

MoSyD

SZENESTUDIE 2014

Die offene Drogenszene
in Frankfurt am Main

Bernd Werse und Dirk Egger

Februar 2015

gefördert durch das
Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main

Inhalt

0. Zusammenfassung – Veränderungen und aktuelle Situation	6
1. Einleitung.....	11
2. Methodik	13
2.1 Empirischer Zugang: Stichprobe und Erhebungsinstrument.....	13
2.2 Hinweise zur Ergebnispräsentation.....	16
3. Feldzugang – Interviewtätigkeit im Szenealltag	17
4. Ergebnisse.....	19
4.1 Soziodemographische Daten	19
4.1.1 Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität	19
4.1.2 Wohnsituation	21
4.1.3 Ausbildungs- und Beschäftigungssituation	22
4.1.4 Finanzielle Situation	23
4.1.5 Die Befragten der Frankfurter Drogenszene im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	26
4.2 Substanzkonsum	30
4.2.1 Lifetime-Konsum	30
4.2.2 12-Monats-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz.....	32
4.2.3 Konsumintensität.....	36
4.2.4 Applikationsformen.....	40
4.2.5 Die Konsummuster im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	42
4.3 Meinungen über Drogen	45
4.4 Der „Alltag auf der Szene“	47
4.4.1 Dauer und Häufigkeit des Aufenthalts auf der Szene	47
4.4.2 Die Orte des Konsums	49
4.4.3 Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung	51
4.4.4 Kontrollintensität, Hafterfahrungen und Haftgründe	55
4.4.5 Der Szenealltag im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	56
4.5 Gesundheitszustand	58
4.5.1 Infektionsstatus und Risikoverhalten	58
4.5.2 Versicherungsstatus, Symptome und Beschwerden.....	60
4.5.3 Überdosierungen.....	63
4.5.4 Der Gesundheitszustand im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	65
4.6 Inanspruchnahme des Hilfesystems	68
4.6.1 Substitution	68
4.6.2 Nutzung der Angebote des Drogenhilfesystems.....	71
4.6.3 Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	74
5. Literatur.....	76

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) nach Jahr der Befragung	20
Tabelle 2: Aktuell gemeldeter Wohnsitz (%) nach Jahr der Befragung.....	21
Tabelle 3: Aktuelle Wohnsituation (%) nach Jahr der Befragung.....	21
Tabelle 4: Ausbildungs- und Beschäftigungssituation (%) nach Jahr der Befragung	23
Tabelle 5: Einkommensquellen (letzte 7 Tage, %) nach Jahr der Befragung.....	24
Tabelle 6: Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) nach Geschlecht 2014.....	27
Tabelle 7: Aktuelle Wohnsituation der Befragten im Jahr 2014 (%) nach Geschlecht.....	28
Tabelle 8: Lifetime-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung ...	30
Tabelle 9: Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert) nach Jahr der Befragung.....	31
Tabelle 10: 12-Monats-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung	33
Tabelle 11: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzraten (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain, Crack, nicht verschriebenen Substitutionsmitteln und Crystal Meth nach Jahr der Befragung	34
Tabelle 12: Applikationsformen von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung	41
Tabelle 13: Konsummuster im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede (%).....	43
Tabelle 14: Applikationsformen von Heroin, Crack und Benzodiazepinen im Jahr 2014 (%): geschlechtsbezogene Unterschiede	44
Tabelle 15: Gründe für den Aufenthalt auf der Szene (%) nach Jahr der Befragung	48
Tabelle 16: Überwiegende Orte des intravenösen Konsums und des Crackrauchens nach Jahr der Befragung	50
Tabelle 17: Einschätzung der Verfügbarkeit von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung	52
Tabelle 18: Einschätzung der Qualität von Heroin, Crack und Kokain (%) nach Jahr der Befragung	53
Tabelle 19: Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung	59
Tabelle 20: Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung	63
Tabelle 21: Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung.....	64
Tabelle 22: Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung	65
Tabelle 23: Gesundheitszustand im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	67
Tabelle 24: Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung	68
Tabelle 25: 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus im Jahr 2012	70
Tabelle 26: Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung	73
Tabelle 27: Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten drei Monaten im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede	75

Abbildung 1: Durchschnittsalter der Frankfurter „Straßen-Drogenszene“ 1991 bis 2014	19
Abbildung 2: Legalstatus der Einnahmequellen (%) nach Jahr der Befragung	25
Abbildung 3: Durchschnittsalter (Mittelwerte) nach Geschlecht und Jahr der Befragung	26
Abbildung 4: Altersgruppen (%) nach Geschlecht im Jahr 2014	27
Abbildung 5: Konsumhäufigkeit (%) von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack derjenigen mit Konsum in den letzten 30 Tagen (jeweiliges n) nach Jahr der Befragung.....	38
Abbildung 6: Zusammengefasste Konsumintensität (%) von Heroin und Crack nach Jahr der Befragung.....	39
Abbildung 7: Heroin und Crack: 24-Stunden-Prävalenz und Anteil mit Nennung als Lieblingsdroge bzw. am meisten diskutierter Drogen (%) nach Jahr der Befragung.....	45
Abbildung 8: Preis in Euro pro Gramm von Heroin, Crack und Kokain nach Jahr der Befragung (Median)	54
Abbildung 9: Risikoverhalten bei der Benutzung von Utensilien zum intravenösen Konsum, 2008 bis 2014 (nur aktuell i.v. Konsumierende, %)	60
Abbildung 10: Symptome und Beschwerden in den letzten 3 Monaten (%) nach Jahr der Befragung.....	61
Abbildung 11: Anzahl berichteter Symptome (Mittelwerte) und Einschätzungen zum Gesundheitszustand (%) nach Jahr der Befragung.....	62
Abbildung 12: Substitutionsdauer (zusammengefasst, %) nach Jahr der Befragung	69
Abbildung 13: 24-Stunden-Prävalenzraten von Heroin und Crack (%) nach Behandlungsstatus und Jahr der Befragung	70
Abbildung 14: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten drei Monaten nach Jahr der Befragunga	72

0. Zusammenfassung – Veränderungen und aktuelle Situation

In dieser Zusammenfassung wird die aktuelle Situation in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main im Jahr 2014 dargestellt. Zudem werden Veränderungen der erfragten Daten im Zeitverlauf präsentiert. Der größte Teil dieser Trendanalyse bezieht sich auf den Beobachtungszeitraum 2002 bis 2014; zudem werden bei einigen Themenbereichen Resultate einer Studie aus dem Jahr 1995 mit einbezogen.

Soziodemographische Daten

Das Durchschnittsalter der Szene ist 2014 auf 38,5 Jahre angestiegen und erreicht damit den höchsten Wert aller Erhebungen; seit 1991 ist diese Kennzahl um fast elf Jahre angestiegen. 73% der befragten Szenegänger_innen sind im Großraum Frankfurt gemeldet; die Zahl der nicht gemeldeten Befragten ist aktuell auf 16% angestiegen. 11% leben in einer festen Partnerschaft, weitere 12% sind verheiratet, die übrigen entweder Single (56%) oder geschieden (18%). 48% haben eigene Kinder; mehr als neun von zehn dieser Kinder leben nicht bei den Befragten. 40% der Befragten – ein im Vergleich zu den vorherigen Erhebungen relativ niedriger Wert – leben in prekären Wohnverhältnissen. Mit 32% wird, wie bereits 2012, ein vergleichsweise hoher Anteil an Befragten mit nicht-deutscher Nationalität erreicht.

42% sind mit einem Hauptschulabschluss von der Schule abgegangen, 27% haben einen Realschulabschluss, 13% weisen keinen Schulabschluss auf und 17% – mehr als in sämtlichen vorherigen Befragungen – verfügen über ein Abitur. Die Situation bezüglich einer Berufsausbildung stellt sich wieder etwas schlechter dar als im Jahr 2012, als diesbezüglich eine Verbesserung beobachtet wurde; aktuell verfügt die Hälfte der Befragten über einen entsprechenden Abschluss. Die Arbeitssituation hat sich im Vergleich zu den Vorjahren kaum geändert: aktuell sind 81% der Befragten arbeitslos. Allerdings ist die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit deutlich, auf nunmehr gut drei Jahre, zurückgegangen. Im Hinblick auf die Frage, wann letztmals eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt wurde, wurde indes ein durchschnittlicher Zeitraum von mehr als sechs Jahren ermittelt.

Bei den Einkommensquellen werden nach wie vor am häufigsten, mit aktuell 67%, staatliche Unterstützungsleistungen (ALG I/II, Sozialhilfe) genannt. 14% verdienen einen Teil ihres Geldes über regelmäßige Arbeit oder Jobs und 34% mit Drogengeschäften. Daneben werden insbesondere Freunde/Bekannte, Familienangehörige sowie sonstige illegale und legale Möglichkeiten (bei Frauen u.a. Prostitution) als Einnahmequellen genutzt. Der Durchschnittswert für die erzielten Einkünfte ist im Jahr 2014 auf einen neuen Höchstwert von 720 Euro pro Woche angestiegen; der Anteil, der davon für Drogen aufgewendet wurde, hat sich hingegen wiederum nur wenig geändert (aktuell: 81%).

Substanzkonsum, Preise, Qualität, Verfügbarkeit

Nach wie vor sind Heroin und Crack die mit Abstand am häufigsten konsumierten Drogen in der Straßen-Drogenszene. Nahezu alle Befragten verfügen diesbezüglich über Konsum erfahrungen; knapp zwei Drittel haben in den letzten 24 Stunden Heroin und 83% Crack konsumiert. Damit ist der Heroinkonsum aktuell leicht zurückgegangen und liegt im Turnusver-

gleich auf einem mittleren Niveau. Demgegenüber hat sich der klare Trend eines ansteigenden Crackkonsums seit 2008 weiter fortgesetzt; die 24-Stunden-Prävalenz liegt so hoch wie in keiner Erhebung zuvor.

58% konsumieren Heroin vorzugsweise intravenös; dieser Wert ist seit 2008 rückläufig und insbesondere in der aktuellen Erhebung klar zurückgegangen. Gestiegen sind die Nennungen für nasalen Konsum und Rauchen sowie vor allem der Anteil derer, die Heroin sowohl i.v. als auch in anderer Form konsumieren. Crack wird weiterhin etwas häufiger geraucht als gespritzt, wobei der Rauchkonsum seit 2006 nahezu kontinuierlich gestiegen ist.

Der klare Rückgang des Benzodiazepinkonsums hat sich 2014 fortgesetzt: Nur noch 13% haben diese Substanzen in den letzten 24 Stunden konsumiert; 2010 betraf dies noch fast die Hälfte der Befragten. Flunitrazepam (Rohypnol®), das 2011 komplett dem BtMG unterstellt wurde, spielt mit 1% 24-Stunden-Prävalenz mangels Verfügbarkeit kaum noch eine Rolle im Konsumgeschehen. Der gesamte Rückgang der Verbreitung dürfte in erster Linie darauf zurückzuführen sein, dass andere Benzodiazepine nicht so beliebt sind wie Flunitrazepam; zumindest werden diese trotz sehr guter Verfügbarkeit und niedriger Preise in wesentlich geringerem Maße konsumiert.

Was die Verbreitung von Pulverkokain betrifft, liegt die 30-Tages-Prävalenz mit 40% etwas niedriger als 2012, während sich die 24-Stunden-Prävalenz (11%) nicht geändert hat. Geringfügig (nicht signifikant) angestiegen ist der Anteil der Befragten, die aktuell nicht verschriebene Substitutionsmittel konsumieren: 19% haben in den letzten 30 Tagen illegal gehandeltes Methadon und 11% Buprenorphin (Subutex®) genommen. Fortgesetzt hat sich auch der tendenzielle Anstieg des Cannabisgebrauchs; mittlerweile hat fast jede_r Dritte die Droge in den letzten 24 Stunden konsumiert. Crystal Meth spielt in der Frankfurter Straßenszene keine nennenswerte Rolle: Zwar haben 17% die Substanz ausprobiert, aber nur 1% haben in den letzten 30 Tagen und kein_e einzige_r Befragte_r in den zurückliegenden 24 Stunden konsumiert.

Der bereits in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg des Alkoholkonsums hat sich 2014 klar fortgesetzt: die 24-Stunden-Prävalenz von Alkohol liegt im Jahr 2014 erstmals über 50%.

Wie in den Jahren zuvor weist ein Großteil der befragten Szenegänger_innen polyvalente Konsummuster auf. Durchschnittlich haben die Befragten in den zurückliegenden 30 Tagen 4,4 und in den letzten 24 Stunden 2,7 verschiedene Drogen zu sich genommen. Der Wert für die letzten 24 Stunden ist dabei der höchste aller bisherigen Befragungen.

Nicht nur die Anzahl der konsumierten Drogen, sondern auch die Konsumintensität hat sich aktuell in der Tendenz erhöht: Sowohl bei Alkohol und Cannabis als auch bei Crack ist der Anteil der Intensivkonsument_innen unter den aktuell Gebrauchenden weiter angewachsen. Im Hinblick auf Crack ist auch der Anteil exzessiver Gebrauchsmuster, v.a. zulasten der gelegentlich Konsumierenden, weiter angestiegen.

Frauen konsumieren signifikant seltener Alkohol als Männer, und auch die durchschnittliche Anzahl der in den letzten 24 Stunden gebrauchten Drogen liegt bei ihnen etwas niedriger. Sowohl bei Heroin als auch insbesondere bei Crack weisen die weiblichen Befragten aber häufiger exzessive Konsummuster auf als männliche Szeneangehörige.

Wiederum zeigen sich nur bedingt Zusammenhänge zwischen den Entwicklungen des Heroin- und Crackkonsums und der Preis- und Qualitätsentwicklung: Bei beiden Drogen hat sich der Preis seit mehreren Jahren nicht verändert (Heroin: 50 €/g, Crack: 100€/g). Der wahrgenommene Qualitätsrückgang von Heroin hat sich weiter fortgesetzt, was mit einem nur tendenziell rückläufigen Konsumniveau einhergeht. Demgegenüber hat sich die Bewertung der Qualität von Crack im Jahr 2014 polarisiert: mehr Befragte gehen von einer guten, aber gleichzeitig auch mehr Befragte von einer schlechten Qualität aus; parallel dazu ist die Prävalenz auf einen neuen Höchststand angestiegen.

Szenealltag, Kontrollintensität, Hafterfahrungen

Im Durchschnitt sind die befragten Konsument_innen seit 11,1 Jahren in der Frankfurter Straßenszene unterwegs. Die Mehrheit begibt sich täglich auf die Szene und hält sich im Schnitt über elf Stunden dort auf; damit wird der bislang höchste Wert für die Dauer des täglichen Szeneaufenthalts erreicht. Bei den Motiven für den Szenebesuch spielen weiterhin neben dem Drogenkauf und anderen Geschäften vor allem soziale Gründe eine Rolle (u.a. „Leute treffen“ oder Langeweile).

