



- Bericht -
MoSyD
Szenestudie

Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main
2006

Oliver Müller, Christiane Bernard und Bernd Werse

JOHANN WOLFGANG GOETHE-UNIVERSITÄT
CENTRE FOR DRUG RESEARCH
Frankfurt am Main, März 2007

Im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main

INHALT

0.	Zusammenfassung.....	4
1.	Einleitung.....	8
2.	Methodik.....	10
2.1	Empirischer Zugang: Stichprobe und Erhebungsinstrument.....	10
2.2	Hinweise zur Ergebnispräsentation.....	11
3.	Feldzugang – Interviewtätigkeit im Szenealltag.....	13
4.	Ergebnisse.....	16
4.1	Soziodemographische Daten.....	16
4.1.1	Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität.....	16
4.1.2	Wohnsituation.....	19
4.1.3	Ausbildungs- und Beschäftigungssituation.....	21
4.1.4	Finanzielle Situation.....	23
4.2	Substanzkonsum.....	25
4.2.1	Lifetime-Konsum.....	25
4.2.2	12-Monats-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz.....	28
4.2.3	Konsumintensität.....	32
4.2.4	Applikationsformen.....	35
4.2.5	Konsummuster im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	37
4.3	Meinungen über Drogen.....	39
4.4	Der „Alltag auf der Szene“.....	41
4.4.1	Dauer und Häufigkeit des Aufenthalts auf der Szene.....	42
4.4.2	Die Orte des Konsums.....	45
4.4.3	Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung.....	49
4.5	Gesundheitszustand.....	53
4.5.1	Infektionsstatus.....	53
4.5.2	Symptome und Beschwerden.....	54
4.5.3	Überdosierungen.....	56
4.5.4	Meinungen zu Drogentoten.....	59
4.5.5	Gesundheitszustand im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	61
4.6	Inanspruchnahme des Hilfesystems.....	63
4.6.1	Substitution.....	63
4.6.2	Nutzung der Angebote des Drogenhilfesystems.....	67
4.6.3	Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	71
5.	Literatur.....	73

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Unterbringung der vorhandenen Kinder.....	19
Tabelle 2: Aktuell gemeldeter Wohnsitz (%) nach Jahr der Befragung.....	19
Tabelle 3: Aktuelle Wohnsituation (%) nach Jahr der Befragung.....	20
Tabelle 4: Aktuelle Wohnsituation (%) nach Geschlecht und Jahr der Befragung.....	21
Tabelle 5: Ausbildungs- und Beschäftigungssituation (%) nach Jahr der Befragung.....	22
Tabelle 6: Einkommensquellen (letzte 7 Tage, %) nach Jahr der Befragung.....	23
Tabelle 7: Lifetime-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung.....	26
Tabelle 8: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert) nach Jahr der Befragung..	27
Tabelle 9: 12-Monats-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung.....	29
Tabelle 10: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack nach Jahr der Befragung.....	31
Tabelle 11: Applikationsformen von Heroin, Kokain und Crack (%) ^a nach Jahr der Befragung.....	36
Tabelle 12: Gründe für den intravenösen Crackkonsum (%) ^a nach Jahr der Befragung.....	37
Tabelle 13: Konsummuster im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	38
Tabelle 14: Meist abgelehnte Droge (%) nach Jahr der Befragung.....	41
Tabelle 15: Gründe für den Aufenthalt auf der Szene (%) nach Jahr der Befragung.....	44
Tabelle 16: Überwiegende Orte des intravenösen Konsums und des Crackrauchens nach Jahr der Befragung.....	45
Tabelle 17: Einschätzung der Verfügbarkeit von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung.....	49
Tabelle 18: Einschätzung der Qualität von Heroin und Crack (%) nach Jahr der Befragung.....	51
Tabelle 19: Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung.....	54
Tabelle 20: Symptome und Beschwerden in den letzten 3 Monaten und Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung (%) nach Jahr der Befragung.....	55
Tabelle 21: Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung.....	57
Tabelle 22: Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung.....	58
Tabelle 23: Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung.....	58
Tabelle 24: Wichtigste Gründe für steigende Anzahl der Drogentoten nach Einschätzung der Befragten.....	59
Tabelle 25: Gesundheitszustand im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	62
Tabelle 26: Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung.....	64
Tabelle 27: 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus im Jahr 2006.....	66
Tabelle 28: Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten 3 Monaten im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede.....	71

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Durchschnittsalter (Mittelwerte) nach Geschlecht und Jahr der Befragung.....	16
Abbildung 2: Altersgruppen (%) nach Geschlecht und Jahr der Befragung.....	17
Abbildung 3: Durchschnittsalter der Frankfurter „Drogenszene“ 1991 bis 2006.....	18
Abbildung 4: Legalstatus der Einnahmequellen nach Jahr der Befragung.....	24
Abbildung 5: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert) der im Jahr 2006 Befragten	28
Abbildung 6: Anzahl der in den letzten 30 Tagen bzw. letzten 24 Stunden konsumierten Substanzen (Mittelwerte bezogen auf alle erfassten Substanzen; außer Nikotin).....	32
Abbildung 7: Konsumhäufigkeit (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack derjenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen nach Jahr der Befragung.....	33
Abbildung 8: Zusammengefasste Konsumintensität (%) von Heroin und Crack nach Jahr der Befragung.....	35
Abbildung 9: Heroin und Crack: 24-Stunden-Prävalenz und Anteil mit Nennung als Lieblingsdroge bzw. am meisten diskutierter Droge (%) nach Jahr der Befragung	40
Abbildung 10: Dauer des „Szeneaufenthalts“ und Lebensalter.....	43
Abbildung 11: Intravenöser Konsum: generelle und überwiegende Nutzung ausgewählter Orte 2004 und 2006.....	47
Abbildung 12: Einschätzung der Preisentwicklung und Preis pro Gramm Heroin, Crack und Kokain nach Jahr der Befragung.....	52
Abbildung 13: Anzahl berichteter Symptome und Beschwerden (Mittelwerte) und Einschätzungen zum Gesundheitszustand nach Jahr der Befragung.....	56
Abbildung 14: Substitutionsdauer (zusammengefasst, %) nach Jahr der Befragung.....	65
Abbildung 15: 24-Stunden-Prävalenzen von Heroin und Crack (%) nach Behandlungsstatus und Jahr der Befragung.....	66
Abbildung 16: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung.....	68
Abbildung 17: Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung.....	69
Exkurs: Auszüge aus den Forschungstagebüchern.....	14

0. Zusammenfassung – Veränderungen und aktuelle Situation

Zusammenfassend wird nachfolgend die Situation in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main unter zwei Gesichtspunkten dargestellt: zum einen mit Blick 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 2006 auf Grundlage der hier vorliegenden Daten darstellt.

Im Zentrum der Analyse der Veränderungen steht der Beobachtungszeitraum 2002 bis 2006, ergänzt um Daten aus einer Befragung aus dem Jahr 1995 sowie einige weitere seit 1991 veröffentlichte Studien.

Schon während der Befragung hat sich gezeigt, dass die „offene Drogenszene“ im Bahnhofsviertel im Wandel begriffen ist. Szeneansammlungen sind nur noch selten zu beobachten und die Konsument(inn)en versuchen sich möglichst unauffällig zu verhalten. Diese Veränderungen sind offenkundig vor dem Hintergrund ordnungspolitischer Maßnahmen und der Arbeit des Projektes OSSIP zu sehen.

Die Auswertung der Daten zeigt, dass sich das Durchschnittsalter der Szene zwischen 1991 und 2002 zunächst deutlich erhöht hat, was auf den Ausbau von Angeboten wie Spritzentausch, Konsumräumen sowie einen vereinfachten Zugang zur Substitutionsbehandlung zurückgeführt werden kann. Seit 2003 schwankt das Durchschnittsalter zwischen 35 und 36 Jahren. Hier werden nachfolgende Befragungen zeigen müssen, ob das Durchschnittsalter weiter steigt, oder ob es sich in etwa auf diesem Niveau einpendelt.

Seit 2002 unverändert sind rund 80% der befragten Szenegänger(innen) im Großraum Frankfurt gemeldet. Der Anteil der Befragten in prekären Wohnsituationen (obdachlos oder in Notschlafunterkünften wohnend) ist seit dem Jahr 2003 auf nunmehr 44% leicht zurückgegangen. Während sich die Wohnsituation für die Männer im Laufe der Jahre etwas verbessert hat, stellt sie sich für die Frauen immer noch relativ unverändert und tendenziell schlechter als für die männlichen Szeneangehörigen dar.

Im Hinblick auf den Schulabschluss zeigt sich, dass auch im Jahr 2006 die meisten Befragten einen Hauptschulabschluss (47%) als höchsten Abschluss angeben. Seit 1995 ist eine zweigeteilte Entwicklung zu beobachten: Zum einen steigt tendenziell der Anteil der Befragten ohne Schulabschluss über die Jahre (aktuell: 17%), andererseits erhöht sich der Anteil der Abiturient(inn)en (aktuell: 13%) kontinuierlich.

Der Anteil derer, die über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen, ist zwar von 1995 (52%) auf 2002 (46%) gesunken, stagniert aber seit 2003 und liegt konstant bei 43%. Unverändert hoch ist die Arbeitslosenquote mit 86%. Die Dauer der Arbeitslosigkeit beträgt 2006 durchschnittlich etwa 4,6 Jahre. Dementsprechend ist für alle vier Befragungen festzuhalten, dass die Mehrheit der arbeitslosen Drogenkonsument(inn)en als langzeitarbeitslos zu bezeichnen ist. Offensichtlich geht ein langjähriger „Szeneaufenthalt“ mit einer längeren Arbeitslosigkeit einher und mit zunehmender Bindung an die Szene (bzw. längerer Zugehörigkeit) nimmt die Schwierigkeit zu, Drogenkonsument(inn)en in das Arbeitsleben zu reintegrieren, was angesichts des aktuell wiederum leicht gestiegenen Durchschnittsalters der Szene als durchaus problematisch angesehen werden kann.

Staatliche Unterstützung (Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung) stellt inzwischen für 42% der Konsument(inn)en die Haupteinnahmequelle dar. Der Anteil von Personen, die ihr Einkommen hauptsächlich über Drogengeschäfte bestreiten, ist gegenüber den Vorjahren deutlich zurückgegangen und beträgt aktuell 17%. Allerdings ist auch der Anteil der Befragten, die ihr Einkommen hauptsächlich über regelmäßige Arbeit oder Jobs bestreiten, mit aktuell 9% rückläufig. Der Anteil derjenigen, die ihr Einkommen ausschließlich über legale Einnahmequellen bestreiten, ist von 1995 (37%) auf 2002 (51%) deutlich angestiegen, und seither auch auf diesem Niveau verblieben (aktuell: 50%). Insofern bleibt festzuhalten, dass es seit 2002 etwa der Hälfte der Befragten gelingt, sich ausschließlich auf legalen Wege zu finanzieren.

Da relativ viele der Interviewten in den Befragungen zuvor angegeben hatten, eigene Kinder zu haben (aktuell 44%), wurde 2006 erstmals erhoben, wo diese Kinder untergebracht sind. Lediglich ein Befragter gab dabei an, dass sein Kind bei ihm selbst (und seiner Partnerin) untergebracht ist; alle anderen minderjährigen Kinder leben beim anderen Elternteil, anderen Familienmitgliedern, Adoptiveltern oder Pflegefamilien. Zwei Frauen berichten 2006 von einer aktuellen Schwangerschaft, während bei den vorangegangenen Befragungen keine Frau angegeben hatte, schwanger zu sein.

Die Konsummuster der im Jahr 2006 Befragten werden nach wie vor maßgeblich durch Heroin und Crack bestimmt, mit insgesamt hohen Prävalenzraten sowohl für den intravenösen als auch für den Rauchkonsum. Seit 2002 deuten die steigenden Prävalenzwerte von Heroin wieder auf einen Bedeutungszuwachs von Heroin hin (aktuell: 30-Tage 87%, 24-Stunden 63%). Als mögliche Ursachen hierfür sind die gestiegene Verfügbarkeit und der deutliche Preisverfall seit 2003 anzusehen. Darüber hinaus wird auch die Qualität von Heroin seit 2002 als besser bewertet.

Beim Crackkonsum zeigt sich, nach dem sprunghaften Anstieg zwischen 1995 und 2002, in den Folgebefragungen eine weitgehende Stabilisierung des aktuellen Konsums auf hohem Niveau – wenngleich im Jahr 2006 ein leichter Rückgang der 30-Tages-Prävalenz zu beobachten ist (aktuell: 85%). Bei der 24-Stunden-Prävalenz findet dies allerdings keinen Niederschlag: Nachdem hier zwischen den Jahren 2002 und 2003 ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen war, haben die Werte wieder leicht zugenommen (2004: 62%, 2006: 65%). Während die Gruppe der täglichen Crack-Konsument(inn)en also etwas größer geworden ist, hat gleichzeitig der Anteil der gelegentlichen Konsumenten abgenommen. Die Verfügbarkeit der Substanz wird in allen Befragungen als sehr hoch eingeschätzt. Seit 2002 ist ein kontinuierlicher Preisrückgang zu beobachten, der im Jahr 2006 offenbar mit einer abnehmenden Qualität einhergeht. Im Hinblick auf die Applikationsformen zeigt sich in allen Befragungen die hohe Bedeutung des intravenösen Konsums von Crack: Hier lassen sich in der Erhebung 2006 signifikante Veränderungen dahingehend konstatieren, dass der ausschließlich intravenöse Konsum von Crack deutlich angestiegen ist und damit einen vergleichbaren Wert wie der ausschließlich inhalative Konsum des Kokainderivats erreicht.

Die Trendentwicklung bezüglich des Konsums von Pulverkokain scheint sich im Jahr 2006 wieder umgekehrt zu haben: So hat sich nach den sehr niedrigen Werten der Vorjahre sowohl die 30-Tages- als auch die 24-Stunden-Prävalenz erhöht (aktuell: 30-Tage 45%, 24-Stunden: 16%). Es bleibt abzuwarten, ob hierbei lediglich ein kurzfristiger Trend angezeigt ist oder ob Kokain auch zukünftig eine steigende Bedeutung in den aktuellen Konsummustern der Szeneangehörigen erfährt.

Nach wie vor können die im Umfeld der „offenen“ Drogenszene Befragten als polyvalente Konsument(inn)en bezeichnet werden: Trotz Veränderungen bei den einzelnen Prävalenzraten sind neben Heroin und Kokain in der einen oder anderen Form, Benzodiazepine, Alkohol und Cannabis fester Bestandteil des Konsumgeschehens.

Im Hinblick auf die Konsummuster zeigen sich 2006 bei Heroin leichte, bei Crack sehr deutliche Veränderungen gegenüber den Befragungen zuvor: So überwiegt bei Heroin der Anteil an intensiven Konsument(inn)en, der 2006 mit drei Vierteln aller Befragten den höchsten Wert aller Erhebungen erreicht, gleichzeitig sinkt der Anteil an Interviewten mit einem gelegentlichen Konsum. Im Hinblick auf die Konsumintensität von Crack ist im Jahr 2006 der Anteil an intensiven Konsument(inn)en gegenüber den Befragungen zuvor signifikant angestiegen; nur etwa ein Viertel konsumiert gelegentlich und eine deutliche Minderheit gibt einen seltenen Konsum der Substanz an – womit sich Veränderungen des Crack-Konsums im Jahr 2006 vor allem in einer Tendenz zu intensiveren Gebrauchsmustern zeigen.

Wie in den Vorjahren hält sich auch im Jahr 2006 ein Großteil der befragten Konsument(inn)en sehr häufig und über viele Stunden „auf der Szene“ auf. Die „offene Szene“ bietet dabei nicht nur die Möglichkeit, Drogen zu kaufen und zu verkaufen, sondern nimmt auch eine wichtige soziale Funktion für die Befragten ein: Sie wird aufgesucht, um Leute zu treffen und um sich die Langeweile zu vertreiben. Darüber hinaus ist die Szene der zentrale Ort, an dem Drogen konsumiert werden. Dies geschieht im Falle des intravenösen Konsums vor allem in den Druckräumen, während der Rauchkonsum – und dies bedeutet in erster Linie der Crackkonsum – überwiegend auf der Straße stattfindet. Der Rauchraum spielt als Ort des Konsums immer noch eine eher untergeordnete Rolle. Wenngleich das Crackrauchen im öffentlichen Raum nach wie vor hauptsächlich innerhalb des Bahnhofsviertels stattfindet, berichtet 2006 ein zunehmender Anteil an Befragten, Crack auch in anderen Stadtteilen Frankfurts zu rauchen. Dies ist vor dem Hintergrund der veränderten sozial- und ordnungspolitischen Strategie zu betrachten. Einerseits stellt die Verlagerung des Crackkonsums im Jahr 2006 offenbar einen Effekt der erhöhten Polizeipräsenz im Frankfurter Bahnhofsviertel dar. Möglicherweise könnte sich in diesem Zusammenhang das Problem der tatsächlichen oder vermeintlichen Belastung für die Allgemeinbevölkerung durch den Konsum in der Öffentlichkeit auf andere Stadtgebiete ausweiten. Andererseits ist zu erwähnen, dass im Beobachtungszeitraum im Hinblick auf die Orte des intravenösen Konsums auch die Nutzung der Konsumräume angestiegen ist, womit eine geringere Präsenz der Szene im öffentlichen Raum des Bahnhofsviertels einhergeht.

Der Blick auf den Gesundheitszustand zeigt, dass die seit 2002 beobachtete hohe Hepatitis-C-Rate sich relativ unverändert darstellt. Bei Hepatitis A und B dagegen ist die Infektionsrate seit 2003 deutlich rückläufig. Frauen sind durch die Infektionen der Hepatitiden A, B und C aktuell insgesamt stärker betroffen als Männer.

Die HIV-Infektionsrate ist zwar im Vergleich zu 1995 deutlich gesunken, seit 2004 stellt sich diese aber kaum verändert dar und beträgt im Jahr 2006 13%. Auch hier zeigt sich, dass die Frauen 2006 stärker von HIV betroffen sind als die Männer. Dieser Unterschied hat sich in dieser Deutlichkeit in den vorangegangenen Befragungen nicht gezeigt.

Der Gesundheitszustand stellt sich bei den Frauen schlechter dar als bei den Männern. Bei allen abgefragten Symptomen und Beschwerden berichten die Frauen häufiger über Probleme als die Männer. Dementsprechend liegt die Anzahl der berichteten Symptome oder Beschwerden mit durchschnittlich 2,2 bei den Frauen signifikant höher als bei den Männern mit durchschnittlich 1,2

berichteten gesundheitlichen Problemen. Analog dazu schätzen 57% der im Jahr 2006 befragten Männer ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein; dies trifft nur auf 46% der Frauen zu. Im Vergleich zu 2004 ist ein signifikanter Rückgang bei der Behandlung von Herz-/Kreislaufproblemen beobachtet.

Insgesamt hat etwas mehr als die Hälfte der im Jahr 2006 Befragten mindestens einmal die Erfahrung einer Überdosis gemacht. Heroin wird von denjenigen Befragten mit einer Überdosierung innerhalb der letzten 3 Jahre am häufigsten als Substanz genannt, die sie am Tag der Überdosis konsumiert haben. Darüber hinaus zeigt sich im Zusammenhang mit den Überdosierungen eine leichte Bedeutungszunahme von Kokain. Bei den Angaben zum Hauptgrund der Überdosierung zeigt sich, dass über die Jahre unverändert die unbekannte Drogenqualität am häufigsten als Ursache angegeben wird.

Bei den Meinungen der Konsument(inn)en zum Anstieg der Drogentoten wurde die Qualität der konsumierten Drogen am häufigsten als möglicher Grund genannt. Es ist zu vermuten, dass am ehesten etwaige Schwankungen der Qualität bzw. Unsicherheiten bei der Beurteilung der Qualität ein Grund für den Anstieg der Drogentoten sein könnte. Andere von den Konsument(inn)en angeführte Gründe wie „Mischkonsum“, „Suizidabsicht“, „schlechter physischer Zustand“ und „Konsum in unkontrolliertem Umfeld“ sollten bei der Gesamtschau der Problematik allerdings auch nicht außer Acht gelassen werden.

Mit einem Anteil von 45% ist nahezu die Hälfte der Befragten in einer Substitutionsbehandlung. Dieser Anteil war im Jahr 2003 deutlich angestiegen, bewegt sich seitdem aber etwa auf dem gleichen Niveau. Der Anstieg seit 2002 ist in besonders deutlichem Maße bei den männlichen Befragten zu beobachten. Nach dem sehr niedrigen Wert im Vorjahr hat die durchschnittliche Dauer der Substitution wieder leicht zugenommen.

Wie in den vorangegangenen Erhebungen geht eine Substitution im Schnitt nicht nur mit einem deutlich geringer ausgeprägten Konsum von Heroin, sondern auch mit niedrigeren Crack-Prävalenzraten einher. Während der Heroinkonsum der Nicht-Substituierten im Jahr 2006 angestiegen ist, ist der Gebrauch der Droge bei Substituierten seit 2003 leicht rückläufig.

Auch 2006 verfügt das Frankfurter Drogenhilfesystem über eine hohe Reichweite: Nahezu alle Befragten haben in den letzten 3 Monaten mindestens eines der vorgehaltenen Hilfeangebote in Anspruch genommen. Zudem werden die vorhandenen Angebote von den meisten Befragten auch häufig (mindestens einmal pro Woche) genutzt. Dies gilt wie in den Vorjahren vor allem für die niedrigschwelligen Angebote; dank eines kontinuierlichen Anstiegs in den letzten Jahren werden aber auch Beratungsgespräche mittlerweile vergleichsweise häufig genutzt (von nunmehr 36%). Dieses Angebot wird häufiger von Frauen als von Männern in Anspruch genommen. Insgesamt ist seit 2002 der Anteil derer, die mindestens eines der Angebote der ambulanten Drogenhilfe mindestens einmal pro Woche nutzen, von 89 auf 97% angestiegen.

1. Einleitung

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

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 verschiedener empirischer und analytischer Zugänge auf eine umfassende Beschreibung der Drogengebrauchssituation – sowohl mit Blick auf legale wie illegale Drogen – in Frankfurt ab (Kemmesies/ Hess 2001). Insgesamt umfasst das Design vier Forschungsmodule:

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

Im Rahmen von MoSyD handelt es sich bei der Szenestudie 2006 um die dritte Erhebung, die beiden anderen Erhebungen erfolgten in den Jahren 2002 (Kemmesies 2002) und 2004 (Prinzleve et al. 2005). Darüber hinaus werden die Daten der Szenebefragung 2003, welche vom CDR im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekts ‚Kokainkonsum in Frankfurt am Main‘ (Zurhold/ Müller 2007) erhoben wurden, in den vorliegenden Bericht mit einbezogen.

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 1995b) enthält zum Teil identische Fragekomplexe, so dass vergleichende Betrachtungen vorgenommen werden können.

Unter Berücksichtigung der bereits angesprochen Studien gewährt die vorliegende Untersuchung Einblick in die aktuelle Situation auf der „offenen Drogenszene“ im Jahr 2006, wie sie sich zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews Mitte Juli bis Mitte August 2006 darstellt.

Die Drogenszene am Hauptbahnhof ist – das sei einleitend vorweggenommen – im Wandel begriffen. Der „offene“, d.h. der im öffentlichen Raum sichtbare intravenöse Konsum ist rückläufig und Ansammlungen von Konsument(inn)en, die als zusammenhängende Gruppe zu erkennen sind, sind weniger zu beobachten. Ordnungspolitische Maßnahmen scheinen hier spürbar ihre Wirkung zu zeigen. Allerdings sind die Konsumenten nicht verschwunden: So geben die im Jahr 2006 Befragten an, an durchschnittlich mehr als fünf Tagen pro Woche jeweils etwa 8 Stunden in Szenestrukturen zu bewegen. Innerhalb des Bahnhofsviertels ist die Szene mobiler geworden und darüber hinaus suchen die Szeneangehörigen offensichtlich auch häufiger andere Stadtteile Frankfurts für den Drogenerwerb und -konsum auf. Im Gegensatz zum intravenösen Konsum wird Crack weiterhin im öffentlichen Raum geraucht (73% der Befragten nennen die Straße als überwiegenden Konsumort für Crack). Auch wenn das Crackrauchen im Vergleich zur

¹ Wenn im weiteren Verlauf von „offener Szene“ bzw. „Drogenszene“ gesprochen wird, so bezeichnet dies einen sozialen Raum, d.h. hier die Gegend um den Frankfurter Hauptbahnhof mit den sich dort aufhaltenden Drogenkonsument(inn)en.

intravenösen Applikation eine weniger auffällige Konsumform ist, belegt dies, dass ein Konsum illegaler Drogen im öffentlichen Raum nach wie vor stattfindet. Die Drogenszene im Bahnhofsviertel ist also nach wie vor existent, auch wenn es scheint, dass sie an allgemeiner Wahrnehmbarkeit und Präsenz eingebüßt hat. Dieser Umstand hatte auch direkten Einfluss auf die Interviewtätigkeit, da es unter diesen Bedingungen schwieriger, aber dennoch möglich war, die anvisierten 75 Konsument(inn)en im öffentlichen Raum (Bahnhofsviertel) für ein Interview zu gewinnen. Wie auch schon bei den vorherigen Befragungen erwähnt, handelt es sich bei solchen Erhebungen immer um ein Abbild der Situation zu einem bestimmten Zeitpunkt. Bei der aktuellen Befragung betrifft dies den Zeitraum Mitte Juli bis Mitte August 2006 und damit einen Zeitpunkt kurz nach Ende der Fußballweltmeisterschaft, was nach Meinung der Expertenrunde auch die Polizeipräsenz im Bahnhofsviertel beeinflusste: Demnach hat sich die Polizeipräsenz erst im September 2006 wieder auf das Maß vor dem Großereignis erhöht. Diese etwas veränderte Situation dokumentiert noch einmal, dass es sich hier um eine Momentaufnahme der Drogenszene im Sommer 2006 handelt.

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

- praktizierten Drogengebrauchsmustern
- Alltagsbewältigung
- Gesundheitszustand
- Inanspruchnahme der Drogenhilfe

Wie bereits ausgeführt, ist die vorliegende Szenestudie 2006 ein Forschungsmodul neben anderen im Rahmen des Monitoring-Systems Drogentrends des CDR. Die Zusammenführung der Forschungsmodule in einem Gesamtbericht (Jahresbericht 2006) 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 2006 des CDR erscheint im Laufe des Jahres 2007 und wird im Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main erhältlich sein. Der vorliegende Bericht beschäftigt sich ausschließlich mit einem spezifischen, im öffentlichen Bewusstsein jedoch sehr präsenten Ausschnitt des Drogenkonsum – der sich aus überwiegend intensiven Konsumenten „harter Drogen“ rekrutierenden Straßenszene.

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. Schließlich sei Jenifer Radke und Carsten Schell für ihre Interviewtätigkeit gedankt.

2. Methodik

2.1 Empirischer Zugang: Stichprobe und Erhebungsinstrument

Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit mit den vorangegangenen Untersuchungen zu erreichen, wurde versucht, die Bedingungen für die Befragungen möglichst konstant zu halten. Dies gilt sowohl für das Erhebungsinstrument (standardisierter Fragebogen) und den Erhebungszeitraum als auch für die Stichprobenauswahl. Die Stichprobe umfasst daher, wie auch in den Jahren zuvor, 150 Drogenkonsument(inn)en, die je zur Hälfte unmittelbar auf der „offenen Drogenszene“ im Bahnhofsviertel und in den niedrighschwelligigen Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe rekrutiert wurden. Von den 150 Befragten waren – dem Forschungsdesign entsprechend – 50 Frauen und 100 Männer². 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 Inhaltsbereiche³:

- Soziale Grunddaten
 - Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand, Kinder
 - Schul- und Berufsausbildung, aktuelle Beschäftigungssituation
 - Wohnsituation
 - Finanzielle Situation
- 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

² Diese Verteilung (zwei Drittel vs. ein Drittel) entspricht zwar nicht den realen Gegebenheiten in der Szene bzw. bei der Klientel der „harten Drogengebraucher“ generell: Männer sind hier mit Werten zwischen 70% und 85% gemeinhin noch stärker überrepräsentiert (vgl. Prinzleve/ Martens 2003, ISFF 2007). Um aber eine Teilstichprobengröße zu erreichen, mit der valide Aussagen zu beiden Geschlechtern möglich sind, ist es jedoch notwendig, die bei der ersten Befragung festgelegten Männer- und Frauen-Quoten konstant zu halten.

