in keinem Zusammenhang zu den genannten Gründen.

#### 4.4.2 Die Orte des Konsums

Neben dem Erwerb und z. T. Verkauf von Drogen findet auch der Konsum selbst häufig auf der „Drogenszene“ statt, teils wie intendiert in den Drogenkonsumräumen, teilweise jedoch auch in der Öffentlichkeit. Bei den Befragungen 2002 bis 2004 wurden die Interviewten nach den Orten des Konsums befragt, wobei hier der intravenöse Konsum, unabhängig von der jeweils konsumierten Substanz sowie das Crackrauchen getrennt erfasst werden. Bei den Befragungen 2002 und 2003 wurde nach dem überwiegenden Konsumort gefragt, bei der Befragung 2004 konnten die Befragten mehrere Konsumorte, und für diese eine Rangreihe entsprechend der Häufigkeit angeben. Für den nachfolgenden Vergleich zwischen den drei Erhebungen wird zunächst nur der überwiegende Konsumort berücksichtigt, also der Ort, von dem die Befragten angeben, dass sie dort meistens konsumieren.

Im Ergebnis zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Befragungen, jedoch sehr deutliche Unterschiede zwischen dem intravenösen Konsum und dem Crackrauchen (s. Tab. 4.4.2).

**Tabelle 4.4.2: Überwiegende Orte des intravenösen Konsums und des Crackrauchens nach Jahr der Befragung**

	intravenöser Konsum <sup>a</sup>				Crackrauchen <sup>a</sup>			
	2002	2003	2004	$\chi^2$	2002	2003	2004	$\chi^2$
Zuhause / privat	16	19	22	5,58	21	16	16	8,36
auf der Straße	19	20	20		67	77	74	
in öffentlichen Gebäuden	1	1	1		3	1	0	
im Konsum-, Rauchraum	64	56	55		0	0	1	
sonstiges	0	4	3		9	7	9	

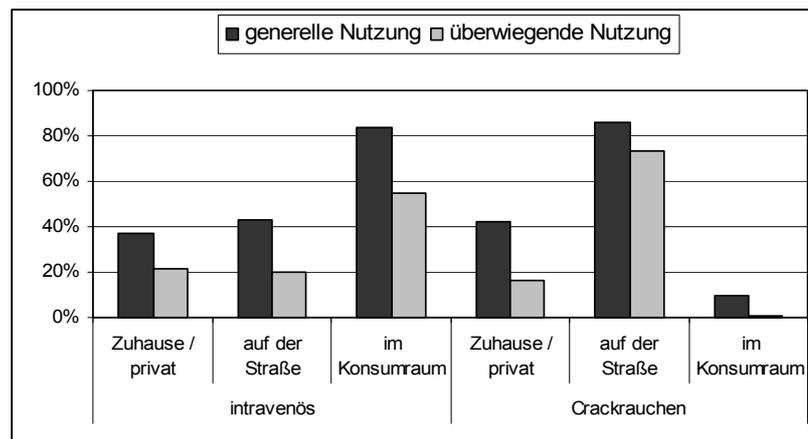
<sup>a</sup> Bezogen auf diejenigen mit intravenösem Konsum bzw. auf Crackraucher.

$\chi^2$  - Test

Intravenöser Konsum findet nach den Ergebnissen aller drei Befragungen vor allem in den Konsumräumen statt. Gleichwohl injiziert immerhin etwa ein Fünftel der Befragten meistens auf der Straße und ebenfalls ein Fünftel zuhause bzw. in privaten Räumlichkeiten. Dagegen wird Crackkonsum hauptsächlich, d. h. von zwei Drittel bis drei Viertel der Crackraucher auf der Straße praktiziert. Deutliche Unterschiede gegenüber dem intravenösen Konsum zeigen sich hier auch im Hinblick auf den Konsum-, d. h. hier den Rauchraum, der für die Crackraucher kaum eine Bedeutung zu haben scheint. Dies mag auch darin begründet sein, dass der Rauchraum erst seit September 2003 betrieben wird, und damit ein vor allem im Vergleich zu den Konsumräumen relativ neues Angebot darstellt, das zudem über deutlich geringere Platzzahlen verfügt. In etwa gleich hoch sind die Ergebnisse im Hinblick auf den Konsum in privaten Räumlichkeiten. Die anderen Örtlichkeiten spielen sowohl für den intravenösen Konsum als auch für das Crackrauchen kaum eine Rolle. Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen dabei im übrigen nicht.

Wie erwähnt, wurden die Befragten im Jahr 2004 um die Erstellung einer Rangreihe der Konsumorte entsprechend der Häufigkeit der Nutzung gebeten. Somit besteht hier die Möglichkeit auszuwerten, ob die Befragten einen bestimmten Ort überhaupt als Konsumort nutzen, unabhängig davon, ob es sich dabei um den überwiegend aufgesuchten Ort handelt. Im Ergebnis finden sich hier keine Unterschiede im Hinblick auf den Konsum in öffentlichen Gebäuden (intravenös 2 %, Crackrauchen 1 %) oder sonstige Orte (intravenös 3 %, Crackrauchen 6 %), die somit auch generell keine Rolle als Orte des Konsums spielen. Beim intravenösen Konsum dagegen zeigt sich ebenso wie beim Crackkonsum, dass der Konsum zwar jeweils nur in einem Fünftel der Fälle überwiegend zuhause bzw. in privaten Räumlichkeiten stattfindet, generell jedoch jeweils ca. 40 % der intravenösen Konsumenten bzw. Crackraucher dort konsumieren (s. Abb. 4.4.2).

**Abbildung 4.4.2: Intravenöser Konsum und Crackrauchen: generelle und überwiegende Nutzung ausgewählter Orte bei der Befragung 2004**



Für den intravenösen Konsum gilt überdies, dass auch dieser mit einem Anteil von etwa 40 % in relevantem Umfang auf der Straße stattfindet. In Bezug auf die Konsumräume zeigen die Daten, dass die „Druckräume“ über eine sehr hohe Nutzungsrate verfügen, der Rauchraum dagegen generell von sehr wenigen Befragten aufgesucht wird.

Der Unterschied zwischen intravenösem Konsum und Crackrauchen wird besonders deutlich, wenn die Daten zur generellen Nutzung und zur überwiegenden Nutzung miteinander in Bezug gesetzt werden. Diejenigen i.v.-Konsumenten, die generell auch in privaten Räumlichkeiten injizieren - und damit

auch über eine entsprechende Möglichkeit verfügen - injizieren in 58 % der Fälle dort auch überwiegend, zu 35 % überwiegend in Konsumräumen und nur zu 5 % überwiegend auf der Straße. Beim Crackrauchen dagegen konsumieren 57 % derjenigen, die generell auch in privaten Räumlichkeiten rauchen, überwiegend auf der Straße und nur zu 39 % überwiegend in privaten Räumlichkeiten. Demnach wird Crackrauchen selbst in den Fällen, in denen auch private Räumlichkeiten genutzt werden könnten, überwiegend in der Öffentlichkeit praktiziert, während intravenöser Konsum offensichtlich nur dann auf der Straße stattfindet, wenn keine anderen Orte zur Verfügung stehen. Für diese Annahme spricht auch, dass fast die Hälfte derjenigen, die zumindest gelegentlich auch auf der Straße injizieren, überwiegend in Konsumräumen injizieren und nur zu 5 % in privaten Räumlichkeiten.

Angesichts der geringen Nutzung des Rauchraums lohnt der Blick auf die bei der Befragung 2004 ebenfalls erhobenen Angaben der Interviewten, warum sie den Rauchraum nicht häufiger nutzen. Ausgewertet wurden hier die Angaben derjenigen Crackraucher, die den Rauchraum nicht als überwiegenden Ort des Konsums nennen ( $n = 109$ ). Von diesen geben 19 % an, der Rauchraum sei zu weit weg, 15 % kennen den Rauchraum nicht, und 12 % äußern ein eher indifferentes mangelndes Interesse an einer häufigeren Nutzung des Rauchraums. Daneben werden eine ganze Reihe weiterer Gründe genannt, meist solche, die sich auf die Bedingungen vor Ort zurückführen lassen. So geben acht Personen (7 %) die Öffnungszeiten als Grund an, analog dazu nennen sieben Befragte (6 %) zu lange Wartezeiten. Ebenfalls sieben Befragte (6 %) meinen, es sei dort zu laut, sechs Personen (5 %) nennen eine schlechte Atmosphäre als Grund.

Schließlich wurde bei der Befragung 2004 im Hinblick auf den Konsum in der Öffentlichkeit differenziert erhoben, ob es sich dabei um das Bahnhofsviertel oder um andere Stadtteile Frankfurts handelt. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass die Polizei seit Mitte 2002 wieder verstärkt gegen Drogenhändler, vor allem gegen Crack-Dealer vorgeht.<sup>13</sup> In der hier befragten Stichprobe überwiegt jedoch eindeutig der Konsum im Frankfurter Bahnhofsviertel. Lediglich 13 der i.v.-Konsumenten (11 %) berichten überhaupt von öffentlichem Konsum außerhalb des Bahnhofsviertels, für sechs Personen (5 %) stellt dies den überwiegenden Konsumort dar. Etwas höher sind die entsprechenden Werte für das Crackrauchen, das von 18 Personen (16 %) generell und von 13 Befragten (12 %) überwiegend außerhalb des Bahnhofsviertels praktiziert wird. Als Stadtteile werden z. B. die Innenstadt, Ostend und Gallus genannt, häufiger jedoch geben die betreffenden Personen keinen festen Stadtteil an.

Allerdings sind diese Daten mit Vorsicht zu betrachten, denn Szeneaktivitäten an anderen Orten wurden durchaus beobachtet (s. a. Kap. 3). Es ist zu vermuten, dass aufgrund des Rekrutierungsschwerpunkts im Bahnhofsviertel und der außerhalb des Bahnhofsviertels auftretenden Zugangsschwierigkeiten die Gruppe derjenigen Drogenkonsumenten, die in anderen Frankfurter Stadtteilen öffentlich konsumiert oder dealt, unterrepräsentiert ist.

#### 4.4.3 Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung

Abschließend werden die Veränderungen im Schwarzmarktgeschehen in der Frankfurter „Drogenszene“ anhand der Verfügbarkeit, der Qualität und der Preise von Heroin, Kokain, Crack und - erstmals 2004 - Benzodiazepinen dargestellt.

<sup>13</sup> Diese veränderte Polizeitaktik wurde von Vertretern der Polizei (K 64) im August 2003 telefonisch bestätigt.

Bei der Verfügbarkeit lassen sich lediglich für Kokain deutliche Veränderungen zwischen den drei Erhebungen beobachten (s. Tab. 4.4.3). Diese zeigen jedoch keinen linearen Trend, sondern sind auf das unterschiedliche Ergebnis im Jahr 2003 zurückzuführen, in dem die Befragten die Verfügbarkeit von Kokain deutlich leichter einschätzen als sowohl im Jahr davor als auch im Jahr danach. Unabhängig davon ist zudem ausschließlich für Kokain festzustellen, dass es nach Einschätzung des Großteils der Befragten schwer bis sehr schwer verfügbar ist, während Heroin und Crack bei allen drei Befragungen von etwa 90 % und mehr der Interviewten als leicht bis sehr leicht verfügbar angesehen wird. Dies gilt auch für die erstmals im Jahr 2004 erhobene Verfügbarkeit von Benzodiazepinen.

**Tabelle 4.4.3: Einschätzung der Verfügbarkeit von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	$\chi^2$
Heroin				
leicht / sehr leicht	88	93	95	5,71
schwer / sehr schwer	12	7	5	
Kokain				
leicht / sehr leicht	14	26	14	9,45**
schwer / sehr schwer	86	74	86	
Crack				
leicht / sehr leicht	94	97	95	1,25
schwer / sehr schwer	6	3	5	
Benzodiazepine <sup>a</sup>				
leicht / sehr leicht	--	--	97	--
schwer / sehr schwer	--	--	3	

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

$\chi^2$  - Test: \*\*  $p < 0,01$

Diesen Ergebnissen entsprechend geben sowohl bei Heroin und Crack als auch bei den Benzodiazepinen jeweils etwa drei Viertel der Befragten an, die Verfügbarkeit habe sich im jeweiligen Vorjahreszeitraum nicht geändert. Bei Kokain gibt die Hälfte der im Jahr 2002 Befragten an, es sei im Vorjahreszeitraum schwerer geworden, Kokain zu besorgen, bei den Befragungen 2003 und 2004 dagegen berichtet jeweils ebenfalls die Hälfte eine unveränderte Verfügbarkeit.