Der intravenöse Konsum findet weit überwiegend (zu fast drei Vierteln) in den Druckräumen statt, während Crack zumeist auf der Straße geraucht wird. Während sich die Bedeutung der Druckräume als Orte für den Spritzkonsum kaum geändert hat, hat sich aktuell der Anteil derer, die vor allem auf der Straße injizieren, wieder relativ deutlich auf 18% erhöht. Zugenumommen hat aber auch die bevorzugte Nutzung eines Rauchraums zum Crackkonsum, wenngleich dies nur 9% der Konsumierenden betrifft.

Mehr als zwei Drittel der Befragten wurden im zurückliegenden Monat mindestens einmal in der Öffentlichkeit von der Polizei kontrolliert, im Schnitt rund zehnmal. Insbesondere die durchschnittliche Anzahl der Kontrollen hat sich seit 2010 erhöht, vor allem bei Befragten ohne deutschen Pass. Gleichzeitig hat sich der Anteil derer, die bei derartigen Kontrollen einen Platzverweis oder ein Aufenthaltsverbot ausgesprochen bekamen (aktuell: 22% aller Befragten), nicht signifikant verändert. Während also die Kontrollintensität gestiegen ist, trifft dies nicht auf die Anzahl der verhängten Sanktionen zu.

Rund vier von fünf Befragten aus dem Jahr 2014 waren in ihrem Leben mindestens einmal inhaftiert; im Schnitt bislang insgesamt knapp vier Jahre lang. Am häufigsten saßen die Szeneangehörigen wegen einer nicht bezahlten Geldstrafe (u.a. wegen Schwarzfahrens) in Haft, gefolgt von Diebstahl, Drogenhandel und Drogenbesitz. Während Männer nicht häufiger als Frauen inhaftiert waren, liegt die durchschnittliche Haftdauer bei ihnen weiterhin mehr als doppelt so hoch wie bei den weiblichen Befragten.

Gesundheitszustand, Risikoverhalten und Nutzung des Drogenhilfesystems

89% der Befragten und damit wieder etwas mehr als 2012 sind aktuell krankenversichert. Nachdem in der vorherigen Befragung noch eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Befragten beobachtet wurde, hat sich die Anzahl der berichteten Symptome aktuell wieder deutlich erhöht; für die meisten Krankheitsbilder sind teils starke Steigerungen der Prävalenzraten zu verzeichnen. Im Schnitt nennen die Interviewpartner_innen 1,8 Symptome für

die zurückliegenden drei Monate; fast doppelt so viele wie 2012. Diese Änderung schlägt sich aber kaum in der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes nieder: diese fällt nur geringfügig schlechter aus als 2012. Frauen geben im Schnitt mehr Symptome an, bewerten ihren Zustand aber etwa gleichermaßen gut bzw. schlecht wie die befragten Männer.

6% geben im Jahr 2014 an, HIV-positiv zu sein. Dieser Wert ist vergleichbar mit denen aus den vorigen Befragungen seit 2008 und liegt weiterhin deutlich niedriger als in den Jahren zuvor. Aktuell rückläufig ist die Quote derer, die mit Hepatitis C infiziert sind: während dies in den meisten Vorjahren auf rund zwei Drittel der Befragten zutraf, sind aktuell nur noch 51% HCV-positiv.

Was das Risikoverhalten im Zusammenhang mit dem intravenösen Konsum betrifft, ist aktuell das Teilen von Drogen aus einer Spritze weiter zurückgegangen; dies wird aktuell nur noch von 6% gelegentlich praktiziert. Aktuell etwas zugenommen auf 15% hat die gemeinsame Benutzung von Spritzutensilien, und rund ein Fünftel der Befragten und damit etwas mehr als 2012 verwendet Injektionsnadeln zumindest manchmal mehrfach. Mit 63% weist weiterhin eine Mehrheit der Befragten gar kein derartiges Risikoverhalten auf.

Knapp jede_r zweite der im Jahr 2014 Befragten hat mindestens einmal eine Überdosis erlebt; damit liegt der Anteil wieder höher als 2012, aber niedriger als in allen übrigen Vorerhebungen. Die letzte Überdosierung liegt durchschnittlich rund zwei Jahre zurück. Zwar wurde in den meisten Fällen vor der letzten Überdosis unter anderem Heroin konsumiert, aber das Opiat wird im Vergleich zu den Vorjahren mit 24% deutlich seltener als für die Überdosis ausschlaggebende Substanz genannt. Crack und Kokain werden bei dieser Frage mittlerweile jeweils fast ebenso häufig angegeben. Als Hauptgründe für die Überdosis werden am häufigsten der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen sowie eine unbekannte Drogenqualität genannt. Erstmals seit vielen Jahren fand die letzte Überdosis nicht mehr am häufigsten im Konsumraum, sondern auf der Straße statt – vermutlich eine Folge des Umstandes, dass überwiegend Substanzen, die zumeist nicht i.v. konsumiert werden, als für die letzte Überdosis verantwortlich bezeichnet werden.

42% der Befragten befinden sich aktuell in einer Substitutionsbehandlung; ein im Turnusvergleich relativ geringer Anteil. Nahezu vier von fünf Substituierten erhalten Methadon als Substitutionsmittel. Durchschnittlich sind die Substituierten seit etwas mehr als einem Jahr in einer entsprechenden Behandlung. 70% werden in Substitutionsambulanzen bzw. Drogenhilfseinrichtungen und 30% bei niedergelassenen Ärzten substituiert.

Substituierte konsumieren deutlich seltener Heroin als Nicht-Substituierte, und auch beim Kokainkonsum zeigt sich eine entsprechende Differenz. Keinen signifikanten Unterschied gibt es hingegen beim Crackkonsum, zumal dieser vor allem bei den Substituierten seit 2008 angestiegen ist. Auch bei Konsum der anderen in der Szene verbreiteten Substanzen sind keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen zu beobachten.

Von den Angeboten des Frankfurter Drogenhilfesystems werden am häufigsten (in absteigender Reihenfolge) Essen, Kontaktladen, Druckraum, Beratungsgespräche und Spritzenaustausch genutzt. 96% der Befragten haben in den letzten drei Monaten mindestens eines der Hilfeangebote in Anspruch genommen, 89% nutzen die Angebote mindestens einmal wöchentlich. Seit 2010 deutlich zugenommen hat die Nutzung des Rauchraums, während medizinische Behandlungen aktuell an Bedeutung eingebüßt haben. Dieses Angebot wird,

ebenso wie Beratungsgespräche und Druckräume, von Frauen häufiger als von Männern in Anspruch genommen.

1. Einleitung

Mit dem vorliegenden Bericht wird die Situation in der „offenen Drogenszene“¹ in Frankfurt am Main im Jahr 2014 unter Einbeziehung weiterer Erhebungen aus den Jahren 1995, 2002, 2003, 2004, 2006, 2008, 2010 und 2012 beschrieben.

Die Studie stellt ein Forschungsmodul neben anderen im Rahmen des *Monitoring-Systems Drogentrends* (MoSyD) dar, das vom Centre for Drug Research (CDR), gefördert vom Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main, entwickelt und implementiert wurde (aktuell: Werse et al. 2014). MoSyD zielt mittels verschiedener empirischer und analytischer Zugänge auf eine umfassende Beschreibung der Drogengebrauchssituation – mit Blick auf legale wie illegale Drogen – in Frankfurt ab. Insgesamt umfasst das Design vier Forschungsmodulen:

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

Im Rahmen von MoSyD handelt es sich bei der Szenestudie 2014 um die siebte Erhebung. Die Befragungen wurden seit 2002 im zweijährigen Rhythmus durchgeführt; zusätzlich fand auch im Jahr 2003 eine – extern geförderte – Erhebung statt, deren Daten in den vorliegenden Bericht mit einfließen². Um auch längerfristige Veränderungen in der Szene darstellen zu können, wird zudem auf eine ältere Studie aus dem Jahr 1995 (Kemmesies 1995) zurückgegriffen, in der zum Teil identische Fragekomplexe verwendet wurden.

Unter Berücksichtigung der bereits angesprochenen Studien gewährt die vorliegende Untersuchung Einblick in die aktuelle Situation der Frankfurter Straßen-Drogenszene, wie sie sich zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews von Anfang Juni bis Ende Juli 2014 darstellte.

Thematisch fokussieren die Interviews auf folgende Bereiche:

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

Erstmals wurde die MoSyD-Szenestudie mittels eines auf Tablet-Computern geladenen elektronischen Fragebogens durchgeführt. Näheres hierzu ist im folgenden Abschnitt (2.1) nachzulesen.

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

² Diese Befragung wurde im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekts 'Kokainkonsum in Frankfurt am Main' (Zurhold/ Müller 2007) durchgeführt.

Wie bereits ausgeführt, ist die vorliegende Szenestudie 2014 ein Forschungsmodul neben anderen im Rahmen des Monitoring-Systems Drogentrends des CDR. Die Zusammenführung der Forschungsmodule in einem Gesamtbericht erlaubt die Analyse im Spiegel der Beobachtungen aus den anderen Forschungsmodulen und bietet damit einen erweiterten Aussagehorizont über das Drogengebrauchsverhalten in Frankfurt am Main. Der nächste Gesamtbericht wird im Laufe des Jahres 2015 erscheinen, als Papierversion im Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main sowie als PDF-Dokument online über www.uni-frankfurt.de/cdr erhältlich sein. Der vorliegende Bericht konzentriert sich auf die sich überwiegend aus intensiven Konsument_innen „harter Drogen“ rekrutierende Straßenszene und damit auf einen spezifischen, im öffentlichen Bewusstsein jedoch sehr präsenten Ausschnitt des Drogenkonsums.

Bevor die Studie und ihre Ergebnisse dargestellt werden, gilt es einigen Personen zu danken. In erster Linie sind dies die vielen Interviewpartner_innen, die sich die Zeit genommen und Einblicke in ihre Lebensbedingungen gewährt haben. Darüber hinaus bedanken wir uns bei den Leiter_innen und Mitarbeiter_innen der Drogenhilfeeinrichtungen für ihre Unterstützung, Anregungen und die kooperative Bereitstellung von Räumlichkeiten zur Durchführung der Interviews. Schließlich sei Nils Feilberg, Jonas Bereiter, Silke Müller und Lukas Sarvari für die Durchführung der Interviews gedankt.

2. Methodik

2.1 Empirischer Zugang: Stichprobe und Erhebungsinstrument

Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit mit den vorangegangenen Untersuchungen zu gewährleisten, werden die Bedingungen für die Befragungen möglichst konstant gehalten. Dies gilt sowohl für das Erhebungsinstrument (standardisierter Fragebogen) und den Erhebungszeitraum als auch für die Stichprobenauswahl. Die Stichprobe umfasst daher, wie in den Jahren zuvor, 150 Drogenkonsument_innen, die entweder unmittelbar auf der „offenen Drogenszene“ im Bahnhofsviertel oder in den niedrigschwlligen Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe rekrutiert wurden. Der als Erhebungsinstrument dienende standardisierte Fragebogen lehnt sich eng an die Fragebögen der Szenestudien der Vorjahre an, um systematische Vergleiche durchführen zu können.

Erstmals wurde die Szenebefragung mittels Tablet-PCs durchgeführt. Nachdem in der MoSyD-Schülerbefragung 2013 überwiegend gute Erfahrungen mit dieser computergestützten Erhebungsform gemacht wurden, wurden auch die Interviewer_innen der Szenebefragung mit entsprechenden Geräten ausgestattet. Die Vorteile dieser Erhebungsform bestehen zum einen darin, dass kein Tisch o.ä. mehr notwendig ist, um den Fragebogen auszufüllen; außerdem können bei Bedarf dem/der Befragten Fragen bzw. Antwortmöglichkeiten leichter gezeigt werden. Weiterhin sind sogenannte Filterfragen mit dem elektronischen Fragebogen leichter bzw. schneller umsetzbar (Fragen, aufgrund deren Antworten bestimmte weitere Fragen übersprungen werden können). Zudem entfallen die zeitaufwendige Dateneingabe und damit auch eine Fehlerquelle bezüglich der Auswertung. Für die Erhebung wurde die ursprünglich für Marktforschungszwecke entwickelte Software mQuest® verwendet. Die Erfahrungen mit der Erhebungsmethode waren überwiegend positiv; die einzige auftretende Problematik waren begehrliche Blicke und z.T. auch Anmerkungen bezüglich des eingesetzten Tablets seitens einzelner Interviewpartner_innen.

Einer der Fragebögen musste wegen offensichtlicher Unstimmigkeiten von der Analyse ausgeschlossen werden, weshalb sich die tatsächliche Stichprobe auf 149 Personen beläuft.

In der vorletzten Befragung 2010 wurde am Ende des Fragebogens erstmals der sogenannte „HIV-Code“ erfragt. Hierbei wurden die Interviewpartner_innen gebeten, jeweils aus einem Buchstaben des Vornamens und des Nachnamens, der Länge beider Namen, dem Geschlecht und dem Geburtsjahr einen Code zu bilden. Dieser Code gilt als nicht re-identifizierbar und enthält zudem, außer dem Geschlecht und dem Geburtsjahr, die bereits im Fragebogen abgefragt werden, keine konkreten Daten³. Die Wahrscheinlichkeit, dass zwei Personen denselben Code aufweisen, ist sehr gering. Diese Verschlüsselung ermöglicht es, zu erfassen, welche Personen bereits in einer Befragung zuvor interviewt wurden, und ob sich möglicherweise Veränderungen im Konsumverhalten beobachten lassen. Die Konsument_innen werden ausdrücklich nach ihrem Einverständnis gefragt, zudem ist die Angabe bzw. Bildung des HIV-Codes keine notwendige Bedingung für die Teilnahme an der Studie. Insgesamt waren in der Befragung 2014 35 Personen (2012: n=25, 2010: n=8) nicht

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

bereit, den Code zu bilden. Der HIV-Code erlaubt es darüber hinaus auch zu überprüfen, ob und wenn ja wie viele Personen doppelt befragt wurden. In diesem Jahr gab es keine derart dokumentierten Doppelbefragungen (2012: 4, 2010: 7), weshalb im Unterschied zu 2010 und 2012 keines dieser Interviews aus dem Datensatz gelöscht werden musste. Insgesamt gingen somit alle 149 Interviews in die Auswertung ein.