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

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass mit dem vorliegenden Bericht die spezifische Situation in der Frankfurter „offenen Drogenszene“ dokumentiert wird, weshalb Verallgemeinerungen auf andere Gruppen von Drogenkonsumenten oder „offene Drogenszenen“ in anderen Städten nicht möglich sind. Für den Bereich der Frankfurter Szene 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“ in der Umgebung des Hauptbahnhofs auf einen Kreis von wenigen hundert Personen geschätzt wird, der sich – mit Tagesschwankungen – mehr oder weniger permanent im Kerngebiet der Szene aufhält. Zum anderen wurden die Interviewpartner relativ gleichmäßig über die Wochentage und Tageszeiten rekrutiert, um das Spektrum unterschiedlicher Personen, beziehungsweise Konsumentengruppen, 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 „offenen Drogenszene“ vorgenommen werden.

2.2 Hinweise zur Ergebnispräsentation

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

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

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

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

Weiterhin und abschließend sei darauf hingewiesen, dass die präsentierten Prozentwerte als ganze Zahlen und die Mittelwerte (AM) und Standardabweichungen (SD; i. d. R. durch ein \pm dargestellt) bis auf eine Dezimalstelle gerundet dargestellt sind.

3. Feldzugang - Interviewtätigkeit im Szenealltag

Insgesamt wurden 150 Interviews geführt. Von diesen 150 Personen wurden 75 direkt auf der Straße im Bahnhofsviertel – unmittelbar auf der „Drogenszene“ – angesprochen, die anderen 75 Interviewten in den Kontaktbereichen der Konsumräume bzw. Druckräume. Die Kontakthanbahnungen in den Konsumräumen wurden relativ gleichmäßig auf alle vier bestehenden Einrichtungen [„Eastside“ (Schielestraße), „Druckraum Niddastraße“ (Niddastraße), „La Strada“ (Mainzer Landstraße), „Druckraum Elbestraße“ (Elbestraße)] verteilt. Dankenswerterweise konnten wir – wie auch schon in den Jahren zuvor – auch diesmal das ‚Café Fix‘ (Moselstraße) nutzen, um dort Interviews zu führen. Da sich das ‚Café Fix‘ im Bahnhofsviertel befindet, konnten Interviewpartner auf der Szene angesprochen und die Interviews dann im Cafébereich geführt werden, was die nötige Ruhe für die Befragung verschaffte.

Wie bereits in der Einleitung angesprochen, stellte sich die Szene deutlicher noch als in den Vorjahren als sehr mobil dar. Ansammlungen von 5-10 Personen konnten sich sehr schnell an einer Straßenecke oder vor Drogenhilfeeinrichtungen bilden, sich aber fast ebenso schnell wieder auflösen. Dass sich Gruppen immer wieder auflösten, lag zum einen an der vorhandenen Polizeipräsenz, zum anderen forderten aber auch die Mitarbeiter der Einrichtungen immer wieder dazu auf, Ansammlungen zu vermeiden. Auch als Interviewer musste man darauf achten, nicht zum Zentrum einer Ansammlung zu werden und damit evtl. eine Reaktion der Ordnungskräfte zu provozieren.

Konsument(inn)en, 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 Einrichtungen erlebt hatte. Es wurde also – wie schon in den Jahren zuvor – keine Straßenszene beobachtet, die sich klar von den Besuchern der Einrichtungen abgrenzt. Angesichts der aktuellen Entwicklungen in und um die Szene sei an dieser Stelle betont, dass das Bahnhofsviertel nach wie vor offensichtlich den zentralen Anlaufpunkt für die Angehörigen der Straßenszene darstellt. Das Bestreben, sich in diesem Gebiet möglichst unauffällig zu verhalten, scheint sich gegenüber den Vorjahren jedoch noch verstärkt zu haben. Vor allem Handelsaktivitäten, aber auch Konsumvorgänge sind mittlerweile auch in anderen Stadtvierteln zu beobachten, ohne dass irgendeines dieser Gebiete bisher zu einem regelmäßigen Szenetreffpunkt geworden wäre.

Wie in den Jahren zuvor wurden potenzielle Interviewpartner zu Beginn über die Hintergründe der Untersuchung informiert. Erst am Ende eines Kontakthanbahnungsgesprächs 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 genereller Interviewbereitschaft gekennzeichneten Kontakthanbahnungsgesprächs gesetzt, um rein ‚monetär‘ motivierte Interviews zu vermeiden.

Wieder sehr gut angenommen wurde, dass die Interviewten am Ende des Interviews eine kleine Süßigkeit (eine kleine Tüte Gummibärchen o.ä.) erhielten, eine Zugabe, die über das Vereinbarte hinaus ging und damit positiv überraschte.

Bei der Kontakthanbahnung ergaben sich zum Teil wieder – wie auch schon in den vorherigen Jahren – Verweisketten im Sinne einer Art von Snowball-Sampling, was nicht intendiert war. Szenemitglieder, die uns kannten oder mit uns ein Interview geführt hatten, vermittelten uns neue

Interviewpartner. Insgesamt wurden 180 Personen angesprochen (2004 waren es 172 Personen), um die anvisierten 150 Interviews durchzuführen. Ein Interview kam also bei 83% (2004: 87%) der angesprochenen Personen zustande. Obwohl diese Quote etwas unter der von 2004 liegt, kann sie angesichts der Sensibilität der zu erhebenden Daten als sehr hoch angesehen werden.

Von den 30 Personen, die nicht zu einem Interview bereit waren, gaben 17 Personen (2004: 6) an, 'keine Zeit' zu haben, 9 Personen (2004: 11) hatten 'kein Interesse', eine Person (2004: 1) nannte 'kein Vertrauen' als Ablehnungsgrund und 3 Personen (2004: 4) gaben 'andere Gründe' an. Die in diesem Jahr leicht erhöhte Quote der Ablehnungen ist also darauf zurückzuführen, dass mehr Personen angegeben haben, 'keine Zeit' zu haben, was die These der zunehmenden Mobilität zusätzlich unterstützt.

Exkurs: *Auszüge aus den Forschungstagebüchern*

Diese Auszüge aus den Forschungstagebüchern der Interviewer(innen) stellen punktuelle Erlebnisse aus der Feldarbeit dar. Wir führen sie hier an, um einen lebendigeren Eindruck von der Feldarbeit zu vermitteln. Es liegt in der Natur solcher Wahrnehmungen, dass sie subjektiv gefärbt sind – dennoch glauben wir, dass sie illustrative Schlaglichter auf Teilausschnitte der Realität des Alltags auf der Frankfurter „offenen Drogenszene“ im Sommer 2006 werfen:

1. Woche:

Man begegnet uns mit überraschend wenig Skepsis. Wir kommen schnell mit den Menschen ins Gespräch, auch wenn einige wenige uns als ‚Fremdkörper‘ betrachten oder uns sogar für Polizisten in Zivil halten.

Während der Interviews brechen zwei Frauen nacheinander in Tränen aus. Eine von beiden schläft mehrmals ein und muss von mir mehrmals durch laute Ansprache und einen Kaffee geweckt werden.

2. Woche:

Ein Interviewpartner schläft während des Interviews ein. Ich benötige ca. 15 Minuten, um ihn wieder wach zu bekommen. Er entschuldigt sich mit dem Hinweis, dass er zuvor Benzodiazepine „gedrückt“ hat.

Während ich ein Interview auf der Straße, in einer Gruppe von Konsumenten führe, gerate ich in eine Polizeikontrolle. Ich muss meinen Ausweis zeigen, bekomme aber keine Probleme, da die Beamten über die Befragung informiert sind. Ein Konsument versucht netterweise meine Identität zu bestätigen.

3. Woche:

Befrage eine junge Frau, deren Freund Hausverbot in der Einrichtung hat. Der Freund macht zwischenzeitlich vor der Tür Stress, weil seine Freundin nicht heraus kommt.

Im Druckraum nimmt die Zahl der Besucher(innen) aufgrund aufziehenden Unwetters zu. Die Stimmung wird immer aggressiver, es ist Zeit für mich zu gehen. Im Nachhinein stellt sich heraus, dass es kurze Zeit später eine Messerstecherei vor der Einrichtung gegeben haben soll, kurz nach Beendigung meines Interviewtages.

Die Interviews wurden von einer Mitarbeiterin und zwei Mitarbeitern des CDR von Mitte Juli bis Mitte August 2006 geführt. Alle drei Interviewer(innen) verfügen über Erfahrung im Drogenhilfebereich und mit der Durchführung sozialwissenschaftlicher Interviews. Die beiden Mitarbeiter führten 100 Interviews und die Mitarbeiterin 50 Interviews durch. Die Interviewer waren angewiesen, sich verstärkt auf Männer als Interviewpartner zu konzentrieren, die Interviewerin mehr auf Frauen. Diese Verteilung sollte helfen, Doppelinterviews zu vermeiden. Darüber hinaus sprach man sich immer wieder ab, wer welche Personen bereits interviewt hatte.

Die Feldarbeit kann wieder durchaus als mühselig und anstrengend bezeichnet werden. Die Szene präsentierte sich, wie bereits geschildert, als 'schnell und hektisch'. Das Bild der Drogenszene wird durch den gestressten Crack-Konsumenten beherrscht, der einerseits auf der Suche nach dem nächsten Stein ist und andererseits bemüht ist, sich dabei möglichst unauffällig zu verhalten.

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. Von den insgesamt 150 Interviews wurden 37% im Kontaktbereich, 51% in Büroräumen und 11% auf der Straße geführt.

Die Interviews fanden relativ gleichmäßig über die Wochentage verteilt statt. Die frühesten Interviews wurden gegen 10 Uhr morgens durchgeführt, das späteste gegen 23 Uhr. Für die Interviews wurde im Schnitt etwa eine halbe Stunde benötigt, das längste dauerte ca. 70 Minuten.

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 (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.

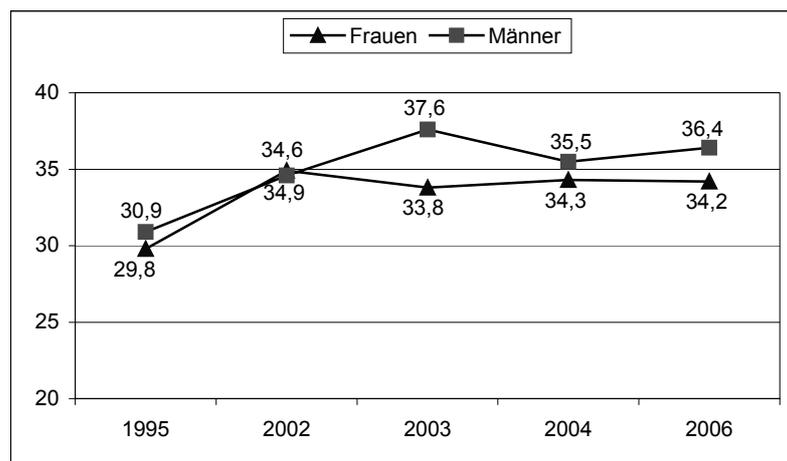
4. Ergebnisse

4.1 Soziodemographische Daten

4.1.1 Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität

Das durchschnittliche Alter der im Jahr 2006 Befragten liegt bei 35,7 Jahren. Damit ist das Durchschnittsalter gegenüber der letzten Befragung 2004 (35,1 Jahre) geringfügig, d. h. statistisch nicht signifikant, gestiegen, erreicht aber nicht den Wert aus dem Jahr 2003 (36,3 Jahre). Der deutlichste Unterschied bei der Entwicklung des Durchschnittsalters zeigt sich nach wie vor zwischen der Befragung 1995, bei der das Durchschnittsalter bei 30,6 Jahren lag und der Erhebung im Jahr 2002 (34,7 Jahre). In den letzten Jahren schwankt das Durchschnittsalter der Konsument(inn)en nach dieser deutlichen Zunahme zwischen 35 und 36 Jahren. Bezieht man das Geschlecht der Befragten in die Analyse ein, ergeben sich deutliche statistisch signifikante Unterschiede, 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 bei allen Befragungen etwas höher ist als das der Frauen (s. Abb. 1).

Abbildung 1: Durchschnittsalter (Mittelwerte) nach Geschlecht und Jahr der Befragung



Der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen hat sich 2006 wieder vergrößert, ist aber in der Befragung 2003 am stärksten ausgeprägt. Dies lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass im Jahr 2003 eine etwas größere Anzahl an Männern über dem 40. Lebensjahr befragt wurde (s. Abb. 2).

Abbildung 2: Altersgruppen (%) nach Geschlecht und Jahr der Befragung

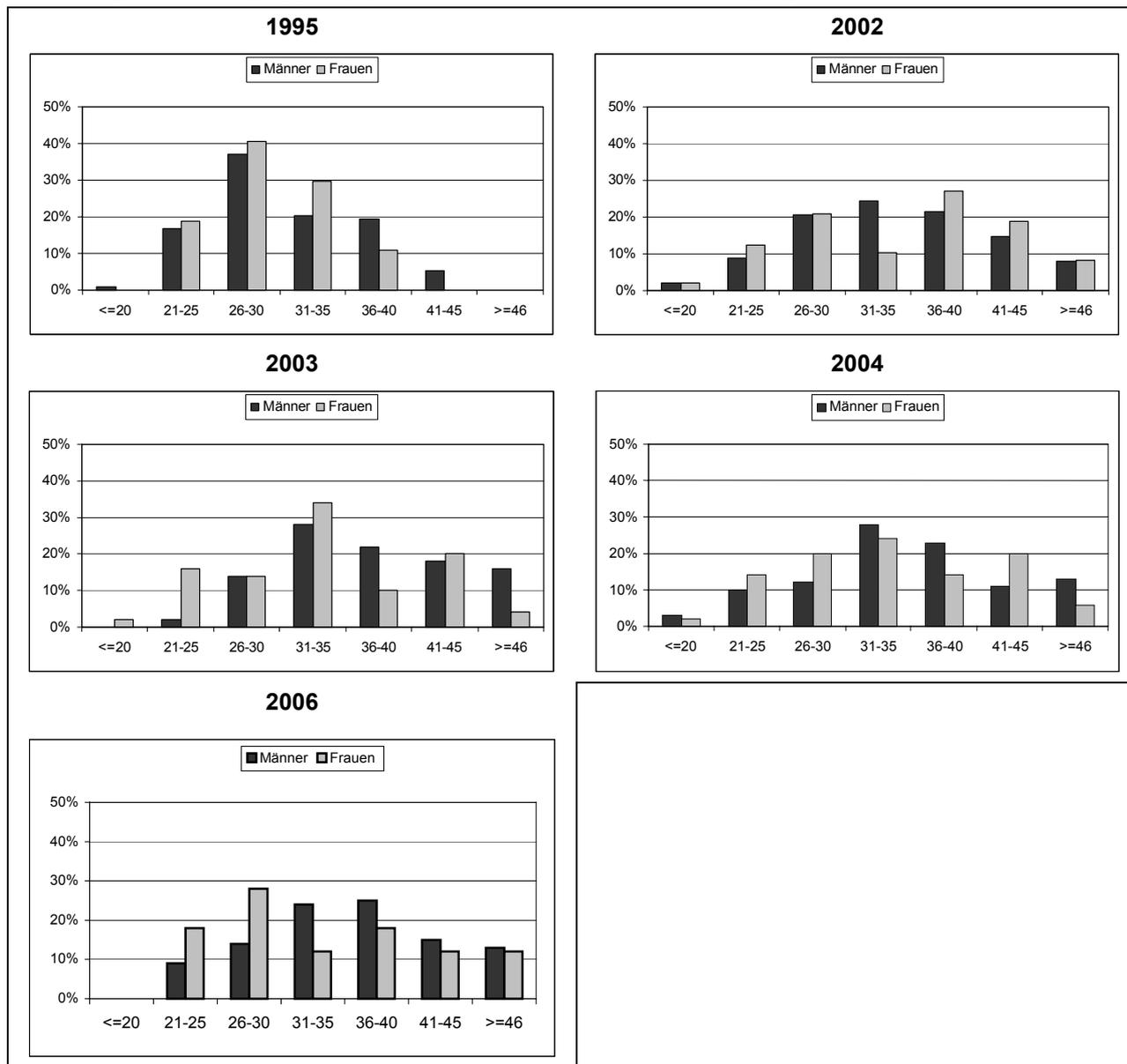
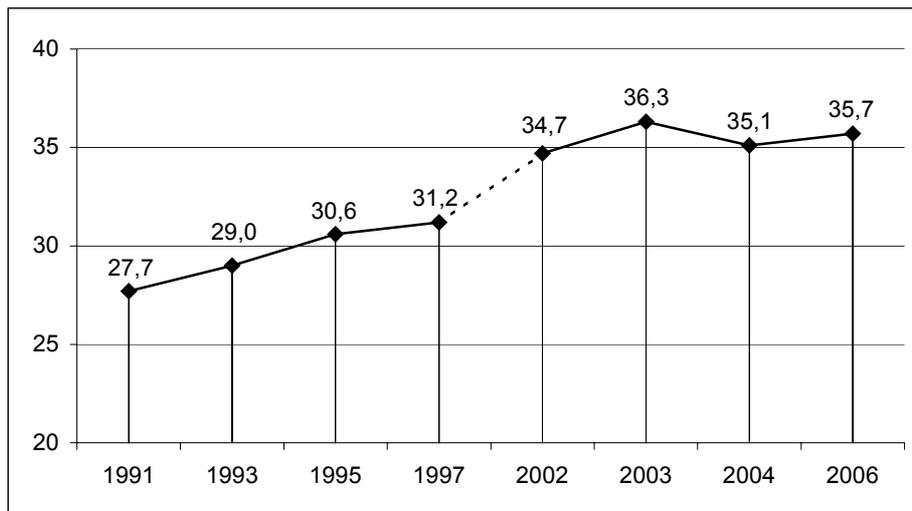


Abbildung 2 zeigt darüber hinaus, dass der Anteil der besonders jungen, unter 20-Jährigen, in allen Befragungen konstant niedrig ist und bei max. 3% liegt. Auch lässt sich beobachten, dass unter den 21- bis 30-jährigen zunehmend mehr Frauen vertreten sind. Zudem hat seit der Befragung 2002 der Anteil der über 40-jährigen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen deutlich zugenommen.

Wenn man weitere Studien⁴ aus dem Umfeld der Frankfurter „offenen Drogenszene“ mit einbezieht, erlaubt dies eine Betrachtung der Veränderungen in der Alterszusammensetzung über einen vergleichsweise langen Zeitraum von 1991 bis 2006. Das Durchschnittsalter der Szene (vgl. Abb. 3) hat sich demnach insgesamt deutlich erhöht und ist zwischen 1991 und 2002 jährlich um etwa ein halbes Jahr gestiegen; wie oben erwähnt scheint der Wert seitdem – zwischen 35 und 36 Jahren zu schwanken. Hier werden nachfolgende Befragungen zeigen müssen, ob das Durchschnittsalter weiter steigt oder ob sich dieses in etwa auf diesem Niveau einpendelt.

⁴ Berücksichtigt wurden die Studien von Vogt (1992), Ostheimer et al. (1993) und Barth et al. (1997).

Abbildung 3: Durchschnittsalter der Frankfurter „Drogenszene“ 1991 bis 2006



Von allen im Jahr 2006 Befragten geben 66% an, ledig zu sein, 10% sind verheiratet und 23% geschieden. Die in den Vorjahren beobachteten geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich bei der Befragung 2006 nicht feststellen: Zwar geben mit 69% immer noch mehr Männer als Frauen (60%) an, ledig zu sein, weswegen der Anteil an Verheirateten (12% vs. 9%) und Geschiedenen (26% vs. 21%) bei den Frauen höher ist, jedoch erreichen diese Unterschiede keine statistische Signifikanz mehr. Es lässt sich also festhalten, dass sich die Geschlechter auf der Szene bei der Struktur des Familienstandes inzwischen einander angenähert haben.

Wie bereits 2004 geben auch im Jahr 2006 44% der Befragten an, eigene Kinder zu haben (2002: 52%; 2003: 47%). Wie bei den Erhebungen zuvor liegt der Anteil der Frauen mit eigenen Kindern mit 56% über dem der Männer (38%), jedoch erreicht dieser Unterschied keine statistische Signifikanz⁵. Im Gegensatz zu den vorangegangenen Befragungen, bei denen keine der Frauen angegeben hat aktuell schwanger zu sein, berichten 2006 zwei Frauen von einer aktuellen Schwangerschaft. Bereits im Bericht 2004 (vgl. Prinzleve et al. 2005) wurde angesprochen, dass sich durch die zahlreichen Elternschaften u.U. weitere und besondere Anforderungen an das Drogenhilfesystem ergeben könnten. Aus diesem Grund wurde in der aktuellen Erhebung ebenfalls erhoben, wo die Kinder untergebracht sind. Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass der Aufenthalt des Kindes bei Mutter und Vater gemeinsam die absolute Ausnahme bildet – lediglich eine Person (2%) gibt an, dass dies der Fall sei. Zudem gab keine der befragten Personen an, dass das Kind bei ihr alleine untergebracht sei. In der Mehrheit (40%) sind die Kinder beim jeweils anderen Elternteil untergebracht, 18% werden von Familienangehörigen versorgt und bei jeweils 17% sind die Kinder entweder volljährig oder institutionell untergebracht (Adoption oder Pflegeeltern).

⁵ 2002: 62 % vs. 47 %, n.s.; 2003: 52 % vs. 44 %, n.s.; 2004: 52% vs. 40%, n.s.

Tabelle 1: Unterbringung der vorhandenen Kinder (% , n=65)

	Männer	Frauen	Gesamt
Bei Kindsvater und Kindsmutter	3%	0%	2%
Bei Kindsmutter bzw. Kindsvater ohne Interviewpartner	59%	14%	40%
Bei Familie (vorübergehend)	8%	32%	18%
Bei Familie (Pflege oder Adoption)	3%	0%	2%
Unterschiedliche Unterbringung (mehrere Kinder)	3%	4%	3%
Kinder sind selbstständig (über 18)	14%	21%	17%
Zur Adoption freigegeben oder bei Pflegeeltern	11%	25%	17%
Sonstige Unterbringung	0%	4%	2%

Bei der Art der Unterbringung zeigen sich signifikante (*) geschlechtsspezifische Unterschiede: Während der größte Teil der Männer (59%) jeweils den Müttern das Kind überlässt, übergeben die Frauen häufig (32%) ihr Kind (zumindest vorübergehend) in die Obhut von Familienangehörigen oder es wird institutionell (Adoption oder Pflegeeltern) untergebracht. Bei 21% der Mütter und 14% der Väter sind die Kinder bereits über 18 Jahre alt und damit volljährig.

Signifikante (*) Veränderungen sind schließlich auch im Hinblick auf die Nationalität bzw. Herkunft der Befragten zu beobachten: 2006 sind 67% der Befragten deutscher Nationalität (1995: 79%, 2002: 79%, 2003: 75%, 2004: 76%), 4% sind Spätaussiedler (1995: 1%, 2002: 1%, 2003: 0%), und 29% der Befragten gehören einer anderen Nationalität an (1995: 19%, 2002: 19%, 2003: 25%, 2004: 20%). Damit hat sich der Anteil deutscher Staatsbürger bei den aktuell Befragten etwas verringert und der Anteil von Personen mit anderer Nationalität entsprechend erhöht.

4.1.2 Wohnsituation

Betrachtet man im Zusammenhang mit der Wohnsituation zunächst den offiziellen Status, das heißt die Angaben, wo die Befragten polizeilich gemeldet sind, so zeigt sich zwischen den Befragungen ein signifikanter Unterschied (s. Tab. 2).

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

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

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 anderen Befragungen. Zum zweiten ist der Unterschied darauf zurückzuführen, dass von 2002 auf 2003 der Anteil an Interviewten, die ihren gemeldeten Wohnsitz in Frankfurt haben, angestiegen und parallel dazu der Anteil an Befragten mit gemeldetem Wohnsitz im Großraum Frankfurt zurückgegangen ist. Diese

Tendenz hat sich 2006 allerdings wieder gewendet: So ist der Anteil derer, die ihren Wohnsitz in Frankfurt gemeldet haben, wieder rückläufig und parallel dazu ist sowohl der Anteil derer, die ihren gemeldeten Wohnsitz im Großraum Frankfurt haben, als auch der Anteil jener Befragten, die keinen gemeldeten Wohnsitz haben, wieder angestiegen. Zusammengenommen sind allerdings in allen vier Jahren jeweils fast 80% der Befragten im Großraum Frankfurt gemeldet.

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

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

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

Fast jeder Dritte der im Jahr 2006 Befragten wohnt in seiner eigenen Wohnung. Dieser Anteil erreicht damit, im Vergleich zu den vorangegangenen Befragungen, den höchsten Stand. Parallel dazu sinkt im gleichen Verhältnis die Unterbringung in Notschlafunterkünften. Auch zeigt sich ein Rückgang beim u.U. prekären Zusammenwohnen mit einem/ einer ebenfalls drogenkonsumierenden Partner(in). Der Anteil an Personen, die angeben, betreut zu wohnen, hat sich ebenfalls erhöht.

Im Gegensatz zu dieser positiven Entwicklung hat sich der Anteil derer, die angeben, obdachlos zu sein, aktuell wieder etwas erhöht, wenngleich die Werte von 1995 und 2003 nicht erreicht werden. Mit einem Anteil von insgesamt 44 % (1995: 46 %, 2002: 49 %, 2003: 51 %, 2004: 48 %) ist aber auch im Jahr 2006 immer noch nahezu jeder Zweite faktisch obdachlos und lebt entweder auf der Straße oder schläft in Notunterkünften.

In Bezug auf die Wohnsituation sind 2006 im Gegensatz zu 2004 zwar keine geschlechtsspezifischen signifikanten Unterschiede mehr zu beobachten, jedoch zeigen sich über den gesamten Befragungszeitraum (1995-2006) Unterschiede, die vor allem auf signifikante (**) Veränderungen bei den Männern zurückzuführen sind (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Aktuelle Wohnsituation (%) nach Geschlecht und Jahr der Befragung

	1995		2002		2003		2004		2006	
	Männer	Frauen								
Obdachlos	19	16	6	19	17	20	10	14	10	22
eigene Wohnung	25	32	17	25	22	26	25	22	33	26
Partner / User	5	8	4	8	4	6	3	20	1	2
Partner / Non-User	3	3	8	8	3	6	4	8	5	2
WG mit User	2	8	4	0	3	4	1	2	1	8
WG mit Non-User	4	0	7	4	4	2	3	0	2	4
Notschlafunterkunft	27	27	43	31	33	32	45	22	33	24
betreutes Wohnen	14	5	6	2	6	0	1	6	7	8
Eltern	19	16	6	0	8	2	5	6	4	2
Sonstige	0	0	0	2	0	2	3	0	4	2
Sig.	n.s.		*		n.s.		**		n.s.	

Diese Veränderungen zeigen sich dahingehend, dass inzwischen mehr Männer als Frauen in ihrer eigenen Wohnung leben (1995: 25% vs. 32%, 2002: 17% vs. 25%, 2003: 22% vs. 26%, 2004: 25% vs. 22%, 2006: 33% vs. 26%), allerdings sind auch mehr Männer in einer Notschlafunterkunft untergebracht (Aktuell: 33% vs. 24%).

Bei den Frauen zeigen sich signifikante (*) Veränderungen im Vergleich zur Befragung 2004: Demnach ist die Obdachlosenrate bei den Frauen etwas gestiegen (2004: 14%, 2006: 22%). Darüber hinaus leben im Vergleich zu 2004 deutlich weniger Frauen mit einem ebenfalls konsumierenden Partner zusammen (2004: 20%, 2006: 2%); dagegen leben mehr Frauen in einer WG mit anderen Konsumenten (2004: 2%, 2006: 8%).

Zusammenfassend lässt sich für die Wohnsituation festhalten, dass diese sich für die Männer im Laufe der Jahre etwas verbessert hat (siehe „eigene Wohnung“) und sich für die Frauen immer noch relativ unverändert und tendenziell schlechter als die der Männer (siehe Obdachlosigkeit) darstellt.

4.1.3 Ausbildungs- und Beschäftigungssituation

Im Hinblick auf den Schulabschluss zeigt sich, dass auch im Jahr 2006 die meisten Befragten einen Hauptschulabschluss (47%) als höchsten Abschluss angeben. 22% geben einen Realschulabschluss, 17% keinen Schulabschluss, 13% ein Abitur und 1% einen sonstigen Abschluss an (s. Tab. 5). Beim Schulabschluss sind allerdings inzwischen signifikante (*) Veränderungen seit 1995 zu beobachten. Hierbei zeigt sich eine zweigeteilte Entwicklung: Zum einen steigt tendenziell der Anteil derer, die keinen Schulabschluss angeben können, über die Jahre (1995: 13%, 2002: 13%, 2003: 16%, 2004: 10%, 2006: 17%), andererseits erhöht sich steigt der Anteil der Abiturienten (1995: 5%, 2002: 8%, 2003: 11%, 2004: 11%, 2006: 13%) kontinuierlich.