Bei den Einschätzungen zur Qualität der Substanzen, die die Befragten zur Zeit konsumieren, kann sich die Darstellung auf die Veränderungen bei Heroin und Crack beschränken. Bei Kokain geben die meisten Befragten entsprechend der hier sehr niedrigen Prävalenzraten an, die Qualität nicht einschätzen zu können. Für die beiden anderen Substanzen sind bei Heroin sehr deutliche, bei Crack dagegen keine Veränderungen festzustellen (s. Tab. 4.4.4) Bei Heroin zeigt sich im 3-Jahres-Zeitraum eine kontinuierliche leichte Zunahme derjenigen, die die Qualität als gut oder sogar sehr gut einschätzen. Gleichzeitig sinkt der Anteil derjenigen, die die Qualität als schlecht bis sehr schlecht einschätzen, von 2002 auf 2003 deutlich ab, und liegt in 2004 in etwa auf dem Niveau von 2003. Hervorzuheben ist hier zudem, dass im Jahr 2003 ein relativ hoher Anteil von Personen, die Heroin in den letzten 30 Tagen konsumiert haben, dessen Qualität nicht einschätzen kann.

**Tabelle 4.4.4: Einschätzung der Qualität<sup>a</sup> von Heroin und Crack (%) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	$\chi^2$
Heroin				
gut / sehr gut	20	23	32	29,02***
weniger gut	19	23	22	
schlecht / sehr schlecht	59	38	42	
weiß nicht	2	15	3	
Crack				
gut / sehr gut	33	26	20	11,67
weniger gut	21	29	23	
schlecht / sehr schlecht	38	41	47	
weiß nicht	9	4	10	

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

$\chi^2$  - Test: \*\*\*  $p < 0,001$

Bedingt durch diese unterschiedlichen Entwicklungen lassen sich für Heroin und Crack im Jahr 2004 insgesamt vergleichsweise ähnliche Ergebnisse beobachten, nach denen 20 % - 30 % der Konsumenten die Qualität als gut bis sehr gut einschätzen, etwas mehr als 20 % als weniger gut und mehr als 40 % als schlecht bis sehr schlecht.

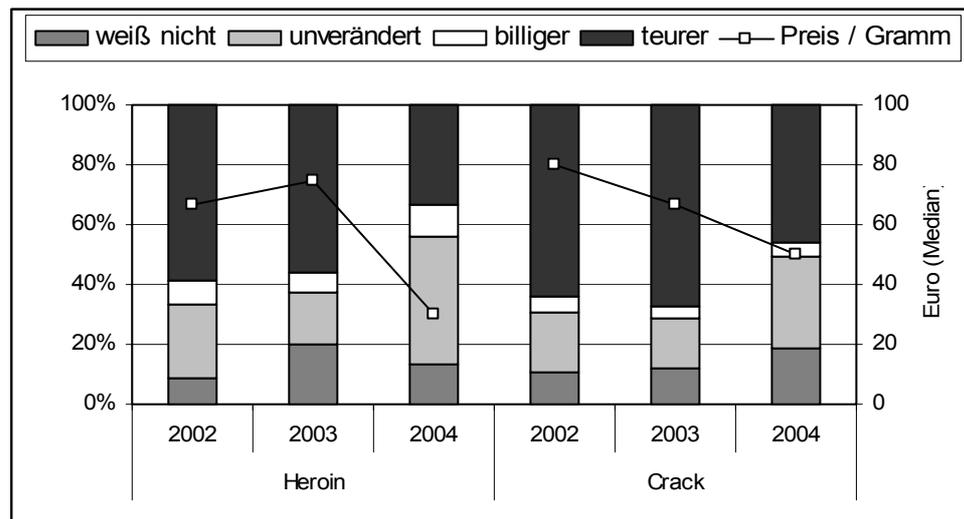
Aufgrund entsprechender Hinweise aus dem Drogenhilfesystem wurde bei der Befragung 2004 zudem erhoben, ob evtl. auf der „Drogenszene“ Tabletten als Benzodiazepine angeboten werden, bei denen es sich faktisch jedoch um andere Substanzen handelt. Mit einem Anteil von 90 % gibt gleichwohl die absolute Mehrheit der Befragten an, ihnen seien noch nie irgendwelche Substanzen als Benzodiazepine angeboten worden. Lediglich 13 Befragte berichten von entsprechenden Angeboten, von diesen wiederum geben elf Personen an, dies sei nicht häufiger passiert als im Jahr davor. Danach befragt, woran sie erkannt haben, dass es sich bei den Tabletten nicht um Benzodiazepine handelt, geben sechs Befragte eine fehlende Wirkung an, sieben Befragte Abweichungen im äußeren Erscheinungsbild der Verpackung bzw. der Tabletten selbst. Insgesamt ergeben sich damit nur eher spärliche Hinweise auf ein besonderes Risiko dadurch, dass in der Frankfurter „Drogenszene“ gehäuft Plagiate oder Imitate von Benzodiazepinen konsumiert werden.

Auch bei der Frage nach der Preisentwicklung kann sich die Darstellung der Veränderungen auf Heroin und Crack begrenzen. Bei Kokain stellt wiederum bei jeder der drei Befragungen die Gruppe derer, die keine Angabe machen (können), die größte Einzelgruppe dar. Für die Darstellung der Preisentwicklung bei Heroin und Crack 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 Angaben ermittelt wurden.<sup>14</sup> Hier zeigt sich eine extrem große Streuung der Angaben. Die Werte liegen insgesamt, unabhängig vom Jahr der Befragung, zwischen min. 2 Euro pro Gramm Heroin und 6 Euro pro Gramm Crack und max. 1000 Euro pro Gramm Heroin und 2000 Euro pro Gramm Crack. Für die nachfolgende Auswertung wird daher der Median berücksichtigt (s. Fußnote 11).

<sup>14</sup> Die Interviewten wurden jeweils nach dem Gewicht und dem Preis der kleinsten Konsumeinheit befragt. Da einige Konsumenten nur Angaben zu größeren Mengen machen konnten, wurden diese Angaben in Preise pro Gramm umgerechnet.

Betrachtet man zunächst die ermittelten Preise für Heroin (s. Abb. 4.4.3), so zeigt sich ein nahezu unveränderter Preis für das Gramm Heroin zwischen 2002 (Median 67 Euro) und 2003 (Median 75 Euro), jedoch ein sehr deutlicher Rückgang im Jahr 2004 (Median 30 Euro). Für Crack hingegen ist ein kontinuierlicher Rückgang (2002: Median 80 Euro; 2003: 67 Euro; 2004: 50 Euro) zu beobachten.

**Abbildung 4.4.3: Einschätzung der Preisentwicklung und Preis pro Gramm Heroin bzw. Crack nach Jahr der Befragung**



Diese Entwicklungen spiegeln sich jedoch kaum in den Einschätzungen der Befragten wider. So liegt bei Crack der Anteil derjenigen, die angeben Crack sei billiger geworden, auch in den Jahren 2003 und 2004 nur bei etwa 5 %. Ähnlich geben auch bei Heroin nur 11 % der Befragten im Jahr 2004 an, Heroin sei billiger geworden. Insgesamt überwiegt bei beiden Substanzen und in allen drei Befragungen die Einschätzung, dass die Substanzen im letzten Jahr teurer geworden seien. Allerdings berichteten die Interviewer, dass häufig die Einführung des Euro als Grund für die Preissteigerung genannt wurde. Auch der Hinweis, dass dies doch schon einige Jahre zurück liege, führte nur bei einigen zu einer Korrektur ihrer Einschätzung. Von daher spiegelt sich in den Antworten der Interviewten allem Anschein nach zu einem nicht unerheblichen Teil die Ansicht „Alles wird immer teurer“ wider. Eine Ausnahme ist lediglich bei den Einschätzungen zu Heroin im Jahr 2004 zu beobachten, wo mit 43 % die relativ größte Gruppe keine Veränderungen angibt.

Bei der Betrachtung aller Ergebnisse zur Angebotslage von Heroin und Crack fällt vor allem der den Angaben der Befragten zufolge enorme Preisverfall bei Heroin zwischen 2003 und 2004 auf. Nachdem die Droge 2002 und 2003 noch weit mehr als das Doppelte kostete, liegt der Heroinpreis 2004 nur noch knapp oberhalb des Niveaus von 1995. Dabei scheint der niedrigere Preis offenbar mit einem noch höheren Wirkstoffgehalt der Droge verbunden zu sein. Möglicherweise spiegeln sich hier in einer lokalen Konsumentenszene Entwicklungen auf dem Weltmarkt wider: In Afghanistan, wo etwa drei Viertel des weltweit hergestellten Opiums produziert werden, wurde diese Produktion unter dem Talibanregime 2002 drastisch eingeschränkt (EBDD 2004); nach Ende des Krieges wurde hingegen von einer schwunghaften Zunahme der Opium- und Heroinproduktion berichtet. Womöglich ist diese Angebotszunahme 2004 in der „offenen Szene“ in Frankfurt bemerkbar. In den folgenden Erhebungen wird sich zeigen, ob Heroin weiterhin vergleichsweise billig bleibt und ob sich diese geänderte Marktlage auf die Konsummuster auswirkt. Dabei gilt es ebenfalls im Auge zu behalten, welche Ent-

wicklungen sich hinsichtlich der zuletzt offenkundig ebenfalls billiger, jedoch nicht qualitativ besser gewordenen anderen Hauptdroge der Szene - Crack - zeigen werden.

## 4.5 Gesundheitszustand

### 4.5.1 Infektionsstatus

Der Infektionsstatus wurde bei den Befragungen 2002 bis 2004 differenziert für die Hepatitiden A, B und C erhoben, bei der Befragung 1995 wurde jedoch nur allgemein das Vorliegen einer Hepatitis erfragt. Um die Infektionsraten dennoch miteinander vergleichen zu können, wurde für die Daten der Jahre 2002 bis 2004 ein entsprechender Wert aus den Angaben ermittelt. Dabei zeigen sich, wie Tab. 4.5.1 zu entnehmen, deutliche Unterschiede vor allem zwischen der Befragung 1995 einerseits mit einer vergleichsweise geringen Hepatitis-Rate und den drei späteren Befragungen andererseits, in denen die Hepatitis-Rate vor allem aufgrund der hohen Prävalenz der Hepatitis C deutlich angestiegen ist.

Zwischen den drei Befragungen 2002 bis 2004 sind hinsichtlich der Hepatitis C keine Unterschiede zu beobachten. Die in den Jahren 2003 und 2004 etwas geringere Infektionsrate könnte demnach auf Zufallsschwankungen zurückzuführen sein. Bei den beiden anderen Hepatitiden dagegen sind z. T. sehr deutliche Unterschiede festzustellen, wobei jeweils die Infektionsrate im Jahr 2003 höher ist als im Jahr 2002 und die im Jahr 2004 niedriger als im Jahr 2002, so dass sich hier kein linearer Trend zeigt.

**Tabelle 4.5.1: Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung**

	1995	2002	2003	2004	$\chi^2$
Hepatitiden					
A	-- <sup>a</sup>	13	20	7	10,28**
B	-- <sup>a</sup>	18	27	15	6,58*
C	-- <sup>a</sup>	71	63	63	3,10
A oder B oder C	35	74	67	67	56,65***
HIV-Status					
HIV-positiv	26	13	17	12	19,18**
HIV-negativ	73	81	80	86	
bislang kein Test	1	6	3	2	

<sup>a</sup> Keine Daten verfügbar.

$\chi^2$  - Test: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Ähnliche Ergebnisse im Hinblick auf die Befragungen 2002 bis 2004 zeigen sich beim HIV-Status. Auch hier ist die Infektionsrate im Jahr 2003 höher als im Jahr 2002, während die niedrigste Rate im Jahr 2004 zu beobachten ist. Alle Werte liegen jedoch deutlich unter der extrem hohen Infektionsrate von 1995, so dass sich insgesamt im Vergleich zwischen den Daten von 1995 und denen der Jahre 2002 bis 2004 eine deutlich niedrigere Hepatitis-Infektionsrate, jedoch eine deutlich höhere HIV-Infektionsrate im Jahr 1995 zeigt.