Es stellt sich allerdings die Frage nach dem Grund für die kontinuierliche Erhöhung des Anteils derer, die den HIV-Code verweigern; die 35 Personen repräsentieren immerhin fast 24% aller Befragten im Jahr 2014. Einerseits ist hier ein Interviewereffekt denkbar: die Interviewer_innen, die die Erhebung 2010 durchführten, hatten im Unterschied zu denen der Jahre 2012 und 2014 bereits mehrjährige Erfahrungen mit der Durchführung der Szenebefragung und waren besonders dafür sensibilisiert, den Befragten den HIV-Code ‚hervorzulocken‘. Andererseits könnten aber auch schlichtweg mehr Befragte die Intention durchschaut haben, mittels des HIV-Codes Doppelbefragungen zu identifizieren und fürchteten deshalb (wenn sie tatsächlich zum zweiten Mal befragt wurden), möglicherweise nicht die vereinbarte Vergütung von 5 Euro ausbezahlt zu bekommen. Deshalb, aber auch generell, ist es denkbar, dass unter den ‚Verweigerern‘ der Anteil derer, die tatsächlich bereits befragt wurden (in der aktuellen, aber auch in einer früheren Befragung), besonders hoch sein könnte. Daher machen es die relativ hohen „Ausfallquoten“ unwahrscheinlich, dass man anhand der in zwei Erhebungen doppelt Befragten mittels eines ‚Capture-Recapture-Verfahrens‘ (vgl. Gautschi/Hangartner 2010) eine realistische Schätzung der Zielgruppe der problematischen Konsument_innen harter Drogen, die sich zumindest zeitweise im Bereich der Frankfurter StraßenSzene aufhalten, abgeben kann. Es gibt (mittels HIV-Code ermittelte) 10 Personen, die sowohl 2010 als auch 2012 befragt wurden. 2014 wurde lediglich eine dieser Personen zum dritten Mal sowie eine weitere Person, die 2012 befragt wurde, zum zweiten Mal interviewt. Diese hohe Diskrepanz wie auch die ausgesprochen geringe Zahl in der aktuellen Erhebung (angesichts einer als relativ klein eingeschätzten Zielgruppe; s.u.) deuten darauf hin, dass die o.g. Vermutungen bezüglich der ‚Verweigerer‘ richtig sein könnten.

Nachdem 2012 die Konsument_innen bereits differenzierter nach Verfügbarkeit und Preis unterschiedlicher Benzodiazepine gefragt wurden, um Entwicklungen nach der vollständigen Unterstellung von Flunitrazepam (Rohypnol®) unter das BtMG 2011 zu erfassen, wurde in der aktuellen Erhebung auch der Konsum von Benzodiazepinen mittels drei Kategorien abgefragt. Ebenfalls neu aufgenommen wurde die Frage zum Konsum der in den letzten Jahren stark diskutierten Droge Methamphetamine/ Crystal Meth.

Präziser abgefragt wurde im Jahr 2014 der Infektionsstatus mit Hepatitis A, B oder C, nachdem für die letzte Erhebung 2012 vermutet wurde, dass die unterschiedliche Handhabung des Fragebogens durch die Interviewer_innen entsprechende Änderungen mitverursacht haben könnte.

Im Hinblick auf die Substitution wurde eine Frage danach eingeführt, wo bzw. von wem der/die Befragte seine Substitutionsbehandlung erhält. Außerdem wurden diejenigen, die aktuell keine Arbeit haben, erstmals danach gefragt, wann sie das letzte Mal sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren.

Die Befragung selbst ist als fragebogengestütztes Interview gestaltet, d.h. die Fragen werden in einer Face-to-Face-Interviewsituation mit der/dem Interviewpartner_in systema-

tisch durchgegangen und die Antworten vom Interviewenden direkt im (elektronischen) Erhebungsbogen dokumentiert. Der Fragebogen berührt im Wesentlichen folgende Inhaltsbereiche⁴:

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

Mit dem vorliegenden Bericht wird die spezifische Situation in der Frankfurter Straßen-Drogenszene dokumentiert, weshalb Verallgemeinerungen auf andere Gruppen von Drogenkonsument_innen oder „offene Drogenszenen“ in anderen Städten nur schwer möglich sind. Allerdings wird für den Bereich der Frankfurter Szene mit der gewählten Untersuchungsmethodik eine möglichst hohe *exemplarische Abbildungsqualität* angestrebt. Hierzu dient zunächst die gewählte Stichprobengröße (n=150), da das quantitative Ausmaß der Straßen-Drogenszene in der Umgebung des Hauptbahnhofs auf einen Kreis von wenigen hundert Personen geschätzt wird, die sich mehr oder weniger permanent im Kerngebiet der Szene aufhalten. Zum anderen wurden die Interviewpartner_innen relativ gleichmäßig über die Wochentage und Tageszeiten rekrutiert, um möglichst das ganze Spektrum unterschiedlicher Personen beziehungsweise Konsumentengruppen erfassen zu können. Weiterhin ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dass die Interviewpartner_innen – im Unterschied zu einem institutionellen Forschungszugang – unmittelbar im Feld aufgesucht wurden. Insgesamt kann daher mit den erhobenen Daten eine vergleichsweise umfassende und präzise Beschreibung der Frankfurter „offenen Drogenszene“ vorgenommen werden.

⁴ Für nähere Informationen kann der Fragebogen beim CDR angefragt werden.

2.2 Hinweise zur Ergebnispräsentation

Zur Veranschaulichung und besseren Übersichtlichkeit sind die Ergebnisse häufig in tabellarischer oder grafischer Form dargestellt. Als statistische Verfahren dienen ausschließlich gängige und vielfach erprobte Tests. Zur Überprüfung von Verteilungsunterschieden wird der Chi²-Test verwendet. Bei der Prüfung von Mittelwertsunterschieden und der Analyse von Zusammenhängen richtet sich die Auswahl des Verfahrens nach dem Skalenniveau und der Verteilung der Messwerte. Zur Anwendung kommen entsprechend sowohl sog. nonparametrische Verfahren (U-Test, H-Test zur Prüfung von Mittelwertsunterschieden, Rangkorrelation zur Analyse von Zusammenhängen) als auch parametrische Tests wie varianzanalytische Verfahren (ANOVA, MANOVA) zur Prüfung von Mittelwertsunterschieden und die Produkt-Moment-Korrelation.

Zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse ist jeweils das Signifikanzniveau bzw. die Irrtumswahrscheinlichkeit angeführt. Dabei bedeutet eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p<0,05$ (*; siehe Kasten), dass die gefundenen Unterschiede mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% kein Zufallsprodukt darstellen, also signifikant sind. Diese Unterschiede können solche zwischen den Erhebungszeitpunkten (1995, 2002, 2003, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014) oder auch zwischen verschiedenen Teilgruppen (z.B. Männer und Frauen) sein. Bei $p<0,01$ (**) beträgt diese Wahrscheinlichkeit 99%, bei $p<0,001$ (***) 99,9%.

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

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

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

3. Feldzugang – Interviewtätigkeit im Szenealltag

Wie bei den vorherigen Erhebungen wurden insgesamt 150 Interviews geführt. Von den 149 Befragten (abzüglich eines wegen Unstimmigkeiten ausgeschlossenen Fragebogens), deren Daten in die Auswertung einflossen, wurden 63 außerhalb der niedrigschweligen Drogenhilfeinrichtungen, d.h. unmittelbar auf der Straße/ Drogenszene, rekrutiert. 85 Befragte wurden in den Kontaktbereichen der Konsumräume angesprochen, ein weiterer in der U-Bahn. Die Kontaktanbahnungen in den Konsumräumen wurden relativ gleichmäßig auf alle vier bestehenden Einrichtungen (,Eastside'/Schielestraße, ,Druckraum Niddastraße', ,La Strada'/Mainzer Landstraße und ,Drogennotdienst'/Elbestraße) verteilt. Wie in den Jahren zuvor konnte dankenswerterweise – neben den oben genannten Einrichtungen, die über einen Konsumraum verfügen – auch wieder der Kontaktladen „Café Fix“ für die Rekrutierung von Befragten und die Durchführung von Interviews genutzt werden.

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

Insgesamt wurden 192 Personen angesprochen (2012: 195 Personen), um die anvisierten 150 Interviews durchzuführen. Ein Interview kam also bei 78% der angesprochenen Personen zustande. Diese Quote liegt damit im Vergleich zu den vorherigen Erhebungen in einem mittleren Bereich (2002: 70%, 2004: 87%, 2006/2008: 83%, 2010: 85%, 2012: 77%), und kann vor allem angesichts der Sensibilität der zu erhebenden Daten weiterhin als hoch angesehen werden.

Von den 43 Personen, die nicht zu einem Interview bereit waren, gaben 18 (2012: 27) an, „kein Interesse“ an der Befragung zu haben, 12 Personen nannten „kein Vertrauen“ (2012: 2) und 9 Personen (2012: 16) „keine Zeit“ als Ablehnungsgrund. Weitere vier Befragte gaben sonstige Gründe an (2012: 0).

Die Interviews wurden von einer Mitarbeiterin und drei Mitarbeitern des CDR im Juni und Juli 2014 geführt. Alle drei Interviewer_innen verfügen über Erfahrungen mit der Durchführung sozialwissenschaftlicher Interviews. Die Interviewer waren angewiesen, sich verstärkt auf Männer als Interviewpartner zu konzentrieren, die Interviewerin mehr auf Frauen. Dem Forschungsdesign entsprechend wurde ein Drittel der 150 Interviews mit Frauen (n=50) und zwei Drittel mit Männern geführt (n=100).

Im Unterschied zu den Vorjahren wurde die Mehrheit der Interviews nicht mehr in Räumen der Drogenhilfe durchgeführt, sondern auf der Straße bzw. in der Öffentlichkeit (52%, 2012: 23%). Die Erhebung mittels Tablets erleichterte dabei eine „mobile“ Durchführung, so dass die Interviews auch häufiger unmittelbar nach Ansprache des/der Befragenden

stattfinden konnten. Für insgesamt knapp die Hälfte der Interviews wurde wieder auf die Möglichkeit zurückgegriffen, das Gespräch in Räumlichkeiten der Drogenhilfe durchzuführen: 36% (2012: 67%) fanden im Kontaktbereich, 10% (2012: 10%) in Büroräumen und 1% (n=2) im Rauchraum statt; ein weiteres Interview wurde in einem Café geführt.

Die Interviews fanden relativ gleichmäßig über die Wochentage verteilt statt; lediglich Montage und Dienstage waren unterrepräsentiert, da die studentischen Mitarbeiter_innen an diesen Tagen mehr Verpflichtungen im Studium hatten. Die frühesten Interviews wurden gegen 11 Uhr vormittags geführt, das späteste gegen 23 Uhr. Die Interviews nahmen im Schnitt 35,4 Minuten in Anspruch (Median: 33 min.); das kürzeste Interview dauerte 17 Minuten, das längste 74 Minuten.

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

In den Interviews wurden die Interviewpartner_innen ausdrücklich als Expert_innen ihrer Lebenswelt angesprochen und respektiert. Die Feldarbeit geschah im Sinne des Selbstverständnisses einer klassischen Ethnographie.

4. Ergebnisse

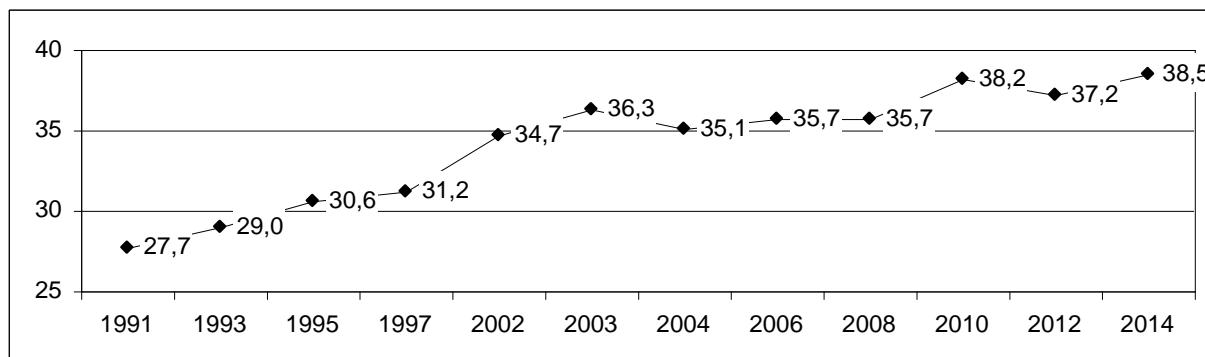
4.1 Soziodemographische Daten

4.1.1 Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität

Dem Forschungsdesign entsprechend sind von den im Jahr 2014 befragten 149 Personen, deren Interviews in die Auswertung eingingen, rund ein Drittel Frauen (n=49) und zwei Drittel Männer (n=100). Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 38,5 Jahren. Seit der Ersterhebung 1995 ist dieser Wert signifikant angestiegen. Gegenüber der Befragung 2012, in der ein leichter Rückgang des Durchschnittsalters gegenüber dem Vorjahr zu beobachten war, hat das durchschnittliche Alter der Szeneangehörigen aktuell wieder etwas zugenommen und erreicht den bisher höchsten Wert aller Befragungen.

Unter Einbezug der Ergebnisse früherer Studien⁵ aus dem Umfeld der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt lässt sich seit 1991 eine Erhöhung des Durchschnittsalters der Szene um mehr als zehn Jahre feststellen (Abb. 1).

Abbildung 1: Durchschnittsalter der Frankfurter „Straßen-Drogenszene“ 1991 bis 2014



Von allen im Jahr 2014 Befragten geben 56% an, Single zu sein, 11% leben in einer festen Partnerschaft, 12% sind verheiratet und 18% geschieden. Nach einer „festen Partnerschaft“ wurde erstmalig in der Erhebung von 2012 gefragt, während zuvor dieser Beziehungsstatus unter die Kategorie „ledig“ fiel. Über die Jahre hinweg betrachtet, zeigen sich beim Familienstand signifikante Veränderungen (**). Diese sind im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass der Anteil der Verheirateten 1995 (15%) noch etwas höher war, der Anteil an Geschiedenen analog dazu etwas niedriger (12%). Der Anteil an Ledigen (Single oder in Partnerschaft lebend) hat sich über die Jahre hinweg dagegen kaum verändert.