Eine abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre oder Studium) können 2006 54% der Befragten vorweisen, 43% geben an, keine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben, und 3% befinden sich noch in der Ausbildung. Der Anteil derer, die über keine abgeschlossene

Berufsausbildung verfügen, ist zwar von 1995 (52%) auf 2002 (46%) gesunken, stagniert aber seit 2003 und liegt konstant bei 43%. Unverändert hoch ist die Arbeitslosenquote mit 86 %, wobei in jedem Jahr der Großteil der Betroffenen auch arbeitslos gemeldet ist (2002: 85 %, 2003: 70 %, 2004: 88 %, 2006: 86%, jeweils bezogen auf die Gruppe der Arbeitslosen). Geschlechtsspezifische Unterschiede sind im gesamten Bereich Schulabschluss, Berufsausbildung und Beschäftigungssituation nicht festzustellen.

Tabelle 5: Ausbildungs- und Beschäftigungssituation (%) nach Jahr der Befragung

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

Die Dauer der Arbeitslosigkeit beträgt 2006 durchschnittlich 55,7 ($\pm 68,3$) Monate. Damit bewegt sich die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit in etwa auf dem Niveau von 2002 (54,4 $\pm 56,9$ Monate) und 2003 (54,4 $\pm 59,4$ Monate). Der niedrigere Wert im Jahr 2004 von 49,6 ($\pm 54,2$) Monaten ist demnach eher auf eine Zufallschwankung zurückzuführen. Dementsprechend ist für alle vier Befragungen festzuhalten, dass die Mehrheit der arbeitslosen Drogenkonsumenten als langzeitarbeitslos zu bezeichnen ist.

Insgesamt zeigt sich dabei ein nach wie vor hoch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Dauer, mit der sich die Befragten regelmäßig auf der „Drogenszene“ aufhalten (***) demnach geht ein langjähriger „Szeneaufenthalt“ mit einer längeren Arbeitslosigkeit einher. Dieser Zusammenhang wird deutlich schwächer (**), 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 Bindung an die „Drogenszene“ (bzw. längerer Zugehörigkeit) auch die Schwierigkeit zunimmt, Drogenkonsumenten in das Arbeitsleben zu reintegrieren, was angesichts des aktuell wiederum leicht gestiegenen Durchschnittsalters der „Szene“ als durchaus problematisch angesehen werden kann.

4.1.4 Finanzielle Situation

Die Analyse der unterschiedlichen Einkommensquellen, aus denen die Befragten in der letzten Woche Geld bezogen haben (s. Tab. 6), zeigt 2006 im Vergleich zur letzten Befragung 2004 besonders deutliche Unterschiede beim Bezug von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld (***). Die Bezieher von Sozialhilfe haben sich etwa halbiert, während sich die Empfänger von Arbeitslosengeld verdoppelt haben. Diese Veränderungen lassen sich durch das zum 01.01.2005 eingeführte Arbeitslosengeld II erklären, als dessen Folge offensichtlich viele ehemalige Sozialhilfeempfänger als grundsätzlich „Erwerbsfähige“ nun Arbeitslosengeld II erhalten. Allerdings ist auch die Gesamtzahl derer, die Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung erhalten, 2006 von 67% auf 59% gesunken.

Der Anteil an Personen, die ihren Unterhalt (ausschließlich oder unter anderem) mit Arbeit oder „Jobben“ bestreiten, nimmt im gleichen Zeitraum signifikant ab, parallel dazu steigt der Anteil der Personen, die durch Familie oder Freunde/ Bekannte unterstützt werden, wieder deutlich an. Ebenfalls zunehmend ist im Vergleich zu 2004 der Anteil derer, die sich (unter anderem) mit dem Verkauf von Medikamenten und über andere illegale Aktivitäten finanzieren. Weitere signifikante Unterschiede bei den Einkommensquellen sind auf starke Veränderungen zwischen den Jahren 1995 und 2002 zurückzuführen, dies gilt sowohl für das „Service machen“⁶ als auch bezüglich der finanziellen Unterstützung durch den Partner oder die Partnerin, welche seit 1995 deutlich an Bedeutung verloren haben (vgl. Tab. 6).

Tabelle 6: Einkommensquellen (letzte 7 Tage, %) nach Jahr der Befragung

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

^a Keine Daten verfügbar.

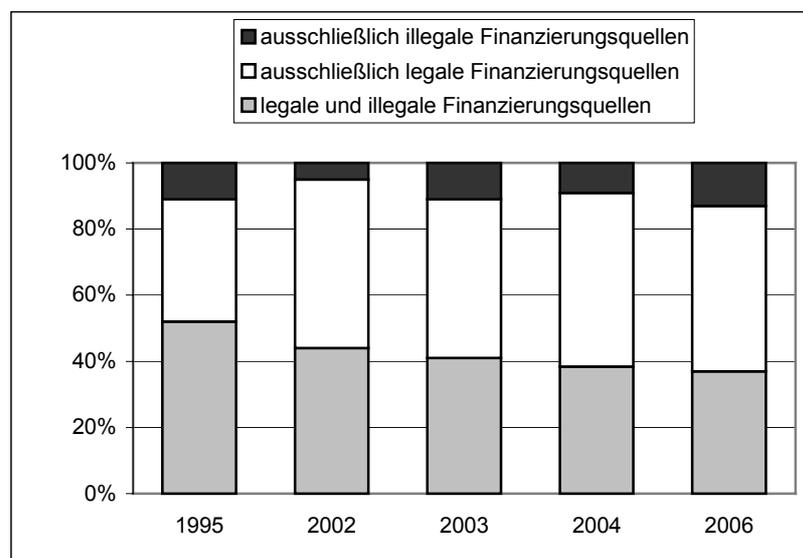
Wie Tabelle 6 ebenfalls verdeutlicht, verfügen die Befragten in der Regel über mehrere Einkommensquellen. Betrachtet man die von den Befragten als Haupteinnahmequelle angegebenen Finanzierungsquellen, kann man über die Jahre 1995-2006 signifikante (***) Veränderungen beobachten. Dies liegt vor allem daran, dass staatliche Unterstützung (Sozialhilfe

⁶ Beim „Service machen“, werden anderen Konsumenten die Utensilien für den intravenösen Konsum bereitgestellt, oder „Serviceleute“ injizieren anderen Konsumenten u.U. die Drogen. Diese Dienstleistungen werden durch die Überlassung des für das Aufziehen der Substanzen in die Spritze benutzten Filters oder durch die Abgabe geringer Drogenmengen entlohnt (vgl. Kemmesies 1995a).

und Arbeitslosenunterstützung) für inzwischen 42% die Haupteinnahmequelle darstellt (1995: 19%, 2002: 31%, 2003: 28%, 2004: 28%). Zudem ist der Anteil von Personen, die ihr Einkommen hauptsächlich über Drogengeschäfte bestreiten, mit aktuell 17% deutlich zurückgegangen (1995: 25%, 2002: 21%, 2003: 29%, 2004: 26%). Allerdings ist auch der Anteil der Befragten, die ihr Einkommen hauptsächlich über regelmäßige Arbeit oder Jobs bestreiten mit aktuell 9% rückläufig (1995: 17%, 2002: 18%, 2003: 14%, 2004: 15%). Die Prostitution schließlich spielt vor allem für die befragten Frauen eine wesentliche Rolle: aktuell geben 31% der Frauen Prostitution als Haupteinnahmequelle an (1995: 25%, 2002: 25%, 2003: 29%, 2004: 22%), wobei sich dieser Anteil, nach einem leichten Rückgang 2004, wieder erhöht hat und damit im Jahr 2006 der höchste Wert aller Erhebungen erreicht wird.

Fasst man die finanzielle Situation im Hinblick auf den Legalstatus der Einnahmequellen zusammen, so gibt nach wie vor jeweils nur eine Minderheit an, sich ausschließlich über illegale Wege zu finanzieren (1995: 11%, 2002: 5%, 2003: 11%, 2004: 9%, 2006: 13%). Der Anteil derjenigen, die ihr Einkommen ausschließlich über legale Einnahmequellen bestreiten, ist dagegen von 1995 (37%) auf 2002 (51%) deutlich angestiegen, und seither auch auf diesem Niveau verblieben (2003: 48%, 2004: 52%, 2006: 50%; s. Abb. 4). Dieser Unterschied erreicht auch statistische Signifikanz (*).

Abbildung 4: Legalstatus der Einnahmequellen nach Jahr der Befragung



Insofern bleibt festzuhalten, dass es seit 2002 etwa der Hälfte der Befragten gelingt, sich ausschließlich auf legalen Wege zu finanzieren.

Im Durchschnitt stehen den im Jahr 2006 Befragten etwa 462 Euro pro Woche zur Verfügung. Sie verfügen damit durchschnittlich wieder über etwas mehr Geld als in der Befragung 2004, allerdings liegt der Durchschnittswert unter denen der Jahre 1995-2003 (1995: 550 Euro, 2002: 552 Euro, 2003: 608 Euro, 2004: 439). Mit diesem leichten Anstieg des zur Verfügung stehenden Geldes geht auch ein Anstieg der durchschnittlichen Ausgaben für Drogen pro Woche einher: Mit durchschnittlich 373 Euro pro Woche geben die Konsument(inn)en wieder mehr Geld

für Drogen aus als noch 2004, als der Wert bei 356 Euro lag (1995: 413 Euro, 2002: 481 Euro, 2003: 510 Euro).

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

4.2 Substanzkonsum

4.2.1 Lifetime-Konsum

Der Blick auf die Angaben, welche Substanzen die Befragten in ihrem Leben mindestens ein Mal konsumiert haben, zeigt zunächst, dass bei sämtlichen Substanzen ein nennenswerter Anteil der Interviewpartner(innen) über Konsumerfahrungen verfügt. Nahezu alle haben Erfahrungen mit dem Konsum von Nikotin, Alkohol, Cannabis, Heroin und Kokain sowie seit der Befragung 2002 auch mit Crack. Die überwiegende Mehrheit der Befragten hat ebenso Erfahrungen mit dem Konsum von Benzodiazepinen – und mit Speed. In beiden Fällen lässt sich ein Anstieg der Werte über den Zeitverlauf hinweg beobachten, der jedoch keine statistische Signifikanz erreicht. Eine signifikante Zunahme der Lifetime-Prävalenz über die Erhebungen hinweg zeigt sich bei Ecstasy; hier verfügen im Jahr 2006 nahezu zwei Drittel der Befragten über Konsumerfahrungen, womit sich die Lifetime-Prävalenz gegenüber 1995 fast verdoppelt hat. Ein Rückgang der Werte zeigt sich hingegen bei psychoaktiven Pilzen und bei LSD, der bei letztgenannter Substanz auch statistische Signifikanz erreicht. Dabei ist bei LSD einerseits ein deutlicher Rückgang der Prävalenzraten zwischen den Befragungen 1995 und 2002 und andererseits zwischen 2004 und 2006 festzustellen. Die Lifetime-Prävalenz von Opium bewegt sich seit der Befragung 2002 auf einem vergleichbaren Niveau, hier zeigt sich vor allem zwischen 1995 und 2002 ein deutlicher Rückgang der Werte. Die geringste Lifetime-Prävalenz lässt sich in allen Erhebungen bei biogenen Drogen feststellen. Nach einem etwas höheren Wert in der Befragung 2002 gibt in den Befragungen 2003, 2004 und 2006 relativ konstant etwa jede/jeder Fünfte an, Substanzen wie z.B. Khat oder Stechapfel schon einmal in seinem Leben konsumiert zu haben. Was den intravenösen Konsum von psychoaktiven Substanzen betrifft, mit dem nahezu alle Interviewten Erfahrung haben, lässt sich ein leichter Rückgang der Prävalenzraten zwischen den Befragungen 2004 und 2006 beobachten, der jedoch keine statistische Signifikanz erreicht und auf Zufallsschwankungen beruhen kann.

Tabelle 7: Lifetime-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung

	1995	2002	2003	2004	2006	Sig.
Nikotin	100	99	99	99	100	n.s.
Alkohol	97	98	97	99	98	n.s.
Cannabis	99	97	95	96	98	n.s.
Psychoaktive Pilze	^a	49	39	37	35	n.s.
Andere biogene Drogen	^a	28	20	19	21	n.s.
LSD	81	63	64	65	55	***
Ecstasy	33	45	44	57	59	***
Speed	79	73	72	79	83	n.s.
Opium	68	52	57	54	54	*
Heroin	99	93	98	99	99	*
Benzodiazepine ^b	^a	73	79	81	82	n.s.
Kokain	99	95	99	99	98	n.s.
Crack	41	96	97	95	93	***
intravenöser Konsum	^a	91	91	95	87	n.s.

^a Keine Daten verfügbar.

^b bis 2003: „nicht verschriebene Medikamente“

Weitere Veränderungen der Lifetime-Prävalenz sind bei Heroin und Kokain zu beobachten. Im Falle von Heroin erreichen diese Veränderungen auch statistische Signifikanz, was jedoch darauf zurückzuführen ist, dass in der Befragung 2002 die Lifetime-Prävalenz etwas geringer ist als in den übrigen Befragungen. Gleiches gilt für Kokain, auch hier liegen die Werte für den Lifetime-Konsum im Jahr 2002 leicht unter den Prävalenzen der übrigen Erhebungen, hier sind die Veränderungen jedoch statistisch nicht signifikant. Die deutlichsten Veränderungen bezüglich der Lifetime-Prävalenz zeigen sich bei Crack: Hier haben sich die Werte zwischen den Befragungen 1995 und 2002 mehr als verdoppelt und liegen seitdem auf einem kontinuierlich hohen Niveau – wengleich im Jahr 2006 ein geringfügiger Rückgang der Lifetime-Prävalenz festzustellen ist.

Hinsichtlich des Alters beim Erstkonsum der verschiedenen Substanzen fällt zunächst auf, dass sich im Hinblick auf die legalen Drogen Alkohol und Nikotin sowie bei biogenen Drogen kaum Unterschiede zwischen den fünf Befragungen ergeben. Gleiches gilt für den erstmaligen intravenösen Drogenkonsum. Bei Cannabis, Kokain und Crack lässt sich seit der Befragung 2002 wieder ein kontinuierlich abnehmendes Einstiegsalter beobachten, wengleich bei keiner der genannten Substanzen das Durchschnittsalter für den Erstkonsum unter den Wert aus der ersten Befragung 1995 fällt und die Veränderungen statistisch auch nicht signifikant sind. Das Durchschnittsalter für den erstmaligen Konsum psychoaktiver Pilze, deren Konsum nicht bei der Befragung 1995 erhoben wurde, ist ebenfalls seit 2002 kontinuierlich, statistisch jedoch nicht signifikant, gesunken. Bei Speed fällt das durchschnittliche Einstiegsalter 2006 erstmals wieder unter den Anfangswert von 1995. Im Hinblick auf Ecstasy setzt sich der zwischen den Jahren 2003 und 2004 zu beobachtende signifikante Trend eines sinkenden Einstiegsalters offensichtlich weiter fort. Ebenfalls deutliche Unterschiede zeigen sich beim Einstiegsalter in den Konsum von Heroin und Opium, wobei die statistische Signifikanz vor allem aus dem gestiegenen Durchschnittsalter zwischen den Befragungen 1995 und 2002 resultiert – seither bewegen sich die Werte auf einem vergleichbaren Niveau. (s. Tab. 8).

Tabelle 8: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert ^a) nach Jahr der Befragung

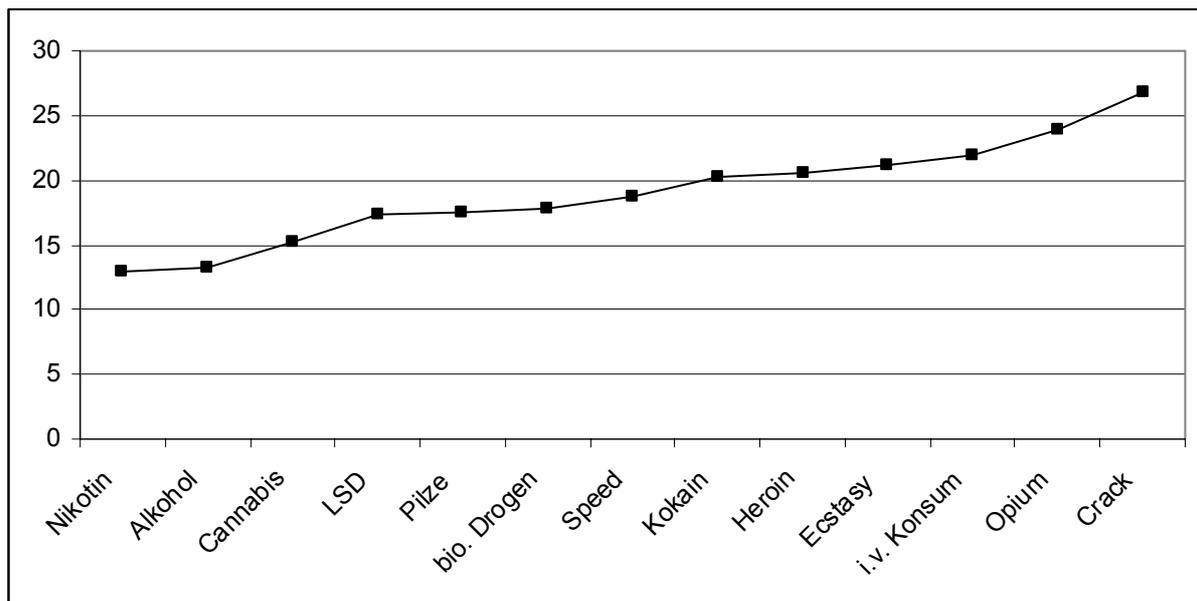
	1995	2002	2003	2004	2006	Sig.
Nikotin	12,4	12,6	13,4	13,1	12,9	n.s.
Alkohol	13,3	13,7	13,9	13,1	13,2	n.s.
Cannabis	14,8	16,1	16,0	15,5	15,2	n.s.
LSD	16,9	18,3	18,5	18,2	17,4	n.s.
Andere biogene Drogen	^b	18,5	17,4	18,0	17,8	n.s.
psychoaktive Pilze	^b	19,5	19,4	18,8	17,5	n.s.
Speed	19,4	20,4	20,0	20,3	18,7	n.s.
Heroin	18,4	21,2	20,6	20,1	20,6	***
Kokain	20,2	21,4	21,0	20,8	20,3	n.s.
intravenöser Konsum	^b	22,3	22,9	21,6	22,0	n.s.
Ecstasy	23,7	22,6	23,6	21,4	21,1	**
Opium	20,7	23,9	23,2	23,8	23,9	***
Crack	26,5	29,1	29,0	28,1	26,8	n.s.

^a Bezogen auf diejenigen mit Konsumerfahrungen.

^b Keine Daten verfügbar.

Abb. 5 zeigt den zeitlichen Verlauf hinsichtlich des durchschnittlichen Einstiegsalter in den Konsum unterschiedlicher Substanzen der im Jahr 2006 Befragten. Der größte Sprung im Sinne einer großen zeitlichen Differenz ergibt sich im Zusammenhang mit dem Crackkonsum: Der erste Konsum des Kokainderivats erfolgt bei den im Jahr 2006 Befragten knapp drei Jahre nach dem Konsum von Opium als der letzten neu konsumierten Substanz, womit sich die zeitliche Spanne im Gegensatz zu den in den Jahren 2002 bis 2004 Befragten halbiert hat. Nach wie vor findet der Konsum von Crack deutlich (mehr als sechs Jahre) später als der Konsum von Heroin und Kokain statt und ebenfalls deutlich später (fast fünf Jahre) als der intravenöse Drogengebrauch, was sich im Wesentlichen darauf zurückführen lässt, dass es sich bei Crack um eine vergleichsweise ‚neue‘ Substanz bzw. ‚neue‘ Darreichungsform von Kokain handelt.

Abbildung 5: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert^a) der im Jahr 2006 Befragten



^a Bezogen auf diejenigen mit Konsumerfahrungen

Das Durchschnittsalter des Erstkonsums so genannter „harter Drogen“⁷ liegt 2006 wie bereits 2004 unverändert bei 17,8 Jahre ($\pm 4,6$). Über den Zeitverlauf betrachtet zeigen sich vor allem Unterschiede, die auf Veränderungen zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen sind: So verschiebt sich von 1995 auf 2002 das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum „harter Drogen“ um etwa 2 Jahre nach oben, von 16,5 ($\pm 3,2$) Jahren 1995 auf 18,6 ($\pm 5,8$) Jahre im Jahr 2002. Zwischen 2003 und 2004 ist das Durchschnittsalter wieder geringfügig von 18,3 ($\pm 4,8$) Jahre auf 17,8 ($\pm 4,3$) Jahre gesunken. Insgesamt erreichen die Veränderungen zwischen 2002 und 2006 keine statistische Signifikanz, womit sich das durchschnittliche Einstiegsalter in den Konsum „harter Drogen“ dementsprechend seit 2002 als relativ unverändert darstellt.

Die „Drogenkarriere“, also die durchschnittliche Dauer der Erfahrungen mit „harten Drogen“, hat sich seit 1995 (14,1 Jahre) über die Jahre 2002 (16,1 Jahre) bis 2003 (18,0 Jahre) kontinuierlich erhöht.⁸ Von 2003 auf 2004 ist ein leichter Rückgang (17,3 Jahre), zwischen 2004 und 2006 wieder ein leichter Anstieg (17,9 Jahre) zu beobachten. Dementsprechend lässt sich hier keine eindeutige Tendenz feststellen und die unterschiedlichen Werte können auf Zufallsschwankungen beruhen. Die Ergebnisse zeigen jedoch deutlich, dass es im Vergleich zu 1995 offenbar möglich ist, länger im Umfeld der offenen Szene zu (über-)leben (Kemmesies 2002).

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 praktizierten Konsummustern sind die 12-Monats-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzraten.

⁷ Als „harte Drogen“ gelten hier: Ecstasy, LSD, Speed, Kokain, Crack, Opium und Heroin.

⁸ Hier ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Konsumdauer um eine Schätzung auf Grundlage der Angaben zum Einstiegsalter handelt. Abweichungen zur tatsächlichen Dauer des Konsums können sich aus zwischenzeitlichen Abstinenzphasen ergeben, die hier nicht erfasst sind.

Betrachtet man zunächst die 12-Monats-Prävalenz (s. Tab. 9), so zeigt sich, dass im Gegensatz zur Lifetime-Prävalenz der Konsum v.a. von psychoaktiven Pilzen und LSD, aber auch von Ecstasy, Opium und Speed keine große Bedeutung für die Konsummuster der Befragten hat.

Tabelle 9: 12-Monats-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung

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

^a Keine Daten verfügbar.

^b bis 2003: "nicht verschriebene Medikamente"

Offensichtlich werden diese Substanzen irgendwann kurzzeitig konsumiert, der Gebrauch dann aber überwiegend 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 und jeweils etwa 40% geben an, die jeweilige Substanz nach kurzem, z.T. einmaligem Konsum nicht mehr genommen zu haben. Die im Jahr 2004 zu beobachtende Zunahme der 12-Monatsprävalenz von Opium hat sich nicht fortgesetzt: Offenbar handelte sich hierbei lediglich um eine kurzlebige Entwicklung, die keinen neuen Trend im Sinne einer „Renaissance“ dieser Substanz angezeigt hat. So liegt der Wert im Jahr 2006 wieder auf einem vergleichbaren Niveau wie in den Befragungen 2002 und 2003.

Bei Cannabis ist nach dem Anstieg im Jahr 2004 wieder ein Rückgang bei der 12-Monats-Prävalenz zu beobachten, womit der Konsum deutlich unter dem vergleichsweise hohen Wert von 1995 und wieder auf einem ähnlichen Niveau wie 2002 und 2003 liegt. Im Falle von Kokain zeigen sich deutliche Veränderungen im Vergleich zu den drei Erhebungen der Jahre 2002 bis 2004: Nachdem sich die Prävalenzraten zwischen den Befragungen 1995 einerseits und 2002 bis 2004 andererseits nahezu halbiert hatten, zeigt sich 2006 wieder ein deutlicher Anstieg der 12-Monats-Prävalenz – etwa zwei Drittel der Befragten haben die Substanz im zurückliegenden Jahr konsumiert. Der Konsum von Crack, bezogen auf das zurückliegende Jahr, hat sich demgegenüber seit der Befragung 2002 nur geringfügig verändert. Die hier vorliegende statistische Signifikanz resultiert aus der Verdreifachung der Prävalenzraten zwischen den Erhebungen 1995 und 2002. Bei der 12-Monats-Prävalenz von Heroin lassen sich zwischen 2004 und 2006 keine Veränderungen beobachten, nachdem in der Befragung 2004 ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu den beiden Vorjahren festzustellen war. Wie schon in der Befragung 2004 zeigen sich damit auch im Jahr 2006 keine Unterschiede zwischen den 12-Monats-Prävalenzen von Heroin und Crack. Bei Benzodiazepinen hat sich der in den Jahren zuvor zu konstatierende

kontinuierliche und deutliche Anstieg nicht weiter fortgesetzt, so dass sich die Prävalenzraten im Jahr 2006 auf einem vergleichbaren Niveau wie in der Erhebung 2004 bewegen.

Insgesamt sind demnach Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepine, Kokain und Crack diejenigen Substanzen, die über den gesamten Beobachtungszeitraum von 1995 bis 2006 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 Tab. 10 zusammengefasst. Beim Alkoholkonsum zeigen sich dabei kaum Veränderungen im Beobachtungszeitraum. Relativ unverändert haben etwa zwei Drittel der Befragten in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken. Bei der 24-Stunden-Prävalenz ist seit 1995 ein leichter, statistisch jedoch nicht signifikanter Rückgang von 43% auf 31% im Jahr 2006 zu beobachten. Bei Cannabis sind die Veränderungen auf die 30-Tages-Prävalenzen beschränkt; hier zeigt sich 2006 mit 51% gegenüber 71% in der Erhebung 1995 sowie um die 60% in den übrigen Befragungen der niedrigste Wert aller fünf Erhebungen. Bei der 24-Stunden-Prävalenz ergeben sich dagegen kaum Unterschiede: Etwas weniger als ein Viertel der Befragten hat innerhalb der letzten 24 Stunden Cannabis konsumiert, womit sich ein geringfügiger Rückgang der Prävalenzraten im Vergleich zu 2002 bzw. 2004 und ein identischer Wert wie in der Befragung 2003 ergibt. Beim Konsum von Benzodiazepinen erreicht ebenfalls lediglich die Veränderung der 30-Tages-Prävalenz statistische Signifikanz, die im Wesentlichen auf einem Anstieg in den Erhebungen 2003 und 2004 beruht. Im Jahr 2006 liegt die Prävalenzrate zwischen jenen der Jahre 2003 und 2004. Die Ergebnisse hinsichtlich der 24-Stunden-Werte zeigen, mit Ausnahme eines leichten, nicht signifikanten Anstiegs 2004, keine Unterschiede in den Befragungen. Der sich im Jahr 2004 andeutende weitere Bedeutungsgewinn von Benzodiazepinen für die aktuell praktizierten Konsummuster hat sich somit aktuell nicht weiter fortgesetzt. Bei Kokain zeigen sich, wie bereits bei der 12-Monats-Prävalenz, ebenfalls deutliche Veränderungen gegenüber den vorhergehenden Befragungen der Jahre 2002, 2003 und 2004: Nachdem die Prävalenzen zwischen der Befragung 1995 einerseits und 2002 bis 2004 andererseits deutlich gesunken waren, ist der Wert für einen Konsum von Kokain innerhalb der zurückliegenden 30-Tage 2006 wieder angestiegen bzw. hat sich gegenüber der Befragung 2004 nahezu verdoppelt. Der Wert für die 24-Stunden-Prävalenz hat sich 2006 im Vergleich zur Befragung 2004 sogar vervierfacht. Trotz dieses deutlichen Konsumanstiegs spielt Kokain mit einer Prävalenz von 16% hinsichtlich des Konsums innerhalb der letzten 24 Stunden auch im Jahr 2006 eine eher untergeordnete Rolle.