Bei diesen Daten ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Angaben der Befragten nicht immer auf einem aktuellen Testergebnis bzgl. Hepatitis und HIV beruhen. Dies bestätigen die Daten der Befragungen 2003 und 2004, bei denen zusätzlich zum HIV-Infektionsstatus das Jahr des letzten HIV-Tests erfragt wurde. Zwar geben in beiden Befragungen etwas mehr als 70 % (2003: 71 %; 2004: 77 %) derjenigen mit einem negativen Testergebnis an, noch im jeweiligen Befragungsjahr auf HIV getestet worden zu sein. Dies bedeutet jedoch im Umkehrschluss, dass etwa ein Viertel der berichteten negativen Testergebnisse auf einem mehr oder weniger veralteten Testergebnis beruhen. Die Angaben, wann der letzte HIV-Test durchgeführt wurde, schwanken hier zwischen einem Jahr und zehn Jahren. Insgesamt ist damit im Hinblick auf die Infektionsrate von einer gewissen Dunkelziffer auszugehen, wobei Einschätzungen zur Höhe der Dunkelziffer nicht gemacht werden können, da keine Daten zum Risikoverhalten (Needle sharing, drug sharing, riskante Sexualpraktiken etc.) vorliegen.

## 4.5.2 Symptome und Beschwerden

Neben dem Infektionsstatus wird der Gesundheitszustand 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.

Im Ergebnis zeigen sich für sechs der neun erhobenen Symptome und Beschwerden keine Unterschiede zwischen den Befragungen (s. Tab. 4.5.2).

**Tabelle 4.5.2: Symptome und Beschwerden in den letzten 3 Monaten und Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung (%) nach Jahr der Befragung**

	Auftreten letzte 3 Monate					ärztliche Behandlung <sup>a</sup>				
	1995	2002	2003	2004	$\chi^2$	1995	2002	2003	2004	$\chi^2$
Herz-, Kreislaufprobleme	23	-- <sup>b</sup>	22	26	0,69	37	-- <sup>b</sup>	24	46	3,72
Probleme mit Lunge / Bronchien	31	26	26	33	2,69	51	59	38	39	5,02
Magen-, Darmbeschwerden	33	21	23	15	14,38**	27	19	29	23	1,00
Erkältung / Grippe	23	23	14	17	6,15	31	29	33	38	0,69
Zahnschmerzen	32	19	28	31	7,31	42	45	38	28	2,70
Abszesse (offene Wunden, offene Füße)	30	20	17	14	13,70**	60	53	32	48	5,21
AIDS - diverse Krankheiten <sup>c</sup>	69	16	42	33	16,76**	56	67	27	50	2,92
epileptische Anfälle	5	9	5	5	4,02	14	21	14	25	0,43
Depressionen	42	43	42	39	0,61	17	11	19	14	0,61

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

<sup>b</sup> Keine Daten verfügbar.

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

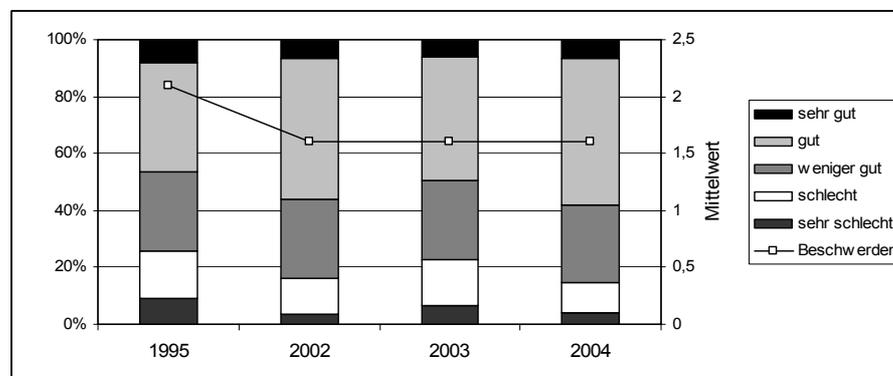
$\chi^2$  - Test: \*\*  $p < 0,01$

Bei den Magen- und Darmbeschwerden dagegen ist ebenso wie bei den Abszessen ein über die Jahre rückläufiges Auftreten festzustellen, während sich bei den durch AIDS bedingten Erkrankungen keine einheitliche Tendenz abzeichnet. Hier zeigt sich für das Jahr 1995 nicht nur wie gesehen eine sehr hohe Infektionsrate, sondern mehr als zwei Drittel der HIV-Infizierten berichten auch von AIDS-bedingten Krankheitsbildern. Bei den Befragungen 2002 bis 2004 dagegen liegen die Infektionsraten in einer vergleichbaren Höhe, das Auftreten AIDS-bedingter Erkrankungen schwankt jedoch erheblich, desgleichen der Anteil derjenigen HIV-Infizierten mit AIDS-bedingten Krankheiten, die aus diesem Grund ärztliche Behandlung in Anspruch genommen haben (s. Tab. 4.5.2). Die Unterschiede ergeben sich vor allem durch die Daten der Stichprobe des Jahres 2003, in der im Vergleich zu den Jahren 2002 und 2004 relativ viele HIV-Infizierte von AIDS-bedingten Krankheiten berichten, von diesen jedoch nur sehr wenige eine entsprechende ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen.

Die Daten zur Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung zeigen für die meisten der erhobenen Probleme, dass in etwa ein Drittel bis die Hälfte derjenigen mit entsprechenden Problemen sich auch in ärztliche Behandlung begeben. Niedrigere Raten lassen sich bei den Magen-, Darmbeschwerden, den epileptischen Anfällen sowie den depressiven Verstimmungen erkennen.

Von den hier erfassten Beschwerden<sup>15</sup> geben die Befragten im Jahr 1995 durchschnittlich 2,1 ( $\pm 1,7$ ) an, und damit etwas mehr als bei den Befragungen der Jahre 2002 bis 2004 (2002:  $1,6 \pm 1,5$ ; 2003:  $1,6 \pm 1,5$ ; 2004:  $1,6 \pm 1,3$ ;  $\chi^2 = 9,88^*$ ). Dies spiegelt sich auch zumindest tendenziell in den entsprechenden Einschätzungen der Befragten bzgl. ihres Gesundheitszustands wider (s. Abb. 4.5.1).

**Abbildung 4.5.1: Anzahl berichteter Symptome und Beschwerden (Mittelwerte) und Einschätzungen zum Gesundheitszustand nach Jahr der Befragung**



Der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen, steigt von insgesamt 47 % im Jahr 1995 auf 56 % im Jahr 2002, sinkt dann jedoch leicht ab auf 49 % und steigt im Jahr 2004 wieder auf 58 % an. Von daher geht zumindest bei den Befragungen 2002 und 2004 die gegenüber 1995 rückläufige Anzahl berichteter Symptome und Beschwerden einher mit entsprechenden Veränderungen in den Selbsteinschätzungen der Befragten.

Insgesamt ist gleichwohl für alle vier Befragungen festzuhalten, dass die Interviewten ihren Gesundheitszustand als eher gut betrachten und jeweils nur ein kleiner Teil der Befragten den eigenen Gesundheitszustand als sehr schlecht einschätzt.

<sup>15</sup> Berücksichtigt wurden bei dieser Auswertung nur die in allen vier Befragungen erhobenen Symptome.

### 4.5.3 Überdosierungen

Die nachfolgenden Analysen zur Prävalenz und den Begleitumständen von Überdosierungen beziehen sich ausschließlich auf die Befragungen 2002 bis 2004. In allen drei Befragungen geben jeweils etwas mehr als die Hälfte der Interviewten an, bereits mindestens eine Überdosierung erlebt zu haben (2002: 58 %, 2003: 57 %, 2004: 53 %;  $\chi^2 = 0,70$  n.s.). Ebenfalls keine Unterschiede zwischen den drei Befragungen zeigen sich im Hinblick auf die Anzahl an Überdosierungen. Diese liegt, bezogen auf diejenigen mit entsprechender Erfahrung, in jedem Jahr im Mittel bei etwa zwei bis drei Überdosierungen (2002: Median 2, 2003: Median 3, 2004: Median 2,5;  $\chi^2 = 1,77$  n.s.). Hinsichtlich der Frage, wann die Interviewten ihre letzte Überdosis hatten, zeigt sich eine extrem hohe Spannweite der Angaben, die zwischen min. einem Monat und max. 20 Jahren streuen. Der Median liegt in allen drei Befragungen bei 24 Monaten, das heißt in jedem Jahr gibt die Hälfte der Befragten an, dass die letzte Überdosis zwei Jahre zurückliegt ( $\chi^2 = 0,21$  n.s.).

Diejenigen, die ihre letzte Überdosis innerhalb der letzten 3 Monate hatten (2002:  $n = 54$ , 2003:  $n = 49$ , 2004:  $n = 49$ ), werden zudem nach den Begleitumständen dieser letzten Überdosis gefragt. Dies beinhaltet Angaben zu den Substanzen, die am Tag der letzten Überdosis konsumiert wurden, zu den Gründen für die Überdosis incl. der Frage, welche Substanz nach Einschätzung der Befragten in erster Linie zur Überdosis geführt hat, wo die Überdosis stattfand und von wem die Befragten Hilfe erhalten haben. Da es sich hier um eine relativ kleine Stichprobe handelt, werden nachfolgend auch lediglich tendenziell signifikante Unterschiede berichtet.<sup>16</sup>

Hinsichtlich der Frage, welche Substanzen die Betroffenen am Tag ihrer letzten Überdosis konsumiert haben, wird Heroin in allen drei Befragungen von jeweils drei Viertel und mehr genannt, und für alle genannten Substanzen zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den drei Erhebungen (s. Tab. 4.5.3). Allerdings ist, auch wenn es sich hier lediglich um tendenziell signifikante Ergebnisse handelt, auf den Anstieg der Nennung von nicht verschriebenen Medikamenten sowie, v. a. im Vergleich zwischen 2003 und 2004, von Kokain hinzuweisen.

**Tabelle 4.5.3: Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	$\chi^2$
Alkohol	20	10	16	2,01
Cannabis	4	2	2	0,38
Heroin	76	82	88	2,39
nicht verschriebene Medikamente	17	12	31	5,72 <sup>(*)</sup>
Substitutionsmittel <sup>a</sup>	12	8	6	0,37
Kokain	19	6	22	5,38 <sup>(*)</sup>
Crack	46	35	31	2,94

<sup>a</sup> Bezogen auf diejenigen, die zu dem Zeitpunkt bereits substituiert waren.

$\chi^2$  - Test: <sup>(\*)</sup>  $p < 0,10$

Dementsprechend entfallen auch in jeder der drei Befragungen die meisten Nennungen auf Heroin als diejenige Substanz, die nach Ansicht der Betroffenen in erster Linie für die Überdosis verantwortlich war (2002: 43 %, 2003: 63 %, 2004: 43 %). Während andere Substanzen in diesem Zusammenhang

<sup>16</sup> Bei tendenziell signifikanten Ergebnissen liegt die Irrtumswahrscheinlichkeit bei 10 %.

eine eher nebensächliche Rolle spielen, wird zudem relativ häufig angegeben, dass weniger eine bestimmte Substanz als vielmehr der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen verantwortlich für die Überdosis gewesen sei (2002: 17 %, 2003: 12 %, 2004: 16 %). Dies spiegelt sich auch in den Angaben zum Hauptgrund für die letzte Überdosis wider, bei denen in den Jahren 2003 und 2004 jeweils etwa ein Drittel der betreffenden Personen den gleichzeitigen Konsum mehrerer Substanzen angibt (s. Tab. 4.5.4).

**Tabelle 4.5.4: Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	$\chi^2$
unbekannte Drogenqualität	59	45	33	17,32 <sup>(*)</sup>
gleichzeitiger Konsum mehrerer Substanzen	15	35	33	
zu hoher Konsum nach vorheriger Abstinenz	6	14	16	
Tagesverfassung	13	4	8	
Suizidabsicht	2	2	4	
Sonstige Gründe	6	0	6	

$\chi^2$  - Test: <sup>(\*)</sup>  $p < 0,10$

Tendenziell rückläufig ist die Häufigkeit, mit der eine unbekannte Drogenqualität als Hauptgrund genannt wird. Eine leichte Zunahme ist dagegen beim Anteil derjenigen festzustellen, die nach eigenen Angaben nach einer vorherigen Abstinenzphase zu viel konsumiert haben.