Insgesamt 48% der Befragten haben eigene Kinder (2002: 52%, 2003: 47%, 2004: 44%, 2006: 44%, 2008: 49%, 2010: 54%, 2012: 44%; n.s.). Eine Frau gibt an, aktuell schwanger zu sein (2006: 2, 2008: 0, 2010: 0, 2012: 1). Im Falle einer Elternschaft wird seit 2006 zusätzlich erhoben, wo die Kinder der Befragten untergebracht sind. Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, leben die Kinder mit 45% nach wie vor am häufigsten beim jeweils anderen Elternteil – gegenüber der vorhergehenden Erhebung hat sich dieser Anteil wieder relativ

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

deutlich erhöht. Im Unterschied zu 2012, als erstmals 5% der befragten Personen angegeben hatten, dass das Kind bei ihnen alleine untergebracht ist, trifft dies in der aktuellen Erhebung nur noch auf 1% zu. Anders als 2010 und 2012 wird nun mit 6% wieder weniger häufig angegeben, dass das Kind bzw. die Kinder bei Mutter und Vater gemeinsam untergebracht sind. Seit 2008 rückläufig ist der Anteil an Kindern, die (vorübergehend oder dauerhaft) bei Familienangehörigen leben – dieser Rückgang hat sich insgesamt fortgesetzt. Angestiegen ist dagegen die Vermittlung an Adoptiv- oder Pflegeeltern (nicht aus der Familie). Bei nur noch 15% der Befragten und damit wieder weniger als im Jahr zuvor sind die Kinder bereits volljährig und wohnen selbstständig. Mit 8% gibt 2014 derselbe Anteil wie 2012 eine unterschiedliche Unterbringung bei mehreren Kindern an. Andere Arten der Unterbringung, etwa eine institutionelle Unterbringung (Heim), wurden im Berichtsjahr von keinem der Betroffenen genannt.

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

	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
bei Kindsmutter und Kindsvater	2	0	10	11	6	***
bei Interviewpartner_in ohne Kindsmutter/ Kindsvater	0	0	0	5	1	
bei Kindsmutter/ Kindsvater ohne Interviewpartner_in	40	52	42	30	45	
bei Familie (vorübergehend)	18	10	5	11	7	
bei Familie (Pflege oder Adoption)	2	14	10	2	3	
unterschiedliche Unterbringung (mehrere Kinder)	3	5	12	8	8	
Kinder sind selbstständig (über 18 Jahre)	17	10	13	25	15	
zur Adoption freigegeben oder bei Pflegeeltern	17	10	1	6	14	
institutionelle Unterbringung (Heim)	0	0	6	2	0	
sonstige Unterbringung	2	0	0	0	0	

64% der im Jahr 2014 Befragten sind deutscher Nationalität (1995: 79%, 2002: 79%, 2003: 75%, 2004: 76%, 2006: 67%, 2008: 77%, 2010: 77%, 2012: 68%), 3% sind Spätaussiedler_innen (1995: 1%, 2002: 1%, 2003: 0%, 2004: 4%, 2006: 4%, 2008: 4%, 2012: 1%) und 32% gehören einer anderen Nationalität an (1995: 19%, 2002: 19%, 2003: 25%, 2004: 20%, 2006: 29%, 2008: 19%, 2010: 23%, 2012: 32%). Damit hat sich der Anteil an deutschen Staatsbürger_innen im Vergleich zu 2010 und 2012 weiter reduziert, während der Anteil von Personen mit anderer Nationalität gleich geblieben ist (**). Bei näherer Betrachtung der Befragten mit nicht deutscher Nationalität sind keine besonderen Auffälligkeiten erkennbar: Von den einzelnen Herkunftsländern wird am häufigsten die Türkei genannt (n=5; 2,5% der Stichprobe). Jeweils vier Befragte stammen aus Griechenland und Italien (2%), sechs aus Staaten des ehemaligen Jugoslawien (3%) und zehn Personen (5%) aus anderen osteuropäischen Ländern⁶. Afrikanische Länder sind mit neun Personen (4,5%) vertreten; die übrigen zehn Befragten verteilen sich über diverse andere Länder bzw. Weltregionen.

⁶ Slowakei, Polen, Russland, Ukraine und Ungarn

4.1.2 Wohnsituation

Betrachtet man zunächst hinsichtlich der Wohnsituation den offiziellen Status, das heißt die Angaben, wo die Befragten polizeilich gemeldet sind, so zeigt sich, dass nach wie vor die meisten Befragten (62%) ihren gemeldeten Wohnsitz in Frankfurt am Main haben. Der Wert ist im Vergleich zum Vorjahr allerdings um 13 Prozentpunkte gesunken und damit der zweit-niedrigste seit Beginn der Erhebung. Weitere 11% sind im Großraum Frankfurt (RMV-Einzugsgebiet) gemeldet, 7% in Hessen (außerhalb des Großraums Frankfurt) und 3% außerhalb Hessens. 16% geben an, aktuell keinen gemeldeten Wohnsitz zu haben. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich dieser Anteil der Befragten mehr als verdreifacht und ist gemeinsam mit 2006 der höchste Wert seit Beginn der Erhebungen (s. Tab. 2). Insgesamt weisen die statistisch signifikanten Unterschiede im Turnusvergleich jedoch keine eindeutige Tendenz auf.

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

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Frankfurt	61	70	73	66	65	77	75	62	***
Großraum Frankfurt	17	6	8	11	9	7	10	11	
Hessen	2	4	5	3	11	8	8	7	
außerhalb Hessens	8	5	8	4	5	1	3	3	
Ausland	1	1	0	0	0	0	0	0	
nicht gemeldet	11	14	6	16	11	7	5	16	

Auch bezüglich der aktuellen Wohnsituation lassen sich signifikante Unterschiede (***) zwischen den Erhebungen feststellen (s. Tab. 3). Ein Viertel der im Jahr 2014 Befragten kommt in einer eigenen Wohnung unter, was genau dem relativen Anteil der Befragten von 2012 entspricht. Auf dem zweiten Rang folgt mit 23% im Jahr 2014 die Notschlafunterkunft; dieser Anteil ist aktuell nochmals gesunken und erreicht den bislang niedrigsten Wert. Dafür hat sich der Anteil der Obdachlosen zur vorherigen Erhebung um 5 Prozentpunkte erhöht. Nur 1995 (19%) und 2003 (18%) waren die Werte ähnlich hoch. So hoch wie in keiner Befragung zuvor liegt mit aktuell 9% der Wert für betreutes Wohnen.

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
obdachlos	19	10	18	11	14	12	4	12	17	***
eigene Wohnung	27	19	23	24	31	35	37	25	25	
mit Partner/User	6	5	5	9	1	5	3	5	5	
Partner/Non-User	3	8	4	5	4	4	9	6	4	
WG/User	3	3	3	1	3	3	1	5	3	
WG/Non-User	3	6	3	2	3	1	2	6	1	
Notschlafunterkunft	27	39	33	37	30	32	32	29	23	
betreutes Wohnen	0	5	4	3	7	3	5	5	9	
Eltern	12	4	6	5	3	9	5	3	4	
sonstige	0	1	1	2	3	0	1	3	7	

Der Höchstwert von 2012 für das Wohnen in einer Wohngemeinschaft mit anderen Drogenkonsumierenden ist in der aktuellen Erhebung wieder auf 3% zurückgegangen, und auch der Anteil derer, die mit Nicht-Konsument_innen in einer WG wohnen, ist wieder gesunken und mit 1% auf den Tiefstwert von 2008 gefallen. Insgesamt sind mit 40% nur etwas weniger Befragte als 2012 faktisch obdachlos (obdachlos oder in einer Notschlafunterkunft). Über die Jahre hinweg ist dieser Anteil jedoch von rund der Hälfte der Befragten auf etwa zwei Fünftel gesunken (s. Tab. 3).

4.1.3 Ausbildungs- und Beschäftigungssituation

Wie in sämtlichen Erhebungen zuvor gibt der größte Anteil der Befragten einen Hauptschulabschluss (42%) als höchsten Schulabschluss an. 27% haben einen Realschulabschluss, 17% das Abitur und 2% einen sonstigen Abschluss. 13% sind ohne Schulabschluss (s. Tab. 4). Im Vergleich zu 2012 hat sich der Anteil derer, die einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss angeben, auf den niedrigsten Wert seit Erhebungsbeginn verringert, während der Anteil derer mit Abitur auf den Höchstwert aller Erhebungen gestiegen und die Gruppe derer ohne Schulabschluss kleiner geworden ist. Leicht angestiegen ist wiederum der Anteil der Realschulabgänger_innen. Dementsprechend zeigt sich zwar aktuell eine Tendenz zu höherer Schulbildung, allerdings ohne, dass über den gesamten Erhebungsturnus ein klarer Trend erkennbar wäre.

Eine abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre oder Studium) haben 46% der Interviewten. 50% geben an, keine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben, und 5% befinden sich derzeit noch in der Ausbildung. Hinsichtlich des Anteils derjenigen, die über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen, lässt sich in der aktuellen Erhebung ein Wert genau zwischen dem höchsten von 2010 (60%) und dem niedrigsten von 2012 (40%) des Turnusverlaufes beobachten. Insofern hat sich die Ausbildungssituation im Berichtsjahr wieder etwas verschlechtert; auch hier ist langfristig keine klare Tendenz erkennbar.

Die meisten (81%) der Befragten sind weiterhin arbeitslos; dieser Anteil ist im Vergleich zu 2012 wieder etwas angestiegen. Wie in den Jahren zuvor ist der Großteil der Betroffenen auch arbeitslos gemeldet (2002: 85%, 2003: 70%, 2004: 88%, 2006: 86%, 2008: 84%, 2010: 94%, 2012: 81%, 2014: 89%; jeweils bezogen auf die Gruppe der Arbeitslosen). Nur 3% verfügen über eine Vollzeitstelle, 2012 waren es noch 5%. Bei genauerer Betrachtung der „sonstigen“ Beschäftigungsverhältnisse zeigt sich 2014, dass diese eine Teilzeittätigkeit (1%), Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (7%) und die (Früh-)Rente (3%) umfassen. Zwischen 2008 und 2012 war der Anteil der (Früh-)Rentner_innen vergleichsweise deutlich angestiegen; aktuell ist er aber wieder auf ein mit 2008 vergleichbares Niveau gefallen (2008: 4%, 2010: 8%, 2012: 11%). Insgesamt stellt sich die Beschäftigungssituation aber weitgehend konstant dar: über den gesamten Zeitraum seit 1995 gab es keine signifikante Änderung (s. Tab. 4).

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

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Schulabschluss									
keiner	13	16	10	17	16	20	14	13	**
Hauptschule	43	46	52	47	43	46	53	42	
Realschule	34	23	25	22	28	22	23	27	
Gymnasium	8	11	11	13	12	12	8	17	
sonstige	2	5	3	1	1	1	3	2	
Berufsausbildung									
keine	46	43	43	43	57	60	40	50	**
Lehre/Studium	52	55	57	54	42	39	58	46	
in Ausbildung	2	2	0	3	1	1	1	5	
Beschäftigungssituation									
Vollzeit	7	5	3	4	1	3	5	3	n.s.
arbeitslos	83	79	85	86	81	83	77	81	
sonstiges	10	16	12	10	18	15	18	15	

Durchschnittlich sind die im Jahr 2014 befragten Arbeitslosen 39,2 ($\pm 49,9$) Monate ohne Beschäftigung. Dieser Wert ist mit Abstand der niedrigste seit Erhebungsbeginn und liegt mehr als zwei Jahre unter dem Wert von 2012 (65 ($\pm 68,9$)) und sogar mehr als zweieinhalb Jahre niedriger als der von 2010 (70,7 ($\pm 71,5$)). Auch wenn weiterhin die Mehrheit der arbeitslosen Drogenkonsumierenden langzeitarbeitslos ist, deutet sich hier möglicherweise eine gewisse Veränderung an.

Insgesamt zeigt sich dabei kein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Dauer, mit der sich die Befragten regelmäßig auf der „Drogenszene“ aufhalten mehr; d.h. ein langjähriger Szeneaufenthalt geht nicht automatisch mit einer längeren Arbeitslosigkeit einher.

Bei der neu aufgenommenen Frage, wann die Befragten zuletzt eine sozialversicherungspflichtige Arbeit hatten, ergibt sich ein etwas anderes Bild als bei der Frage nach der Dauer der Arbeitslosigkeit: Durchschnittlich wird hier von den arbeitslosen Befragten, die dazu eine Angabe machen, ein Zeitraum von mehr als sechs Jahren angegeben (75,1 Monate $\pm 73,6$). Der Median liegt indes nur bei 48 Monaten. Bei 20% ist die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit nicht länger als ein Jahr her; auf der anderen Seite haben 22% schon seit mindestens zehn Jahren keine entsprechende Tätigkeit mehr ausgeübt (min.: 1 Monat, max.: 27 Jahre).

4.1.4 Finanzielle Situation

Der Blick auf die unterschiedlichen Einkommensquellen, aus denen die Befragten in der letzten Woche Geld bezogen haben (Tab. 5), zeigt, dass staatliche Unterstützungsleistungen (Sozialhilfe oder Arbeitslosenunterstützung) nach wie vor die am häufigsten genannte Geldquelle ist. Mit 67% liegt dieser Wert wieder deutlich höher als 2012. Weitere wichtige Einnahmequellen sind Drogengeschäfte (34%) und andere illegale Aktivitäten (20%), die Unter-

stützung durch Eltern/Familie (14%) oder Freunde/Bekannte (15%), Arbeit/„Jobben“ (14%), andere legale Aktivitäten (22%) und die Prostitution (16%). Alle anderen Einnahmequellen liegen unter 10%.

Für die meisten Einnahmequellen zeigen sich zwischen den einzelnen Befragungen signifikante Abweichungen im Zeitverlauf. Die Veränderungen beim Bezug von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld (****) zeigen keine klare Tendenz an; seit 1995 ist der betreffende Anteil mehrfach angestiegen und wieder gesunken.

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Arbeit/„Jobben“	27	33	26	26	16	18	15	13	14	***
Arbeitslosengeld/ Sozialhilfe	62	76	64	66	59	75	78	56	67	***
Eltern/Familie	30	11	11	11	19	14	16	12	14	***
Partner_in	11	6	3	3	4	7	2	6	6	*
Freunde/Bekannte	-- ^a	4	5	3	13	8	5	8	15	***
Prostitution	11	11	16	8	14	14	12	10	16	n.s.
Drogengeschäfte	43	34	43	38	34	41	34	35	34	n.s.
Service machen	19	1	4	3	5	3	5	6	3	***
Medikamente verkaufen	7	4	1	2	5	3	1	0	1	**
andere illegale Aktivitäten	19	20	11	9	18	23	22	18	20	**
andere legale Aktivitäten	15	7	7	9	10	17	15	12	22	***
(Früh-)Rente ^b	--	--	--	--	--	7	6	9	2	n.s.