Bei Heroin lässt sich nach dem deutlichen Rückgang der 30-Tages-Prävalenz zwischen den Erhebungen 1995 und 2002 wieder ein kontinuierlicher, statistisch jedoch nicht signifikanter Anstieg konstatieren. Vergleichbares zeigt sich auch bei der 24-Stunden-Prävalenz: Auch hier ist ein deutlicher Rückgang zwischen 1995 und 2002 zu beobachten; von 2003 auf 2004 sowie von 2004 auf 2006 ist wiederum eine leichte Zunahme der 24-Stunden-Prävalenz festzustellen. Über den Erhebungsverlauf gesehen ist demnach seit 2002 im Hinblick auf die aktuellen Konsummuster wieder ein Bedeutungszuwachs von Heroin und bezüglich der der 30-Tages-Prävalenz der Substanz eine tendenzielle Annäherung an den „Anfangswert“ aus dem Jahre 1995 zu beobachten. Gleichwohl ist festzuhalten, dass insbesondere der aktuelle Heroinkonsum trotz des beobachteten Anstiegs deutlich unter dem Niveau von 1995 liegt. Beim Crackkonsum schließlich zeigt sich, nach dem sprunghaften Anstieg zwischen 1995 und 2002, in den Folgebefragungen eine weitgehende Stabilisierung der 30-Tages-Prävalenz auf hohem Niveau – wenngleich im Jahr 2006 ein leichter Rückgang der Prävalenzrate zu beobachten ist. Bei der 24-Stunden-Prävalenz

findet dies allerdings keinen Niederschlag: Nachdem hier zwischen den Jahren 2002 und 2003 ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen war, haben die Prävalenzen wieder leicht zugenommen, ohne jedoch den Wert aus dem Jahr 2002 zu erreichen. Interessanterweise zeigen sich somit bei Crack im Vergleich zwischen 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz gegenläufige Entwicklungen, wenngleich festzuhalten ist, dass der Rückgang der 30-Tages-Prävalenz sowie der Anstieg der 24-Stunden-Prävalenz nur geringfügig ist.

Tabelle 10: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack nach Jahr der Befragung

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

^a Keine Daten verfügbar

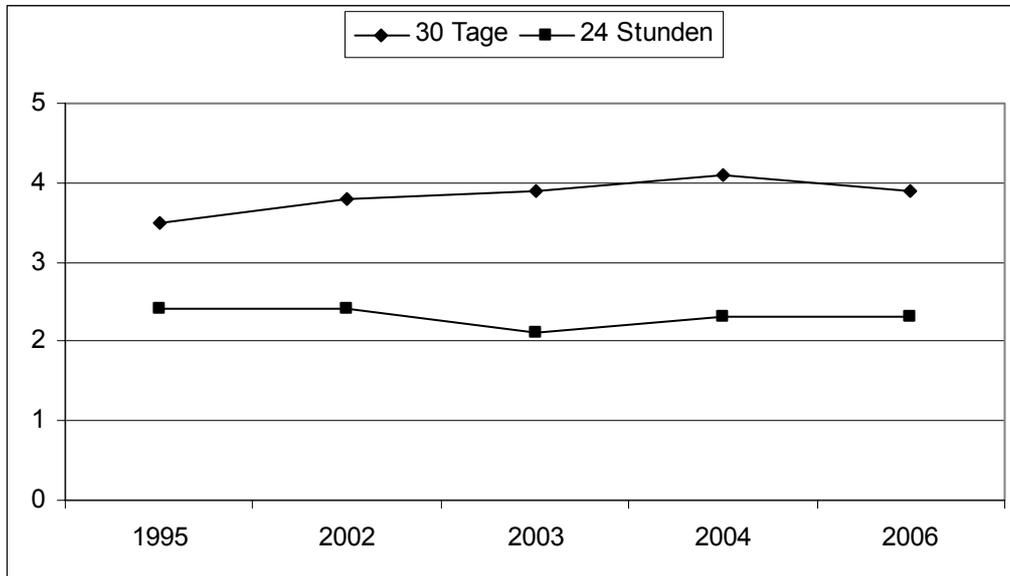
^b bis 2003: „nicht verschriebene Medikamente“

In der Gesamtschau betrachtet, ergeben sich im Hinblick auf den aktuellen Konsum über die Jahre 1995 bis 2006 eine Reihe von Veränderungen bei den einzelnen Substanzen. Insbesondere die Trendentwicklung bezüglich des Konsums von Kokain, das zwischen 1995 und 2002 in der Szene nahezu vollständig durch Crack „ersetzt“ worden war, scheint sich wieder etwas umzukehren: So haben sich sowohl die Prävalenzen für den Konsum von Kokain innerhalb der letzten 30 Tage als auch für den Konsum in den zurückliegenden 24 Stunden erhöht, wenngleich festzuhalten ist, dass es sich auch im Jahr 2006 mit $n=24$ um eine kleine Gruppe von Konsument(inn)en handelt, die überhaupt innerhalb der letzten 24 Stunden Kokain konsumiert hat. Es bleibt abzuwarten, ob hierbei lediglich ein kurzfristiger Trend angezeigt ist oder ob Kokain auch zukünftig eine steigende Bedeutung in den aktuellen Konsummustern der Szeneangehörigen erfährt. Auf die Gesamtprävalenzraten von Kokainderivaten bezogen hat sich der Anstieg des Pulverkokaikonsums nur auf die 24-Stunden-Prävalenz ausgewirkt, die von 62% (2003/ 2004) leicht auf 67% gestiegen ist – im Jahr 2002 lag dieser Wert mit 80% allerdings noch weitaus höher (**). Die Anzahl derjenigen, die in den letzten 30 Tagen Kokain und/ oder Crack konsumiert haben, hat sich dagegen nicht signifikant geändert (2002: 91%, 2003: 92%, 2004: 90%, 2006: 87%).

Betrachtet man 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 2006 relativ konstant geblieben, wie Abb. 6 veranschaulicht.

Abbildung 6: Anzahl der in den letzten 30 Tagen bzw. letzten 24 Stunden konsumierten Substanzen (Mittelwerte bezogen auf alle erfassten Substanzen außer Nikotin)



Bei allen fünf 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.

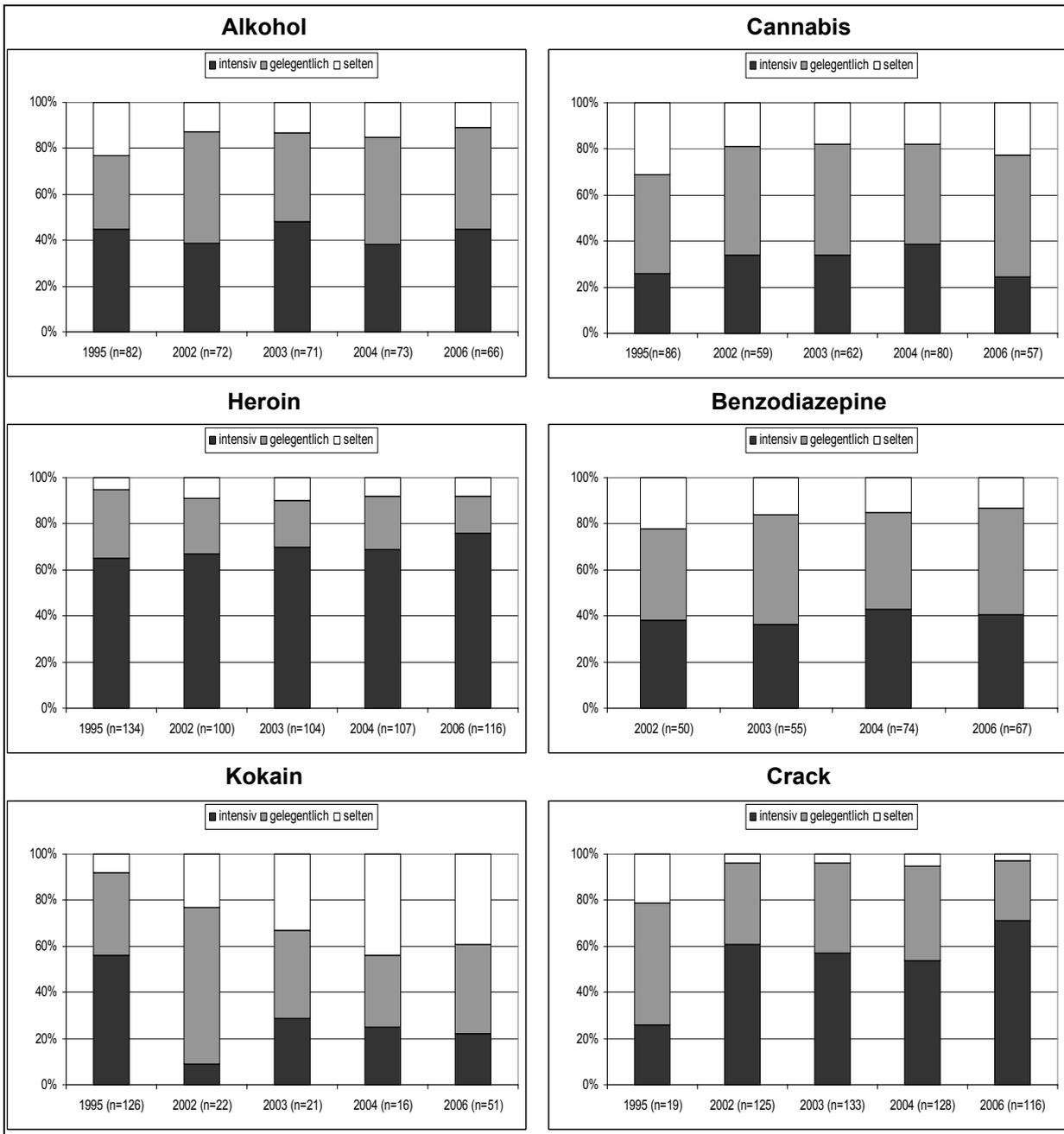
4.2.3 Konsumintensität

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 beschränkt sich die Analyse entsprechend den beobachteten 30-Tages-Prävalenzen auf den Konsum von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepine, Kokain und Crack.

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, Cannabis, Heroin sowie Benzodiazepine über den Erhebungszeitraum gesehen keine signifikanten Veränderungen in der Konsumhäufigkeit feststellen.

Abbildung 7: Konsumhäufigkeit (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack derjenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen (jeweiliges n) nach Jahr der Befragung



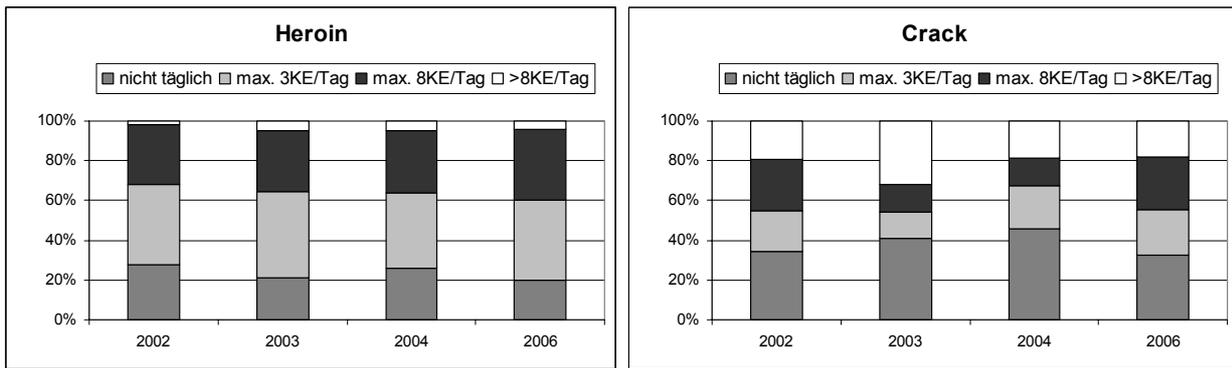
Demnach konsumieren etwa 40% derjenigen mit Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen Alkohol täglich oder nahezu täglich und ebenfalls etwa 40% konsumieren ein- oder mehrmals wöchentlich. Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich auch hinsichtlich des Konsums von Benzodiazepinen. Bei Cannabis ist der Anteil an intensiven Konsument(inn)en im Jahr 2006 deutlich geringer als in den Befragungen 2002 bis 2004 – als noch etwa ein Drittel als intensive Konsument(inn)en bezeichnet werden konnte – und liegt damit auf einem vergleichbaren Niveau wie 1995: Nur noch ein Viertel derjenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen konsumiert täglich oder nahezu täglich, ebenfalls etwa ein Viertel kann als „seltene“ Konsument(inn)en gelten und etwas mehr als die Hälfte ist zu den gelegentlichen Konsument(inn)en zu zählen. Insgesamt hat nur die Hälfte aller Befragten in den zurückliegenden 30 Tagen überhaupt Cannabis konsumiert. Bei Heroin überwiegt eindeutig der Anteil der intensiven Konsument(inn)en, der in der Befragung 2006 mit drei Vierteln aller

Befragten den höchsten Wert aller fünf Erhebungen erreicht, wobei diese Veränderungen statistisch nicht signifikant sind und auf Zufallsschwankungen beruhen können. Einen seltenen Konsum von Heroin (weniger als einmal pro Woche) gibt relativ konstant über alle Befragungen hinweg weniger als jede/jeder zehnte aktuelle Heroinkonsument(in) an. Der Anteil an Befragten mit einem gelegentlichen Konsum ist von 30% im Jahr 1995 auf 16% 2006 gesunken (2002: 24%; 2003: 20%; 2004: 23%).

Sehr deutliche, statistisch signifikante Veränderungen zwischen den einzelnen Erhebungen zeigen sich bei Kokain und Crack. So ist bei Kokain zwischen den Befragungen 1995 einerseits und 2002 bis 2004 andererseits sowohl die 30-Tages-Prävalenz stark zurückgegangen als auch der Anteil an Konsument(inn)en, die Kokain nur selten konsumieren, kontinuierlich angestiegen. So hatte beispielsweise in den Erhebungen 2002, 2003 und 2004 fast die Hälfte der überdies sehr kleinen Gruppe von Drogenkonsument(inn)en mit Kokainkonsum in den letzten 30 Tagen weniger als ein Mal pro Woche konsumiert. Im Jahr 2006 wiederum hat sich der Anteil an Konsument(inn)en, die innerhalb der letzten 30 Tage Kokain konsumiert haben, in etwa verdoppelt. Dennoch zeigen sich hier insbesondere gegenüber den Befragungen 2003 und 2004 kaum Veränderungen, was die prozentuale Verteilung eines intensiven, gelegentlichen und seltenen Kokaingebrauchs betrifft, wonach jeweils etwa 40% Kokain selten oder gelegentlich konsumieren. Beim Crackkonsum lässt sich das signifikante Ergebnis ebenso vor allem durch die Unterschiede zwischen der Befragung 1995 und den vier Befragungen seit 2002 erklären, wengleich im Jahr 2006 der Anteil an intensiven Konsument(inn)en gegenüber den Befragungen 2002 bis 2004 deutlich, auf über 70%, angestiegen ist – dieser Anteil lag in den vorhergehenden drei Befragungen lediglich bei etwa 60%. Nur etwa ein Viertel der in der jüngsten Erhebung Befragten konsumiert Crack gelegentlich, lediglich 3% geben einen seltenen Konsum an. In den Erhebungen 2002 bis 2004 hatten dagegen noch etwa 40% einen gelegentlichen Konsum angegeben. Veränderungen des Crack-Konsums zeigen sich im Jahr 2006 demnach vor allem in einer tendenziellen Intensivierung der Gebrauchsmuster.

Nach diesen Ergebnissen sind die Unterschiede zwischen Heroin und Crack, die aufgrund des jeweiligen Anteils von über 70% intensiven Konsument(inn)en im Jahr 2006 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.⁹ Auch hier wurden die Angaben zusammengefasst, wobei vier Gruppen entsprechend der berichteten Konsumhäufigkeit 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. 8) zeigt die deutlichen Unterschiede in den Konsummustern von Heroin und Crack.

⁹ Angaben zur Anzahl der Konsumeinheiten liegen für 1995 nicht vor, die Analyse beschränkt sich somit auf die Jahre 2002 bis 2006.

Abbildung 8: Zusammengefasste Konsumentintensität (%) von Heroin und Crack nach Jahr der Befragung


Während bei Heroin in allen vier Befragungen mit etwa 40% die größte Gruppe aus Konsument(inn)en mit einem dosierten Konsum von max. drei Konsumeinheiten besteht und exzessiver Konsum von über 8 Konsumeinheiten pro Tag mit 2-5% eine absolute Ausnahme darstellt, praktizieren zwischen 20% (2002, 2004 und 2006) und 30% (2003) der Crackkonsument(inn)en exzessive Konsummuster. Allerdings besteht bei allen vier Befragungen die jeweils größte Gruppe aus Konsument(inn)en, die Crack nicht täglich konsumieren (2002: 34%; 2003: 41%, 2004: 46%; 2006: 32%). Dennoch lässt sich auch hier für das Jahr 2006 eine Intensivierung der Konsummuster ablesen: So ist einerseits nicht nur der Anteil der nicht täglichen Konsument(inn)en bei beiden Substanzen gesunken, sondern andererseits auch der Anteil an Konsument(inn)en mit max. 8 Konsumeinheiten pro Tag bei Heroin von jeweils 30% in den Befragungen 2002 bis 2004 auf 36% in der Befragung 2006 gestiegen und bei Crack von 14% (2003 und 2004) auf 26% – womit jedoch der gleiche Wert wie in der Befragung 2002 erreicht wird. Vergleicht man nicht zwischen den beiden Substanzen, sondern die jeweiligen Unterschiede zwischen den Befragungen, so können diese jedoch sowohl bei Heroin als auch bei Crack auf Zufallsschwankungen beruhen.

4.2.4 Applikationsformen

Die Analyse der Veränderungen der Applikationsformen erfolgt für den Zeitraum von 2002 bis 2006. 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 zwischen den Erhebungen signifikante Veränderungen (s. Tab. 11).

Tabelle 11: Applikationsformen von Heroin, Kokain und Crack (%)^a nach Jahr der Befragung

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

^a Bezogen auf diejenigen mit Konsum

Bei Heroin und Kokain überwiegt in allen vier Erhebungen eindeutig der intravenöse Konsum, wenngleich sich hier zwischen den einzelnen Befragungen signifikante Veränderungen ergeben: So hat im Falle von Heroin der intravenöse Konsum abgenommen, die nasale Applikationsform leicht, aber kontinuierlich zugenommen. Bei Kokain lässt sich beobachten, dass die Substanz einerseits in den Befragungen 2004 und 2006 deutlich seltener nasal konsumiert wird als in den Befragungen 2002 und 2003 und dies gleichzeitig mit einer erhöhten Prävalenz für den intravenösen Kokainkonsum einhergeht. Dabei ist jedoch auch zu beachten, dass die in den Jahren 2002 bis 2004 befragte Gruppe der aktuellen Kokainkonsument(inn)en mit 18 (2002) bzw. 12 Personen (2003 und 2004) äußerst klein ist. Im Gegensatz zu den Applikationsformen von Heroin und Kokain werden bei Crack bis auf den gleichberechtigten intravenösen und Rauchkonsum alle erfragten Muster in relevantem Umfang berichtet. Signifikante Veränderungen zeigen sich dahingehend, dass der ausschließlich intravenöse Konsum von Crack im Jahr 2006 deutlich angestiegen ist und damit einen vergleichbaren Wert wie der ausschließlich inhalative Konsum des Kokainderivats erreicht. Augenscheinlich hat sich vor allem in jener Konsumentengruppe, die zuvor *primär* den intravenösen Konsum von Crack praktiziert hat, eine Verschiebung der Applikationsform hin zu einem ausschließlichen intravenösen Konsum ergeben.

Werden die Applikationsmuster von Crack im Sinne von Mehrfachnennungen ausgewertet, zeigt sich auch hier die Bedeutung des intravenösen Konsums. Zwar erreicht der Rauchkonsum von Crack im Vergleich zum intravenösen Crackkonsum in allen vier Erhebungen höhere Prävalenzraten, in den Jahren 2002 und 2006 sind diese Unterschiede jedoch nur minimal. Nachdem in den Erhebungen 2003 und 2004 der Rauchkonsum signifikant zugenommen hatte, ist 2006 wieder ein deutlicher Rückgang unter den Ausgangswert des Jahres 2002 zu konstatieren. Demgegenüber zeigt sich im Hinblick auf die intravenöse Applikationsform ein relativ konstanter

Prävalenzwert von etwa 60% ab der Befragung 2003 (s. Tab. 11). Die Prävalenzraten für den intravenösen Crackkonsum sind aber insgesamt als sehr hoch anzusehen, insbesondere unter Berücksichtigung 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. 12). Nahezu sämtliche intravenösen Crackkonsument(inn)en der Jahre 2002, 2004 und 2006 nennen einen „besseren Kick“ als Grund, und auch im Jahr 2003 ist dies, trotz deutlich geringerer Häufigkeit, der meist genannte Grund.

Tabelle 12: Gründe für den intravenösen Crackkonsum (%)^a nach Jahr der Befragung

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

^a Bezogen auf diejenigen mit intravenösem Crackkonsum

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 vor allem auf die Beschaffung von Kokainpulver beschränken, während Schwierigkeiten bei der Beschaffung anderer Drogen wie Heroin keine Rolle spielen (s. Abschnitt 4.4.3 zur Verfügbarkeit von Drogen). Auch eine mangelnde Qualität des angebotenen Crack wird relativ selten als Grund genannt, wengleich hier eine signifikante Zunahme im Beobachtungszeitraum festzustellen ist (zu den Einschätzungen der Qualität der angebotenen Drogen s. Abschnitt 4.4.3). Ein ebenfalls von nahezu der Hälfte der Befragten im Jahr 2006 genannter Grund für den intravenösen Konsum ist, nicht auf das „Spritzen-Feeling“ verzichten zu wollen. Auch in den beiden vorangegangenen Befragungen wurde dieses Motiv deutlich häufiger als noch 2002 angegeben.

4.2.5 Die Konsummuster im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

Abschließend werden im Sinne eines Statusberichts die im Jahr 2006 beobachteten Konsummuster in der Frankfurter „Drogenszene“ anhand der relevanten Variablen zusammengefasst und auf geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht. Berücksichtigt werden dabei die 24-Stunden-Prävalenzen von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack, die Angaben zum multiplen Konsum, zur Konsumintensität von Heroin und Crack sowie die Applikationsformen.

Insgesamt (s. Tab. 13) werden die Konsummuster der im Jahr 2006 befragten Drogenkonsument(inn)en maßgeblich von Heroin und Crack bestimmt, die jeweils von über zwei Drittel der Befragten in den letzten 24 Stunden konsumiert wurden.

Tabelle 13: Konsummuster im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
24-Stunden-Prävalenzen (%)				
Alkohol	31	32	30	n.s.
Cannabis	21	22	18	n.s.
Heroin	63	65	60	n.s.
Benzodiazepine	29	26	36	n.s.
Kokain	16	17	14	n.s.
Crack	65	57	82	**
Anzahl konsumierter Substanzen (AM ± SD)				
letzte 30 Tage	3,9 (± 1,5)	4,0 (± 1,6)	3,8 (± 1,4)	n.s.
letzte 24 Stunden	2,3 (± 1,4)	2,2 (± 1,5)	2,4 (± 1,1)	n.s.
Konsumintensität (%) ^a				
Heroin				n.s.
nicht täglich	20	23	15	
max. 3 KE / Tag	40	39	41	
max. 8 KE / Tag	36	33	44	
> 8 KE / Tag	4	5	0	
Crack				*
nicht täglich	32	37	24	
max. 3 KE / Tag	23	26	19	
max. 8 KE / Tag	26	26	26	
> 8 KE / Tag	18	11	31	

^a Bezogen auf diejenigen mit Konsum

Etwa ein Drittel der Befragten hat in den letzten 24 Stunden Alkohol bzw. Benzodiazepine konsumiert, etwas weniger als ein Viertel Cannabis. Mit einer Prävalenz von 16% spielt Kokain in den aktuellen Konsummustern nur eine marginale 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.

Der multiple Konsum zeigt sich überdies darin, dass über die Hälfte der Befragten in den letzten 24 Stunden mehr als eine Substanz konsumiert hat, bezogen auf die letzten 30 Tage haben nur 9% maximal eine Substanz zu sich genommen.

Der größte Anteil der befragten Heroinkonsument(inn)en (40%) konsumiert mit maximal drei Konsumeinheiten pro Tag relativ dosiert; 36% geben einen Konsum von maximal acht Konsumeinheiten an. Ein exzessiver Konsum von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag ist bei Heroin dagegen sehr selten und wird nicht einmal von jeder/jedem zwanzigsten Konsumenten/-in praktiziert. Im Unterschied dazu konsumiert immerhin fast jede(r) Fünfte der im Jahr 2006

Befragten exzessiv Crack, auf der anderen Seite besteht die größte Gruppe hier 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 jede(r) zehnte Drogenkonsument(in) aus dem Umfeld der „offenen Drogenszene“ konsumiert nasal.

Unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten zeigen sich bei den meisten der hier berücksichtigten Variablen keine signifikanten Unterschiede. Einzig bei Crack, und dies sowohl was die Prävalenz als auch die Konsumintensität betrifft, lassen sich deutliche Unterschiede beobachten: So ist bei den befragten Frauen nicht nur eine signifikant höhere 24-Stunden-Prävalenz festzustellen, sondern es geben darüber hinaus mit rund einem Drittel etwa dreimal so viele Frauen wie Männer einen exzessiven Konsum an. Insgesamt konsumiert mit 57% weit über die Hälfte der aktuellen Crackkonsumentinnen die Substanz häufiger als dreimal am Tag. Bei den Männern dagegen sind weniger intensive Crackkonsummuster zu beobachten und mit 37% besteht hier die größte Gruppe aus jenen, die nicht täglich Crack konsumieren – bei den Frauen ist dies lediglich knapp ein Viertel. Der deutlich intensivere Crackkonsum ist gemäß den Erkenntnissen aus dem Expertenpanel sowie informellen Beobachtungen aus der Drogenhilfe auf eine insgesamt oft intensivere Involvierung der Frauen in das Szenegeschehen zurückzuführen. Diese wiederum hängt offenbar einerseits mit der zumeist nachts ausgeübten Prostitutionstätigkeit vieler weiblicher Szeneangehöriger, den damit verbundenen erhöhten Belastungen und Risiken sowie einer insgesamt stärkeren Bedrohung der Frauen durch die unterschiedlichen Formen der strukturellen und konkreten Gewalt innerhalb der Szene zusammen.

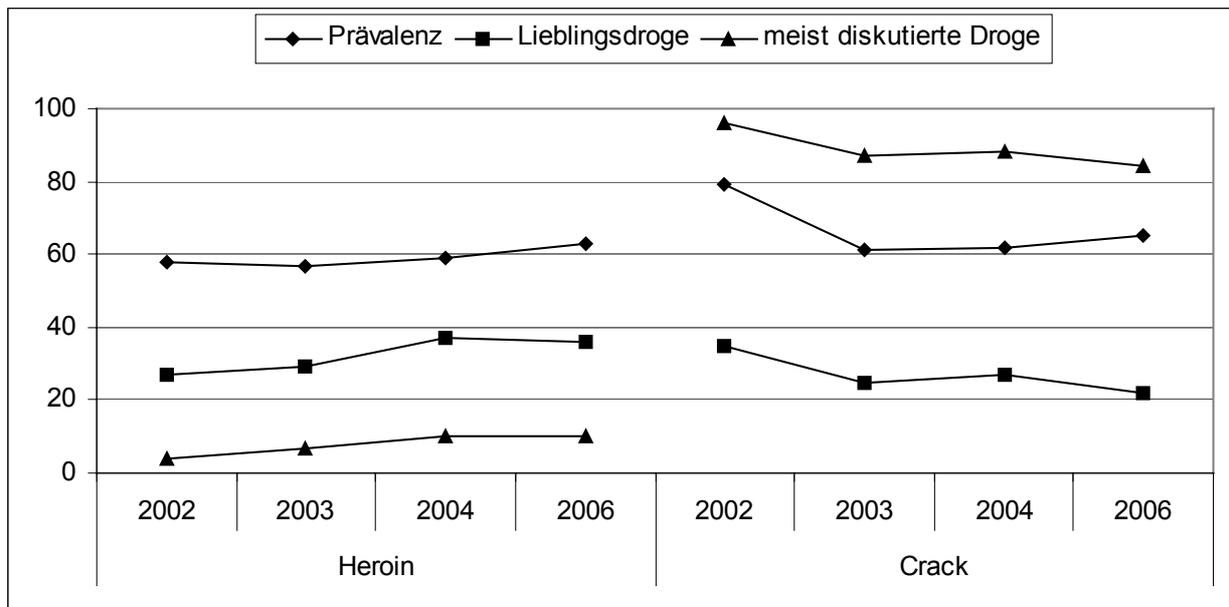
4.3 Meinungen über Drogen

Seit der Befragung 2002 werden die Interviewten nicht nur nach ihrem Konsumverhalten gefragt, sondern es werden entsprechend dem Ansatz, die Konsument(inn)en als Expert(inn)en ihrer Lebenswelt zu betrachten (s. Kap. 2 und 3), auch ihre Meinungen oder Einschätzungen zu einzelnen Substanzen erhoben. In diesem Zusammenhang wird 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.