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungen sind hinsichtlich der Orte der letzten Überdosierung zu beobachten. Den Orten entsprechend, an denen generell vorwiegend konsumiert wird (s. o. Abschnitt 4.4.2), werden am häufigsten die Konsumräume (2002: 49 %, 2003: 49 %, 2004: 28 %), die Straße (2002: 24 %, 2003: 33 %, 2004: 33 %) sowie das eigene Zuhause bzw. andere private Räumlichkeiten (2002: 18 %, 2003: 16 %, 2004: 35 %) genannt. Die hier durchaus festzustellenden Veränderungen bei allen drei Örtlichkeiten können auf Zufallsschwankungen beruhen, so dass sich erst in Folgeuntersuchungen zeigen wird, ob es sich z.B. bei dem Rückgang der Überdosierungen in Konsumräumen und dem gleichzeitigen Anstieg in privaten Räumlichkeiten um einmalige „Ausreißer“ im Jahr 2004 handelt.

Von entscheidender Bedeutung ist hier jedoch vor allem, ob und wenn ja von wem die Betroffenen bei einer Überdosis Hilfe erhalten haben. Bei der Analyse der entsprechenden Daten lassen sich z. T. deutliche Veränderungen feststellen (s. Tab. 4.5.5). So sinkt der Anteil derjenigen, die nach einer Überdosis von einem Mitarbeiter einer Drogenhilfeeinrichtung versorgt wurden, von 2003 auf 2004 deutlich ab, während der Anteil derjenigen, denen von einem anderen Drogenkonsumenten geholfen wurde, im gleichen Zeitraum deutlich ansteigt. Die größten Veränderungen zeigen sich im Hinblick auf die Hilfsmaßnahmen durch einen Notarzt. Während im Jahr 2002 noch in fast der Hälfte der Fälle ein Notarzt bei einer Überdosis anwesend war, ist dies im Jahr 2004 nur noch bei weniger als einem Fünftel der Fälle zu beobachten.

**Tabelle 4.5.5: Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	$\chi^2$
Notarzt	46	27	18	10,03**
Mitarbeiter Drogenhilfeeinrichtung	46	41	24	5,55 <sup>(*)</sup>
Anderer User	30	22	47	7,06*
Bekannte (Non-User)	7	4	6	0,51
keine Hilfe	6	4	2	0,84
unklar / weiß nicht	0	4	2	2,21
Sonstige	2	4	6	1,24

$\chi^2$  - Test: <sup>(\*)</sup>  $p < 0,10$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Diese Veränderungen hängen allem Anschein nach vor allem mit den Unterschieden im Hinblick auf den Ort der letzten Überdosis zusammen. Wenngleich sich hier nur geringfügige Veränderungen zeigen (s. o.), scheinen diese jedoch in Bezug auf die Frage der Hilfestellung von Relevanz zu sein. So entspricht der Rückgang bei der Häufigkeit, mit der Mitarbeiter einer Drogenhilfeeinrichtung bzw. ein Notarzt geholfen haben, dem leicht rückläufigen Anteil der Konsumräume als Ort der letzten Überdosierung. Desgleichen korrespondiert der Anstieg bei der Hilfe durch andere Drogenkonsumenten in etwa mit der Zunahme bei den privaten Räumlichkeiten, in denen andere Drogenkonsumenten vergleichsweise häufig Hilfestellung bei einer Überdosis leisten.

#### 4.5.4 Der Gesundheitszustand im Jahr 2004: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

Abschließend wird auch hier der Gesundheitszustand der im Jahr 2004 befragten Drogenkonsumenten zusammenfassend dargestellt und auf geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht. Die entsprechenden Ergebnisse sind in Tab. 4.5.6 in der Übersicht dargestellt.

Besonders hohe Infektionsraten zeigen sich im Jahr 2004 für die Hepatitis C, von der die befragten Männer und Frauen in etwa gleichem Ausmaß betroffen sind, während die Infektionsraten der beiden anderen Hepatitiden deutlich häufiger von den Frauen berichtet werden. Gleiches gilt für die HIV-Infektionsrate, die insgesamt bei 12 % liegt. Auch wenn der geschlechtsspezifische Unterschied keine statistische Signifikanz erreicht, ist doch hervorzuheben, dass immerhin jede fünfte der befragten Frauen im Jahr 2004 HIV-positiv ist. Dies lässt sich nicht auf Unterschiede im Hinblick auf die Aktualität des entsprechenden Testergebnisses zurückzuführen. Der Anteil der HIV-Negativen, deren letzter Test im Jahr der Befragung 2004 durchgeführt wurde, ist bei den Männern mit 77 % etwa gleich hoch wie bei den Frauen mit 75 %, und insgesamt ist für das Jahr 2004 festzuhalten, dass etwa ein Viertel der berichteten HIV-negativen Testergebnisse auf einer Testung beruhen, die länger als ein Jahr zurückliegt.

Etwas mehr als ein Drittel der 2004 Befragten berichtet von depressiven Verstimmungen in den letzten 3 Monaten, ein Drittel über Probleme mit der Lunge bzw. den Bronchien, ein Viertel über Herz-, Kreislaufprobleme. Zudem gibt ein Drittel der HIV-Infizierten AIDS-bedingte Krankheiten an. Geschlechtsspezifisch zeigen sich Unterschiede im Sinne eines deutlich schlechteren Gesundheitszustands der Frauen. Dies zeigt sich zum einen an der Anzahl berichteter Symptome, und zum anderen, bezogen auf die einzelnen Symptome und Beschwerden, daran, dass Frauen deutlich häufiger

von respiratorischen Problemen, Erkältungen und depressiven Verstimmungen berichten. Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich dagegen bei der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung aufgrund der angegebenen Symptome. Insgesamt begibt sich im Jahr 2004 etwa ein Drittel bis die Hälfte derjenigen mit entsprechenden Problemen auch in ärztliche Behandlung.

**Tabelle 4.5.6: Gesundheitszustand im Jahr 2004: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede**

	Gesamt	Geschlecht		$\chi^2 / Z$
		Männer	Frauen	
Infektionsstatus (%)				
Hepatitis A	7	3	16	8,29**
Hepatitis B	16	9	28	9,27**
Hepatitis C	63	60	70	1,44
HIV	12	8	20	5,81
Symptome / Beschwerden letzte 3 Monate (%)				
Herz-, Kreislaufprobleme	26	24	30	0,62
Probleme mit Lunge / Bronchien	33	20	58	21,88***
Magen-, Darmbeschwerden	15	12	20	1,71
Erkältung / Grippe	17	11	30	8,40**
Zahnschmerzen	31	29	34	0,39
Abszesse (offene Wunden, offene Füße)	14	10	22	3,99*
AIDS - diverse Krankheiten <sup>c</sup>	33	25	40	0,45
epileptische Anfälle	5	4	8	1,06
Depressionen	39	33	50	4,06*
Anzahl Symptome / Beschwerden (AM $\pm$ SD)	1,2 $\pm$ 1,1	2,3 $\pm$ 1,6	1,6 $\pm$ 1,3	4,26***
Überdosierungen				
lifetime Prävalenz (%)	53	57	46	1,62
Anzahl Überdosierungen (Median) <sup>a</sup>	2,5	3	2	0,55
Monate seit letzter Überdosierung (Median) <sup>a</sup>	24	24	24	0,64

<sup>a</sup> Bezogen auf diejenigen mit min. einer Überdosierung  
 $\chi^2$  - Test / U-Test: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ .

Die unterschiedliche Symptombelastung schlägt sich auch in Unterschieden in der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands nieder: während 63 % der im Jahr 2004 befragten Männer ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, trifft dies nur auf 48 % der Frauen zu ( $Z = 2,09^*$ ).

Dagegen zeigen sich im gesamten Bereich der Daten zur Überdosierung keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Insgesamt hat etwas mehr als die Hälfte der im Jahr 2004 Befragten die Erfahrung einer Überdosierung. Diejenigen mit entsprechender Erfahrung haben im Mittel 2,5 Überdosierungen erlebt, die letzte Überdosierung liegt dabei im Mittel zwei Jahre zurück. Heroin wird von denjenigen Befragten mit einer Überdosis innerhalb der letzten 3 Monate am häufigsten als Substanz genannt, die sie am Tag der Überdosis konsumiert haben.

Als Hauptgrund für diese letzte Überdosis geben ein Drittel der Befragten im Jahr 2004 eine unbekannte Drogenqualität und ebenfalls ein Drittel den gleichzeitigen Konsum mehrerer Substanzen an. Etwa jeder sechste Befragte führt die letzte Überdosis auf einen zu hohen Konsum nach einer längeren Abstinenzphase zurück, 4 % benennen suizidale Absichten als Hauptgrund. Etwa ein Drittel der

letzten Überdosierungen findet Zuhause bzw. in privaten Räumlichkeiten statt, ebenfalls ein Drittel auf der Straße und etwas mehr als ein Viertel in Konsumräumen. In fast der Hälfte der Fälle haben die Betroffenen Hilfe von einem anderen Drogenkonsumenten erhalten, zu etwa einem Viertel von Mitarbeitern von Drogenhilfeeinrichtungen, während ein Notarzt nur in weniger als einem Fünftel der Fälle zugegen war.

## 4.6 Inanspruchnahme des Hilfesystems

### 4.6.1 Substitution

Im 3-Jahres-Zeitraum zwischen 2002 und 2004 hat sich der Anteil an Substituierten deutlich erhöht, wobei dies vor allem auf den Anstieg zwischen 2002 und 2003 zurückzuführen ist (s. Tab. 4.6.1). Dieser Unterschied erklärt sich vermutlich zum einen durch die ab 01.01.2003 gültigen, und deutlich geänderten Richtlinien zur Substitutionsbehandlung (BUB), zum zweiten durch den Beginn des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung in Frankfurt im März 2003<sup>17</sup>. Die ebenfalls deutlichen Unterschiede bzgl. des verabreichten Substitutionsmittels (s. Tab. 4.6.1) weisen vor allem auf die zunehmende Diversifizierung der Substitutionsbehandlung durch die zunehmende Verbreitung von Buprenorphin und den Start Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung hin. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass bei der Befragung 2004 nur noch ein Heroinsubstituierter erreicht wurde, während im Vorjahr noch neun Teilnehmer des Modellprojekts befragt wurden. Inwiefern dies als ein Hinweis darauf interpretiert werden kann, dass mit der Teilnahme an der heroingestützten Behandlung tatsächlich - wie intendiert - eine Löslösung aus dem „Szene-Kontext“ einhergeht, werden gleichwohl erst die Ergebnisse des Modellprojekts zeigen.

**Tabelle 4.6.1: Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung**

	2002	2003	2004	$\chi^2$
in Substitution (%)	29	43	46	10,66**
Substitutionsmittel <sup>a</sup> (%)				
Methadon	100	75	90	21,41**
Heroin	0	14	1	
Buprenorphin (Subutex <sup>®</sup> )	0	3	6	
Levomethadon (L-Polamidon <sup>®</sup> )	0	8	3	
Dosierung in mg Methadon <sup>b</sup> (AM $\pm$ SD)	83,9 $\pm$ 43,5	79,0 $\pm$ 51,6	74,6 $\pm$ 41,8	1,05
Substitutionsdauer in Monaten (Median)	24	12	7	4,99

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

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

$\chi^2$  - Test / H-Test: \*\*  $p < 0,01$

<sup>17</sup> Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass ein kleiner Anteil der Befragten aktuell keine Opiate konsumiert, deckt sich der ermittelte Anteil an Substituierten annähernd mit den Ergebnissen der Regionalauswertung der ambulanten Suchtkrankenhilfe für Frankfurt: dort wurde für 2003 ein Substituiertenanteil von 56% derer mit Hauptdiagnose „Opiate“ ermittelt (Kloss, Kalke, Raschke & Werse 2004).

Keine Unterschiede zwischen den Befragungen ergeben sich im Hinblick auf die Höhe der Dosierung, wobei diese bei Heroin, Buprenorphin und Levomethadon in Methadonäquivalenzdosen umgerechnet wurde. Bei einer Dosierung von über 70 mg Methadon im Durchschnitt erhalten die Substituierten insgesamt eine im Rahmen der Erhaltungstherapie angemessene Dosierung (Verster & Buning 2000). Bei den Angaben zur Substitutionsdauer schwanken die Werte insgesamt in einem sehr weiten Bereich zwischen min. einem Monat und max. 25 Jahren. Die Hälfte der im Jahr 2002 befragten Substituierten ist seit mindestens 2 Jahren in Behandlung, im Jahr 2003 sinkt dieser Wert auf ein Jahr und im Jahr 2004 nochmals auf etwas mehr als ein halbes Jahr (s. Tab. 4.6.1). Diese statistisch allerdings nicht signifikanten Unterschiede lassen sich vermutlich durch die Zunahme des Anteils an Substituierten in den Jahren 2003 und 2004 und den damit einhergehenden Anstieg an Substituierten mit sehr kurzer Behandlungsdauer erklären. Dies zeigt auch Abb. 4.6.1, in der die Substitutionsdauer zusammengefasst wurde.