^a keine Daten verfügbar

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

Arbeit bzw. „Jobben“ als Einnahmequelle der letzten sieben Tage hat im Turnusverlauf deutlich an Bedeutung verloren und erreicht mit 14% einen nur marginal höheren Wert als 2012, als der niedrigste Wert aller Befragungen erzielt wurde (***). Die signifikanten Veränderungen für die Unterstützung durch Eltern/Familie oder Partner bzw. Partnerin sind vor allem auf die Unterschiede zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen. Die finanzielle Unterstützung durch Freunde/Bekannte erreicht den Höchstwert aller Befragungen; seit 2010 zeigt sich hier ein aufsteigender Trend. Der Verkauf von Medikamenten ist als Einnahmequelle seit 2006 tendenziell zurückgegangen und wurde 2012 von keinem der Befragten mehr genannt, aktuell sind es wieder zwei Nennungen. Die Finanzierung über andere illegale Aktivitäten ist in diesem Berichtsjahr leicht angestiegen, bewegt sich aber mit Ausnahme der niedrigeren Werte 2003 und 2004 etwa auf demselben Niveau. Andere legale Aktivitäten sind nach einem Rückgang in den Vorjahren deutlich angestiegen und erreichen mit 22% den Höchstwert aller Befragungen. Signifikant sind auch die Veränderungen für das „Service machen“⁷, das 1995 noch deutlich häufiger als Einkommensquelle genannt wurde. Aktuell hat sich die

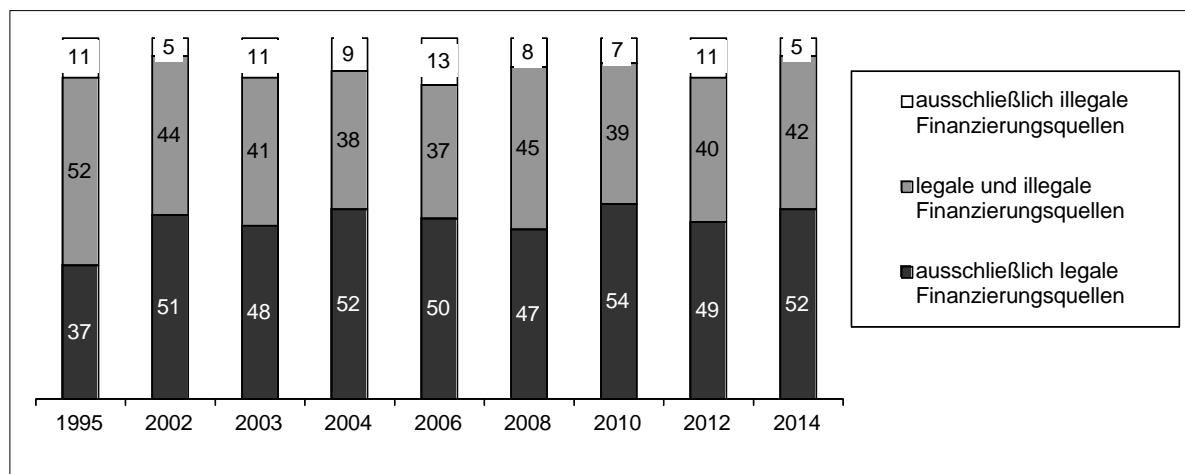
⁷ Beim „Service machen“ werden anderen Konsumierenden die Utensilien für den intravenösen Konsum bereitgestellt, oder „Serviceleute“ injizieren anderen Konsumierenden u.U. die Drogen. Diese Dienstleistungen werden durch die Überlassung des für das Aufziehen der Substanzen in die Spritze benutzten Filters oder durch die Abgabe geringer Drogenmengen entlohnt.

Bedeutung dieser Finanzierungsart nach einem leichten vorherigen Anstieg wieder reduziert. Im Unterschied zu den vorgenannten Finanzierungsquellen scheinen Prostitution und Drogengeschäfte eine Art Konstante für einen Teil der Szeneangehörigen darzustellen: die Anteile haben sich seit 1995 nicht signifikant verändert.

Wie Tabelle 5 ebenfalls veranschaulicht, verfügen die Befragten in der Regel über mehrere Einkommensquellen. Werden die von ihnen als Haupteinnahmequelle angegebenen Finanzierungsquellen betrachtet, so lassen sich über den Erhebungszeitraum signifikante (**) Veränderungen beobachten. Der Anteil derer, für die staatliche Unterstützungsleistungen (Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung) die Haupteinnahmequelle darstellen, liegt aktuell, wie bereits 2012, bei 27%. 2006 war dieser Wert noch deutlich höher als in den Befragungen zuvor, hatte sich seither aber fortschreitend reduziert (1995: 19%, 2002: 31%, 2003: 28%, 2004: 28%, 2006: 42%, 2008: 40%, 2010: 38%, 2012: 27%). Der Anteil derer, die ihr Einkommen hauptsächlich über eine regelmäßige Arbeit bestreiten, ist zwar niedriger als in den Jahren 1995 bis 2004, hatte sich aber seit 2008 wieder erhöht und beträgt aktuell, wie bereits 2012, 10% (1995: 17%, 2002: 18%, 2003: 14%, 2004: 15%, 2006: 9%, 2008: 7%, 2010: 8%). Für immerhin 20% stellen Drogengeschäfte die Haupteinnahmequelle dar. Dieser Wert ist nun wieder zurückgegangen, nachdem zuvor diverse Schwankungen in beide Richtungen zu beobachten waren (1995: 25%, 2002: 21%, 2003: 29%, 2004: 26%, 2006: 17%, 2008: 23%, 2010: 18%, 2012: 28%). Die Prostitution schließlich spielt vor allem für die befragten Frauen eine relevante Rolle. In der aktuellen Befragung geben 39% von ihnen die Sexarbeit als Haupteinnahmequelle an (s. 4.1.5).

Fasst man die finanzielle Situation im Hinblick auf den Legalstatus der Einnahmequellen zusammen, so gibt mit 5% nach wie vor eine kleine Minderheit an, sich ausschließlich über illegale Wege zu finanzieren.

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



Der Anteil derer, die ihr Einkommen ausschließlich über legale Einnahmequellen bestreiten, ist dagegen zwischen 1995 und 2002 deutlich angestiegen und beläuft sich seither mit kleineren Schwankungen auf rund die Hälfte der Befragten. Aktuell ist der Wert leicht auf 52% angestiegen (s. Abb. 2).

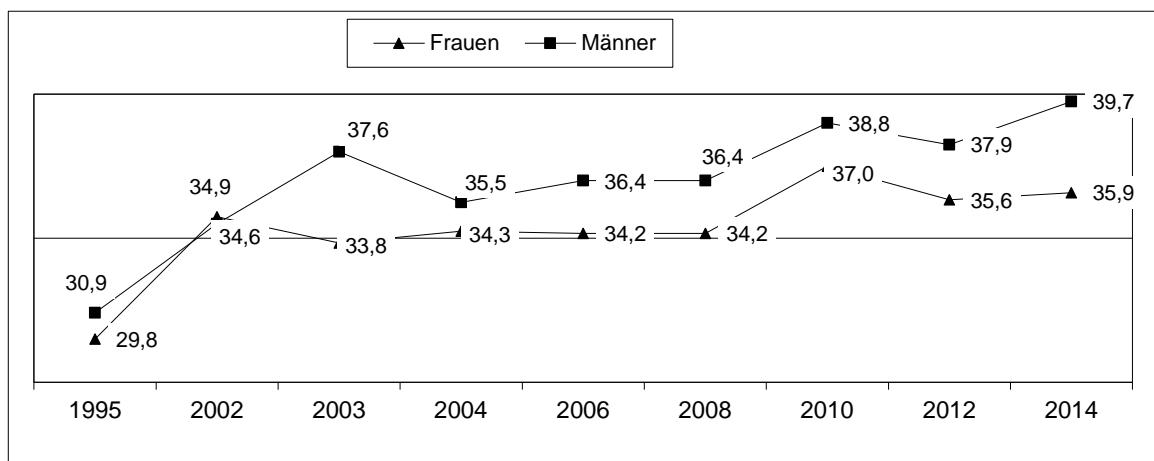
Im Durchschnitt stehen den im Jahr 2014 Befragten 720 Euro pro Woche zur Verfügung. Dieser Wert liegt im Turnusvergleich mit Abstand an der Spitze (1995: 550 €, 2002: 552 €, 2003: 608 €, 2004: 439 €, 2006: 462 €, 2008: 593 €, 2010: 396 €, 2012: 520 €). Die durchschnittlichen wöchentlichen Ausgaben für Drogen liegen bei 548 Euro pro Woche, was ebenfalls den Höchstwert aller Befragungen darstellt (1995: 413 €, 2002: 481 €, 2003: 510 €, 2004: 356 €, 2006: 373 €, 2008: 479 €, 2010: 316 €, 2012: 456 €). Werden das wöchentliche Durchschnittseinkommen und die Ausgaben für Drogen in Relation gesetzt, so zeigt sich, dass der aktuelle Wert mit 81% wieder auf ein mit den Jahren 2004 bis 2010 vergleichbares Niveau zurückgegangen ist. Der Höchstwert von 88% aus dem Jahr 2012 scheint somit lediglich ein Ausreißer gewesen zu sein.

4.1.5 Die Befragten der Frankfurter Drogenszene im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Im Folgenden werden die soziodemografischen Daten zusammenfassend dargestellt und mit Fokus auf geschlechtsbezogene Unterschiede untersucht.

Das durchschnittliche Alter der im Jahr 2014 Befragten liegt bei 38,5 Jahren. Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede zeigen sich dahingehend, dass, abgesehen vom Jahr 2002, in sämtlichen Erhebungen die Männer im Mittel älter sind als die Frauen (s. Abb. 3).

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

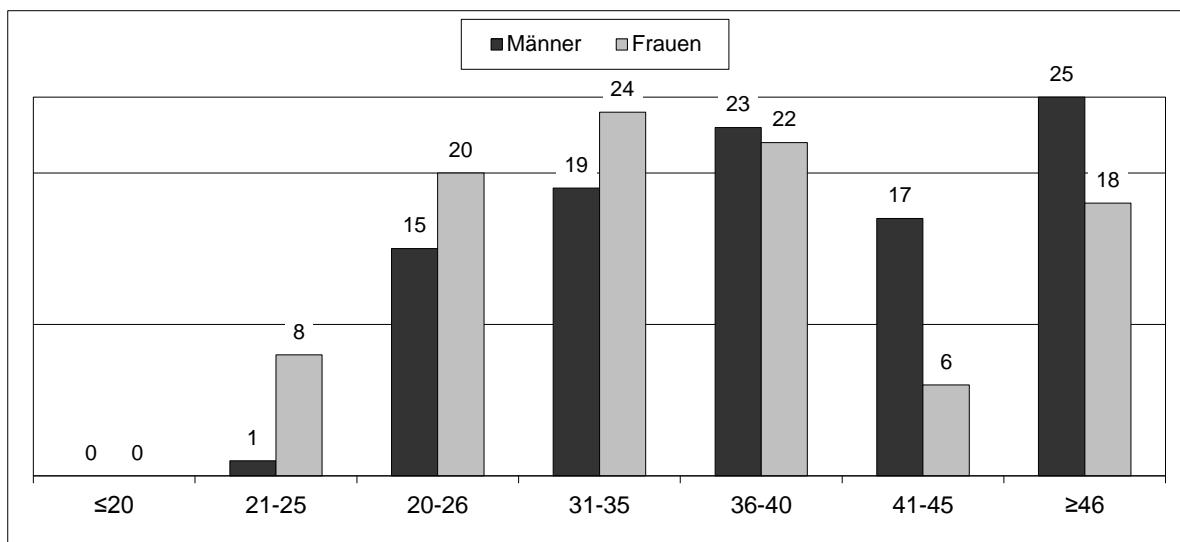


Mit durchschnittlich 39,7 gegenüber 35,9 Jahren beträgt der Altersunterschied zwischen den Geschlechtern, in der aktuellen Befragung fast vier Jahre und fällt damit so hoch aus wie in keiner Befragung außer 2003. Aktuell lässt sich ein Anstieg des Durchschnittsalters sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen beobachten.

Besonders junge, unter 20-jährige Drogenkonsumierende sind in allen Befragungen mit maximal 3% relativ selten vertreten. In der aktuellen Erhebung ist *kein_e einzige_r Befragte_r* unter 20 Jahre alt. Gegenüber der letzten Erhebung erhöht hat sich der Anteil der über 45-Jährigen (2012: 18%, 2014: 23%). Damit ist diese Altersgruppe ebenso häufig wie die der 36-40-Jährigen vertreten; diese bilden die beiden größten Altersgruppen der Befra-

gung. Das geringere Durchschnittsalter der Frauen lässt sich auch anhand der Alterskategorien ablesen: Während sich unter den Männern größere Anteile für die älteren Kategorien ab 36 Jahre finden, sind im Geschlechtervergleich die Anteile der Frauen für die meisten Alterskategorien unter 36 Jahre höher. Unter den befragten Frauen machen die 31- bis 35-Jährigen die größte Gruppe aus, unter den Männern sind es die über 45-Jährigen (s. Abb. 4).

Abbildung 4: Altersgruppen (%) nach Geschlecht im Jahr 2014



56% der im Jahr 2014 Befragten sind Single, 11% leben in einer festen Partnerschaft, 18% sind geschieden und 12% verheiratet. Ein signifikanter Geschlechterunterschied zeigt sich darin, dass die befragten Frauen deutlich häufiger als die befragten Männer zwar ledig sind, aber in einer festen Partnerschaft leben (18% vs. 8%). Mit 61% gegenüber 45% sind hingegen deutlich mehr Männer als Frauen Single (***)

2014 geben 48% an, eigene Kinder zu haben. Bei der Elternschaft zeigen sich keine statistisch signifikanten Geschlechterunterschiede (Männer: 43% vs. Frauen: 57%). Signifikante geschlechterbezogene Differenzen zeigen sich jedoch bei der Frage danach, wo die Kinder untergebracht sind (s. Tab. 6).