Zwar zeigen sich hier kaum Unterschiede zwischen den einzelnen 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 vier Befragungen die häufigsten Nennungen auf Heroin und Crack, während der Anteil derer, die hier andere Substanzen nennen, durchgängig unter bzw. bei 10% liegt. Die Unterschiede in der Häufigkeit der Nennungen von Heroin und Crack zwischen den vier Befragungen sind zwar nicht sehr ausgeprägt, dennoch korrespondieren sie mit den Veränderungen in der Prävalenz dieser beiden Substanzen. So ist, wie bereits dargelegt, bei Heroin eine leichte Zunahme der 24-Stunden-Prävalenz von 58% 2002 auf 57% im Jahr 2003, 59% 2004 und schließlich 63% in der Befragung 2006 festzustellen. Gleichzeitig steigt auch der Anteil derjenigen, die Heroin als ihre Lieblingsdroge bezeichnen, von 27% (2002) auf 29% im Jahr 2003 und schließlich auf immerhin 37% (2004) bzw. 36% im Jahr 2006 an. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich auch bei Crack. Hier ist ein relativ deutlicher Rückgang der 24-Stunden-Prävalenz zwischen 2002 und 2003 zu beobachten sowie

kaum Veränderungen zwischen 2003 (61%), 2004 (62%) und 2006 (65%). Damit korrespondierend sinkt der Anteil derjenigen, die Crack als ihre Lieblingsdroge betrachten, von 35% im Jahr 2002 deutlich auf 25% im Jahr 2003, und bleibt dann mit 27% im Jahr 2004 und 22% im Jahr 2006 auf einem vergleichbaren Niveau. Dennoch ist auch festzuhalten, dass sich in der Erhebung 2006 dieser Zusammenhang nicht so deutlich widerspiegelt, da trotz einer wieder leicht erhöhten 24-Stunden-Prävalenz weniger Nennungen auf Crack als Lieblingsdroge entfallen. Vergleichbare Tendenzen lassen sich auch, allerdings mit sehr unterschiedlichen Prozentsätzen, bei der Frage nach der am meisten diskutierten Droge beobachten. Hier sinkt die Häufigkeit der Nennung von Crack deutlich von 96% im Jahr 2002 auf 87% im Jahr 2003 und bleibt 2004 mit 88% und 2006 mit 84% in einer vergleichbaren Größenordnung, während bei den Nennungen für Heroin wiederum eine Zunahme von 4% im Jahr 2002 auf 7% 2003 und weiter auf 10% in den Jahren 2004 und 2006 zu verzeichnen ist. Diese weitgehende Parallelität dieser Entwicklungen zeigt auch die nachfolgende Abbildung 9.

Abbildung 9: Heroin und Crack: 24-Stunden-Prävalenz und Anteil mit Nennung als Lieblingsdroge bzw. am meisten diskutierter Droge (%) nach Jahr der Befragung



Zudem zeigt Abb. 9, dass sich bei den Angaben zur Lieblingsdroge im Beobachtungszeitraum eine „Umkehrung“ im Verhältnis beider Substanzen zueinander vollzieht: So entfallen im Jahr 2002 mehr Nennungen auf Crack als Lieblingsdroge, im Jahr 2003 liegen beide etwa gleichauf, und in den Jahren 2004 und 2006 wird Heroin häufiger als Lieblingsdroge angegeben, wobei die „Kluft“ zwischen beiden Substanzen im Hinblick auf die Nennungen 2006 größer geworden ist.

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. 14). Auch hier ist ein leichter Rückgang der Nennungen für Crack von 2002 auf 2003 sowie ein identischer Wert in den Erhebungen 2003, 2004 und 2006 zu beobachten. Demnach ist zwar zwischen den Befragungen 2002 und 2003 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, für die Befragung 2006 sind diese Parallelen aber so nicht erkennbar: Denn hier lassen sich trotz einer leichten Zunahme der 24-

Stunden-Prävalenz seltenere Nennungen einerseits für Crack als Lieblingsdroge, andererseits für Crack als die am meisten diskutierte Droge beobachten – und der Anteil derjenigen, die das Kokainderivat als meist abgelehnte Droge angeben, ist unverändert gegenüber den beiden vorhergehenden Befragungen. Bei Heroin wiederum zeigt sich 2006 ein ähnlicher Zusammenhang wie in der Befragung 2002 für Crack: Hier gehen mit einem erhöhten Wert für die 24-Stunden-Prävalenz auch etwas häufigere Nennungen für Heroin als meist abgelehnte Substanz einher.

Tabelle 14: Meist abgelehnte Droge (%) nach Jahr der Befragung

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

Neben Crack wird lediglich noch LSD in allen Befragungen in relevantem Umfang als Substanz genannt, die am meisten abgelehnt wird – und damit eine Substanz, die in den Konsummustern der „Drogenszene“ auch keine besondere Rolle spielt. Bei Ecstasy, einer Substanz, die mit einer 12-Monats-Prävalenz von lediglich 6% ebenfalls keine Rolle in den Gebrauchsmustern der Szeneangehörigen spielt, ist dagegen im Jahr 2006 ein Rückgang der Nennungen als meist abgelehnte Droge zu beobachten. Dies lässt jedoch keinen Zusammenhang mit Änderungen in den Prävalenzraten zu den vorhergehenden Erhebungen erkennen (s. Kap. 4.2.2).

Keine Unterschiede ergeben sich bei den Daten zur Frage, welche bislang noch nicht konsumierte Substanz die Interviewten gerne einmal probieren würden. Bei allen Befragungen antworten mehr als zwei Drittel, dass es eine solche Substanz nicht gebe¹⁰.

4.4 Der „Alltag auf der Szene“

Im Folgenden sollen wesentliche Charakteristika des Aufenthalts auf der „offenen 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 konsumiert wird, die Qualität und Verfügbarkeit von Substanzen, die es ‚de jure‘ gar nicht in der Öffentlichkeit geben dürfte sowie, damit eng verwoben, die Preisentwicklung.

¹⁰ 2002: 70%, 2003: 76%, 2004: 69%, 2006: 69%; *n.s.*

Hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Daten, und damit des Beobachtungszeitraums, beziehen sich die meisten der nachfolgenden Ergebnisse auf den Zeitraum zwischen 2002 und 2006. Sofern möglich, werden jedoch auch hier die Daten von 1995 für vergleichende Darstellungen herangezogen.

4.4.1 Dauer und Häufigkeit des Aufenthalts auf der Szene

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 36 Jahren. Der Mittelwert liegt bei 13,1 ($\pm 9,2$) Jahren, bei einem Median¹¹ von 12 hält sich die Hälfte aller im Jahr 2006 Befragten seit 12 Jahren und länger regelmäßig auf der Szene auf. Dabei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungen¹². Dass sich der Großteil der jeweils befragten Drogenkonsument(inn)en seit langen Jahren regelmäßig auf der Szene aufhält, gilt für die befragten Männer und Frauen gleichermaßen, wenngleich bei allen Befragungen eine signifikant längere Dauer des „Szeneaufenthalts“ für die befragten Männer zu konstatieren ist.¹³ Jedoch lässt sich im Jahr 2006 für die befragten Frauen ein deutlicher Anstieg der Szeneaufenthaltsdauer von durchschnittlich 9,5 Jahren in den Befragungen 2002 bis 2004 auf 12,9 Jahre feststellen, so dass die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht mehr ganz so deutlich wie in den Erhebungen zuvor ausfallen.

Eine stark positive Korrelation besteht zwischen der Dauer des „Szeneaufenthalts“ und dem Lebensalter (***), das heißt, je älter die Befragten sind, desto länger halten sie sich auf der Szene auf. Daraus lässt sich jedoch nicht schlussfolgern, dass es denjenigen, die die Szene aufsuchen, nicht mehr gelingt, sich wieder von ihr zu lösen, da mit den vorhandenen Daten keine individuelle Verläufe, z.B. eine zwischenzeitliche, unter Umständen auch längere Loslösung von der Szene nicht abgebildet werden können.

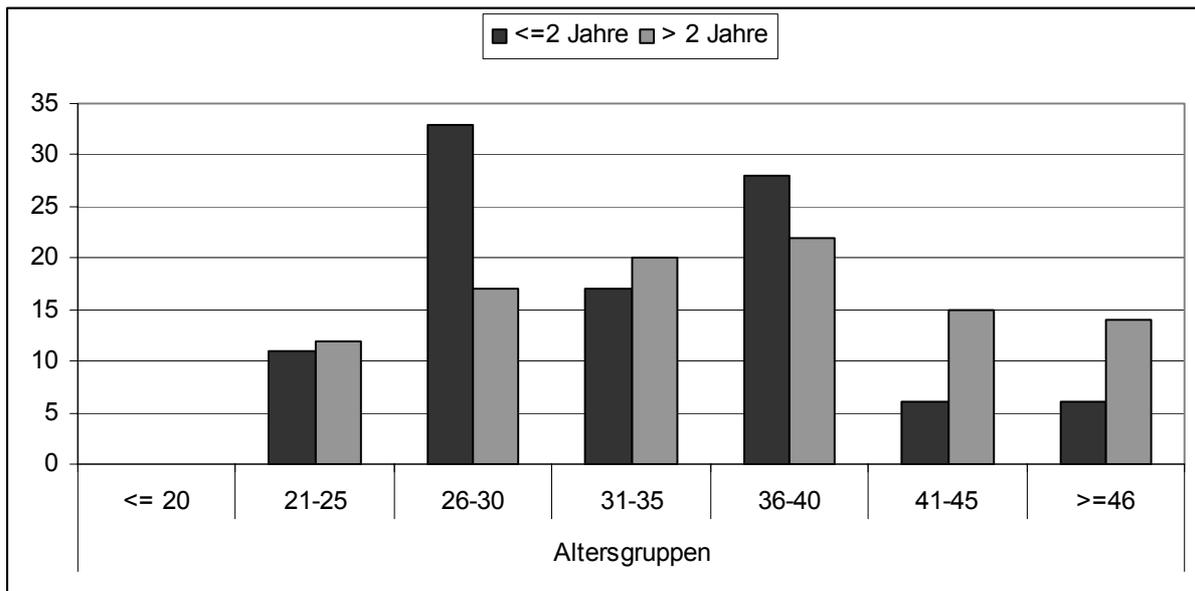
Neben dieser Gruppe von langjährigen Szenegängern gibt es aber auch eine relevante Zahl an Drogenkonsument(inn)en, die sich mit einer maximalen Dauer von zwei Jahren erst vergleichsweise kurz regelmäßig auf der Szene aufhält. Für diese Gruppe ist jedoch keine kontinuierliche Trendentwicklung zu erkennen: So geben im Jahr 2002 und 2004 24% bzw. 26% der Befragten an, dass sie die Szene erst seit maximal zwei Jahren regelmäßig aufsuchen. In den Jahren 2003 und 2006 dagegen liegen diese Werte mit 11% bzw. 12% der Befragten deutlich darunter. Wie angesichts des Zusammenhangs zwischen der Dauer des „Szeneaufenthalts“ und dem Lebensalter zu erwarten, zeigen sich dabei Unterschiede in der Alterstruktur zwischen denjenigen mit vergleichsweise kurzem Szeneaufenthalt und den übrigen Befragten (s. Abb. 10).

¹¹ 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.

¹² 2002: 10,5 \pm 8,5 Jahre; 2003: 12,3 \pm 8,6 Jahre; 2004: 11,7 \pm 9,6 Jahre; 2006: 13,1 \pm 9,2 Jahre; n.s.

¹³ Männer: 2002: 11,0 \pm 8,9 Jahre, 2003: 13,7 \pm 8,7, 2004: 12,7 \pm 9,8, 2006: 13,3 \pm 9,5; Frauen: 2002: 9,5 \pm 7,7 Jahre, 2003: 9,6 \pm 7,8, 2004: 9,6 \pm 8,9, 2006: 12,9 \pm 8,9 Jahre; **.

Abbildung 10: Dauer des „Szeneaufenthalts“ und Lebensalter



Insgesamt sind die „Szene-Neueinsteiger(innen)“ mit einem Durchschnittsalter von knapp 33 Jahren rund drei Jahre jünger als jene Befragte, die sich schon seit über zwei Jahren auf der Drogenszene aufhalten. Insgesamt hat sich damit das durchschnittliche Alter der „Szene-Neulinge“ gegenüber der Befragung 2004, wo das Durchschnittsalter bei 28 Jahren lag, um gut vier Jahre erhöht (2002 und 2003: 30 Jahre). Mit einem Drittel ist die größte Gruppe unter den „Neulingen“ zwischen 26 und 30 Jahre alt. Diese Gruppe der 26- bis 30-jährigen „Szene-Neueinsteiger(innen)“ hat im Alter von durchschnittlich 19,5 Jahren das erste Mal harte Drogen konsumiert und ist mit durchschnittlich 21,6 Jahren in den Heroinkonsum eingestiegen. Demgegenüber liegt das durchschnittliche Einstiegsalter in den Konsum harter Drogen in der gleichen Altersgruppe mit längerem „Szeneaufenthalt“ mit 15,4 Jahren deutlich niedriger und auch beim Heroinkonsum zeigt sich, dass die Befragten mit einem längeren Szeneaufenthalt hier mit durchschnittlich 17,7 Jahren etwa drei Jahre früher eingestiegen sind. Es handelt sich somit bei den langjährigen Szenegänger(inne)n dieser Altersgruppe um einen Personenkreis, der vergleichsweise früh mit dem Konsum harter Drogen bzw. mit dem Heroinkonsum begonnen hat.

Ein weiterer relevanter Teil der „Szene-Neueinsteiger(innen)“ (39%) rekrutiert sich aus Personen, die bereits 36 Jahre und älter sind. Diese Gruppe hat ebenfalls im Alter von durchschnittlich 21,6 Jahren mit dem Heroinkonsum begonnen und verfügt demnach trotz des eher kurzen regelmäßigen „Szeneaufenthalts“ bereits über langjährige Erfahrungen mit dem Konsum von Heroin. In der gleichen Altersgruppe mit einer längeren Szene-Aufenthaltsdauer lässt sich im Übrigen ein identisches Durchschnittsalter für den Einstieg in den Heroinkonsum feststellen. Lediglich im Hinblick auf das durchschnittliche Alter für den Beginn des Konsums harter Drogen zeigen sich zwischen beiden Gruppen leichte Unterschiede: So haben die „Szene-Neulinge“ mit 20,3 Jahren durchschnittlich etwa anderthalb Jahre später als die vergleichbare Altersgruppe der „Szene-Erfahrenen“ mit dem Konsum harter Drogen begonnen. Offenbar handelt es sich hierbei somit um eine Gruppe, die zwar ebenfalls relativ früh in den Konsum harter Drogen bzw. von Heroin eingestiegen sind, jedoch erst nach vielen Jahren des Konsums in der Lebenswelt der offenen Szene „stranden“. Dabei kann, wie bereits erwähnt, anhand der Daten

nicht erhoben werden, inwiefern kontrollierte Konsummuster oder längere Abstinenzphasen dafür eine Rolle spielen.

Insgesamt zeigt sich gleichwohl ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem Alter beim Erstkonsum von Heroin und der Dauer des „Szeneaufenthalts“, d.h. je früher die Befragten mit dem Heroinkonsum beginnen, desto länger halten sie sich regelmäßig in der Drogenszene auf.

In allen fünf Erhebungen lässt sich beobachten, dass sich die Interviewten sehr häufig und lange – im Durchschnitt etwa 5 bis 6 Tage pro Woche und über 8 bis 10 Stunden – auf der Szene aufhalten.¹⁴ Der Anteil derjenigen, die sich täglich auf der Szene aufhalten, liegt jeweils deutlich über 50% (1995: 64%, 2002: 57%, 2003: 65%, 2004: 69%; 2006: 63%), und etwa jeweils ein Drittel hält sich zwölf Stunden und länger auf der Szene auf (1995: 31%, 2002: 37%, 2003: 43%, 2004: 31%; 2006: 27%). Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich dabei darin, dass die Frauen in allen vier Befragungen seit 2002 durchschnittlich mehr Stunden pro Tag auf der Szene verbringen (2002: 9,4 vs. 10,0; 2003: 8,6 vs. 12,0; 2004: 7,7 vs. 9,4; 2006: 7,2 vs. 9,5).

Kaum Unterschiede zwischen den Befragungen 2002 bis 2006 zeigen sich im Hinblick auf die Gründe, die für den Aufenthalt auf der Szene genannt werden (Tab. 15). Die einzigen signifikanten Veränderungen beziehen sich einerseits auf einen Anstieg von 2002 auf 2003, was den Anteil an Substituierten betrifft, die sich aufgrund der Teilnahme an der Substitutionsbehandlung auf der Szene aufhalten. Andererseits nennt ein kontinuierlich wachsender Teil der Befragten „Langeweile“ als Motiv für den Szeneaufenthalt.

Tabelle 15: Gründe für den Aufenthalt auf der Szene (%)^a nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	Sig.
Drogen kaufen	89	79	81	81	n.s.
Leute treffen	68	73	68	78	n.s.
Drogen verkaufen	31	33	41	37	n.s.
Langeweile	41	46	52	65	***
Service machen	9	9	7	11	n.s.
Geschäfte abwickeln	42	41	46	53	n.s.
bedingt durch Substitution ^b	13	28	30	30	*

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

^b Nur Substituierte.

Der Erwerb von Drogen ist in allen vier Befragungen der am häufigsten genannte Grund für den „Szeneaufenthalt“. Daneben wird neben dem Fehlen anderweitiger Beschäftigungen auch „Leute treffen“ als Grund genannt, also beides Motive, die auf die soziale Funktion der Drogenszene verweisen. Aber auch ökonomische Aspekte wie „Geschäfte abwickeln“ bzw. „Drogen verkaufen“ spielen für einen relevanten Teil der Befragten eine Rolle. Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich bei den meisten der genannten Gründe nicht feststellen: Ausnahmen hiervon bildet einerseits das Motiv „Langeweile“, das 2006 mit 71% gegenüber 54% signifikant häufiger von den befragten Männern genannt wird. Demgegenüber nennen mit 20% deutlich mehr Frauen als Männer (6%) „Service machen“ in der Befragung 2006 als Grund für ihren Aufenthalt auf der

¹⁴ Tage pro Woche: 1995: 5,4 ± 2,3, 2002: 5,0 ± 2,5, 2003: 5,5 ± 2,2, 2004: 5,6 ± 2,3; 2006: 6,5 ± 2,1 (n.s.). Stunden: 1995: 9,0 ± 7,6, 2002: 9,5 ± 8,0, 2003: 9,7 ± 6,6, 2004: 8,3 ± 6,5, 2006: 8,0 ± 6,7 (n.s.).

Szene. In den Befragungen zuvor hatten sich keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich dieser Motive gezeigt.

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 2006 wurden die Interviewten nach den Orten des Konsums befragt, wobei hier der intravenöse Konsum sowie das Crackrauchen getrennt erfasst werden. Bei den Befragungen 2002 und 2003 wurde nach dem überwiegenden Konsumort gefragt, bei der Befragung 2004 und 2006 konnten die Befragten mehrere Konsumorte, und für diese eine Rangreihe entsprechend der Häufigkeit angeben. Für den nachfolgenden Vergleich zwischen den vier Erhebungen wird zunächst nur der überwiegende Konsumort berücksichtigt, also der Ort, von dem die Befragten angeben, dass sie dort meistens konsumieren.

Im Ergebnis zeigen sich sowohl leichte Veränderungen zwischen den einzelnen Befragungen als auch deutliche Unterschiede zwischen dem intravenösen Konsum und dem Crackrauchen (s. Tab. 16). Intravenöser Konsum findet nach den Ergebnissen aller vier Befragungen vor allem in den Konsumräumen statt. Etwa ein Viertel der Befragten gibt im Jahr 2006 an, meistens zuhause bzw. in privaten Räumlichkeiten zu injizieren, womit ihr Anteil im Beobachtungszeitraum kontinuierlich, jedoch statistisch nicht signifikant gestiegen ist. Ebenfalls etwa ein Viertel gibt an, Crack hauptsächlich in privaten Räumlichkeiten zu rauchen – auch hier hat sich der Wert gegenüber den Befragungen 2003 und 2004 leicht erhöht. Deutlich reduziert gegenüber den vorhergehenden Erhebungen hat sich dagegen im Jahr 2006 der Anteil derjenigen, die überwiegend auf der Straße intravenös Drogen konsumieren; mit 8% hat sich die Prävalenz hier mehr als halbiert. Im Gegensatz dazu wird der Konsum von Crack hauptsächlich, d.h. von zwei Drittel bis drei Viertel der Befragten auf der Straße praktiziert: Interessanterweise zeigt sich hier im Jahr 2006, dass immerhin 12% der Befragten überwiegend auf der Straße außerhalb des Bahnhofsviertels Crack rauchen – zusammengenommen hat sich damit aber der Anteil an Befragten, die als überwiegenden Konsumort die Straße angeben, nicht verändert.

Tabelle 16: Überwiegende Orte des intravenösen Konsums und des Crackrauchens nach Jahr der Befragung

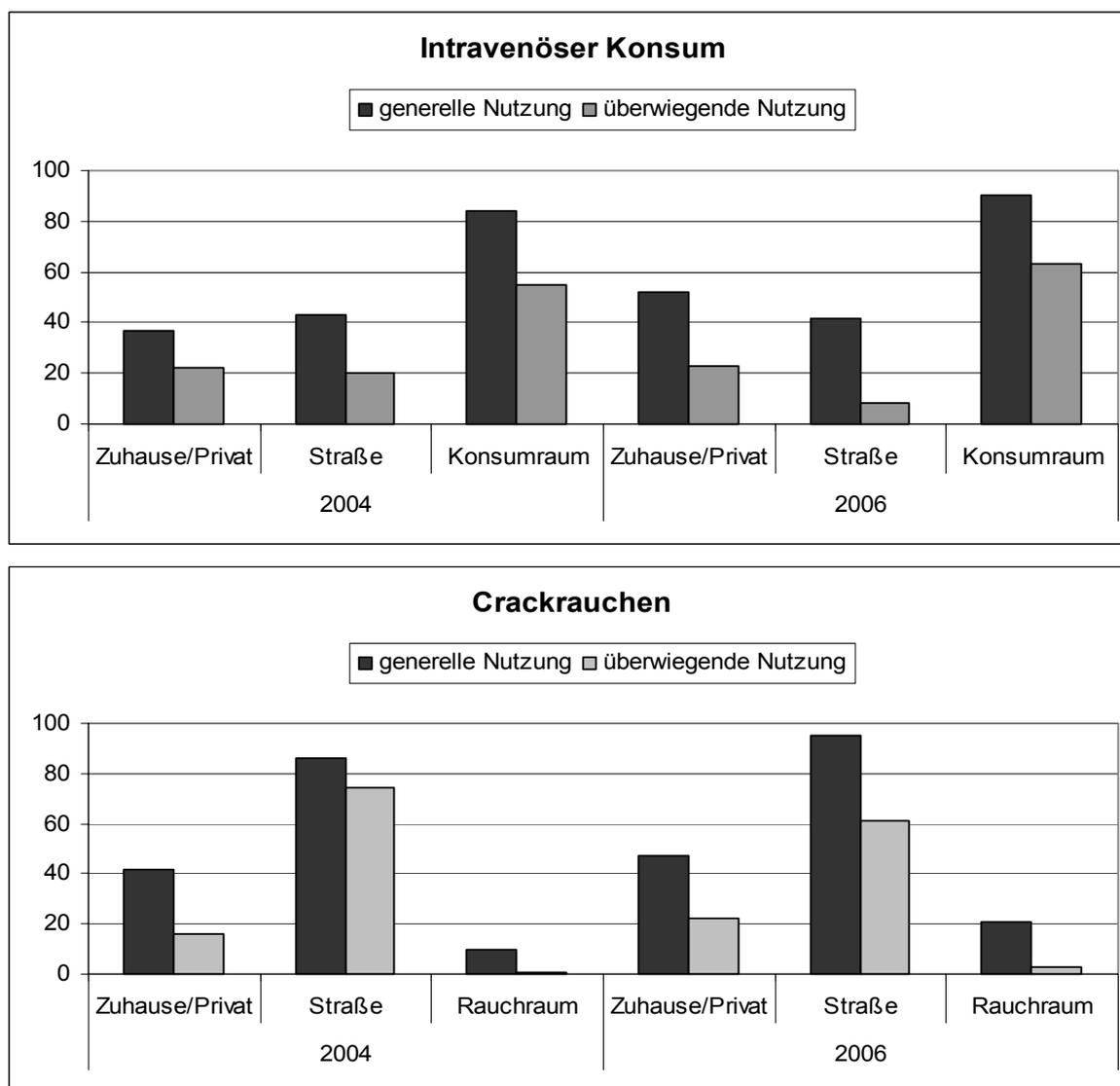
	Intravenöser Konsum ^a					Crackrauchen ^a				
	2002	2003	2004	2006	Sig.	2002	2003	2004	2006	Sig.
Zuhause / privat	16	19	22	23	n.s.	21	16	16	22	***
auf der Straße	19	20	20	8		67	77	74	61	
in öffentlichen Gebäuden	1	1	1	0		3	1	0	0	
im Konsum-, Rauchraum	64	56	55	63		0	0	1	3	
sonstiges	0	4	3	3		9	7	9	3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

^a Bezogen auf diejenigen mit intravenösem Konsum bzw. auf Crackraucher.

Deutliche Unterschiede gegenüber dem intravenösen Konsum zeigen sich ebenso im Hinblick auf den Konsum-, d.h. hier den Rauchraum, der für die Crackraucher(innen) auch im Jahr 2006 kaum

eine Bedeutung zu haben scheint. Die anderen Örtlichkeiten spielen für beide Konsumformen kaum eine Rolle. Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich dahingehend beobachten, dass seit der Befragung 2003 ein durchweg höherer Anteil an Frauen die Straße als überwiegenden Ort für den intravenösen Konsum angibt (2002: Männer 21%, Frauen 15%; 2003: Männer: 15%, Frauen: 31%; 2004: Männer 16%, Frauen 29%; 2006: Männer 4%, Frauen 14%) und zudem auch private Räumlichkeiten als überwiegender Konsumort im Jahr 2006 bei den befragten Frauen an Bedeutung gewonnen haben (2002: 15%; 2003: 19%; 2004: 11%; 2006: 26%). Eine vergleichbare Entwicklung zeigt sich auch im Hinblick auf das Rauchen von Crack: Hier geben 2006 erstmals mit 24% ebenfalls mehr Frauen als Männer private Räumlichkeiten als überwiegenden Konsumort an, zudem hat sich insgesamt der Anteil an Frauen, die ein privates Setting als überwiegenden Konsumort angeben, gegenüber den Befragungen zuvor (2002: 16%; 2003: 15%; 2004: 14%; Männer: 2002: 24%; 2003: 16%; 2004: 18%; 2006: 20%) erhöht. Deutlich gesunken ist im Jahr 2006 demgegenüber der Anteil an Frauen, die die Straße im Bahnhofsviertel als überwiegenden Ort für das Rauchen von Crack angeben (2002: 65%, 2003: 79%; 2004: 75%, 2006: 48%), was neben der oben beschriebenen Entwicklung auch auf die Prävalenz bei der Kategorie „Straße außerhalb des Bahnhofsviertels“ (15% vs. 0% im Jahr 2004) als überwiegenden Konsumort zurückzuführen ist. Bei den männlichen Befragten lassen sich diese Veränderungen in dieser Form nicht beobachten; zwar geben auch hier mit 9% erstmals einige der männlichen Befragten die Straße außerhalb des Bahnhofsviertels als überwiegenden Konsumort an, dennoch nennen in allen vier Befragungen relativ konstant etwa 70% die Straße/Bahnhofsviertel als überwiegenden Ort für das Rauchen von Crack.