**Abbildung 4.6.1: Substitutionsdauer (zusammengefasst, %) nach Jahr der Befragung**

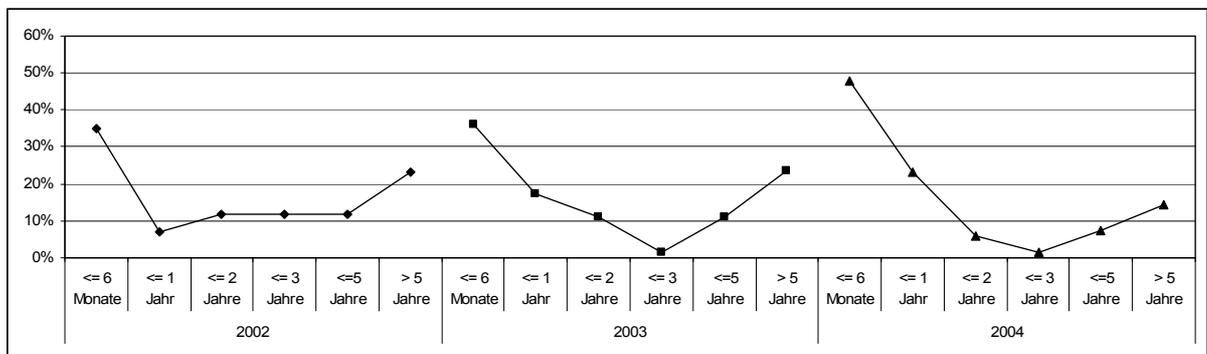


Abbildung 4.6.1 zeigt darüber hinaus, dass in allen drei Befragungen in der Tendenz eine zweigipflige Verteilung zu beobachten ist, mit einer relativ großen Gruppe von Substituierten mit eher kurzer Behandlungsdauer auf der einen Seite, und einer Gruppe von Langzeitsubstituierten mit mehr als 5-jähriger Behandlungsdauer auf der anderen Seite. Dies deutet darauf hin, dass es sich bei den Substituierten, die sich im Umfeld der Frankfurter „Drogenszene“ aufhalten, in der Tendenz um Substituierte zu handeln scheint, die eingangs der Behandlung noch in der „Szene“ verhaftet sind oder sich trotz einer langen Behandlungsdauer nicht aus dem „Szene-Kontext“ haben lösen können.

Bei allen drei Erhebungen halten 80 % und mehr aller Befragten die in Frankfurt bestehenden Möglichkeiten, in die Substitutionsbehandlung aufgenommen zu werden, für ausreichend (2002: 80 %, 2003: 80 %, 2004: 87 %). Dies gilt überraschenderweise sowohl für diejenigen, die tatsächlich in einer Substitutionsbehandlung sind, als auch für die Nicht-Substituierten, von denen in allen drei Befragungen drei Viertel und mehr die Substitutionsmöglichkeiten ausreichend finden (2002: 78 %, 2003: 77 %, 2004: 89 %).

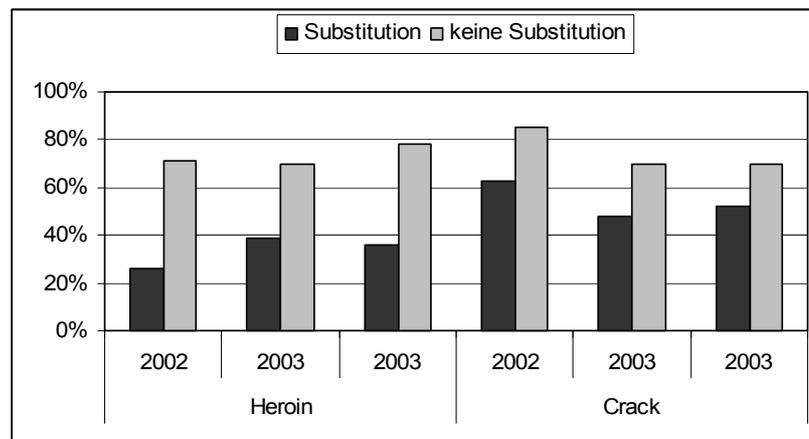
Die Unterschiede im Konsumverhalten zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten wurden anhand der 24-Stunden-Prävalenzen der gängigsten Substanzen untersucht. Im Ergebnis zeigen sich dabei keine Unterschiede im Konsum von Alkohol, Cannabis, nicht verschriebenen Medikamenten und Kokain, jedoch sehr deutliche Unterschiede hinsichtlich des Heroin- und des Crackkonsums (s. Tab. 4.6.2).

**Tabelle 4.6.2: 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus**

	Substitution		$\chi^2$
	ja	nein	
Alkohol	35	40	1,10
Cannabis	28	22	2,46
Heroin	35	73	63,33***
nicht verschriebene Medikamente	35	28	2,17
Kokain	6	8	0,89
Crack	53	76	24,59***

$\chi^2$  - Test: \*\*\*  $p < 0,001$

Dieses Muster, d. h. keine Unterschiede bei Alkohol, Cannabis, nicht verschriebenen Medikamenten und Kokain, aber ein deutlich geringer ausgeprägter Konsum von Heroin und Crack bei den befragten Substituierten zeigt sich durchgängig über alle drei Erhebungen. Dabei fallen jeweils die Unterschiede zwischen beiden Gruppen bei Crack etwas geringer aus als bei Heroin, und innerhalb der Gruppe der Substituierten ist der Crackkonsum stärker ausgeprägt als der Heroinkonsum (s. Abb. 4.6.2).

**Abbildung 4.6.2: 24-Stunden-Prävalenzen von Heroin und Crack (%) nach Behandlungsstatus und Jahr der Befragung**

Diese Ergebnisse sind insofern zu erwarten, als die Substitution unter pharmakologischen Gesichtspunkten keine Behandlung des Crackkonsums darstellt. Dass sie dennoch offensichtlich einen positiven Effekt auf den Crackkonsum hat, lässt sich vermutlich auf eine eher indirekte Wirkung durch die Einbindung in ein systematisches Behandlungssetting erklären.

In Bezug auf den Heroinbeigebrauch der Substituierten schließlich zeigt Abb. 4.6.2 eine leichte Zunahme der 24-Stunden-Prävalenz von 2002 auf 2003, die sich vermutlich auf den erhöhten Anteil an Substituierten mit vergleichsweise kurzer Behandlungsdauer zurückzuführen lässt. Dafür spricht, dass sich Substituierte mit und ohne Heroinkonsum in den letzten 24 Stunden sehr deutlich hinsichtlich der Dauer der Substitutionsbehandlung unterscheiden. Die Substituierten mit Heroinkonsum sind im Mittel erst seit 5 Monaten in der Substitution, während die Substituierten ohne Heroinkonsum im Mittel seit 2 Jahren in Behandlung sind ( $Z = 4,86^{***}$ ). Hinsichtlich der Dosierung bestehen keine Unterschiede (mit Heroinkonsum:  $72,0 \pm 47,4$  mg Methadon; ohne Heroinkonsum:  $81,9 \pm 44,9$  mg

Methadon;  $Z = 1,72$  n.s.), und beide Gruppen sind demnach insgesamt ausreichend dosiert. Von daher zeigen diese Daten, dass der Heroinbeigebrauch auch unter den Substituierten in der „Drogenszene“ vor allem eingangs der Behandlung noch ausgeprägt ist, sich im weiteren Verlauf aber zunehmend verringert.

Abschließend sei im Hinblick auf die Ergebnisse zum Beikonsum daran erinnert, dass die befragten Substituierten ausnahmslos im engeren Umfeld der „offenen Szene“ angetroffen wurden, so dass die o. a. Ergebnisse keine Aussagen über die Gesamtgruppe der Substituierten in Frankfurt zulassen. Sie gelten vielmehr nur für die Teilgruppe derer, die sich (noch) in der „offenen Drogenszene“ aufhalten.

#### 4.6.2 Nutzung der Angebote des Drogenhilfesystems

Die Inanspruchnahme verschiedener Angebote des Drogenhilfesystems wird anhand einer Liste von Angeboten der Drogenhilfe erfasst. Die Befragten werden gebeten anzugeben, wie häufig sie das jeweilige Angebot in den letzten drei Monaten in Anspruch genommen haben.

Abb. 4.6.3 zeigt zunächst die generelle Nutzung, d. h. ob die Befragten das jeweilige Angebot in den letzten 3 Monaten mindestens ein Mal in Anspruch genommen haben. Dabei zeigt sich zum einen, dass vor allem niedrigschwellige Angebote, d. h. der Aufenthalt in Kontaktläden, Essen, die Druckräume<sup>18</sup> und der Spritzentausch bei den Befragten über eine hohe Reichweite verfügen. Davon ausgenommen ist lediglich die Nutzung des Rauchraums, der wie bereits dargelegt (s. Abschnitt 4.4.2) nur von wenigen Befragten genutzt wird. Zum zweiten zeigt sich, dass von den eher höher-schweligen Angeboten die Beratungsgespräche und die medizinische Versorgung ebenfalls vergleichsweise häufig genutzt werden, während das Angebot von ambulanter und stationärer Therapie kaum in Anspruch genommen wird. Gleichwohl gibt jeder fünfte in den Jahren 2003 und 2004 Befragte an, in den letzten 3 Monaten in einer Entzugsbehandlung<sup>19</sup> gewesen zu sein, ebenfalls etwa jeder fünfte nimmt an einem Arbeitsprojekt teil. Insgesamt haben nahezu sämtliche Befragten in den letzten 3 Monaten mindestens ein Angebot des Frankfurter Drogenhilfesystems genutzt (2002: 97 %; 2003: 99 %; 2004: 100 %).

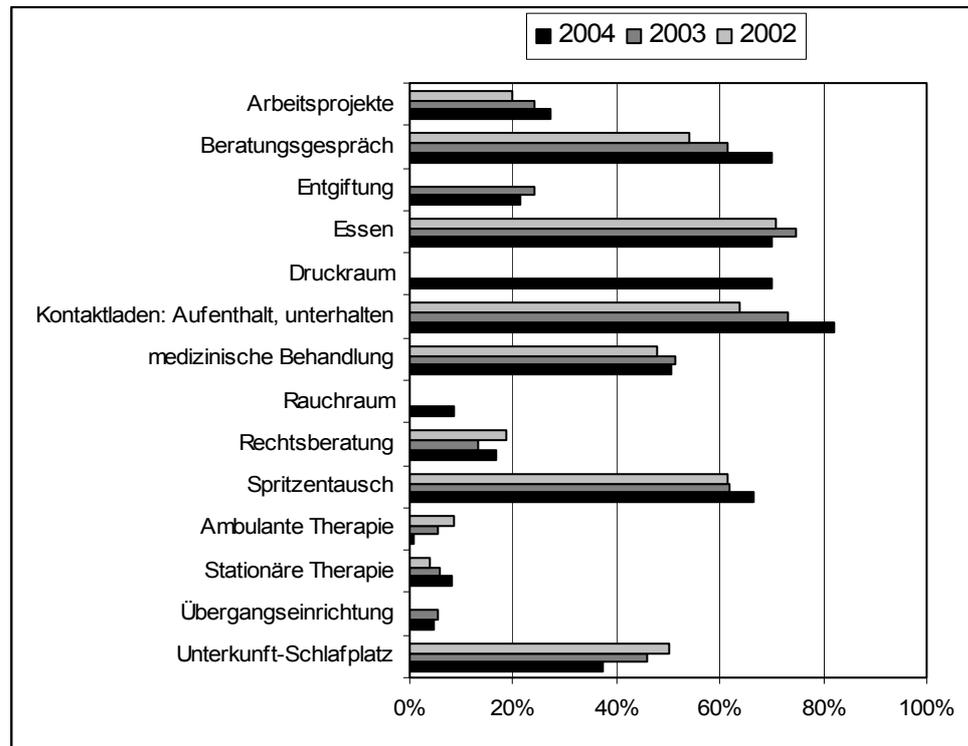
Die Analyse der Veränderungen innerhalb des 3-Jahres-Zeitraums zeigt signifikante Unterschiede bei den Beratungsgesprächen ( $\chi^2 = 8,15^*$ ), dem Aufenthalt in Kontaktläden ( $\chi^2 = 12,37^{**}$ ) sowie der ambulanten Therapie ( $\chi^2 = 10,42^{**}$ ). Demnach nehmen die Inanspruchnahme von Beratung sowie der Aufenthalt in Kontaktläden kontinuierlich zu, während die Teilnahme an einer ambulanten Therapie kontinuierlich abnimmt. Alle anderen zu beobachtenden Veränderungen können auf Zufallsschwankungen zurückzuführen sein.