Tabelle 6: Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) nach Geschlecht 2014

	Männer	Frauen
bei Kindsmutter und Kindsvater	7	4
bei Interviewpartner_in ohne Kindsvater bzw. Kindsmutter	2	0
bei Kindsmutter bzw. Kindsvater ohne Interviewpartner_in	65	14
bei Familie (vorübergehend)	2	14
bei Familie (Pflege oder Adoption)	0	7
unterschiedliche Unterbringung (mehrere Kinder)	2	18
Kinder sind selbstständig (über 18 Jahre)	14	18
institutionelle Unterbringung (Heim)	0	0
zur Adoption freigegeben oder bei Pflegeeltern	0	0

Während die Mehrheit der Männer (65%) angibt, dass ihre Kinder bei dem anderen Elternteil leben, trifft dies nur auf 14% der Frauen zu. Bei 2% der Männer leben die Kinder vorübergehend bei Familienangehörigen. Bei den Frauen dagegen liegt dieser Anteil bei 14% und bei 7% für eine dauerhafte Pflege oder Adoption durch Verwandte. Mit der größten Anteil der Frauen mit eigenen Kindern (18%) entfällt auf jene, deren Kinder bereits erwachsen sind (Männer: 14%). Aktuell gibt ein (männlicher) Befragter (1%; 2012: 5%) an, dass sein Kind bei ihm ohne den anderen Elternteil lebt. Der Anteil der Befragten die angeben, dass ihr Kind bei ihnen mit dem jeweiligen Vater / der jeweiligen Mutter lebt, fällt bei der diesjährigen Untersuchung (6%) geringer aus als 2012 (11%) – bei den Frauen trifft dies auf 4%, bei den Männern auf 7% zu. Über eine unterschiedliche Unterbringung mehrerer Kinder berichten aktuell 2% der Männer und 18% der Frauen. Die Unterbringung der eigenen Kinder im Heim oder bei Pflegeeltern spielt in diesem Jahr wie 2012 weder bei den weiblichen noch männlichen Interviewten eine Rolle.

25% der im Jahr 2014 Befragten leben in einer eigenen Wohnung, 23% in einer Notschlafunterkunft, 17% sind obdachlos und 9% leben im betreuten Wohnen. Die restlichen Befragten verteilen sich auf Wohngemeinschaften, Wohnen bei Partner_innen oder Eltern und sonstige Wohnsituationen. Faktische Obdachlosigkeit (Straße oder Notschlafunterkunft) ist aktuell wieder leicht von 41% auf 40% zurückgegangen.

Hinsichtlich der Wohnsituation lassen sich 2014 keine signifikanten geschlechterbezogene Unterschiede feststellen. Mit 18% gegenüber 16% ist ein minimal größerer Anteil der Männer obdachlos. 2012 fielen hier die Werte noch signifikant unterschiedlich aus (7% gegen 22%). Frauen wohnen häufiger mit ihrem drogenkonsumierenden Partner zusammen (8% gegen 4%). Im Unterschied zu 2012 (22% vs. 26%) verfügen die befragten Frauen auch etwas häufiger über eine eigene Wohnung. Anders als bei den Frauen gibt es unter den Männern einige (n=6), die bei ihren Eltern wohnen. Der geschlechtsbezogene Unterschied im Hinblick auf die Unterbringung in einer Notschlafunterkunft hat sich gegenüber 2012 (38% vs. 14%) verringert (s. Tab. 7).

Tabelle 7: Aktuelle Wohnsituation der Befragten im Jahr 2014 (%) nach Geschlecht

	Männer	Frauen	Sig.
obdachlos	18	16	n.s.
eigene Wohnung	24	27	
Partner/ User	4	8	
Partner/ Non-User	5	2	
WG mit User	3	2	
WG mit Non-User	1	2	
Notschlafunterkunft	25	20	
betreutes Wohnen	7	14	
Eltern	6	0	

Hinsichtlich der Ausbildungs- und Beschäftigungssituation der Befragten zeigt sich 2014, dass das Gros (42%) einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss vorweisen kann, etwas mehr als ein Viertel hat einen Realschulabschluss und 17% das Abitur. Lediglich

13% der Interviewten hat keinen Schulabschluss, womit dieser Anteil gegenüber 2012 weiter etwas gesunken ist. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen sich bezüglich der Schulbildung im Jahr 2014 nicht beobachten.

Eine abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre oder Studium) können im Jahr 2014 46% der Befragten vorweisen. 50% geben an, keine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben; dieser Anteil ist im Vergleich zur letzten Untersuchung wieder angestiegen (2012: 40%). Mit 59% gegenüber 45% haben etwas mehr Frauen als Männer keine abgeschlossene Berufsausbildung (n.s.). Bei den Männern erreicht der Anteil an Personen, die eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, 51% und ist damit im Vergleich zum Höchstwert aller Befragungen von 2012 (65%) wieder zurückgegangen. Bei den Frauen lässt sich ein ähnlicher Rückgang von 46% auf 35% beobachten.

Weiterhin hoch und im Vergleich zur Befragung zuvor gestiegen ist mit 81% der aktuelle Anteil an Arbeitslosen (Männer: 80%, Frauen: 84%). Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit beträgt 39,2 Monate ($\pm 49,9$ Monate). Dieser Wert hat sich gegenüber 2012 deutlich verringert und erreicht damit den niedrigsten Stand seit Untersuchungsbeginn. Mit 37,4 gegenüber 40,2 Monaten sind die befragten Frauen im Schnitt ein paar Monate kürzer arbeitslos als die männlichen Befragten. Im Durchschnitt geben die arbeitslosen Befragten an, vor 75,1 Monaten zum letzten Mal eine sozialversicherungspflichtige Arbeit ausgeübt zu haben ($\pm 73,6$ Monate). Hier zeigt sich ein gegenteiliger Geschlechterunterschied: Bei den Frauen liegt diese letzte Anstellung 92,4 ($\pm 64,2$ Monate) zurück, bei den Männern „nur“ 67,5 Monate ($\pm 76,5$ Monate).

Für 27% der Befragten sind staatliche Unterstützungsleistungen (Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung) die Haupteinnahmequelle. Der Anteil der Befragten, die ihr Einkommen hauptsächlich über regelmäßige Arbeit oder Jobs bestreiten, beträgt aktuell 9%; mit 12% gelingt dies den befragten Männern häufiger als den befragten Frauen (2%). Die Prostitution schließlich spielt vor allem für die weiblichen Befragten eine wesentliche Rolle: Aktuell geben 39% von ihnen die Prostitution als Haupteinnahmequelle an (1995: 25%, 2002: 25%, 2003: 29%, 2004: 22%, 2006 31%, 2008: 27%, 2010: 29%, 2012: 28%). Damit liegt der Anteil der sich hauptsächlich über Sexarbeit finanziierenden Frauen so hoch wie in keiner Befragung zuvor. Von den männlichen Befragten gibt wie bereits in den letzten drei Befragungen kein einziger die Prostitution als Haupteinnahmequelle an (1995: 3%, 2002: 1%, 2003: 2%, 2004: 0%, 2006 1%, 2008-2012: 0%).

Den Legalstatus der Einnahmequellen betreffend, berichtet nach wie vor nur eine kleine Minderheit darüber, sich ausschließlich über illegale Wege zu finanzieren; aktuell trifft dies auf 5% zu. Der Anteil derjenigen, die ihr Einkommen ausschließlich über legale Einnahmequellen bestreiten, liegt seit 2002 auf einem vergleichbaren Niveau (aktuell 52%). Frauen finanzieren sich mit 55% etwas häufiger ausschließlich auf legalem Weg als Männer (51%), sowie umgekehrt, seltener ausschließlich über illegale Quellen (Frauen: 4%, Männer: 6%) – dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Insgesamt geben die im Jahr 2014 Befragten einen wöchentlichen Durchschnittsverdienst von 721 Euro an. Mit 840 Euro pro Woche stehen den befragten Frauen dabei aktuell durchschnittlich deutlich mehr finanzielle Mittel zur Verfügung als den befragten Männern (663 Euro). Mit 772 Euro gegenüber 491 Euro geben die Frauen jedoch im Schnitt auch we-

sentlich mehr Geld pro Woche für Drogen aus – in beiden Fällen erreichen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern auch statistische Signifikanz. Mit 92% erreicht der Anteil der Ausgaben für Drogen am gesamten Einkommen 2014 (2012: 94%) nicht mehr den höchsten, aber dennoch beachtlichen Wert bei den Frauen (Männer: 74%).

4.2 Substanzkonsum

4.2.1 Lifetime-Konsum

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

Nikotin wurde von allen Befragten schon mindestens einmal konsumiert. Nur geringfügig niedriger, mit jeweils über 90%, sind die Werte in absteigender Reihenfolge für Crack, Cannabis, Heroin, Kokain sowie Alkohol. 78% der Befragten haben Konsumerfahrungen mit Speed, 72% haben schon einmal Benzodiazepine und 60% schon einmal Ecstasy konsumiert. Mehr als die Hälfte der Befragten hat Gebrauchserfahrungen mit LSD und etwas weniger solchemit Opium. Rund zwei von fünf haben schon einmal psychoaktive Pilze probiert. Den niedrigsten Wert der hier berücksichtigten Drogen erzielt das erstmals erfragte Crystal Meth, das von rund jedem/jeder sechsten Befragten mindestens einmal konsumiert wurde. Erfahrungen mit dem intravenösen Konsum haben 82%. Erstmals separat erfragt wurde der Konsum unterschiedlicher Benzodiazepine: Demnach haben mit 64% geringfügig mehr Befragte Konsumerfahrungen mit Flunitrazepam als mit Diazepam (62%). Andere Benzodiazepine wurden von 50% mindestens einmal konsumiert.

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Nikotin	99	99	99	99	100	100	100	99	100	n.s.
Heroin	99	93	98	99	99	99	99	97	95	**
Crack	41	96	97	95	93	93	97	97	97	***
Kokain	99	95	99	99	98	99	97	96	94	*
Alkohol	97	98	97	99	98	99	97	95	93	n.s.
Cannabis	99	97	95	96	98	97	97	92	96	n.s.
Speed	79	73	72	79	83	82	78	79	78	n.s.
Benzodiazepine ^b	a	84	91	85	85	92	89	76	72	***
Ecstasy	33	45	44	57	59	67	59	71	60	***
LSD	81	63	63	65	55	65	62	53	56	***
Opium	68	51	55	52	54	54	54	43	49	**
Psychoaktive Pilze	a	47	37	33	35	44	45	42	41	n.s.
Crystal Meth	a	a	a	a	a	a	a	17	-	
Methadon (nicht verschrieben)	a	a	a	a	a	62	45	45	48	**
Buprenorphin (nicht verschr.)	a	a	a	a	a	41	31	35	40	n.s.
intravenöser Konsum	a	91	91	95	87	93	88	86	82	**

^a keine Daten verfügbar

^b bis 2003: "nicht verschriebene Medikamente"

Für eine Reihe der abgefragten Substanzen zeigen sich im Turnusvergleich statistisch signifikante Änderungen der Lifetime-Prävalenz (s. Tab. 8). Im Fall von Heroin ist dies einzig auf den „Ausreißer“ im Jahr 2002 zurückzuführen; allerdings ist die Kennzahl aktuell leicht auf den zweitniedrigsten Wert aller Erhebungen gesunken. Für LSD lag der Anteil an Konsumeraufnahmen in der Ersterhebung noch deutlich höher als in den nachfolgenden Befragungen, für die dann eher uneinheitlich schwankende Werte festzustellen sind. Aktuell ist der Wert wieder leicht angestiegen. Auch die Lifetime-Prävalenz für Opium hat sich im Vergleich zur Ersterhebung recht deutlich reduziert, ist aber wieder etwas höher als 2012. Dagegen ist die Lifetime-Prävalenz für Ecstasy 2014 wieder gesunken, liegt aber weiterhin deutlich höher als in den ersten Erhebungsjahren. Für Crack ist lediglich in der Anfangserhebung 1995 eine deutlich niedrigere Lifetime-Prävalenz als in den übrigen Erhebungen festzustellen. Bei Benzodiazepinen schließlich lässt sich für die Jahre 2002 bis 2010 kein einheitlicher Trend beobachten. Aktuell hat sich der vergleichsweise deutliche Rückgang der Lifetime-Prävalenz von 2012 fortgesetzt, so dass sich wiederum der niedrigste Wert aller Erhebungen zeigt.

Im Jahr 2008 erstmals abgefragt wurde der Konsum nicht verschriebener Substitutionsmittel. 2014 geben 48% der Befragten an, dass sie mindestens einmal im Leben nicht verschriebenes Methadon konsumiert haben. Dieser Wert ist leicht höher als der des Jahres 2012, liegt aber immer noch klar unter dem Wert von 2008. Zwei Fünftel der Befragten haben Konsumeraufnahmen mit nicht verschriebenem Buprenorphin (in der Regel Subutex®).

Der Erstkonsum von Tabak findet durchschnittlich im Alter von rund 13 Jahren statt, der von Alkohol mit etwa 14 und der von Cannabis mit gut 15 Jahren. Andere illegale Drogen werden im Schnitt das erste Mal zwischen 17 und Anfang 20 Jahren genommen. Das Durchschnittsalter für den erstmaligen Konsum irgendeiner illegalen Droge außer Cannabis liegt aktuell bei 17,8 Jahren. Durchschnittlich knapp sechs Jahre später konsumierten die Befragten Drogen erstmals intravenös. Der Abstand zwischen dem Erstkonsum „harter Drogen“ und erstmaligem i.v.-Konsum hat sich seit 2008 merklich erhöht (s. Tab. 9).

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Nikotin	12,4	12,6	13,4	13,1	12,9	12,8	12,9	12,7	13,2	n.s.
Alkohol	13,3	13,7	13,9	13,1	13,2	13,4	13,4	13,5	13,9	n.s.
Cannabis	14,8	16,1	16,0	15,5	15,2	15,2	15,3	15,1	15,3	n.s.
LSD	16,9	18,3	18,5	18,2	17,4	18,0	18,0	17,5	17,8	*
Speed	19,4	20,4	20,0	20,3	18,7	19,8	18,9	18,3	20,4	*
Ecstasy	23,7	22,6	23,6	21,4	21,1	19,4	19,1	18,9	18,0	***
Kokain	20,2	21,4	21,0	20,8	20,3	19,9	20,5	19,8	19,9	n.s.
Heroin	18,4	21,2	20,6	20,1	20,6	19,9	21,3	21,5	20,6	**
Crack	26,5	29,1	29,0	28,1	26,8	26,6	27,2	27,4	26,9	n.s.
Benzodiazepine	c	c	c	c	c	c	c	25,4	25,0	n.s.
„harte“ Drogen ^b insgesamt	16,5	18,7	18,5	18,3	17,9	17,5	17,9	17,8	17,8	n.s.
intravenöser Konsum	c	22,3	22,9	21,6	22,0	21,2	22,9	23,2	23,5	n.s.