Wie erwähnt, wurden die Befragten in den Jahren 2004 und 2006 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: 2004: 2%, 2006: 4%; Crackrauchen: 2004: 1%, 2006: 4%) oder sonstige Orte (intravenös: 2004: 3%; 2006: 2%; Crackrauchen: 2004: 6%; 2006: 1%), 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 etwa einem Fünftel der Fälle *überwiegend* zuhause bzw. in privaten Räumlichkeiten stattfindet, im Jahr 2006 aber etwa die Hälfte der intravenösen Konsument(inn)en bzw. Crackraucher(innen) *unter anderem* dort konsumieren. Damit lässt sich insbesondere hinsichtlich des intravenösen Konsums eine Bedeutungssteigerung von privaten Räumlichkeiten gegenüber der Erhebung 2004 beobachten, bei der lediglich 37% der Befragten diese als generellen Konsumort angegeben hatten. (s. Abb.11).

Abbildung 11: Intravenöser Konsum: generelle und überwiegende Nutzung ausgewählter Orte 2004 und 2006


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

Unterschiede zwischen intravenösem Konsum und Crackrauchen werden besonders deutlich, wenn die Daten zur generellen Nutzung und zur überwiegenden Nutzung miteinander in Bezug gesetzt werden. Diejenigen i.v.-Konsument(inn)en, die generell auch in privaten Räumlichkeiten injizieren – und damit auch über eine entsprechende Möglichkeit verfügen – injizieren in 44% (2004: 58%) der Fälle dort auch überwiegend, zu 51% (2004: 35%) überwiegend in Konsumräumen und nur eine Person (2004: n=2) überwiegend auf der Straße. Beim Crackrauchen dagegen konsumieren jeweils 44% derjenigen, die generell auch in privaten Räumlichkeiten rauchen, überwiegend auf der Straße (2004: 57%) bzw. überwiegend in privaten Räumlichkeiten (2004: 39%). Im Vergleich zu 2004 hat sich somit der überwiegend in der Öffentlichkeit stattfindende Crackkonsum bei jenen Konsument(inn)en etwas reduziert, denen private Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Insgesamt müssen die Prävalenzraten für den

Crackkonsum auf der Straße jedoch als nach wie vor sehr hoch angesehen werden, zumal 95% (2004: 86%) der Befragten angeben, generell auf der Straße Crack zu rauchen. Im Gegensatz dazu ist für den intravenösen Konsum zu konstatieren, dass dieser offenbar nur dann auf der Straße stattfindet, wenn keine anderen Orte zur Verfügung stehen – was vor allem unter dem Aspekt eines wesentlich länger andauernden und aufwendigeren Konsumvorgangs einleuchtend erscheint. Für die Annahme, dass intravenöser Konsum nur mangels alternativer Rückzugsmöglichkeiten auf der Straße stattfindet, spricht auch, dass über 60% (2004: 49%) derjenigen, die zumindest gelegentlich auch auf der Straße injizieren, überwiegend in Konsumräumen injizieren und nur zu 11% (n=5; 2004: 5%, n=2) in privaten Räumlichkeiten.

Angesichts der nach wie vor geringen Nutzung des Raumraums wurde auch 2006, wie schon in der Befragung 2004, erhoben, warum die Interviewten den Rauchraum nicht häufiger nutzen. Ausgewertet wurden hier die Angaben derjenigen Crackraucher(innen), die den Rauchraum nicht als überwiegenden Ort des Konsums nennen (2004: n=109; 2006: n=75). Von diesen geben 17% an, der Rauchraum sei für sie zu weit weg (2004: 19%) und 19% nennen die ungünstigen Öffnungszeiten als Grund (2004: 7%). 13% (2004: 15%) kennen den Rauchraum nicht, und ebenfalls 13% (2004: 12%) äußern ein mangelndes Interesse an einer häufigeren Nutzung des Rauchraums. Des Weiteren werden Gründe genannt, die sich auf die Bedingungen vor Ort zurückführen lassen: So geben 11% (2004: 5%) die schlechte Atmosphäre als Grund für die Nichtnutzung an und jeweils 4% sind der Meinung, dass es dort zu laut (2004: 6%) bzw. der Raum zu klein (2004: 2%) sei. Weitere 5% (2004: 2%) geben an, dass sie aufgrund eines längerfristigen Hausverbots den Rauchraum nicht nutzen können.

Schließlich wird seit der Befragung 2004 im Hinblick auf den Konsum in der Öffentlichkeit differenziert erhoben, ob es sich dabei um das Bahnhofsviertel oder um andere Stadtteile Frankfurts handelt. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass die Polizei seit Mitte 2002 im Bahnhofsviertel verstärkt gegen Drogenhändler, vor allem gegen Crack-Dealer, vorgeht.¹⁵ In der hier befragten Stichprobe überwiegt jedoch eindeutig der Konsum im Frankfurter Bahnhofsviertel, insbesondere was den intravenösen Drogenkonsum betrifft: So berichten lediglich 16 (15%) der i.v.-Konsument(inn)en überhaupt von öffentlichem Konsum außerhalb des Bahnhofsviertels, für vier Personen (4%) stellt dies den überwiegenden Konsumort dar. Im Vergleich zur Befragung 2004, bei der erstmals diese Daten erhoben wurden, hat sich damit die Prävalenzrate hinsichtlich des intravenösen Konsum außerhalb des Bahnhofsviertels leicht erhöht: Hier hatten 10 (9%) der Konsument(inn)en von einem generellen intravenösen Konsum in anderen Stadtteilen berichtet, für keinen der Befragten stellte die Straße außerhalb des Bahnhofsviertels jedoch den überwiegenden Konsumort dar. Etwas höher sind die entsprechenden Werte für das Crackrauchen, das von immerhin 34 Befragten (44%) generell und von 9 Interviewten (12%) überwiegend außerhalb des Bahnhofsviertels praktiziert wird. 2004 hatten demgegenüber lediglich 19 Befragte (17%) einen gelegentlichen Crackkonsum außerhalb des Bahnhofsviertels angegeben; niemand hatte angegeben, Crack überwiegend außerhalb des Bahnhofsviertels zu rauchen. Insofern lassen sich im Jahr 2006 offenbar gewisse Effekte der erhöhten Polizeipräsenz im Frankfurter Bahnhofsviertel erkennen: Die relativ einfache und schnelle Applikationsform des Crackrauchens führt augenscheinlich dazu, dass der Konsum verstärkt außerhalb des Bahnhofsviertels und damit in unmittelbarer Nähe der Kauforte stattfindet.

¹⁵ Diese veränderte Polizeitaktik war auch Thema in den im Rahmen des MoSyD-Projekts stattfindenden Expertenrunden (vgl. Wersé et al. 2005/ 2006).

Auch wenn der Vergleich zwischen beiden Erhebungen bereits belegt, dass eine steigende Zahl von Konsumvorgängen außerhalb des Bahnhofsviertels stattfindet, ist zu vermuten, dass aufgrund des Rekrutierungsschwerpunkts im Bahnhofsviertel und der außerhalb des Bahnhofsviertels auftretenden Zugangsschwierigkeiten die Gruppe derjenigen Drogenkonsument(inn)en, die in anderen Frankfurter Stadtteilen öffentlich konsumiert oder dealt, in der vorliegenden Studie unterrepräsentiert sein könnte.

4.4.3 Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung

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

Bei der Verfügbarkeit lassen sich für Heroin, Kokain und Benzodiazepine signifikante Veränderungen zwischen den vier Erhebungszeitpunkten (bzw. zwei bei Benzodiazepinen) beobachten (s. Tab. 17). Bei Heroin zeigen sich lediglich zwischen den Befragungen 2002 und 2003 Unterschiede: So wurde 2002 die Verfügbarkeit von Heroin etwas schlechter eingeschätzt, als in den nachfolgenden Erhebungen. Im Falle von Kokain zeigen die signifikanten Veränderungen keinen linearen Trend an, sondern sind auf die sehr unterschiedlichen Ergebnisse der einzelnen Befragungen zurückzuführen. In den Jahren 2002 und 2004 schätzten die Befragten die Verfügbarkeit von Kokain deutlich schlechter ein als in den Erhebungen 2003 und 2006. 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 vier Befragungen von über 90% der Interviewten als leicht bis sehr leicht verfügbar angesehen wird. Vergleichbares gilt auch für die erstmals im Jahr 2004 erhobenen Benzodiazepine, wenngleich deren Erhältlichkeit im Jahr 2006 als etwas schlechter als 2004 eingeschätzt wird.

Tabelle 17: Einschätzung der Verfügbarkeit von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung

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

^a Erstmals bei der Befragung 2004 erhoben.

Ein davon leicht abweichendes Bild zeigen die Ergebnisse hinsichtlich der Frage, inwieweit sich die Verfügbarkeit der einzelnen hier abgefragten Substanzen gegenüber dem Vorjahr verändert hat. Bei Heroin geben in den Befragungen 2002 bis 2004 um die 70% der Interviewten an, dass sich die Verfügbarkeit nicht verändert habe, in der Befragung 2006 sind dies nur noch 60%. 15% sind demgegenüber der Meinung, dass Heroin leichter erhältlich ist und 19% schätzen die Verfügbarkeit schlechter ein. Trotz der unverändert hohen Werte für die (sehr) leichte Verfügbarkeit von Crack geben in den Jahren 2002 54% und 2006 46% der Befragten an, dass die Verfügbarkeit gegenüber dem Vorjahr schlechter geworden sei (2003: 17%; 2004: 31%). Und auch im Falle von Kokain zeigen sich eher widersprüchliche Ergebnisse: So berichten über 50% (2002 und 2006) bzw. deutlich über 60% (2003 und 2004) über eine unveränderte Verfügbarkeit und in der Befragung 2002 schätzen sogar 26% Kokain als leichter verfügbar ein (2003: 15%; 2004: 10%; 2006: 17%). Demgegenüber sind 21% im Jahr 2006 der Meinung, dass sich die Verfügbarkeit von Kokain verringert habe; in den Befragungen 2002 bis 2004 sind dies zwischen 11% und 16% der Befragten. Hinsichtlich Benzodiazepinen berichten 70% (2004) bzw. 61% (2006) von einer unveränderten Verfügbarkeit; 2006 sind 17% der Interviewten der Meinung, dass sich die Verfügbarkeit dieser Substanzen gegenüber dem Vorjahr verschlechtert habe (2004: 6%).

Bei den Einschätzungen zur Qualität der Substanzen, die die Befragten zurzeit konsumieren, lassen sich bei Heroin, Crack und Kokain signifikante Veränderungen feststellen. Im Fall von Heroin zeigt sich zunächst in den Befragungen 2002 bis 2004 eine leichte, kontinuierliche Zunahme bei jenen, die die Qualität als gut oder sehr gut einschätzen; 2006 fällt dieser Anteil jedoch wieder unter das Niveau der Befragung 2003. Gleichzeitig sinkt zwischen den Jahren 2002 und 2003 der Anteil derjenigen, die die Qualität von Heroin als schlecht bis sehr schlecht bezeichnen, deutlich, und bleibt dann in den nachfolgenden Erhebungen auf einem vergleichbaren Niveau. Mit einem Anteil von 40% schätzt im Jahr 2006 ein gegenüber den vorhergehenden Erhebungen deutlich gesteigener Anteil an Befragten die Qualität von Heroin als weniger gut ein. Bei Crack zeigen sich insbesondere 2006 signifikante Veränderungen gegenüber den Befragungen zuvor. Auffällig ist vor allem der kontinuierlich rückläufige Anteil an Interviewten, die die Qualität von Crack als gut bis sehr gut bezeichnen, wobei hier noch mal ein sehr deutlicher Rückgang in der Befragung 2006 zu verzeichnen ist. Ebenfalls schätzt mit 40% ein deutlich höherer Anteil der Befragten als in den Erhebungen 2002 bis 2004 die Qualität von Crack als weniger gut ein. Im Hinblick auf Kokain geben die meisten Interviewten 2003 und 2004 – entsprechend der hier sehr niedrigen Prävalenzraten – an, die Qualität nicht einschätzen zu können. In den Jahren 2002 und 2006 schätzt dagegen mit 54% bzw. 68% der Großteil die Qualität als gut bis sehr gut ein. Darüber hinaus geben in der Befragung 2006 lediglich 9% ($n=6$) an, die Qualität nicht einschätzen zu können. Werden nur die Antworten derjenigen berücksichtigt, die eine Qualitätseinschätzung von Kokain abgegeben haben, präsentiert sich ein leicht verändertes Bild: Mit 70% (2002), 71% (2003 und 2004) und 75% liegt der Anteil jener, die die Qualität der Substanz als gut bis sehr gut einschätzt auf einem vergleichbaren Niveau in allen Erhebungen 2002 bis 2006. Insofern resultiert der Unterschied zwischen den einzelnen Befragungen, wie er in Tabelle 18 abzulesen ist, in erster Linie auf dem hohen Anteil an Befragten, die die Qualität nicht einschätzen konnten.

Tabelle 18: Einschätzung der Qualität^a von Heroin und Crack (%) nach Jahr der Befragung

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

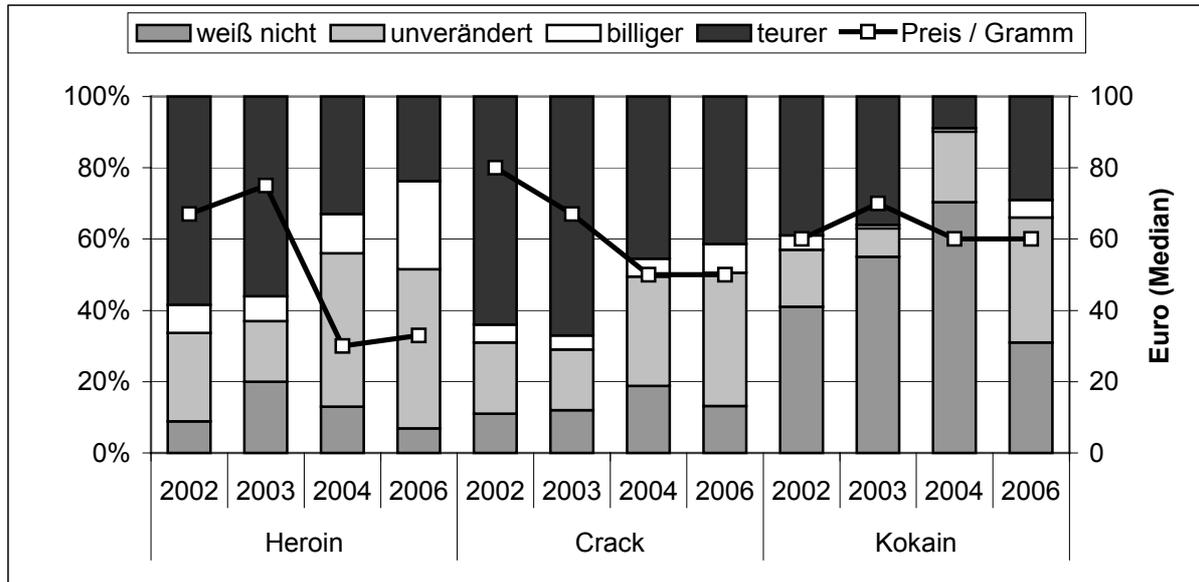
^a Bezogen auf diejenigen mit Konsum im letzten Monat.

Für die Darstellung der Ergebnisse zur Preisentwicklung von Heroin, Crack und Kokain stehen zum einen die direkten Einschätzungen der Befragten zur Verfügung, ob die entsprechende Substanz im Vorjahreszeitraum teurer oder billiger geworden bzw. im Preis unverändert geblieben ist, zum anderen die Preise in Euro pro Gramm, die aus den entsprechenden Angaben ermittelt wurden.¹⁶ Hier zeigt sich vor allem bei Heroin und Crack 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. Bei Kokain zeigt sich diese breite Streuung nicht – hier liegen die Angaben zwischen min. 30 und maximal 200 Euro pro Gramm. Es ist zu vermuten, dass diese große preisliche Varianz bei Heroin und Crack sich mit den szenetypischen Verkaufseinheiten „Plomben“ (Heroin) und „Steine“ (Crack) begründen lässt, und diese Substanzen eben nicht Grammweise gehandelt werden. Insofern fällt es den Konsument(inn)en offenbar schwer, das jeweilige Gewicht der so erworbenen Substanz einzuschätzen. Aufgrund der großen Preis-Varianz bei Heroin und Crack wird für die nachfolgende Auswertung einheitlich der Median berücksichtigt.

Betrachtet man zunächst die ermittelten Preise für Heroin (s. Abb. 12), 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) und ein damit vergleichbarer Preis 2006 (Median 33 Euro). Für Crack hingegen ist ein eher kontinuierlicher Preisrückgang (2002: Median 80 Euro; 2003: 67 Euro; 2004: 50 Euro, 2006: 50 Euro) zu beobachten und bei Kokain lässt sich ein relativ konstanter Median beobachten, der in den Jahren 2002, 2004 und 2006 mit jeweils 60 Euro exakt den gleichen Wert aufweist (2004: 70 Euro). Der Kokainpreis in der „offenen Szene“ entspricht damit dem in der Trendscoutbefragung ermittelten und ebenfalls über die Erhebungszeitpunkte konstanten Preis für die Substanz in Partyszenen bzw. Jugendkulturen.

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

Abbildung 12: Einschätzung der Preisentwicklung und Preis pro Gramm Heroin, Crack und Kokain nach Jahr der Befragung



Die Entwicklungen bezüglich Heroin und Crack spiegeln sich jedoch kaum in den Einschätzungen der Befragten wider. So gibt bei Heroin auch in den Jahren 2004 und 2006 die Mehrheit der Befragten an, dass sich der Preis nicht verändert habe und immerhin 33% (2004) bzw. 24% (2006) sind der Meinung, dass Heroin teurer geworden sei. Lediglich 11% schätzen 2004 – trotz des deutlichen Rückgangs bei der Einschätzung des Grammpreises zu den vorhergehenden Erhebungen – Heroin als billiger ein; 2006 ist dies aber immerhin ein Viertel der Befragten. Bei Crack zeigt sich ein ähnliches Bild: Trotz des Rückgangs bei der Einschätzung des Grammpreises gibt in allen Befragungen nur eine Minderheit von im Durchschnitt 5% an, dass Crack billiger geworden sei. Demgegenüber überwiegt in allen vier Erhebungen die Einschätzung, dass das Kokainderivat im zurückliegenden Jahr teurer geworden ist (2002: 64%, 2003: 67%; 2004: 46%; 2006: 41%). Bei Kokain schließlich zeigt sich, dass in den Erhebungen 2002 bis 2004 – entsprechend den niedrigen Werten für die 30-Tages-Prävalenz – jeweils die Mehrheit der Befragten angibt, eventuelle preisliche Veränderungen nicht einschätzen zu können. Korrespondierend mit einem Anstieg des durchschnittlichen Grammpreises von 2002 auf 2003 geben hier auch über ein Drittel der Befragten an, dass Kokain teurer geworden sei. Umgekehrt geben in der Befragung 2004 nur 9% an, dass der Preis für ein Gramm Kokain gestiegen sei und in der Befragung 2006 ist die Mehrheit der Meinung, dass der Preis sich nicht gegenüber dem Vorjahr geändert habe. Insofern korrespondieren die Einschätzungen zur preislichen Entwicklung von Kokain – im Unterschied zur Einschätzung bei Heroin und Crack – weitestgehend miteinander. Vermutlich spiegelt sich bei einem nicht unerheblichen Teil der Befragten hinsichtlich der „Junkdrogen“ Heroin und Crack einerseits die Ansicht „Alles wird immer teurer“ wider, andererseits scheinen die Befragten aber auch nur schwer einschätzen zu können, welche Menge an Drogen sie für ihr Geld überhaupt erhalten. Im Fall von Heroin scheint die subjektive Wahrnehmung der Preisveränderung bei einem Teil der Szeneangehörigen bemerkenswerter Weise erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung eingetreten zu sein, obwohl den meisten der Befragten die konkreten Preise in den einzelnen Erhebungsjahren durchaus geläufig gewesen sind. Möglicherweise sind die Ergebnisse bei Kokain deshalb konstanter, weil die Droge auch außerhalb der „offenen Szene“ verbreitet ist, dort ein relativ stabiles Preisniveau aufweist und

möglicherweise auch von Angehörigen der Straßenszene z.T. außerhalb des Milieus und dabei vor allem in Grammengen erworben wird.

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; im Jahr 2006 hat sich dieser stark gesunkene Preis offenbar stabilisiert. Nachdem die Droge 2002 und 2003 noch weit mehr als das Doppelte kostete, liegt der Heroinpreis in den Jahren 2004 und 2006 damit nur noch knapp oberhalb des Niveaus von 1995. Wie in der Szenestudie 2004 angeführt, hängt dieser Preisverfall vermutlich mit Entwicklungen des Weltmarktes für Opiate zusammen. Des weiteren ist auffällig, dass sich hinsichtlich Crack – der anderen Hauptdroge der „offenen Drogenszene“ – im Jahr 2006 ein deutlicher Qualitätsrückgang, zumindest was die Einschätzung der Szeneangehörigen betrifft, abzeichnet.

4.5 Gesundheitszustand

4.5.1 Infektionsstatus

Für die Hepatitiden A, B und C wurde bei den Befragungen 2002 bis 2006 der Infektionsstatus differenziert erhoben, bei der Befragung 1995 wurde jedoch nur allgemein das Vorliegen einer Hepatitis erfragt. Um die Infektionsraten miteinander vergleichen zu können, wurde für die Daten der Jahre 2002 bis 2006 ein entsprechender Wert aus den Angaben ermittelt. Bei Betrachtung der Daten zeigen sich, wie der Tab. 19 zu entnehmen ist, deutliche Unterschiede vor allem zwischen der Befragung 1995 einerseits mit einer vergleichsweise geringen Hepatitis-Rate und den vier späteren Befragungen andererseits, in denen die Hepatitis-Rate vor allem aufgrund der hohen Prävalenz der Hepatitis C deutlich höher liegt.

Zwischen den vier Befragungen 2002 bis 2006 sind hinsichtlich Hepatitis C kaum Unterschiede zu erkennen. Zwar lässt sich ein leichter Rückgang über die Jahre beobachten, diese Veränderungen erreichen aber keine statistische Signifikanz. Bei den beiden anderen Hepatitiden dagegen sind z.T. sehr deutliche Unterschiede festzustellen, wobei jeweils die Infektionsrate im Jahr 2003 am höchsten ist und seitdem kontinuierlich sinkt. Dieser Rückgang bei Hepatitis A und B wurde möglicherweise auch durch eine Impfkampagne in Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe (Start August 2004) weiter befördert.

Tabelle 19: Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung

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

^a Keine Daten verfügbar.

Beim HIV-Status ist hingegen die höchste HIV-Infektionsrate bei der Befragung 1995 zu beobachten; der deutlichste Rückgang der Infektionsrate zeigt sich zwischen 1995 und 2002. Nachdem 2003 – wie auch schon bei den Hepatitisen A und B – noch einmal ein erhöhter Wert zu beobachten ist, stellt sich die HIV-Infektionsrate seit 2004 als kaum verändert dar und beträgt 2006 13%.

Es ist jedoch bei diesen Daten zu berücksichtigen, dass die Angaben der Befragten nicht immer auf einem aktuellen Testergebnis beruhen. Dies bestätigen die Daten der Befragungen 2003, 2004 und 2006, bei denen zusätzlich zum HIV-Infektionsstatus das Jahr des letzten HIV-Tests erfragt wurde. Zwar geben in allen drei Befragungen mehr als 70% (2003: 71%; 2004: 77%, 2006: 78%) derjenigen mit einem negativen Testergebnis an, noch im jeweiligen Befragungsjahr auf HIV getestet worden zu sein. Umgekehrt bedeutet dies jedoch, 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 (gemeinsamer Gebrauch von Nadeln, Spritzen oder riskante Sexualpraktiken etc.) vorliegen.

4.5.2 Symptome und Beschwerden

Um einen Eindruck vom Gesundheitszustand der Konsument(inn)en zu erhalten, wird neben dem Infektionsstatus der Gesundheitsstatus anhand einer Liste mit Symptomen und Beschwerden erhoben. Dabei wird neben der Frage, ob die entsprechenden Probleme in den letzten drei Monaten aufgetreten sind, zusätzlich erfasst, ob die Befragten im Falle berichteter Symptome ärztliche Behandlung in Anspruch genommen haben.

Die 2006 am häufigsten genannten Beschwerden oder Symptome sind: Depressionen, Zahnschmerzen und Herz-, Kreislaufprobleme, die jeweils von einem Drittel bis einem Viertel der Befragten benannt werden. Zudem gibt ein Viertel der HIV-infizierten Personen AIDS-bedingte Krankheiten an. Im Ergebnis zeigen sich insgesamt für sechs der neun erhobenen Symptome und Beschwerden keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Befragungen (s. Tab. 20).

Tabelle 20: Symptome und Beschwerden in den letzten 3 Monaten und Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung (%) nach Jahr der Befragung

	Auftreten letzte 3 Monate						Ärztliche Behandlung					
	1995	2002	2003	2004	2006	Sig.	1995	2002	2003	2004	2006	Sig.
Herz-/ Kreislaufprobleme	23	--b	22	26	26	n.s.	37	--b	24	46	15	*
Probleme mit Lunge/ Bronchien	31	26	26	33	21	n.s.	51	59	38	39	61	n.s.
Magen-/ Darmbeschwerden	33	21	23	15	20	**	27	19	29	23	40	n.s.
Erkältung/ Grippe	23	23	14	17	17	n.s.	31	29	33	38	32	n.s.
Zahnschmerzen	32	19	28	31	29	n.s.	42	45	38	28	33	n.s.
Abszesse (offene Wunden, offene Füße)	30	20	17	14	17	**	60	53	32	48	52	n.s.
AIDS – diverse Krankheitenc	69	16	42	33	26	**	56	67	27	50	40	n.s.
epileptische Anfälle	5	9	5	5	8	n.s.	14	21	14	25	33	n.s.
Depressionen	42	43	42	39	39	n.s.	17	11	19	14	14	n.s.

^a Bezogen auf diejenigen mit entsprechenden Symptomen und Beschwerden.

^b Keine Daten verfügbar.

^c Nur HIV-positive Befragte.

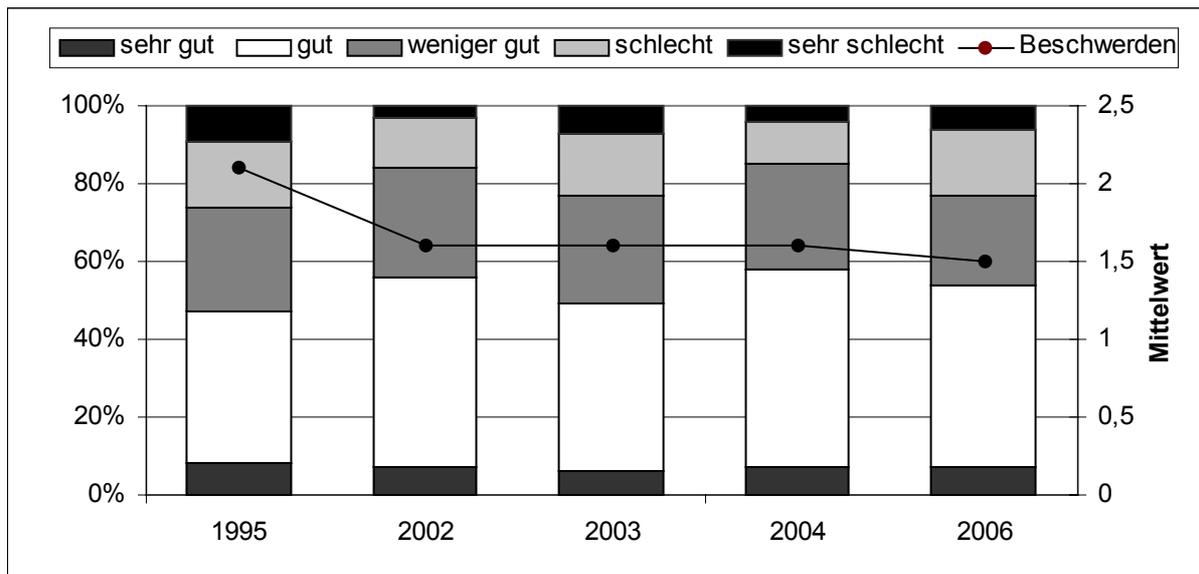
Bei den Magen- und Darmbeschwerden, Abszessen und AIDS-bedingten Erkrankungen zeigen sich über die Jahre signifikante Unterschiede, die jedoch vor allem auf Veränderungen zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen sind. Bei den Erkrankungen, die im Zusammenhang mit AIDS auftreten, lässt sich seit 2003 ein kontinuierlicher Rückgang feststellen.