---

<sup>18</sup> Bei der Nutzung der Konsumräume wurde erstmals 2004 zwischen der Nutzung der Druckräume und der Nutzung des Rauchraums unterschieden.

<sup>19</sup> Die Berücksichtigung der Entgiftung und der Übergangseinrichtungen erfolgte ab der Befragung 2003.

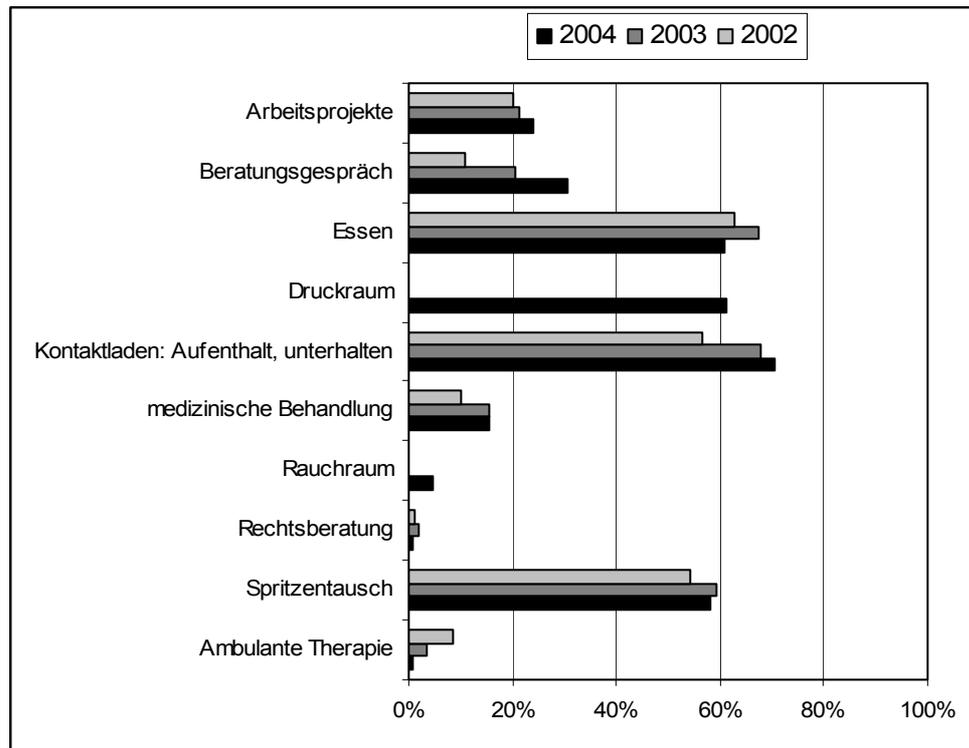
**Abbildung 4.6.3: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung**



Um die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Angebote zu untersuchen, wurden die Angaben der Befragten dahingehend zusammengefasst, ob sie das jeweilige Angebot in den letzten 3 Monaten mindestens ein Mal pro Woche genutzt haben. Nicht berücksichtigt werden bei dieser Auswertung die stationären Angebote (Entgiftung, stationäre Therapie, Übergangseinrichtung, Unterkunft), da sich die Häufigkeit der Nutzung hier aus dem Setting selbst ergibt.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die niedrigschwelligen Angebote Aufenthalt in Kontaktläden, Essen, Druckraum und Sprizentausch von mehr als der Hälfte der Befragten mindestens ein Mal pro Woche genutzt werden, und insofern nicht nur über eine hohe Reichweite verfügen, sondern auch über eine hohe Nutzungsfrequenz (s. Abb. 4.6.4). Der Anteil an Befragten, die mindestens ein Mal pro Woche Beratung und medizinische Behandlung nutzen, ist demgegenüber wie zu erwarten geringer. Im Falle der medizinischen Versorgung ist dies, angesichts des dargestellten Gesundheitszustands der hier Befragten, vermutlich auf eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme zurückzuführen. Im Falle der Beratung ist darauf hinzuweisen, dass hier eine sehr deutliche Zunahme ( $\chi^2 = 18,30^{***}$ ) des Anteil derjenigen mit mindestens ein Mal wöchentlicher Nutzung zu verzeichnen ist.

**Abbildung 4.6.4: Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung**



Im Hinblick auf die Veränderungen im 3-Jahres-Zeitraum zeigen sich bei der Auswertung der Nutzungshäufigkeit analoge Entwicklungen wie bei der Auswertung der Reichweite. Neben der deutlichen Zunahme bei den Beratungsgesprächen nimmt auch die mindestens ein Mal wöchentliche Nutzung des Aufenthalts in Kontaktläden deutlich zu ( $\chi^2 = 7,30^*$ ), während die häufige Nutzung der ambulanten Therapie deutlich abnimmt ( $\chi^2 = 12,32^{**}$ ).

Insgesamt zeigt sich, dass das (ambulante) Frankfurter Drogenhilfesystem nicht nur über eine gute Reichweite verfügt, sondern auch intensiv genutzt wird, und nahezu sämtliche Befragten mindestens eines der hier berücksichtigten Angebote ein Mal pro Woche und häufiger in Anspruch nehmen. Im 3-Jahres-Zeitraum zeigt sich dabei sogar eine leichte Zunahme des Anteils derjenigen, die mindestens ein ambulantes Angebot ein Mal pro Woche und häufiger nutzen, von 89 % im Jahr 2002 auf 95 % im Jahr 2003 und 96 % im Jahr 2004 ( $\chi^2 = 7,93^*$ ). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass unter denjenigen Befragten, die direkt auf der „Drogenszene“ rekrutiert wurden (s. o. Abschnitt 2.1), der Anteil an Befragten mit intensiver Nutzung des ambulanten Drogenhilfesystems zugenommen hat (2002: 84 %; 2003: 96 %; 2004: 98 %;  $\chi^2 = 7,93^{**}$ ), während die Ergebnisse für die innerhalb der Drogenhilfeeinrichtungen rekrutierten Befragten über die drei Jahre relativ konstant sind (2002: 93 %; 2003: 95 %; 2004: 93 %;  $\chi^2 = 0,15$  n.s.).

Bei der Erhebung 2004 wurden die Interviewten nicht nur bzgl. ihres Nutzungsverhaltens befragt, sondern auch dahingehend, was sie davon abhält, die vorhandenen Entzugs- und Therapieangebote zu nutzen. Am häufigsten geben die Befragten dabei mangelndes Interesse an, immerhin 43 % scheinen sich demnach gegenwärtig für die in erster Linie abstinentenorientierten Angebote nicht zu interessieren. Auf der anderen Seite geben allerdings auch 21 % an, sich aktuell um einen Entzugs- oder Therapieplatz zu bemühen, 7 % äußern aufgrund einer bestehenden Substitution keinen weiteren

Behandlungsbedarf. In den Antworten von immerhin 10 % der Befragten spiegelt sich ein hohes Maß an Hoffnungslosigkeit wider, das vor allem aus zu vielen erfolglosen Versuchen und einer allgemeinen Perspektivlosigkeit resultiert. 5 % geben an, erst kürzlich im Entzug oder in Therapie gewesen zu sein, ebenfalls 5 % wollen ohne professionelle Hilfe entziehen und weitere 5 % können oder wollen zu dieser Frage keine Angaben machen.

### 4.6.3 Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2004: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

Tab. 4.6.3 zeigt in der Übersicht die geschlechtsdifferenzierten sowie die Gesamtdaten zur Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2004. Mit einem Anteil von 46 % ist fast die Hälfte der im Jahr 2004 Befragten in einer Substitutionsbehandlung. Dies bedeutet gegenüber dem Jahr 2002 eine sehr deutliche Zunahme, die vor allem auf einen deutlich gestiegenen Anteil an Substituierten unter den Männern zurückzuführen ist (2002: 24 %, 2003: 44 %, 2004: 45 %;  $\chi^2 = 11,51^{**}$ ), während der Anteil an weiblichen Substituierten über die drei Jahre nur geringfügig gestiegen ist (2002: 38 %, 2003: 40 %, 2004: 48 %;  $\chi^2 = 1,22$  n.s.).

**Tabelle 4.6.3: Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten 3 Monaten im Jahr 2004: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede**

	Gesamt	Geschlecht		$\chi^2 / Z$
		Männer	Frauen	
Substitution				
in Behandlung (%)	46	45	48	0,14
Dosierung in mg Methadon <sup>a</sup> (AM $\pm$ SD)	74,6 $\pm$ 41,8	71,5 $\pm$ 37,1	80,8 $\pm$ 50,0	0,42
Substitutionsdauer in Monaten (Median)	7	7	7,5	0,14
Nutzung ambulanter Angebote min. ein Mal pro Woche (%)				
Arbeitsprojekte	24	26	20	0,66
Beratungsgespräch	31	29	34	0,39
Essen	61	67	48	5,04*
Druckraum	61	65	54	1,70
Kontaktladen: Aufenthalt, unterhalten	71	70	72	0,06
medizinische Behandlung	15	12	22	2,59
Rauchraum	5	5	4	0,08
Rechtsberatung	1	0	2	2,01
Spritzentausch	58	58	58	0,00
Ambulante Therapie	1	0	2	2,01

$\chi^2$  - Test / U-Test: \*  $p < 0,05$ .

Hinsichtlich weiterer Eckdaten zur Substitution zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, und insgesamt sind die im Jahr 2004 Befragten überwiegend erst seit kurzer Zeit in Behandlung. Dies ist insofern von Bedeutung, als die Analyse des Konsumverhaltens der Substituierten auch hier zeigt, dass ein Rückgang des Heroinkonsums erst nach einer längeren Behandlungsdauer zu erwarten ist. Unabhängig davon zeigt sich auch im Jahr 2004, dass die Substitution nicht nur mit einem deutlich geringer ausgeprägten Konsum von Heroin (24-Stunden-

Prävalenz: 36 % vs. 78 %;  $\chi^2 = 26,52^{***}$ ), sondern auch von Crack (52 % vs. 71 %;  $\chi^2 = 5,24^*$ ) einhergeht. Dies gilt sowohl für die männlichen wie für die weiblichen Substituierten, die sich (noch) im Umfeld der „offenen Drogenszene“ aufhalten.

Insgesamt verfügt das Frankfurter Drogenhilfesystem über eine hohe Reichweite, und sämtliche Befragten haben in den letzten 3 Monaten mindestens eines der vorgehaltenen Hilfeangebote in Anspruch genommen. Neben dieser hohen Reichweite zeigt sich auch eine hohe Nutzungsfrequenz der vorgehaltenen Angebote. Beides gilt vor allem für die niedrigschwelligen Angebote Aufenthalt in Kontaktläden, Essen, Druckraum und Spritzentausch, während das Angebot des Rauchraums generell wenig genutzt wird. Aber auch eher höherschwellige Angebote werden in relevantem Umfang in Anspruch genommen. So nimmt fast jeder dritte im Jahr 2004 befragte Drogenkonsument mindestens ein Mal pro Woche ein Beratungsgespräch in Anspruch, etwa jeder vierte nimmt an einem Arbeitsprojekt teil. Kaum genutzt werden dagegen neben dem Rauchraum das Angebot der ambulanten Therapie sowie die Rechtsberatung. Die geschlechtsdifferenzierte Auswertung zeigt lediglich einen signifikanten Unterschied dahingehend, dass die im Jahr 2004 befragten Männer zu einem höheren Anteil das Essensangebot mindestens ein Mal pro Woche nutzen. Bei allen übrigen Angeboten zeigen sich keine Unterschiede, und sowohl die befragten Männer als auch die befragten Frauen haben nahezu ausnahmslos mindestens eines der ambulanten Angebote in den letzten 3 Monaten ein Mal pro Woche und häufiger in Anspruch genommen (Männer: 97 % vs. Frauen: 94 %;  $\chi^2 = 0,78$  n.s.).