^a bezogen auf diejenigen mit Konsumeraufnahmen

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

c keine Daten verfügbar

Dass Crack mit aktuell 26,9 Jahren durchschnittlich einige Jahre später als alle anderen „harten Drogen“ konsumiert wird, dürfte nach wie vor damit zu begründen sein, dass das Kokaïnerivat erst seit Ende der 1990er Jahre eine nennenswerte Verbreitung in der Frankfurter Szene erfahren hat, also zu einem Zeitpunkt, zu dem ein nicht unwesentlicher Teil der Befragten bereits über mehrjährige Erfahrungen mit „harten Drogen“ verfügte. Das 2012 erstmals erhobene Einstiegsalter für den Konsum von Benzodiazepinen liegt mit durchschnittlich 25 Jahren ebenfalls vergleichsweise hoch, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass diese Substanzen oftmals als Ergänzung bereits entwickelter intensiver Konsummuster dienen.

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

Die durchschnittliche Dauer der Erfahrungen mit „harten Drogen“ hat sich seit 1995 (14,1 Jahre) nahezu kontinuierlich erhöht und erreicht in der aktuellen Befragung mit 20,7 Jahren den höchsten Wert (2002: 16 Jahre, 2003: 17,9 Jahre, 2004: 16,8 Jahre, 2006: 17,8 Jahre, 2008: 18,2 Jahre, 2010: 20,3 Jahre, 2012: 19,3 Jahre). Die in den Vorjahren zu beobachtende Tendenz bezüglich einer zunehmenden Dauer der „Drogenkarriere“ hat sich damit im aktuellen Berichtsjahr weiter fortgesetzt.

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

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

Bei der 12-Monats-Prävalenz (s. Tab. 10) zeigt sich zunächst, dass der Konsum von Crack, Heroin, Alkohol, Cannabis, Kokain und Benzodiazepinen einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Hingegen erhält der Gebrauch von psychoaktiven Pilzen, LSD, Ecstasy, Opium und Speed, trotz der relativ hohen Lifetime-Prävalenzraten (s. 4.2.1), eine nur untergeordnete Bedeutung – bei den meisten Befragten liegt der Letztkonsum dieser Drogen schon viele Jahre zurück. Auch das erstmals erfasste Crystal Meth wurde nur von einigen wenigen Befragten im zurückliegenden Jahr genommen. Weitere 23% haben in den letzten 12 Monaten nicht verschriebenes Methadon und 21% Buprenorphin konsumiert. Die 12-Monats-Prävalenz von Diazepam liegt mit knapp der Hälfte der Befragten deutlich oberhalb der Werte für Flunitrazepam und andere Benzodiazepine, die von jeweils rund drei von zehn konsumiert wurden.

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Crack	31	94	92	92	89	89	89	89	93	***
Heroin	97	81	83	91	90	94	89	88	88	***
Alkohol	79	69	72	78	70	75	73	75	79	n.s.
Cannabis	85	70	67	74	69	69	69	62	72	**
Kokain	93	52	45	49	62	69	51	62	58	***
Benzodiazepine ^b	a	52	64	71	69	81	75	52	56	***
Diazepam	a	a	a	a	a	a	a	a	47	-
Flunitrazepam	a	a	a	a	a	a	a	a	27	-
Andere Benzodiazepine	a	a	a	a	a	a	a	a	30	-
Speed	15	9	10	17	14	17	10	15	24	**
Opium	19	7	4	12	5	11	9	11	11	**
Ecstasy	7	5	10	11	6	11	6	8	10	n.s.
Crystal Meth	a	a	a	a	a	a	a	a	4	-
psychoaktive Pilze	a	5	5	1	3	4	2	4	3	n.s.
LSD	7	4	3	4	1	3	2	4	3	**
Methadon (nicht verschrieben)	a	a	a	a	a	23	17	23	26	n.s.
Buprenorphin (nicht verschrieben)	a	a	a	a	a	11	13	21	21	*

^a keine Daten verfügbar^b bis 2003: "nicht verschriebene Medikamente"

Signifikante Veränderungen der 12-Monats-Prävalenz lassen sich einerseits für Heroin beobachten, dessen Kennzahl sich nach dem sehr hohen Wert aus dem Jahr 1995 und den vergleichsweise niedrigen Werten 2002 und 2003 seit 2004 auf rund 90% eingependelt hat. Seit 2006 war die 12-Monats-Prävalenz von Crack stabil; in diesem Jahr erreicht sie den zweithöchsten Wert aller Untersuchungen. Nachdem zwischen 2002 und 2008 ein deutlicher Anstieg der 12-Monats-Prävalenz von Benzodiazepinen zu beobachten war, hatte sich der Wert bis 2012 zunächst deutlich verringert. Im Jahr 2014 ist hier wieder ein leichter Anstieg der Prävalenz zu beobachten; diese ist aber im Vergleich mit dem Niveau von 2010 als niedrig einzustufen. Der vergleichsweise niedrige Wert kann wohl weiterhin darauf zurückgeführt werden, dass Flunitrazepam (Rohypnol®), die in der Frankfurter Drogenszene zuvor vermutlich meist konsumierte Substanz dieser Stoffgruppe, Ende 2011 ausnahmslos dem BtMG unterstellt wurde. Wie in Tab. 10 ersichtlich, erreicht Flunitrazepam bereits bei der 12-Monats-Prävalenz den niedrigsten Wert der drei abgefragten Kategorien von Benzodiazepinen.

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

Anhand der 12-Monats-Prävalenzwerte lässt sich erkennen, dass außer Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack sowie eingeschränkt nicht verschriebenen Substitutionsmitteln keine weiteren Drogen eine wesentliche Rolle im Drogengebrauchsverhalten der Befragten einnehmen. Die weitere Darstellung der 30-Tages- und 24-Stunden-

Prävalenzwerte beschränkt sich daher weitgehend auf diese Substanzen. Die entsprechenden Ergebnisse sind in Tabelle 11 zusammengefasst.

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

		1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
30 Tage	Alkohol	67	61	62	65	56	68	65	63	69	n.s.
	Cannabis	71	59	56	65	51	59	55	55	63	*
	Heroin	93	73	78	83	87	88	84	80	83	***
	Benzodiazepine ^b	a	47	56	63	61	77	68	41	45	***
	Diazepam	a	a	a	a	a	a	a	a	34	a
	Flunitrazepam	a	a	a	a	a	a	a	a	13	a
	Andere Benzodiazepine	a	a	a	a	a	a	a	a	23	a
	Kokain	89	36	30	25	45	49	30	45	40	***
	Crack	8	90	91	89	85	83	85	86	93	***
	Methadon ^c	a	a	a	a	a	12	9	12	19	n.s.
24 Stunden	Buprenorphin ^c	a	a	a	a	a	5	6	7	11	n.s.
	Crystal Meth	a	a	a	a	a	a	a	a	1	-
	Alkohol	43	39	39	37	31	33	38	43	51	*
	Cannabis	31	26	21	26	21	23	17	27	31	n.s.
	Heroin	85	58	57	59	63	71	66	68	63	***
	Benzodiazepine ^b	a	30	27	35	29	47	47	21	13	***
	Diazepam	a	a	a	a	a	a	a	a	12	a
	Flunitrazepam	a	a	a	a	a	a	a	a	1	a
	Andere Benzodiazepine	a	a	a	a	a	a	a	a	7	a
	Kokain	79	9	9	4	16	11	7	11	11	***
	Crack	3	79	61	62	65	59	64	75	83	***
	Methadon ^c	a	a	a	a	a	3	1	3	5	n.s.
	Buprenorphin ^c	a	a	a	a	a	1	0	1	3	n.s.
	Crystal Meth	a	a	a	a	a	a	a	a	0	-

^a keine Daten verfügbar

^b bis 2003: "nicht verschriebene Medikamente"

^c nicht verschrieben

69% der Befragten haben in den letzten 30 Tagen und 51% in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken. Für die 30-Tages-Prävalenz lässt sich über den gesamten Erhebungszeitraum keine signifikante Änderung feststellen; allerdings erreicht diese aktuell den höchsten Wert seit Untersuchungsbeginn. Letzteres trifft auch auf die Alkohol-24-Stunden-Prävalenz zu, die seit 2008 signifikant angestiegen ist. Bei der 30-Tages-Prävalenz von Cannabis liegt der Ausgangswert aus dem Jahr 1995 über denen der folgenden Erhebungen; seither lässt sich keine klare Entwicklung beobachten (aktuell: 63%). Die Cannabis-24-Stunden-Prävalenz ist hingegen seit 2010 sehr deutlich angestiegen und erreicht gemeinsam mit

1995 mit 31% den höchsten Wert aller Erhebungen. Die Veränderung erreicht über den gesamten Turnus betrachtet keine statistische Signifikanz; dies ist allerdings der Fall, wenn nur die Veränderung seit 2010 betrachtet wird (*).

Nachdem die 30-Tages-Prävalenz von Benzodiazepinen zwischen 2002 und 2008 sehr deutlich auf 77% angestiegen war, setzte 2012 ein starker Gegentrend mit einem Rückgang des Konsums auf 41% ein. 2014 ist der Wert wieder leicht auf 45% gestiegen. Die 24-Stunden-Prävalenz ist gleichzeitig allerdings weiter abgesunken; in der aktuellen Befragung erreicht diese Kennzahl mit 13% nur noch rund ein Drittel des Wertes von 2008 bzw. 2010. Diese Veränderung ist wiederum vermutlich in erheblichem Maße mit der bereits erwähnten Veränderung der Gesetzeslage bezüglich Flunitrazepam zu erklären. Die 30-Tages-Prävalenz für dieses Präparat liegt bei nur noch 13%, und in den letzten 24 Stunden hat aktuell nur noch eine Person (1%) Flunitrazepam konsumiert.

Wieder etwas verringert hat sich die Bedeutung von (Pulver-)Kokain: Die 30-Tages-Prävalenz ist nach dem relativ deutlichen Anstieg 2012 nun wieder um 5 Prozentpunkte auf aktuell 40% gesunken. Die 24-Stunden-Prävalenz hat sich gegenüber 2012 nicht verändert. Die Verbreitung der Droge bewegt sich damit wieder auf einem vergleichbaren Niveau wie in den Jahren 2006 und 2008, erreicht jedoch bei weitem nicht das Ausmaß, das Mitte der 1990er Jahre vor dem Aufkommen von Crack in der Frankfurter Szene beobachtet wurde (s. Tab. 11). Die erstmals erfragte, in den letzten Jahren viel diskutierte Droge Crystal Meth spielt im Konsumalltag der Frankfurter Szene praktisch keine Rolle: in den zurückliegenden 30 Tagen hat lediglich ein Befragter (1%), in den letzten 24 Stunden *kein_e einzige_r* die Substanz konsumiert.

Wie anhand der 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzen abzulesen ist, nehmen Heroin und Crack nach wie vor die mit Abstand wichtigste Rolle in den Drogengebrauchsmustern der Szenemitglieder ein. Im Jahr 2014 liegt wie bereits 2012 sowohl die 30-Tages- als auch die 24-Stunden-Prävalenz von Crack über der von Heroin (30 Tage: 93% vs. 83%; 24 Stunden: 83% vs. 63%). Der Crackkonsum erreicht in der aktuellen Erhebung sowohl bei der 30-Tages- als auch bei der 24-Stunden-Prävalenz den höchsten Wert seit Untersuchungsbeginn. Dieser Trend führt die Entwicklung aus den letzten drei Untersuchungen fort. Die 24-Stunden-Prävalenz von Heroin ist hingegen im Vergleich zur vorangehenden Erhebung aktuell wieder um fünf Prozentpunkte auf 63% gesunken. Wenngleich signifikant, sind die Entwicklungen für den Konsum des Opiats innerhalb der letzten 24 Stunden, nach dem hohen Anfangswert aus dem Jahr 1995, eher uneinheitlich.

Nicht verschriebene Substitutionsmittel spielen für den aktuellen Konsum nunmehr bei mehr als einem Viertel der Szeneangehörigen eine Rolle: 19% haben in den letzten 30 Tagen nicht verschriebenes Methadon und 11% nicht verschriebenes Buprenorphin konsumiert; zusammengenommen weisen 28% der Befragten eine 30-Tages-Prävalenz nicht verschriebener Substitutionsmittel auf. Bezogen auf die letzten 24 Stunden haben aktuell 5% illegal erworbene Methadon und 3% Buprenorphin ohne Verschreibung zu sich genommen (eines der beiden Mittel: 7%), wobei jeweils Höchstwerte erreicht werden, wenngleich die Entwicklungen nicht signifikant sind (s. Tab. 11). Weiterhin greift also ein eher geringer Anteil der Szene in ‚Notsituationen‘ auf illegal gehandelte Substitutionsmittel zurück; Aktuell ist dieser Anteil indes so hoch wie in keiner der vorherigen Befragungen.

Im gesamten, nunmehr 19-jährigen Beobachtungszeitraum (1995 bis 2014) sind in Bezug auf die aktuellen Drogengebrauchsmuster eine Reihe von Veränderungen zu beobachten. Neben der auffälligen Veränderung zwischen 1995 und 2002, als Crack das Kokainpulver innerhalb der Szene nahezu vollständig ersetzte, betrifft dies unter anderem die Verbreitung von Heroin, die Anfang des letzten Jahrzehnts zunächst deutlich zurückging, um dann wieder – vermutlich im Zusammenhang mit der Marktlage – relativ klar anzusteigen. In den Erhebungen 2010 und 2012 war aber, zumindest bezogen auf den aktuellen Konsum innerhalb der letzten 30 Tage, wieder eine rückläufige Entwicklung zu beobachten, die sich aktuell nicht fortgesetzt hat.

Was die Entwicklungen bei Kokain und Crack betrifft, so ist nach wie vor auf die Marktlage zu verweisen. Der szeneinterne Markt für Kokainprodukte wird weiterhin von Crack dominiert, da Pulverkokain offenbar weiterhin schwer erhältlich ist. Insgesamt gesehen, sind die 24-Stunden-Prävalenzraten von Kokainprodukten (Kokainpulver und/oder Crack) im Erhebungszeitraum zunächst signifikant gesunken: von 79% bzw. 80% (1995/2002) auf 62% (2003/2004), 67% (2006) und 60% im Jahr 2008. Im Jahr 2010 hatte sich dieser Wert dann wieder auf 67% erhöht und ist seither sehr deutlich auf 76% (2012) bzw. 85% (2014) angewachsen (**). Die Zahl derjenigen, die in den letzten 30 Tagen Kokain und / oder Crack konsumiert haben, hat sich ebenfalls auf einen Höchstwert gesteigert (1995: 89%, 2002: 91%, 2003: 92%, 2004: 90%, 2006: 87%, 2008: 88%, 2010: 89%, 2012: 87%, 2012: 95%). Insofern nehmen Kokainprodukte für den aktuellen Konsum weiterhin sehr hohen Stellenwert ein, wobei die Bedeutung aktuell auf einen neuen Höchstwert angestiegen ist.