Die Daten zur Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung zeigen für die meisten der erhobenen Beschwerden, dass etwa ein Drittel bis die Hälfte derjenigen mit entsprechenden Problemen sich auch in ärztliche Behandlung begeben. Niedrigere Raten lassen sich bei Herz-, Kreislaufproblemen und depressiven Verstimmungen erkennen, wobei bei der Behandlung von Herz-, Kreislaufproblemen im Vergleich zu 2004 noch einmal ein deutlicher Rückgang im Jahr 2006 zu beobachten ist, der auch statistische Signifikanz (*) erreicht.

Die Befragten geben im Jahr 2006 durchschnittlich 1,5 ($\pm 1,7$) der hier erfassten Beschwerden¹⁷ an. Seit 2002 stellt sich die Anzahl der Beschwerden relativ konstant dar (1995: $2,1 \pm 1,7$; 2002: $1,6 \pm 1,5$; 2003: $1,6 \pm 1,5$; 2004: $1,6 \pm 1,3$). Signifikante (*) Unterschiede zwischen den Befragungen sind auf einen Rückgang der Beschwerden zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen. Dies spiegelt sich auch zumindest tendenziell in den entsprechenden Einschätzungen der Befragten bzgl. ihres Gesundheitszustands wider (s. Abb. 13).

¹⁷ Berücksichtigt wurden bei dieser Auswertung nur die in allen vier Befragungen erhobenen Symptome.

Abbildung 13: 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, beträgt im Jahr 2006 54%. Über die Jahre betrachtet, zeigt sich die stärkste Veränderung zwischen 1995 und 2002, hier steigt dieser Anteil korrespondierend mit dem Rückgang der berichteten Beschwerden (1995: 47%; 2002: 56%; 2003: 49%; 2004: 58%; 2006: 54%). Gegenüber der Befragung 2004 ist aktuell wiederum ein leichter Rückgang dieses Anteils zu verzeichnen. Insgesamt zeigen sich aber hinsichtlich des Anteils an Interviewten, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen, zwischen den einzelnen Befragungen immer wieder Schwankungen, so dass sich hier keine Trendentwicklung erkennen lässt.

Es ist festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Konsument(inn)en, gemessen an der Anzahl berichteter Symptome und der Selbsteinschätzung, zwischen 1995 und 2002 verbessert hat und seither relativ konstant geblieben ist.

4.5.3 Überdosierungen

An dieser Stelle folgt die Analyse zur Prävalenz und den Begleitumständen von Überdosierungen. Die Analyse bezieht sich ausschließlich auf die Befragungen 2002 bis 2006. In allen vier Befragungen geben jeweils etwas mehr als die Hälfte der Interviewten an, bereits mindestens eine Überdosierung erlebt zu haben.¹⁸ Ebenfalls keine Unterschiede zwischen den Erhebungen zeigen sich im Hinblick auf die durchschnittliche Anzahl an Überdosierungen – diese liegt, bezogen auf diejenigen mit entsprechender Erfahrung, in allen Befragungen zwischen zwei und drei Überdosierungen.¹⁹ Bei 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 vier Befragungen bei 24 Monaten, das heißt in jedem Jahr gibt die Hälfte der Befragten an, dass die letzte Überdosis zwei Jahre zurückliegt.

Diejenigen, die ihre letzte Überdosis innerhalb der letzten 3 Jahre hatten (2002: n=54, 2003: n=49, 2004: n=49, 2006: n=46), werden zudem nach den Begleitumständen dieser letzten Überdosierung gefragt. Die Fragen zu den Begleitumständen umfassen Angaben zu den

¹⁸ 2002: 58%, 2003: 57%, 2004: 53%, 2006: 51%; n.s.

¹⁹ 2002: Median 2, 2003: Median 3, 2004: Median 2,5, 2006: Median 3; n.s.

Substanzen, die am Tag der letzten Überdosis konsumiert wurden, zu den Gründen für die Überdosierung inklusive der Fragen, welche Substanz nach Einschätzung der Befragten in erster Linie zur Überdosierung 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 tendenziell signifikante Unterschiede berichtet.²⁰

Hinsichtlich der Frage, welche Substanzen die Betroffenen am Tag ihrer letzten Überdosierung konsumiert haben, wird Heroin in allen vier Befragungen von jeweils drei Viertel und mehr genannt. Für alle anderen genannten Substanzen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Erhebungen (s. Tab. 21). Die einzige Ausnahme bildet dabei der Anstieg der Nennung von Kokain seit 2004, wobei dieser Unterschied lediglich eine tendenzielle Signifikanz aufweist.

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

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

Dementsprechend entfallen bei der konkreten Frage nach der Substanz, die nach Ansicht der Betroffenen *in erster Linie* für die Überdosis verantwortlich war, auch in allen vier Befragungen die meisten Nennungen auf Heroin (2002: 43%, 2003: 63%, 2004: 43%, 2006: 54%). Während andere Substanzen in diesem Zusammenhang eine eher nebensächliche Rolle spielen, wird zudem relativ häufig angegeben, dass weniger eine bestimmte Substanz als vielmehr der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen („Drogenmix“) verantwortlich für die Überdosis gewesen sei (2002: 17%, 2003: 12%, 2004: 16%, 2006: 15%). Bei den Angaben zum Hauptgrund der Überdosierung zeigt sich, dass über die Jahre unverändert die unbekannte Drogenqualität am häufigsten als Ursache angegeben wird (s. Tab. 22). Gegenüber 2004 hat sich der Anteil von Personen, die eine unbekannte Drogenqualität als Hauptgrund für ihre letzte Überdosierung angeben, wieder leicht erhöht, erreicht aber nicht die Werte der Befragungen der Jahre 2002 oder 2003.

²⁰ Bei tendenziell signifikanten Ergebnissen liegt die Irrtumswahrscheinlichkeit bei 10 %; in den Tabellen werden diese mit (*) gekennzeichnet.

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

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

Deutlich abgenommen hat 2006 der Anteil an Personen, die den gleichzeitigen Konsum mehrerer Substanzen als Hauptgrund angeben, womit ein identischer Wert wie 2002 erreicht wird. Deutlich angestiegen ist demgegenüber der Anteil an Personen, die ihre Tagesverfassung oder Suizidabsichten als Hauptgrund für die Überdosierung benennen. Die Erhöhung dieser Anteile kann zwar nachdenklich stimmen, sollte aber aufgrund der geringen Fallzahlen²¹ auch nicht überbewertet werden.

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungen sind hinsichtlich der Orte der letzten Überdosis zu beobachten. Als häufigste Orte der Überdosierungen werden unverändert die Konsumräume angegeben (2002: 49%, 2003: 49%, 2004: 28%, 2006: 36%). Der Konsumraum, als Ort, an dem auch generell vorwiegend konsumiert wird (s. 4.4.2), ist damit korrespondierend auch der häufigste Ort der Überdosierung. Weitere Orte der Überdosierung sind die Straße (2002: 24%, 2003: 33%, 2004: 33%, 2006: 29%) sowie das eigene Zuhause bzw. andere private Räumlichkeiten (2002: 18%, 2003: 16%, 2004: 35%, 2006: 24%), wobei diese insgesamt als Orte der letzten Überdosierung gegenüber 2004 leicht rückläufig sind. Die Unterschiede erreichen jedoch keine statistische Signifikanz.

Von Bedeutung ist hier auch, ob und wenn ja von wem die Betroffenen bei einer Überdosierung Hilfe erhalten haben. Bei der Analyse der entsprechenden Daten lassen sich einige Veränderungen feststellen (s. Tab. 23).

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

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

Nachdem bei der letzten Befragung 2004 ein Rückgang der Hilfeleistung vom Notarzt und Mitarbeitern der Drogenhilfeeinrichtung beobachtet wurde, sind diese in der aktuellen Befragung wieder angestiegen. So erreichen die Veränderungen bei der Hilfe durch Mitarbeiter der Drogenhilfe über die Jahre betrachtet keine statistische Signifikanz mehr. Der Rückgang bei den

²¹ Tagesverfassung: n=8, Suizidabsicht: n=5

Hilfeleistungen durch einen Notarzt ist zwar noch signifikant, dies aber nur, da der Wert trotz des aktuellen Anstiegs immer noch deutlich unter dem Wert von 2002 liegt.

Die deutlichste Veränderung zeigt sich, über die Jahre betrachtet, bei der Hilfe durch andere Konsument(inn)en. Hier lässt sich ein sehr deutlicher Rückgang der Hilfeleistungen durch andere User zwischen den Befragungen 2004 und 2006 beobachten und die Prävalenz hierfür liegt in der aktuellen Erhebung auch insgesamt unter den Werten der anderen Erhebungen. Angestiegen ist der Anteil von Personen, die bei ihrer Überdosierung keine Hilfe erhalten haben – diese Veränderung ist aber nicht signifikant und kann deshalb auch zufällig sein.

Es lässt sich für die Hilfeleistungen festhalten, dass Notärzte und Mitarbeiter der Drogenhilfe am häufigsten Hilfe bei Überdosierungen leisten. Die Hilfe durch andere Konsument(inn)en ist zwar noch von Bedeutung, allerdings hat sich dieser Anteil deutlich verringert.

4.5.4 Meinungen zu Drogentoten

In der Befragung 2006 wurden die Konsument(inn)en danach gefragt, was ihrer Meinung nach der wichtigste Grund sein könnte, warum aktuell die Anzahl der Drogentoten wieder zunimmt (vgl. FR vom 28.3.2006). Die Frage wurde ‚offen‘ gestellt und im Zuge der Auswertung kategorisiert. Diese Antwortkategorien sind in Tabelle 24 ihrer Rangfolge entsprechend dargestellt und werden im Folgenden vor dem Hintergrund einiger weiterer Ergebnisse des aktuellen Berichts näher analysiert.

Mit 30% nennen die Konsument(inn)en am häufigsten (30%) die schlechte Qualität aller in der Szene konsumierten Drogen als wichtigsten Grund für den Anstieg der Drogentoten. Die schlechte Qualität von Heroin wurde explizit von 6% der Befragten angeführt; allerdings machen demgegenüber 5% der Befragten eine gestiegene Qualität von Heroin hauptsächlich für den Anstieg verantwortlich. Wie in Abschnitt 4.4.3 bereits ausgeführt, wurden bei der Frage nach der Qualität der einzelnen Substanzen Heroin und Crack im Vergleich zur Befragung 2004 als schlechter eingeschätzt.

Tabelle 24: Wichtigste Gründe für steigende Anzahl der Drogentoten nach Einschätzung der Befragten

	Häufigkeit (n)	Prozent	Rang
Schlechte Qualität aller Drogen	45	30	1
Mischkonsum	14	9	2
Mehr Jüngere mit weniger Erfahrung	10	7	3
Weniger Lebenslust auf der Szene	9	6	4
Schlechte Qualität von Heroin	9	6	4
Konsum in unkontrolliertem Umfeld (keine Hilfe)	9	6	4
Die Qualität von Heroin ist besser geworden	7	5	7
Schlechter physischer Zustand	6	4	8
Sonstige	20	13	-
Keine Ahnung	21	14	-

Führt man sich allerdings vor Augen, dass ein geringerer Wirkstoffgehalt nicht zu einer Überdosierung führen kann, Überdosierungen also in der Regel nur auftreten können, wenn die Konsummenge der Reinsubstanz erhöht wird, sprechen diese unterschiedlichen Angaben

möglicherweise eher für eine allgemeine Unsicherheit hinsichtlich des Wirkstoffgehaltes. Diese Qualitätsschwankungen wurden explizit allerdings lediglich von 2 Personen (in Tab. 24 unter ‚Sonstige‘ aufgeführt) genannt.

Wie bereits im Abschnitt 4.5.3 (Überdosierungen) erläutert, stellt die unbekannte Drogenqualität nach Meinung der Konsument(inn)en, die in den letzten drei Jahren eine Überdosis hatten, auch den Hauptgrund für die letzte Überdosierung dar, was die These der Unsicherheit in Bezug auf den Wirkstoffgehalt stützt (s. Tabelle 22).

Mischkonsum wurde von 9% der Befragten als Hauptgrund für den Anstieg der Drogentoten genannt. Ebenfalls in Abschnitt 4.5.3 wurde allerdings deutlich, dass der „gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen“ lediglich von 15% der Befragten als Hauptgrund der Überdosierung angegeben wird, was zudem im Vergleich zur Befragung 2004 einen Rückgang um mehr als die Hälfte bedeutet. Diese Zahl deutet dementsprechend nicht auf eine evtl. zunehmende Relevanz des Mischkonsums bei Drogennotfällen hin.

Am dritthäufigsten wurden von den Befragten „mehr Jüngere mit wenig Erfahrung“ als Hauptgrund angeführt. Betrachtet man jedoch die Entwicklung der Altersstruktur der Szene im Vergleich zu den Vorjahren (4.1.1), so ist festzustellen, dass sich der Anteil jüngerer Szenegänger(innen) nicht erhöht hat. Zudem wurde in Abschnitt 4.4.1 bereits ausgeführt, dass sich lediglich 12% der Konsument(inn)en weniger als zwei Jahre regelmäßig auf der Szene aufhalten und sich dieser Anteil gegenüber 2004 zudem noch verringert hat. Dies spricht somit zum einen nicht für eine besondere „Verjüngung“ der Szene, zum anderen nicht für eine nennenswerte Zunahme von unerfahrenen Konsument(inn)en.

6% der Befragten geben an, dass die „Lebenslust“ auf der Drogenszene gesunken sei, was zu einer Erhöhung der Selbstmordversuche geführt haben könnte. Eine Suizidabsicht räumten 11% der Befragten bei ihrer letzten Überdosierung ein (vgl. Abschnitt 4.5.3); dies sind mehr als doppelt so viele wie im Jahr 2004, womit dies als ein zusätzlicher Grund für den Anstieg betrachtet werden könnte, wenn auch dieser Wert aufgrund der relativ geringen Fallzahlen nicht überbewertet werden sollte.

Dass der Konsum zunehmend in einem unkontrollierten Umfeld (v.a. privaten Räumlichkeiten) stattfindet (Rang 4 in Tab. 24), ist eine These, die bereits im Rahmen der Expertenrunde geäußert wurde (vgl. Werse et al. 2006). Allerdings zeigt sich bei den Orten der letzten Überdosierung (vgl. Abschnitt 4.5.3) wieder eine leichte Zunahme der Überdosierungen in Druckräumen und eine – wenn auch nicht signifikante – Abnahme der Überdosierungen auf der Straße sowie im eigenen Zuhause bzw. anderen privaten Räumlichkeiten. Demgegenüber ist der Anteil des *Konsums* in privaten Räumlichkeiten im Jahr 2006 angestiegen (s. 4.4.2). Anhand der hier vorliegenden Daten lässt sich diese These letztlich also weder untermauern noch widerlegen.

Auf Rang acht der Hauptgründe für den Anstieg der Drogentoten findet sich der „schlechte physische Zustand“ der Konsument(inn)en. Die Betrachtung der Daten zu den Symptomen und Beschwerden (vgl. Abschnitt 4.5.2) hat aber gezeigt, dass insgesamt der Gesundheitszustand seit 2002 relativ konstant geblieben ist, wenn auch bei der Behandlung von Herz-, Kreislaufproblemen im Vergleich zu 2004 ein deutlicher Rückgang zu beobachten ist und sich die gesundheitliche Lage der Frauen schlechter darstellt als die der Männer.

Unter „sonstige Gründe“ wurden in Tabelle 24 alle Nennungen zusammengefasst, die nicht von mehr als drei Personen genannt wurden, darunter fallen z.B. „Die Alten sterben weg“,

„unkontrollierter Konsum nach Abstinenz“, „Klimatische Bedingungen“ und „Drogen werden mit Gift gestreckt“.

Zusammenfassend kann man also festhalten, dass die Qualität der konsumierten Drogen am häufigsten als Grund für den Anstieg der Drogentoten genannt wurde. Die Konsument(inne)n schätzen die Qualität von Heroin und Crack im Vergleich zur Befragung 2004 deutlich schlechter ein. Da – wie bereits ausgeführt – ein geringerer Wirkstoffgehalt nicht zu einer Überdosierung führen kann, ist zu vermuten, dass am ehesten etwaige Schwankungen der Qualität bzw. Unsicherheiten bei der Beurteilung der Qualität ein Grund für den Anstieg der Drogentoten sein könnte. Mittelfristig könnte diese Entwicklung durch den im Jahr 2004 beobachteten deutlichen Preisrückgang bei Heroin gestützt worden sein: Das Wissen um eine überwiegend schlechte Qualität der Droge im Verbund mit einem relativ niedrigen Preis könnte bei einigen Konsument(inn)en zu einer geringeren Vorsicht bei der Dosierung geführt haben. Auch wenn sich diese Interpretation auf Grund der vorliegenden Daten anbietet, sollten ebenfalls die anderen Gründe, die von mehreren Konsument(inne)n genannt wurden (z.B. „Mischkonsum“, „Suizidabsicht“ „schlechter physischer Zustand“ oder auch „Konsum in unkontrolliertem Umfeld“), für die Gesamtbetrachtung der Thematik nicht außer Acht gelassen werden.

4.5.5 Der Gesundheitszustand im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

Zusammenfassend wird hier der Gesundheitszustand der im Jahr 2006 befragten Drogenkonsument(inn)en dargestellt und auf geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht. Die entsprechenden Ergebnisse sind in Tab.25 in der Übersicht abgebildet.

Die seit 2002 beobachtete hohe Hepatitis-C-Rate sinkt zwar über die Jahre kontinuierlich, jedoch erreicht diese Veränderung keine statistische Signifikanz, stellt sich also als relativ unverändert dar. Bei Hepatitis A und B dagegen sinkt die Infektionsrate seit 2003 deutlich ab.

Frauen sind durch die Infektionen der Hepatitiden A, B und C aktuell insgesamt stärker betroffen als Männer; bei Hepatitis B erreicht dieser Unterschied auch statistische Signifikanz.

Die HIV-Infektionsrate ist zwar im Vergleich zu 1995 deutlich gesunken, seit 2004 stellt sich diese aber kaum verändert dar und beträgt 2006 13%. Auch hier zeigt sich, dass die Frauen 2006 stärker von HIV betroffen sind als die Männer: Dieser Unterschied, hat sich in dieser Deutlichkeit in den vorangegangenen Befragungen nicht gezeigt. Es ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass ca. ein Viertel der berichteten HIV-negativen Testergebnisse auf einem veralteten Test beruhen, so dass eine gewisse Dunkelziffer zu erwarten ist.

Depressionen, Zahnschmerzen und Herz-, Kreislaufprobleme sind die im Jahr 2006 am häufigsten genannten Beschwerden oder Symptome. Diese werden von einem Drittel bis einem Viertel der Befragten benannt. Zudem gibt ein Viertel der HIV-Infizierten Personen AIDS-bedingte Krankheiten an. Bei den Erkrankungen die in Zusammenhang mit AIDS auftreten lässt sich seit 2003 ein kontinuierlicher Rückgang feststellen.

Geschlechtsspezifisch zeigen sich Unterschiede im Sinne eines deutlich schlechteren Gesundheitszustands der Frauen. Bei allen abgefragten Symptomen und Beschwerden berichten die Frauen häufiger über Probleme als die Männer. Besonders deutlich, da statistisch signifikant, sind die Unterschiede bei Herz-, Kreislaufproblemen, Problemen mit Lunge/ Bronchien, Erkältung/

Grippe und epileptischen Anfällen. Dementsprechend liegt die Anzahl der berichteten Symptome oder Beschwerden mit durchschnittlich 2,2 bei den Frauen signifikant (***) höher als bei den Männern mit durchschnittlich 1,2 berichteten gesundheitlichen Problemen.

Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich dagegen bei der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung. Bei den meisten Problemen begibt sich 2006 etwa ein Drittel bis die Hälfte derjenigen mit entsprechenden Beschwerden auch in ärztliche Behandlung. Niedrigere Behandlungsraten zeigen sich bei den Herz-, Kreislaufproblemen und depressiven Verstimmungen, wobei bei der Behandlung von Herz-, Kreislaufproblemen im Vergleich zu 2004 ein signifikanter Rückgang zu beobachten ist (2004: 46%, 2006: 15%; *).

Tabelle 25: Gesundheitszustand im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Infektionsstatus (%)				
Hepatitis A	5	4	6	n.s.
Hepatitis B	11	9	16	**
Hepatitis C	61	60	64	n.s.
HIV	13	7	24	**
Symptome / Beschwerden letzte 3 Monate (%)				
Herz-, Kreislaufprobleme	26	19	40	**
Probleme mit Lunge / Bronchien	21	14	34	**
Magen-, Darmbeschwerden	20	17	26	n.s.
Erkältung / Grippe	17	6	38	***
Zahnschmerzen	29	24	38	n.s.
Abszesse (offene Wunden, offene Füße)	17	15	20	n.s.
AIDS - diverse Krankheiten ^b	26	14	33	n.s.
epileptische Anfälle	8	3	18	***
Depressionen	39	37	42	n.s.
Anzahl Symptome / Beschwerden (AM ± SD)	1,5 (± 1,5)	1,2 (± 1,6)	2,2 (± 1,7)	***
Überdosierungen				
Lifetime-Prävalenz (%)	53	54	46	n.s.
Anzahl Überdosierungen (Median) ^a	3	3	3	n.s.
Monate seit letzter Überdosierung (Median) ^a	24	18	24	n.s.

^a Bezogen auf diejenigen mit min. einer Überdosierung

^b Nur HIV-positive Befragte.

Während 57% der im Jahr 2006 befragten Männer ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, trifft dies nur auf 46% der Frauen zu. Allerdings erreicht dieser Unterschied keine statistische Signifikanz.

Bei sämtlichen verfügbaren Daten zu Überdosierungen zeigen sich keinerlei signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede. Insgesamt hat etwas mehr als die Hälfte der im Jahr 2006 Befragten die Erfahrung einer Überdosierung. Diejenigen mit entsprechender Erfahrung haben im Mittel 3 Überdosierungen erlebt, die letzte Überdosierung liegt dabei durchschnittlich zwei Jahre zurück. Heroin wird von denjenigen Befragten mit einer Überdosis innerhalb der letzten 3 Jahre am

häufigsten als Substanz genannt, die sie am Tag der Überdosis konsumiert haben. Darüber hinaus zeigt sich im Zusammenhang mit den Überdosierungen eine leichte Bedeutungszunahme von Kokain.

Bei allen vier Befragungen entfallen die meisten Nennungen auf Heroin als diejenige Substanz, die nach Ansicht der Betroffenen in erster Linie für die Überdosis verantwortlich war. Während andere Substanzen in diesem Zusammenhang 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. Bei den Angaben zum Hauptgrund der Überdosierung zeigt sich, dass über die Jahre unverändert die unbekanntere Drogenqualität am häufigsten als Ursache angegeben wird.

Als häufigste Orte der Überdosierungen werden unverändert die Konsumräume angegeben. Der Konsumraum, als Ort an dem auch generell vorwiegend konsumiert wird, ist damit korrespondierend auch der häufigste Ort der Überdosierung.

Notärzte und Mitarbeiter der Drogenhilfe leisten am häufigsten Hilfe bei Überdosierungen. Die Hilfe durch andere Konsument(inn)en ist zwar noch von Bedeutung, allerdings hat sich dieser Anteil deutlich verringert.

Bei den Meinungen der Konsument(inn)en zum Anstieg der Drogentoten wurde die Qualität der konsumierten Drogen am häufigsten als Grund für den Anstieg der Drogentoten genannt. Dabei ist zu vermuten, dass am ehesten etwaige Schwankungen der Qualität bzw. Unsicherheiten bei der Beurteilung der Qualität ein Grund für den Anstieg der Drogentoten sein könnte. Daneben könnten auch die anderen Gründe, die von mehreren Konsument(inne)n genannt wurden („Mischkonsum“, „Suizidabsicht“, „schlechter physischer Zustand“, „Konsum in unkontrolliertem Umfeld“), durchaus eine Relevanz hinsichtlich dieser Frage aufweisen. Bezüglich der Meinungen zum Anstieg der Drogentoten zeigten sich keine geschlechtspezifischen Unterschiede.

4.6 Inanspruchnahme des Hilfesystems

4.6.1 Substitution

Der zwischen 2002 und 2004 zu beobachtende Trend einer Erhöhung des Anteils an Substituierten (der allerdings im Fall des besonders deutlichen Anstiegs 2003 zu einem großen Teil auf die in jenem Jahr geänderten Richtlinien zur Substitutionsbehandlung sowie den Beginn des Projekts zur heroingestützten Behandlung zurückzuführen sein dürfte) hat sich im Jahr 2006 nicht weiter fortgesetzt. Mit 45% ist der Anteil derer, die aktuell substituiert werden, nahezu unverändert (Tab. 26)²². Im Hinblick auf die verabreichten Substitutionsmittel (Tab. 26) ist bei gleichbleibend hoher Verbreitung von Methadon eine weiter zunehmende Bedeutung von Buprenorphin zu beobachten, wogegen nur noch ein Befragter mit Levomethadon substituiert wurde. Keiner der Befragten erhielt im Rahmen der staatlichen Heroinvergabe medizinisch verschriebenes Heroin. 2003, kurz nach dem Start der heroingestützten Behandlung in Frankfurt, waren noch neun Teilnehmer des Modellprojekts befragt worden. Angesichts der positiven Ergebnisse der Heroinstudie insbesondere hinsichtlich der Entwicklung der sozialen Situation der

²² Der Anteil der aktuell Substituierten deckt sich damit nahezu mit dem Wert von 42%, der in der Auswertung der Daten der ambulanten Suchthilfe für Frankfurter Opiatklient(inn)en im Jahr 2005 ermittelt wurde (Kloss et al. 2006). Der in der letzten Szenestudie erwähnte, höhere diesbezügliche Wert aus dem Jahr 2003 resultiert daraus, dass in diesem Erhebungsjahr noch wesentlich weniger (und offenbar weniger ‚repräsentative‘) Frankfurter Einrichtungen an der Auswertung beteiligt waren.

Klient(inn)en (Naber/ Haasen 2006) kann die Nichterreichung von Klient(inn)en der Heroingabe durchaus als Bestätigung für diese positiven Effekte (insbesondere die Loslösung aus dem „Szene-Kontext“) betrachtet werden.

Tabelle 26: Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung

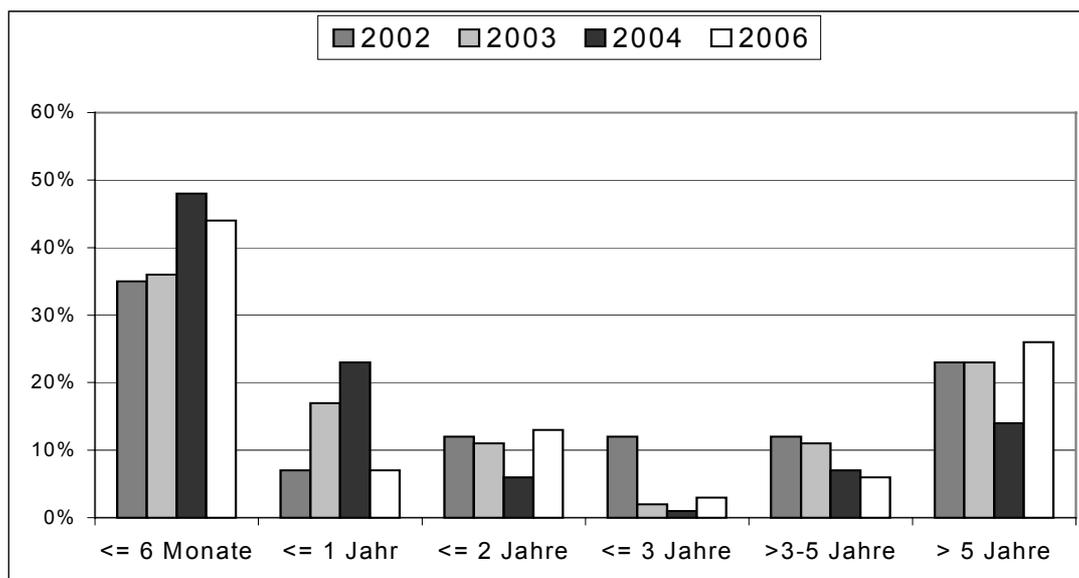
	2002	2003	2004	2006	Sig.
in Substitution (%)	29	43	46	45	**
Substitutionsmittel ^a (%)					
Methadon	100	75	90	90	***
Heroin	0	14	1	0	
Buprenorphin (Subutex [®])	0	3	6	9	
Levomethadon (L-Polamidon [®])	0	8	3	1	
Dosierung in mg Methadon ^b (AM ± SD)	83,9 (± 43,5)	79,0 (± 51,6)	74,6 (± 41,8)	75,2 (± 47,9)	n.s.
Substitutionsdauer in Monaten (Median)	24	12	7	10,5	n.s.