## 5 Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht beschreibt die Situation in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main unter zwei Aspekten: zum einen im Hinblick auf die Veränderungen, die sich in zentralen Inhaltsbereichen wie der sozialen und gesundheitlichen Situation, dem Substanzkonsum und der Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten Jahren gezeigt haben, zum zweiten im Hinblick auf die aktuelle Situation, wie sie sich in der „offenen Drogenszene“ Mitte des Jahres 2004 auf Grundlage der hier vorliegenden Daten darstellt.

### 5.1 Die Veränderungen in der „offenen Drogenszene“

Im Zentrum der Analyse der Veränderungen steht der Beobachtungszeitraum 2002 bis 2004, ergänzt um Daten aus einer Befragung aus dem Jahr 1995. Dies ermöglicht sowohl die Analyse eher kurzzeitiger Veränderungen durch die Betrachtung des 3-Jahres-Zeitraums, als auch langfristiger Veränderungen, die über einen Zeitraum von neun Jahren zu beobachten sind.

In der langfristigen Betrachtung zeigt sich zunächst einmal, dass die Drogenkonsumenten, die sich im Umfeld der Frankfurter „Drogenszene“ aufhalten, immer älter werden, was als Indiz für die Wirksamkeit von Harm reduction-Angeboten wie Spritzentausch, Konsumräumen oder einem vereinfachten Zugang zur Substitutionsbehandlung betrachtet werden kann. Dagegen sind hinsichtlich der sozialen Situation, vor allem der Wohn- und Beschäftigungssituation, über die Jahre kaum Veränderungen festzustellen: Relativ konstant über die Zeit

- ist nahezu jeder Zweite faktisch obdachlos
- wohnt nur jeder Vierte in einer eigenen Wohnung
- hat etwa die Hälfte keine abgeschlossene Berufsausbildung

- sind 80 % arbeitslos
- ist die Mehrheit langzeitarbeitslos
- steigt mit zunehmender Dauer der Bindung an die „Drogenszene“ die Dauer der Arbeitslosigkeit

Zwar lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht abschätzen, ob sich das Durchschnittsalter noch weiter erhöht - unabhängig davon stellt die prekäre soziale Situation einer durchschnittlich etwa 35-jährigen Klientel die Drogenhilfe vor besondere Herausforderungen im Hinblick auf die soziale Reintegration. Hier handelt es sich gleichwohl nicht um ein spezifisches Problem des Frankfurter Drogenhilfesystems. Auch in Hamburg beispielsweise zeigt sich eine ähnliche Entwicklung, und es wird sich zeigen müssen, ob die jeweiligen Hilfesysteme auf den besonderen Hilfebedarf von älteren Drogenkonsumenten eingestellt sind (Prinzleve 2004). In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass etwa die Hälfte der Frauen und mehr als 40 % der Männer eigene Kinder haben, woraus sich u. U. weitere und besondere Anforderungen an das Drogenhilfesystem ergeben.<sup>20</sup>

Die bedeutsamste Veränderung im Bereich des Substanzkonsums ist ohne Zweifel der Wechsel der Kokainkonsumformen. Stellte sich die Frankfurter „Drogenszene“ im Jahr 1995 noch vorwiegend als „Heroin-Kokain-Szene“ mit fast ausschließlich intravenösem Konsum dar, so ist sie mittlerweile eine „Heroin-Crack-Szene“ mit hohen Prävalenzraten sowohl für den intravenösen als auch für den Raucherkonsum. Dabei ergeben sich insgesamt Anzeichen für eine seit 2002 wieder zunehmende Bedeutung von Heroin. Die Prävalenzraten steigen, Heroin ist leichter verfügbar, preiswerter und dabei von besserer Qualität. Auch wenn diese Veränderungen zum Teil auf Zufallsschwankungen beruhen können - zusammengenommen weisen sie auf einen Bedeutungszuwachs von Heroin hin, der vor allem mit Blick auf das Behandlungsangebot von Belang ist. Angesichts der vorliegenden Zahlen hat die Substitution als „gold standard“ zur Behandlung des Heroinkonsums nichts an Wichtigkeit verloren, ebenso wenig die Diversifizierung dieser Behandlung durch Substitutionsmittel wie z. B. Buprenorphin oder evtl. auch Diamorphin. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund der hier vorliegenden Ergebnisse, nach denen bei Substituierten, auch wenn sie sich noch im Umfeld der „offenen Szene“ aufhalten, nicht nur der Konsum von Heroin mit zunehmender Behandlungsdauer zurückgeht, sondern auch der Crackkonsum deutlich geringer ausgeprägt ist als bei Nicht-Substituierten. Von daher ist auch besonders hervorzuheben, dass die Mehrheit der Befragten die in Frankfurt bestehenden Möglichkeiten zur Aufnahme in die Substitution für ausreichend hält.

Bei Crack ist die Verbreitung nach der Hochphase im Jahr 2002 leicht rückläufig, und der Konsum scheint sich auf dem seit 2003 erreichten hohen Niveau zu stabilisieren. Bemerkenswert sind hier daher weniger die Veränderungen in der Konsumprävalenz, als vielmehr die konstant hohe Prävalenz des intravenösen Crackkonsums. Des Weiteren ist eine kontinuierliche Zunahme des Konsums von nicht verschriebenen Medikamenten, vor allem Benzodiazepinen, zu beobachten. Diese Zunahme ist vor allem auch vor dem Hintergrund zu erwähnen, dass parallel dazu nicht verschriebene Medikamente zunehmend häufiger an Überdosierungen beteiligt zu sein scheinen.

Trotz dieser Veränderungen bei den Prävalenzraten bleiben die Konsummuster auch in der längerfristigen Betrachtung insofern konstant, als auch die Drogenkonsumenten im Umfeld der Frankfurter „Drogenszene“ als „Multi-User“ bezeichnet werden können. Neben Heroin, Kokain in der einen oder anderen Form sowie den nicht verschriebenen Medikamenten sind dabei Alkohol und Cannabis fester Bestandteil des Konsumgeschehens. Wenig Veränderungen, zumindest in der Betrachtung über die

<sup>20</sup> Allerdings lässt sich den vorliegenden Daten nicht entnehmen, ob diese Kinder (noch) bei den Befragten leben. Ebenso wenig kann im Rahmen eines Monitoringsystems untersucht werden, ob und welchen Hilfebedarf diese Kinder haben. Hier wäre - auch unter präventiven Gesichtspunkten - über die Durchführung spezieller Studien nachzudenken.

Jahre 2002 bis 2004, sind auch bei den Konsummustern von Heroin und Crack festzustellen. Jeweils etwa 60 % konsumieren Heroin bzw. Crack täglich, bei Heroin ist die Konsumfrequenz vergleichsweise niedrig, Crack wird von 20 % - 30 % exzessiv konsumiert.

Ebenfalls relativ konstant über die Zeit hält sich der Großteil der Befragten sehr häufig und über viele Stunden auf der „Szene“ auf. Die „Szene“ ist dabei nicht nur der Ort, an dem Drogen gekauft und z. T. auch verkauft werden, sondern hat offensichtlich auch eine wichtige soziale Funktion: sie wird aufgesucht, um Leute zu treffen und sich die Langeweile zu vertreiben. Darüber hinaus ist die „Szene“ einer der zentralen Orte, an denen Drogen konsumiert werden. Dies geschieht im Falle des intravenösen Konsums vor allem in den Druckräumen, während Rauchkonsum - und das heißt in erster Linie Crackkonsum - vor allem auf der Straße praktiziert wird. Dieser Unterschied zwischen den beiden Applikationsformen zeigt sich besonders deutlich daran, dass Crack selbst dann, wenn die Befragten offensichtlich auch private Räumlichkeiten nutzen könnten, in der Öffentlichkeit konsumiert wird. Da Crackrauchen im Unterschied zum vergleichsweise „umständlichen“ i.v.-Konsum schneller und leichter zu praktizieren ist, und Crack aufgrund seines Wirkprofils häufig mit einer hohen Konsumfrequenz einhergeht, ist dies leicht nachzuvollziehen. Dennoch bleibt das Problem der - tatsächlichen oder vermeintlichen - Belastung für die Allgemeinbevölkerung durch den Konsum in der Öffentlichkeit und damit die Gefahr, dass die sehr ausgeprägte Nutzung der Druckräume darüber aus dem Blick gerät. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass die hier Befragten das Rauchraum-Angebot kaum in Anspruch nehmen. Zum Teil mag die geringe Nutzung des Rauchraums darin begründet sein, dass es sich um ein vergleichsweise neues Angebot mit eher geringer Platzzahl handelt, teilweise auch in den Bedingungen vor Ort. So nennt etwa jeder fünfte Befragte Faktoren wie Wartezeiten, Öffnungszeiten oder die Atmosphäre als Grund dafür, warum der Rauchraum nicht häufiger genutzt wird. Andererseits gibt auch etwa jeder Fünfte an, der Rauchraum sei zu weit weg, was angesichts der tatsächlichen Lage mehr als erstaunlich ist. Inwiefern das Angebot von Rauchplätzen zu einer spürbaren Entlastung beitragen kann, bleibt daher abzuwarten - Erfahrungen aus anderen Städten wie Hamburg (Möller & Prinzleve 2004) und Zürich (Blättler 2004) zeigen jedenfalls, dass Rauchräume eine sinnvolle, von den Drogenkonsumenten stark frequentierte Erweiterung des Angebotsspektrums sein können.

Im Hinblick auf den Gesundheitszustand zeigen die Daten die auch international zu beobachtende enorm hohe Verbreitung der HCV-Infektion (EBDD, 2004). Berücksichtigt man auch die Hepatitiden A und B, lässt sich für die „Drogenszene“ in Frankfurt festhalten, dass sich die Hepatitis-Infektionsrate in den letzten 9 Jahren annähernd verdoppelt, die HIV-Infektionsrate dagegen annähernd halbiert hat. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Angaben zum HIV-Infektionsstatus z. T. auf einem veralteten Testergebnis beruhen. Ansonsten ergeben sich aus den Angaben zum Gesundheitszustand auch langfristig kaum Veränderungen, und der Großteil der Befragten schätzt den eigenen Gesundheitszustand als gut oder gar sehr gut ein. Die Daten zur letzten Überdosierung, d. h. wo diese stattfand und von wem die Betroffenen Hilfe erhalten haben, deuten vor allem im Vergleich zwischen 2003 und 2004 auf eine mögliche Zunahme von Drogennotfällen außerhalb der Konsumräume, in privaten Räumlichkeiten oder auf der Straße, hin. Diese Zunahme von Drogennotfällen in vergleichsweise risikoreicher Umgebung wiederum könnte einer der Gründe für die gestiegene Zahl der Drogentoten in Frankfurt von 21 im Jahr 2003 auf 35 im vergangenen Jahr sein (FR vom 3.1.2005).

Aus den Angaben zum Inanspruchnahmeverhalten schließlich ergibt sich, dass das (ambulante) Frankfurter Drogenhilfesystem über eine sehr hohe Reichweite und hohe Nutzungsfrequenz verfügt. Insbesondere über niedrigschwellige Angebote wie Kontaktläden, Druckräume und Spritzentausch werden nahezu sämtliche befragten Personen erreicht. Im 3-Jahresvergleich nimmt dabei der Aufenthalt in Kontaktläden kontinuierlich zu, desgleichen die Teilnahme an Beratungsgesprächen, während

die Nutzung von Angeboten der ambulanten Therapie kontinuierlich sinkt. Letzteres steht in Einklang damit, dass sich fast die Hälfte der im Jahr 2004 Befragten derzeit nicht für abstinenzorientierte Entzugs- und Therapieangebote zu interessieren scheint. Hier ist jedoch zu betonen, dass es sich um eine Momentaufnahme handelt, die den Prozesscharakter des Ausstiegs aus dem Drogenkonsum nicht abbilden kann und aus der nicht auf eine generell gering ausgeprägte Veränderungsbereitschaft geschlossen werden kann. Denn andererseits gibt immerhin jeder Fünfte an, sich aktuell um ein abstinenzorientiertes Angebot zu bemühen.

## 5.2 Die „offene Drogenszene“ im Jahr 2004

Die Situation in der „offenen Drogenszene“ im Jahr 2004 wurde bereits für die einzelnen Inhaltsbereiche zusammenfassend dargestellt - eine nochmalige Zusammenfassung kann daher entfallen. Für eine Einordnung der Ergebnisse bietet sich ein Vergleich mit der Konsumraumdokumentation 2004 (Schmid & Vogt 2004) an, die sich auf die Daten von  $n = 1442$  neuen Erstbogen<sup>21</sup> des ersten Halbjahres 2004 bezieht.

Der Vergleich der soziodemographischen Daten (s. Tab. 5.2.1) zeigt, dass im Rahmen der Konsumraumdokumentation deutlich mehr Personen erfasst werden, die nicht in Frankfurt wohnen.

**Tabelle 5.2.1: Vergleich zwischen MoSyD-Stichprobe 2004 und Halbjahresauswertung 2004 der Konsumraumdokumentation<sup>a</sup>: soziodemographische Daten (%)**

	MoSyD			KR-Dokumentation		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
<i>n</i>	100	50 <sup>b</sup>	150	1175	267	1442
Durchschnittsalter (Mittelwert)	35,5	34,3	35,1	34,4	33,3	34,2
Wohnort						
Frankfurt	77	64	73	41	62	45
Hessen/Deutschland <sup>c</sup>	17	30	21	56	38	53
aktuelle Wohnsituation						
obdachlos	10	14	11	8	10	8
Notschlafunterkunft	45	22	37	7	14	9
betreutes Wohnen	1	6	3	2	4	2
nicht-institutionelles Wohnen <sup>d</sup>	41	58	47	81	71	80
Erwerbssituation						
arbeitslos	85	84	85	65	75	67
in Arbeit	5	4	5	26	11	23
Arbeitsprojekt	10	8	9	1	2	1

<sup>a</sup> Schmid & Vogt, 2004.

<sup>b</sup> Frauenanteil bei MoSyD im Design festgelegt.

<sup>c</sup> Bei MoSyD Zusammenfassung der Kategorien „Großraum FfM (RMV-Einzugsgebiet)“, „außerhalb Großraum FfM, in Hessen“ und „außerhalb Hessens“; bei KR-Dokumentation „Hessen“ und „Deutschland“.

<sup>d</sup> Bei MoSyD Zusammenfassung der Kategorien „eigene Wohnung“, „mit Partner/User“, „mit Partner/Non-User“, „WG/User“, „WG/Non-User“ und „Eltern“; bei KR-Dokumentation „selbstständiges Wohnen“ und „bei Angehörigen / Eltern“.

<sup>21</sup> Alle Drogenkonsumenten, die einen der vier Konsumräume nutzen wollen, sollen einen Erstbogen bzw. Erstbenutzerbogen ausfüllen. Damit verbunden ist die Erstellung eines Codes, der auf einer Codekarte eingetragen wird.

Dies erklärt vermutlich auch das um etwa ein Jahr höhere Durchschnittsalter der MoSyD-Stichprobe, das in etwa dem Durchschnittsalter derjenigen Personen in der Konsumraumdokumentation entspricht, die in Frankfurt wohnen.

Des Weiteren befinden sich die im Rahmen von MoSyD Befragten in einer wesentlich schlechteren sozialen Situation: der Anteil derer, die obdachlos oder in Notunterkünften untergebracht sind, ist deutlich höher, desgleichen die Arbeitslosenquote. Hervorzuheben ist zudem, dass in der MoSyD-Stichprobe deutlich mehr Männer als Frauen, in der Stichprobe der Konsumraumdokumentation dagegen deutlich mehr Frauen als Männer aktuell in Notunterkünften untergebracht sind. Dies lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass mehr als die Hälfte der in der Konsumraumdokumentation erfassten Männer, aber nur 38 % der Frauen außerhalb Frankfurts wohnen. So zeigt auch die Regionalauswertung der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Hessen 2003 (Kloss et al. 2004), dass der Anteil an Personen in prekären Wohnverhältnissen bei Frankfurter Klienten deutlich höher ist als bei Klienten aus anderen hessischen Städten.

Die Betrachtung der Daten zum Substanzkonsum zeigt ebenfalls deutliche Unterschiede (s. Tab. 5.2.2). So sind für die MoSyD-Stichprobe höhere 30-Tages-Prävalenzen von Cannabis, Benzodiazepinen und Crack festzustellen, zudem eine etwas höhere Alkoholprävalenz. Lediglich bei Heroin und Kokain ergeben sich ähnliche Prävalenzraten. Zudem fällt auf, dass die höhere Prävalenz von Crack und Benzodiazepinen bei den Frauen der Konsumraumdokumentation in der MoSyD-Stichprobe nicht zu beobachten ist, während hier deutlich mehr Männer als Frauen Cannabis konsumieren.

**Tabelle 5.2.2: Vergleich zwischen MoSyD-Stichprobe 2004 und Halbjahresauswertung 2004 der Konsumraumdokumentation<sup>a</sup>: Konsumdaten**

	MoSyD			KR-Dokumentation		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
<b>30-Tages-Prävalenz (%)</b>						
Alkohol	69	56	65	56	44	54
Cannabis	73	48	65	45	40	44
Heroin	84	82	83	85	82	84
Benzodiazepine	62	66	63	26	35	27
Kokain	28	18	25	26	21	25
Crack	88	90	89	57	72	59
<b>Täglicher Konsum (%)<sup>b</sup></b>						
Alkohol	44	22	38	29	19	28
Cannabis	39	39	39	48	31	45
Heroin	70	64	68	49	58	51
Benzodiazepine	45	40	43	29	27	29
Kokain	21	50	25	15	21	16
Crack	52	57	54	31	47	34

<sup>a</sup> Schmid & Vogt 2004.

<sup>b</sup> Bezogen auf diejenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen.

Bei der Konsumintensität (s. Tab. 5.2.2) zeigt sich für alle Substanzen mit Ausnahme von Cannabis ein deutlich höherer Anteil von Personen mit täglichem Konsum in der MoSyD-Stichprobe, wobei die

höhere Konsumintensität von Cannabis in der Konsumraum-Stichprobe allein auf den stärker ausgeprägten Konsum der Männer zurückzuführen ist. Unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten zeigen beide Stichproben des weiteren einen intensiveren Konsum von Alkohol und in Ansätzen auch von Benzodiazepinen bei den Männern, dagegen einen stärker ausgeprägten Konsum von Kokain und Crack bei den Frauen.<sup>22</sup> Die höhere Konsumintensität von Heroin bei den Frauen der Konsumraum-Stichprobe lässt sich auch in der MoSyD-Stichprobe beobachten, auch wenn die Ergebnisse hier keine statistische Signifikanz erreichen (s. Abschnitt 4.2.5).

Vergleichbare Ergebnisse schließlich ergeben sich im Hinblick auf die HIV- und Hepatitis-Infektionsraten<sup>23</sup> (HIV: MoSyD: 12 %, KR-Dokumentation: 10 %; Hep. B: MoSyD: 16 %, KR-Dokumentation: 20 %; Hep. C: MoSyD: 63 %, KR-Dokumentation: 61 %). Zudem zeigen sich übereinstimmend in beiden Stichproben bei den Frauen höhere Infektionsraten von HIV (MoSyD: Männer 8 %, Frauen: 20 %; KR-Dokumentation: Männer 7 %, Frauen: 18 %), Hepatitis B (MoSyD: Männer 9 %, Frauen: 28 %; KR-Dokumentation: Männer 18 %, Frauen: 28 %) und Hepatitis C (MoSyD: Männer 60 %, Frauen: 70 %; KR-Dokumentation: Männer 59 %, Frauen: 68 %).

Insgesamt ergibt sich damit das Bild, dass in der Konsumraumdokumentation - nicht zuletzt aufgrund des längeren Dokumentationszeitraums und der damit einhergehenden größeren Stichprobe - ein breiteres Spektrum an Drogenkonsumenten erfasst wird, von denen ein erheblicher Teil nicht in Frankfurt wohnt. Diese Teilgruppe wiederum nutzt die Konsumräume weniger intensiv (Schmid & Vogt, 2004) und hält sich insofern vermutlich seltener und über kürzere Zeiträume auf der „Drogenszene“ auf. Im Rahmen von MoSyD dagegen wird vor allem die Gruppe der stärker sozial desintegrierten und in problematischer Weise konsumierenden Frankfurter Drogenkonsumenten erreicht.

Abschließend bleibt zu bemerken, dass die Befragung 2004 zeitlich noch vor der Implementierung des Projekts „Ossip“ (Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention und Prävention) durchgeführt wurde. Etwaige Auswirkungen, auch durch flankierende polizeiliche Maßnahmen, auf die Frankfurter „offene Drogenszene“ könnten bei der nächsten Befragung von besonderem Interesse sein. Dies gilt ohne Zweifel auch im Hinblick auf die weitere Entwicklung bei den Überdosierungen bzw. deren Begleitumständen und bei den Prävalenzraten vor allem von Heroin, Crack und Benzodiazepinen.

---

<sup>22</sup> Der intensivere Crackkonsum der im Rahmen von MoSyD befragten Frauen zeigt sich besonders deutlich bei Berücksichtigung der Konsumeinheiten (s. Abschnitt 4.2.5).

<sup>23</sup> Die Hepatitis B- und C-Prävalenzen wurden vom Autor auf Grundlage der berichteten Zahlen (Schmid & Vogt 2004, S. 54) ermittelt.

## 6 Literatur

- Barth, V., Meyer, I., Ostheimer, I. & Steinmetz, J. (1997). *Druckraumstudie. Informationen aus Befragungsdaten*. Frankfurt a. M.: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Blättler, R. (2004). Inhalationsräume - ein Angebot der Ambulanten Drogenhilfe der Stadt Zürich für Risikoärmeren Konsum. In H. Stöver & M. Prinzleve (Hrsg.), *Kokain und Crack: Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote* (S. 229-235). Freiburg: Lambertus.
- Deutsche Ärzteblatt. (2003). Therapiehinweis nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien. *Deutsches Ärzteblatt*, 41, A2678-A2679.
- EBDD. (2004). *Jahresbericht 2004. Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Kemmesies, U. E. (1995). *Szenebefragung Frankfurt am Main 1995. Die 'offene Drogenszene' und das Gesundheitsraumangebot in Ffm*. Münster: INDRO.
- Kemmesies, U. E. (2002). *Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main*. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research.
- Kemmesies, U. E. & Hess, H. (2001). *Monitoring-System Drogentrends (MoSyD) - Instrument zur Früherkennung neuer Drogenumgangsformen in Frankfurt am Main*. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research - Johann Wolfgang Goethe-Universität.
- Kemmesies, U. E. & Hess, H. (2002). *Kokainkonsum in Frankfurt am Main. Eine methodenplural und multiperspektivisch angelegte Fallstudie (Antrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft)*. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research - Johann Wolfgang Goethe-Universität.
- Kemmesies, U. E. & Werse, B. (2003). *Drogentrends in Frankfurt am Main 2002*. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research.
- Kloss, M., Kalke, J., Raschke, P. & Werse, B. (2004). *Landesauswertung der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Hessen 2003 - Spezialanalyse: regionale Aspekte*. Hamburg: Institut für Interdisziplinäre Suchtforschung.
- Möller, P. & Prinzleve, M. (2004). Der Mythos von Crackmonstern und hilflosen Helfern. In H. Stöver & M. Prinzleve (Hrsg.), *Kokain und Crack: Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote* (S. 203-215). Freiburg: Lambertus.
- 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 am Main: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Prinzleve, M. (2004). Sucht ist mehr als eine Substanz - Aspekte einer umfassenden Hilfeplanung bei Drogenabhängigen. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), *Sucht macht krank! Von der Akutmedizin zum Disease-Management* (S. 183-188). Geesthacht: Neuland.
- Schmid, M. & Vogt, I. (2004). *Auswertung der Konsumraumdokumentation 2004. Halbjahresauswertung 2004. Dokumentationszeitraum 01.01. – 30.06.2004*. Frankfurt a. M.: Institut für Suchtforschung (ISFF) - Fachhochschule Frankfurt am Main.
- Verster, A. & Buning, E. (2000). *Methadone Guidelines*. Amsterdam: Euro-Metwork.
- Vogt, I. (1992). *Abschlussbericht der Studie 'Offene Drogenszene in Frankfurt am Main'*. Frankfurt am Main.