^a Bezogen auf diejenigen in Substitution.

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

Weiterhin keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungen ergeben sich im Hinblick auf die Höhe der Dosierung. Nach wie vor entspricht die Dosierung von etwas mehr als 70 mg Methadon (bzw. der äquivalenten Buprenorphin-Dosis) im Durchschnitt der als angemessen definierten Dosis (Verster & Buning 2000).

Bei den Angaben zur Substitutionsdauer schwanken die Werte aktuell in einem sehr weiten Bereich zwischen einem Monat und 17 Jahren. Dass die Entwicklung der Substitutionsdauer trotz des deutlichen Absinkens des Medians bis 2004 (und einem leichten Anstieg in diesem Jahr) keine statistische Signifikanz erreicht, ist offenbar mit der Zunahme des Anteils an Substituierten in den Jahren 2003 und 2004 und dem damit einhergehenden Anstieg an Substituierten mit sehr kurzer Behandlungsdauer zu erklären. Dies zeigt auch Abb. 14, in der die Substitutionsdauer kategorisiert dargestellt ist .

Abbildung 14: Substitutionsdauer (zusammengefasst, %) nach Jahr der Befragung


In sämtlichen Befragungen ist in der Tendenz eine zweigipflige Verteilung, 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, zu beobachten. Während 2004 der deutliche Anstieg der erst seit kurzer Zeit Substituierten mit einer Abnahme bei den Langzeitsubstituierten einherging, liegt der Anteil derer, die bereits mehr als 5 Jahre in einer solchen Behandlung sind, 2006 über den Werten von 2002 und 2003. Innerhalb der seit 2003 größer gewordenen Gruppe der Substituierten zeichnet sich also eine Tendenz zu einer längeren Behandlungsdauer ab.

Bei allen vier 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%, 2006: 80%). Dies gilt sowohl für diejenigen, die tatsächlich in einer Substitutionsbehandlung sind, als auch für die Nicht-Substituierten. Letztere sind mittlerweile sogar etwas häufiger mit den Angeboten zufrieden (83%) als die aktuell Substituierten, bei denen der Anteil derer, die die Angebote für ausreichend halten, von 86% (2004) auf 76% im Jahr 2006 gesunken ist. Wie in den Vorjahren werden von denen, die die Angebote nicht für ausreichend halten, am häufigsten die langen Wartezeiten als Grund genannt.

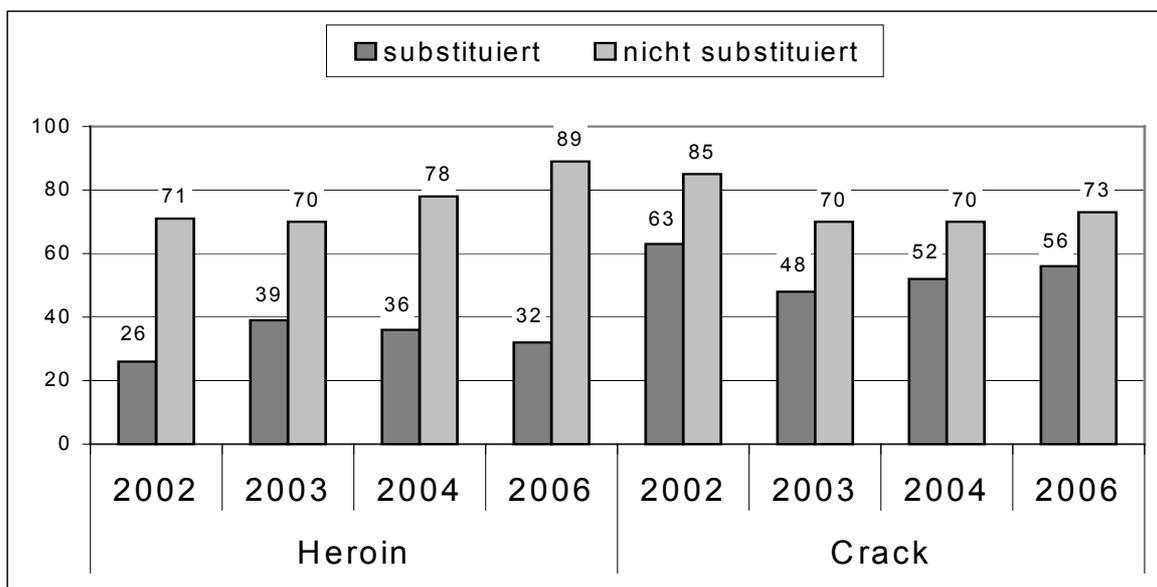
Gerade im Hinblick auf die Problematik des „Beikonsums“ sind etwaige Unterschiede im Konsumverhalten zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten von Interesse. Diese werden anhand der 24-Stunden-Prävalenzen der gängigsten Substanzen untersucht. Im Ergebnis zeigen sich dabei keine Unterschiede im Konsum von Alkohol, Cannabis, nicht verschriebenen Medikamenten und Kokain, jedoch sehr deutliche Unterschiede hinsichtlich des Heroin- und Crackkonsums (s. Tab. 27).

Tabelle 27: 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus im Jahr 2006

	Substitution		Sig.
	ja	nein	
Alkohol	34	29	n.s.
Cannabis	19	22	n.s.
Heroin	32	89	***
Benzodiazepine	25	33	n.s.
Kokain	6	24	**
Crack	56	73	*

Während sich in allen vier Erhebungen keine Unterschiede bei Alkohol, Cannabis und Benzodiazepinen (bzw. „nicht verschriebenen Medikamenten“), aber z.T. deutlich geringer ausgeprägte Prävalenzraten von Heroin und Crack bei den befragten Substituierten zeigen, ist 2006 im Zusammenhang mit dem deutlichen Konsumanstieg erstmals ein signifikant höherer Pulverkokaïn-Konsum bei Nicht-Substituierten zu beobachten. Auch beim Konsum von Benzodiazepinen zeichnet sich eine leichte Tendenz zu einem höheren Konsum bei Nicht-Substituierten ab, da die Prävalenz bei den Substituierten relativ deutlich gesunken ist und damit erstmals leicht unter dem Wert der Nicht-Substituierten liegt (2002: Substituierte 33%, Nicht-Substituierte: 29%; 2003: 31% vs. 23%; 2004: 39% vs. 32%).

Wie Abb. 15 zeigt, fallen die Differenzen zwischen beiden Gruppen bei Crack nach wie vor etwas geringer aus als bei Heroin, und innerhalb der Gruppe der Substituierten ist der Crackkonsum stärker ausgeprägt als der Heroinkonsum. Dies ist insofern zu erwarten, als die Substitution unter pharmakologischen Gesichtspunkten keine Behandlung des Crackkonsums darstellt. Dennoch hat die Substitution – vermutlich aufgrund einer indirekten Wirkung durch die Einbindung in ein systematisches Behandlungssetting – unverändert einen positiven Effekt auf den Crackkonsum.

Abbildung 15: 24-Stunden-Prävalenzen von Heroin und Crack (%) nach Behandlungsstatus und Jahr der Befragung


Dies gilt trotz der Beobachtung, dass der Crack-Beigebrauch, nach einem deutlichen Rückgang von 2002 auf 2003, seitdem wieder leicht angestiegen ist. Demgegenüber ist beim Beikonsum von Heroin im selben Zeitraum ein leichter Rückgang zu beobachten, während die Heroin-24-Stunden-Prävalenz der Nicht-Substituierten seit 2003 kontinuierlich angestiegen ist. Ungeachtet des insgesamt wieder zunehmenden Heroinkonsums in der Szene nähert sich die Heroinprävalenz unter Substituierten also wieder dem Wert von 2002 an. Die etwas höheren Werte 2003 und 2004 sind offenbar in erster Linie auf den erhöhten Anteil an Substituierten mit vergleichsweise kurzer Behandlungsdauer zurückzuführen. Diese Einschätzung kann auch im Jahr 2006 mit der Beobachtung belegt werden, dass Substituierte mit Heroinkonsum in den letzten 24 Stunden im Schnitt eine wesentlich kürzere Behandlungsdauer aufweisen als diejenigen, die aktuell kein Heroin konsumieren (Median: 5 vs. 18 Monate***). Erstmals ist 2006 auch ein Unterschied hinsichtlich der Dosierung festzustellen: Diejenigen ohne Heroinkonsum erhalten durchschnittlich 81,6 mg Methadon ($\pm 44,5$), während jene mit Heroinkonsum nur 69,5 mg ($\pm 49,3$) konsumieren (*). Demnach könnte möglicherweise bei einigen der Betroffenen die (zu) niedrige Dosierung des Substitutionsmittels einen Grund für den Heroinkonsum darstellen. Insgesamt ist aber in erster Linie festzuhalten, dass im Schnitt eine deutliche Verringerung des Heroin-Beikonsums im Behandlungsverlauf zu beobachten ist.

An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass die befragten Substituierten ausnahmslos im engeren Umfeld der „offenen Szene“ angetroffen wurden, so dass die Ergebnisse zum Beikonsum 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

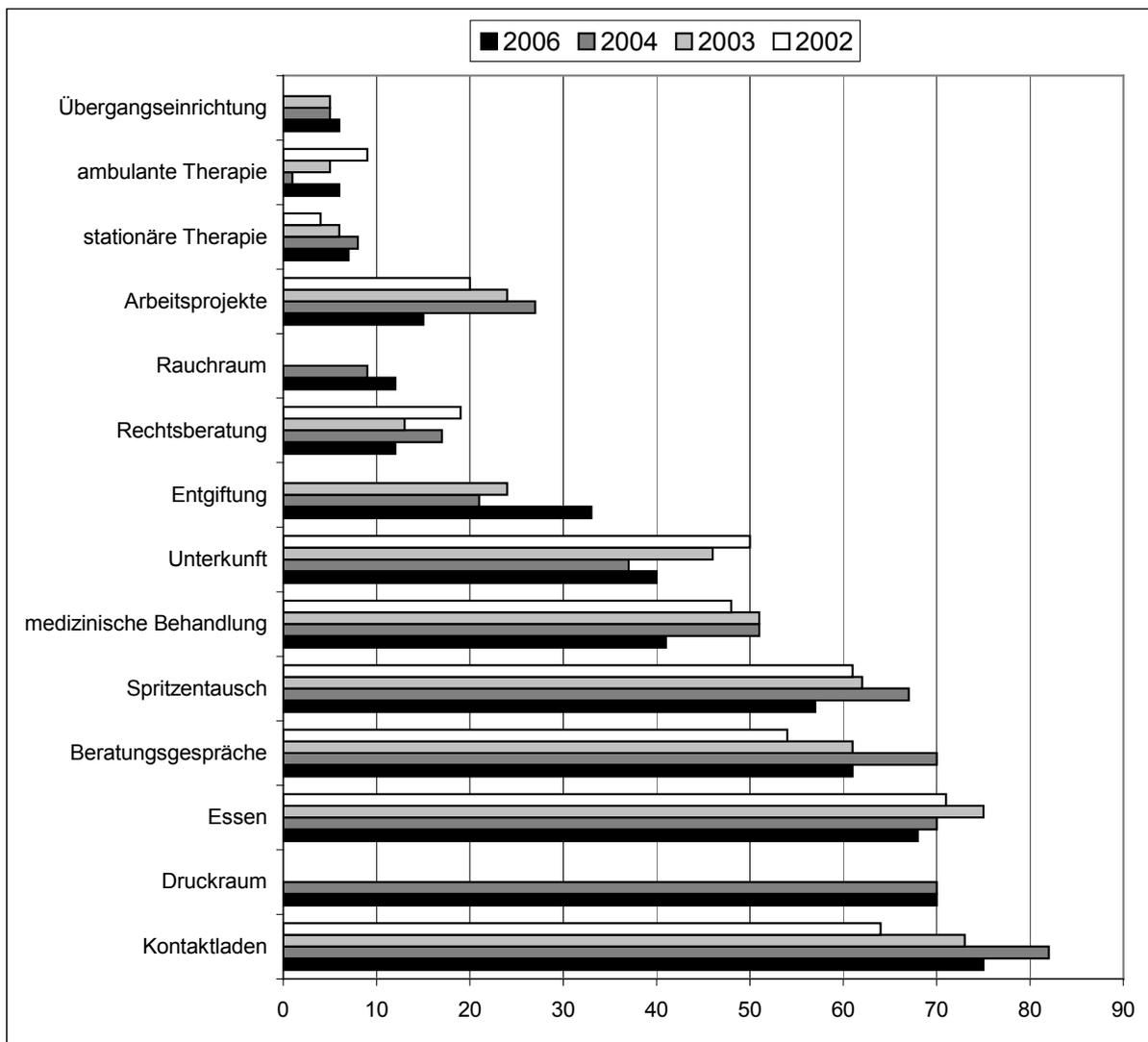
Die Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems wird mittels einer Auflistung der verschiedenen Angebote erfasst, anhand derer die Befragten angeben sollen, wie häufig sie das jeweilige Angebot in den letzten drei Monaten in Anspruch genommen haben.

Abb. 16 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, dass nach wie vor die niedrigschwelligen Angebote – der Aufenthalt in Kontaktläden, Essen, die Druckräume und der Spritzentausch – bei den Befragten über eine besonders hohe Reichweite verfügen. Wie in den Vorjahren werden zudem die medizinische Versorgung sowie Beratungsgespräche ebenfalls vergleichsweise häufig genutzt. Auch hat sich die Anzahl der Befragten, die angeben, in den letzten 3 Monaten in einer Entzugsbehandlung gewesen zu sein, 2006 deutlich erhöht, so dass mittlerweile mit jedem dritten Befragten im vorangegangenen Quartal eine Entgiftung durchgeführt wurde. Angebote wie ambulante und stationäre Therapien werden demgegenüber nur von einem geringen Teil der Befragten in Anspruch genommen. Insgesamt haben nahezu sämtliche Befragten in den letzten 3 Monaten mindestens ein Angebot des Frankfurter Drogenhilfesystems genutzt (2002: 97%; 2003: 99%; 2004: 100%, 2006: 99%), wobei es sich hier überwiegend um Angebote aus dem Bereich der „Harm Reduction“ handelt.

Im Hinblick auf Veränderungen im Jahresvergleich ist neben dem oben erwähnten Anstieg bei Entgiftungen ein Rückgang der Nutzung von Arbeitsprojekten zu beobachten; diese Veränderungen sind jedoch auf den Zeitraum zwischen 2004 und 2006 beschränkt. Bezogen auf

den gesamten 5-Jahres-Zeitraum zeigen sich signifikante Veränderungen lediglich bei Beratungsgesprächen und dem Aufenthalt in Kontaktläden; dabei hat sich aber jeweils die in den Vorjahren beobachtete Zunahme 2006 nicht fortgesetzt. Umgekehrt hat sich der Rückgang bei der Nutzung ambulanter Therapien nicht fortgesetzt: Nachdem im Jahr 2004 nur ein Befragter dieses Angebot im zurückliegenden Quartal genutzt hatte, sind es 2006 wieder 6% (n=9).

Abbildung 16: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung^a



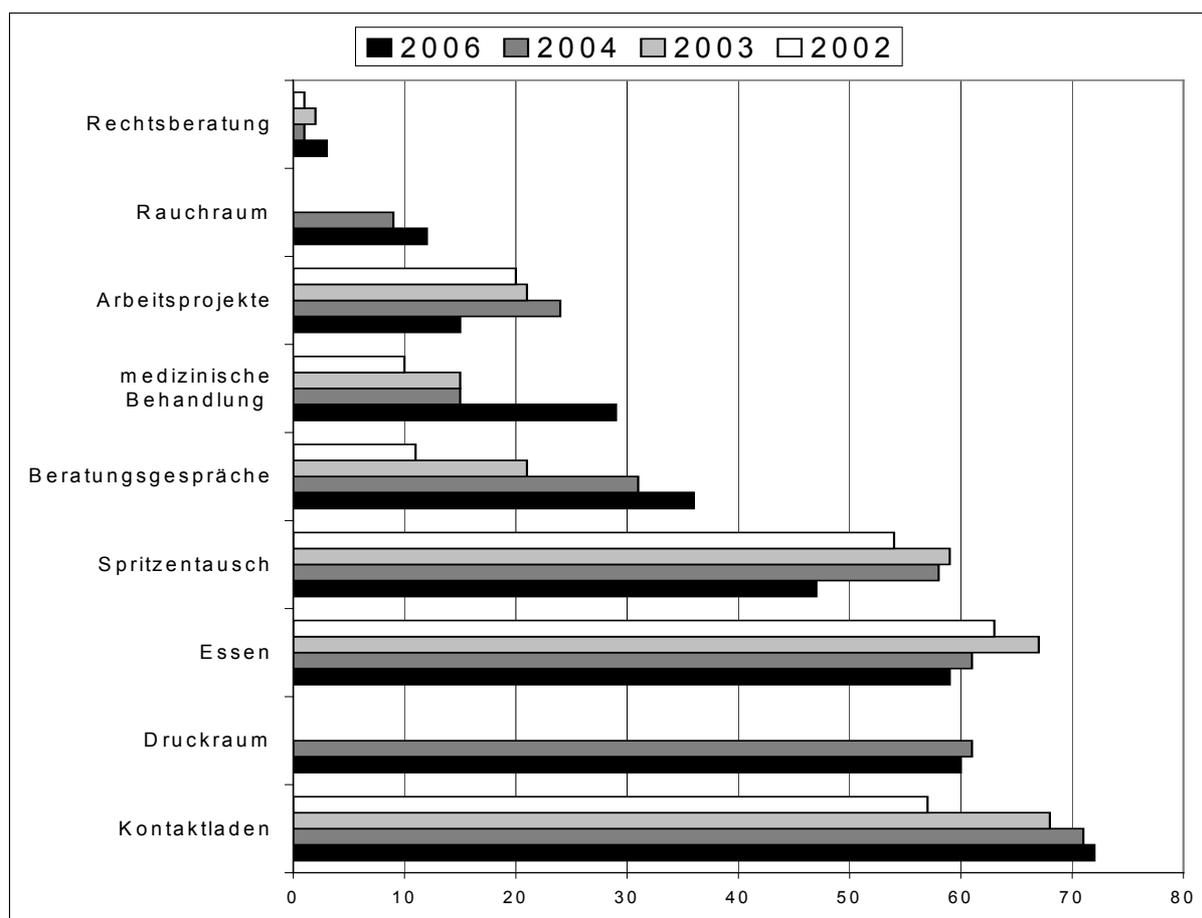
^a Entgiftung und Übergangseinrichtungen wurden 2003 erstmals erhoben; Druck- und Rauchraum wurden 2004 erstmals getrennt voneinander abgefragt (zuvor: „Konsumraum“).

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

Im Ergebnis zeigt sich, dass die niedrighschwelligen Angebote Aufenthalt in Kontaktläden, Essen und Druckraum von mehr als der Hälfte der Befragten mindestens ein Mal pro Woche

genutzt werden, und insofern nicht nur über eine hohe Reichweite verfügen, sondern auch über eine hohe Nutzungsfrequenz (Abb. 17). Mit Abstrichen gilt dies auch für den Spritzentausch, der jedoch 2006 im Vergleich zu den Vorjahren deutlich zurückgegangen ist. Angestiegen ist hingegen der Anteil derer, die mindestens ein Mal pro Woche Beratung und medizinische Behandlung nutzen.

Abbildung 17: Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung



Im Hinblick auf die seit 2002 zu beobachtenden Veränderungen zeigen sich bei der Nutzungshäufigkeit einige Abweichungen zu den Ergebnissen der Auswertung der Reichweite. So ist eine Fortsetzung des deutlichen, kontinuierlichen Anstiegs bei den Beratungsgesprächen zu beobachten (***) und auch die häufige Nutzung von Kontaktläden hat weiter zugenommen (*). Besonders deutlich fällt 2006 der weitere Anstieg bei der Nutzung medizinischer Behandlungen aus (***). Ein Rückgang ist – jeweils nur auf das Jahr 2006 bezogen – lediglich bei Arbeitsprojekten und Spritzentausch zu beobachten.

Insgesamt verfügt das (ambulante) Frankfurter Drogenhilfesystem nicht nur über eine gute Reichweite, sondern wird auch intensiv genutzt: nahezu sämtliche Befragten nehmen mindestens eines der hier berücksichtigten Angebote ein Mal pro Woche und häufiger in Anspruch. Die in der letzten Szenestudie beobachtete signifikante Zunahme des Anteils derjenigen, die mindestens ein ambulantes Angebot ein Mal pro Woche und häufiger nutzen, hat sich 2006 weiter fortgesetzt (2002: 89%; 2003: 95%; 2004: 96%; 2006: 97%*).

Wie in der Erhebung 2004 wurden die Interviewten danach gefragt, was sie davon abhält, die vorhandenen Entzugs- und Therapieangebote zu nutzen. Dabei ist zu beachten, dass bis auf 3

Befragte hierzu alle eine Angabe machen, gleichgültig, ob sie zur Zeit substituiert werden oder sich womöglich sogar in einer ambulanten Therapie befinden. Lediglich 4% nannten explizit eine bestehende Substitution, mit der sie sich stabilisieren möchten, als Grund dafür, derzeit keine weiteren Angebote zu nutzen. Am häufigsten geben die Befragten wiederum mangelndes Interesse an, mit 35% sind dies allerdings etwas weniger als 2004 (43%). Zugenommen hat hingegen die Zahl derer, in deren Antworten sich ein hohes Maß an Hoffnungslosigkeit widerspiegelt („zu oft erfolglos probiert“, „keine Energie, sich zu kümmern“, „keine Perspektive“, „Therapie zwecklos“); aktuell nennen 18% der Befragten einen solchen Grund (2004: 10%). Auf der anderen Seite geben immerhin noch 14% (2004: 21%) an, sich aktuell um einen Entzugs- oder Therapieplatz zu bemühen. Weitere 9% nennen individuelle rechtliche oder soziale Rahmenbedingungen (z.B. „keine Krankenversicherung“, „geht nicht wegen Job oder Studium“), und 3% geben schlechte Erfahrungen mit Therapieangeboten als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme an. Nur drei Befragte (2%) kritisieren ausdrücklich die Bedingungen für die Aufnahme in eine Therapieeinrichtung („zu lange Wartelisten“, „zu kompliziert“), und unter den restlichen 15% der Antworten findet sich eine Vielzahl von weiteren individuellen Gründen dafür, derzeit kein Therapieangebot wahrzunehmen.

4.6.3 Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

Tab. 28 zeigt in der Übersicht die Gesamtdaten sowie die nach Geschlechtern aufgeschlüsselten Ergebnisse zur Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2006. Mit einem Anteil von 45% ist weiterhin fast die Hälfte der Befragten in einer Substitutionsbehandlung. Demgegenüber waren im Jahr 2002 insbesondere unter den männlichen Befragten mit 24% noch weitaus weniger in eine Substitution eingebunden; der Anteil an weiblichen Substituierten ist hingegen über die fünf Jahre nur geringfügig angestiegen (2002: 38%).

Tabelle 28: Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten 3 Monaten im Jahr 2006: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Substitution				
in Behandlung (%)	45	44	48	n.s.
Dosierung in mg Methadon ^a (AM \pm SD)	75,2 (\pm 47,9)	71,7 (\pm 40,3)	81,8 (\pm 60,7)	n.s.
Substitutionsdauer in Monaten (Median)	10,5	7	24	n.s.
Nutzung ambulanter Angebote min. ein Mal pro Woche (%)				
Arbeitsprojekte	15	14	16	n.s.
Beratungsgespräch	36	29	50	*
Essen	59	63	52	n.s.
Druckraum	60	62	56	n.s.
Kontaktladen: Aufenthalt, unterhalten	72	67	82	n.s.
medizinische Behandlung	29	25	36	n.s.
Rauchraum	12	9	18	n.s.
Rechtsberatung	3	2	6	n.s.
Spritzentausch	47	44	54	n.s.
Ambulante Therapie	4	2	8	n.s.

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

Keine weiteren signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf andere Eckdaten zur Substitution. Dies betrifft z.B. die durchschnittliche Dauer der Substitution, die insgesamt nach den sehr niedrigen Werten 2003 und 2004 wieder leicht angestiegen ist (dass trotz des Unterschieds beim Median keine Signifikanz erreicht wird, hängt neben den niedrigen Fallzahlen mit den eher geringen Unterschieden beim Mittelwert zusammen). Auch im Jahr 2006 zeigt sich, dass insbesondere eine bereits länger bestehende Substitution nicht nur mit einem deutlich geringer ausgeprägten Konsum von Heroin, sondern auch mit niedrigeren Crack-Prävalenzraten 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: bis auf eine Person haben alle Befragten in den letzten 3 Monaten mindestens eines der vorgehaltenen Hilfeangebote in Anspruch genommen. Zudem werden die vorhandenen Angebote von den meisten Befragten auch häufig genutzt. Dies gilt wie in den Vorjahren vor allem für die niedrighschwelligsten Angebote Aufenthalt in Kontaktladen, Essen, Druckraum und Spritzentausch;

dank eines kontinuierlichen Anstiegs in den letzten Jahren werden aber auch Beratungsgespräche mittlerweile vergleichsweise häufig genutzt, und auch andere eher höherschwellige Angebote werden in relevantem Umfang in Anspruch genommen, z.B. medizinische Versorgung oder Arbeitsprojekte. Vergleichsweise selten werden die Angebote der ambulanten Therapie und der Rechtsberatung genutzt. Im Hinblick auf den Rauchraum hat sich der niedrige Wert der letzten Erhebung 2006 leicht (nicht signifikant) erhöht. Die geschlechtsspezifische Auswertung zeigt lediglich einen signifikanten Unterschied: Frauen nutzen häufiger Beratungsgespräche als Männer. Bei allen übrigen Angeboten sind keine signifikanten Unterschiede zu beobachten, wenngleich auffällt, dass bei den meisten Angeboten die Werte für die weiblichen Befragten über denen der männlichen liegen. 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: 96%, Frauen: 98%).

5. Literatur

- Barth, V., Meyer, I., Ostheimer, I. & Steinmetz, J. (1997): Druckraumstudie. Informationen aus Befragungsdaten. Frankfurt a. M.: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Deutsche Ärzteblatt (2003): Therapiehinweis nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien. Deutsches Ärzteblatt, 41, A2678 - A2679.
- Frankfurter Rundschau (FR) vom 28.03.2006: 27-Jähriger ist das zehnte Drogenopfer.
- Kemmesies, U.E. (1995a): Kompulsive Drogengebraucher in den Niederlanden und Deutschland. Berlin: VWB.
- ISFF (Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt) (2007): Konsumraumbefragung 2006 – Vergleichstabellen. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Kemmesies, U.E. (1995b): 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.
- Kloss, M./ Kalke, J./ Raschke, P./ Werse, B. (2006): Landesauswertung der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Hessen 2005 – Grunddaten. Frankfurt a.M.: Hessische Landesstelle für Suchtfragen.
- Naber, D./ Haasen, C. (2006): Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Klinischer Studienbericht zum Abschluss der 2. Studienphase. Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS).
- Ostheimer, I./ Meyer, I./ Barth, V./ Steinmetz, J./ Stielow, P. (1993): Abschlußbericht der Szenebefragung ‚Die offene Drogenszene in Frankfurt/Main nach der Räumung der Taunusanlage‘. Frankfurt a. M.: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Prinzleve, M./ Martens, M.S. (2003): Evaluation der Abendöffnungszeiten des Drob Inn. Forschungsbericht. Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS).
- Prinzleve, M. / Müller, O./ Werse, B./ Bernard, C. (2005): MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2004. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research – Johann Wolfgang Goethe-Universität.
- Verster, A./ Buning, E. (2000): Methadone Guidelines. Amsterdam: Euro-Methwork.
- Vogt, I. (1992): Abschlussbericht der Studie 'Offene Drogenszene in Frankfurt am Main'. Frankfurt a. M.
- Werse, B./ Müller, O./ Bernard, C./ Prinzleve, M./ Kemmesies, U.E. (2005): Jahresbericht MoSyD – Drogentrends in Frankfurt am Main 2004. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research - Johann Wolfgang Goethe-Universität



- Werse, B./ Müller, O./ Bernard, C. (2006): Jahresbericht MoSyD – Drogentrends in Frankfurt am Main 2005. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research - Johann Wolfgang Goethe-Universität
- Zurhold, H./ Müller, O. (Hg.) (2007): Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Freiburg: Lambertus.