Betrachtet man abschließend die Entwicklungen unter dem übergreifenden Aspekt des multiplen Konsums, so lassen sich keine signifikanten Veränderungen beobachten. Bei allen zehn Befragungen haben die Interviewten in den zurückliegenden 30 Tagen durchschnittlich rund vier Substanzen (1995: 3,5; 2002: 4,1; 2003/2006: 4,0; 2004: 4,3; 2008: 4,5; 2010: 4,1; 2012: 4,1; 2014: 4,4; ***) und in den letzten 24 Stunden jeweils etwas mehr als zwei Substanzen konsumiert (1995/2002: 2,4; 2003: 2,1; 2004/2006: 2,3; 2008: 2,5; 2010: 2,4; 2012: 2,5; 2014: 2,7; *)⁸. Beide Werte sind aktuell angestiegen; bezogen auf die letzten 24 Stunden wird sogar der höchste Anteil aller Befragungen erreicht. Allerdings zeichnet sich bei beiden Kennzahlen insgesamt kein klarer Trend ab.

4.2.3 Konsumintensität

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

Die Angaben zur Konsumhäufigkeit werden dabei dahingehend zusammengefasst, ob die Befragten die entsprechende Substanz in den letzten 30 Tagen „intensiv“ (täglich oder

⁸ Seit 2008 inklusive nicht verschriebenem Methadon und nicht verschriebenem Buprenorphin (Subutex®)

nahezu täglich), „gelegentlich“ (einmal oder mehrmals wöchentlich) oder „selten“ (weniger als ein Mal pro Woche) konsumiert haben.

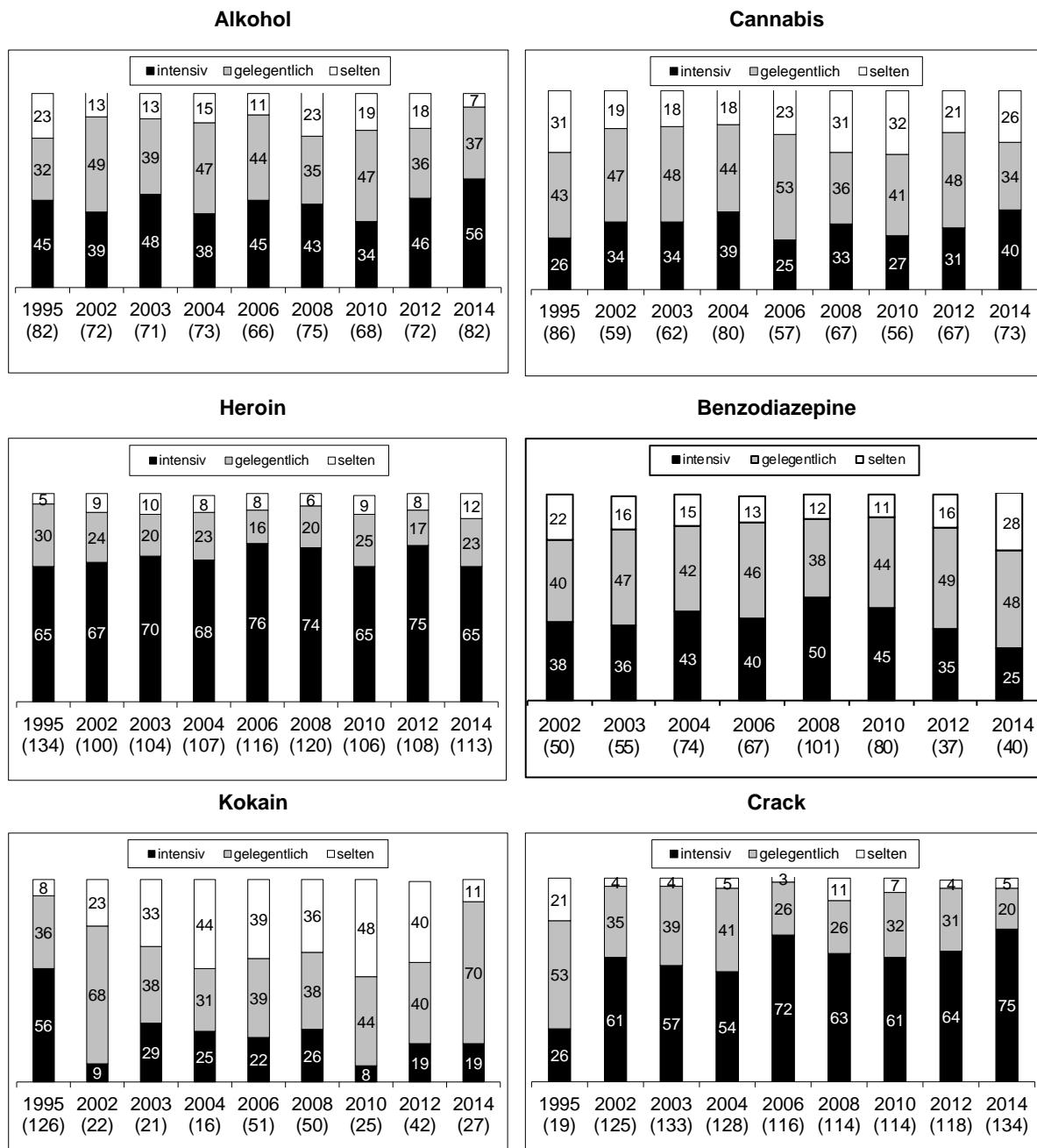
Für Cannabis, Heroin und Benzodiazepine lassen sich im Turnusvergleich weiterhin keine signifikanten Veränderungen der Konsumhäufigkeit beobachten. Trotz gewisser Schwankungen können über die Erhebungen hinweg jeweils rund 56% derjenigen, die in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken haben, als Intensivkonsument_innen gelten, während die anderen gelegentlich oder selten trinken. Die Veränderung der Konsumintensität von Alkohol erreicht aktuell erstmals statistische Signifikanz (*), was auf einen geradezu sprunghaften Anstieg des intensiven Konsums seit 2010 zurückzuführen ist. In dieser Kategorie wird der höchste Wert über alle Befragungen hinweg erreicht. Analog ist der niedrigste Wert für einen weniger als einmal in der Woche stattfindenden Konsum (7%) festzustellen. Etwas deutlicher – wenngleich nicht signifikant – sind die Schwankungen bei der Konsumintensität von Cannabis; aktuell konsumieren genau zwei Fünftel der aktuell Konsumierenden täglich Haschisch oder Marihuana. Auch in dieser Kategorie erreicht der Wert den höchsten Stand aller Erhebungen, auch wenn er nur einen Prozentpunkt größer ist als der von 2004. Wieder etwas erhöht hat sich gegenüber der letzten Erhebung der Anteil derer, die selten Cannabis konsumieren (2012: 21%, 2014: 26%), während sich der Anteil der gelegentlich Konsumierenden parallel dazu verringert hat (2012: 48%, 2014: 34%; Abb. 5).

Der höchste Anteil an Intensivkonsument_innen ist mit aktuell drei Vierteln erstmalig bei Crack und nicht, wie bei den vorherigen Untersuchungen, bei Heroin festzustellen. Im Vergleich zur vorangehenden Erhebung haben sich die Werte fast punktgenau vertauscht (2012: Heroin 75%, Crack 65%; 2014: Heroin 64%, Crack 75%), was die derzeitige Dominanz von Crack in der Straßenszene verdeutlicht. Die entsprechende Veränderung bei Crack ist signifikant (**). Der (nahezu) tägliche Konsum von Benzodiazepinen hat sich hingegen seit 2008 relativ deutlich reduziert und erreicht im Turnusvergleich mit aktuell 25% der aktuellen Konsument_innen den niedrigsten Wert, womit sich die rückläufige Entwicklung aus dem Jahr 2012 klar fortgesetzt hat. Über den gesamten Beobachtungszeitraum gesehen ist diese Veränderung allerdings statistisch nicht signifikant. Berechnet man den Anteil der laut eigener Angabe täglichen Benzodiazepin-Konsument_innen in der gesamten Stichprobe, so ist dieser seit 2008 von 34% auf aktuell 5% zurückgegangen (2012: 9%; ***).

Statistisch signifikante Veränderungen zwischen den Erhebungen lassen sich auch für die Konsumhäufigkeit von Kokain beobachten, wobei die Signifikanz in erster Linie auf die Veränderungen zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen ist. Seinerzeit hatte sich sowohl der Gesamtanteil der aktuellen Konsument_innen als auch der Anteil der intensiv Konsumierenden in diesem Zeitraum drastisch reduziert, während für Crack eine umgekehrte Entwicklung festzustellen ist. Was die Veränderungen in den dann folgenden Befragungen betrifft, so zeigt sich für Kokainpulver, dass der intensive Konsum (innerhalb der wiederum leicht angewachsenen Gruppe der aktuell Konsumierenden) 2003 wieder angestiegen war und in den Folgejahren auf einem vergleichbaren Niveau verblieb. Im Jahr 2010 sank dann die Kennzahl für den intensiven Kokainkonsum auf den niedrigsten Stand aller Erhebungen, hat sich 2012 aber wieder auf 19% erhöht und aktuell nicht mehr verändert. Dafür zeigt sich in der – aktuell wieder kleiner gewordenen – Gruppe derer mit Kokain-30-Tages-Prävalenz, die an-

gegeben haben, auch mindestens einmal im Monat zu konsumieren, aktuell eine deutliche Verschiebung von seltenem hin zu gelegentlichen Konsum (s. Abb. 5).

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

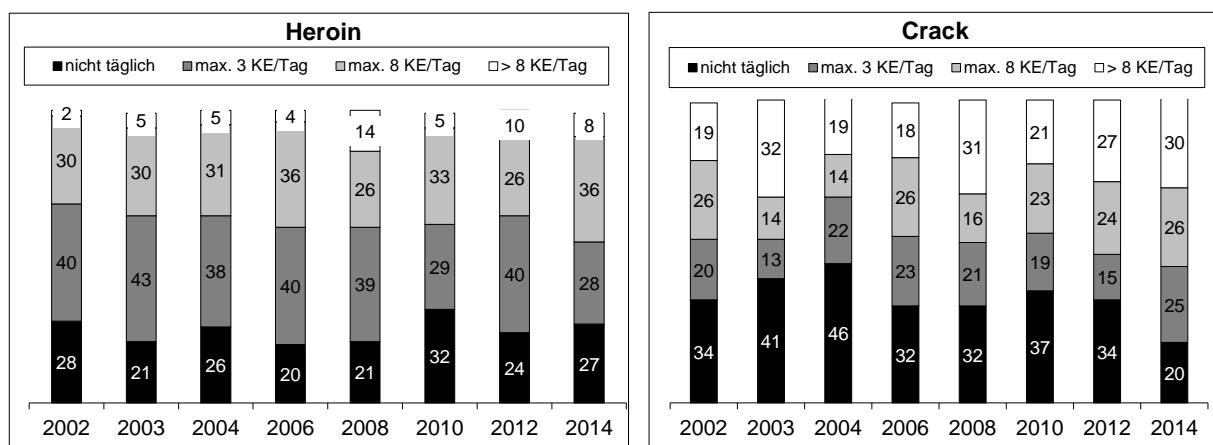


Für Crack lassen sich gewisse Schwankungen nach dem klaren Anstieg des monatlichen Konsums wie auch des Intensivkonsums von 1995 auf 2002 beobachten. Nach einem etwas höheren Anteil intensiv Konsumierender in der Erhebung 2006 und etwas niedrigeren Werten in den drei darauffolgenden Erhebungen ist der Intensivkonsum im aktuellen Berichtsjahr, im Einklang mit der gestiegenen 24-Stunden-Prävalenz (s. 4.2.2.), auf den bislang höchsten Wert angestiegen (s. Abb. 5).

Anhand der dargestellten Daten lässt sich festhalten, dass Heroin und Crack nicht nur bei der Betrachtung der generell konsumierten Drogen, sondern auch im Hinblick auf die Anteile täglicher Konsument_innen nach wie vor dominieren.

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

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



Bei Heroin stellen nun diejenigen, die drei bis acht Konsumeinheiten pro Tag konsumieren, die größte Gruppe dar, nachdem 2012 der Großteil der Befragten maximal drei Konsumeinheiten pro Tag zu sich nahm. Nur 2006 wurde ebenfalls bereits ein Wert von 36% der Befragten mit einem solchen Konsummuster erreicht. Allerdings war damals die Gruppe derer, die nur ein bis drei Konsumeinheiten pro Tag zu sich nahmen, stärker vertreten (40%). Lediglich ein knappes Drittel der Befragten lassen sich aktuell entsprechend einordnen. Fast genauso hoch ist 2014 die Zahl derer, die Heroin nicht täglich konsumieren. Etwas weniger als jede(r) Zehnte kann als exzessiver Heroinkonsument_innen, mit einem Gebrauch von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag, gelten. Im Turnusvergleich liegt damit der Anteil an exzessiven Heroinkonsumierenden vergleichsweise hoch, lediglich 2008 und 2012 konnte diesbezüglich ein größerer Anteil beobachtet werden. Trotz eines geringeren Anteils an exzessiv Konsumierenden und eines leicht höheren Anteils an nicht täglich Konsumierenden als 2012 deuten die Beobachtungen insgesamt weiterhin auf tendenziell exzessivere Heroin-Gebrauchsmuster in den letzten beiden Erhebungsjahren hin: So hat sich der Anteil an Befragten, die häufiger als dreimal täglich Heroin konsumieren, auf insgesamt 44% erhöht. Al-

Ierdings weisen sämtliche berichteten Veränderungen in Bezug auf Heroin keine statistische Signifikanz auf.

Bei Crack dagegen sind die Änderungen im Turnusvergleich signifikant (**). Mit aktuell 30% bilden erstmals die Intensivkonsument_innen mit mehr als acht Konsumeinheiten am Tag die größte Gruppe; dahinter folgt mit 26% ein gutes Viertel der Konsumenten mit dreibis achtmaligem Konsum und mit einem beinahe genauso großen Anteil diejenigen, die ein- bis dreimal am Tag Crack zu sich nehmen. Die Gruppe derer, die nicht täglich konsumieren, bildet – im Einklang zu den Resultaten zur Prävalenz und Konsumhäufigkeit – mit 20% hingegen erstmals den kleinsten Anteil der aktuell Konsumierenden. Aktuell haben sich die Konsummuster von Crack also derart in Richtung exzessiven Gebrauch entwickelt wie in keiner Erhebung zuvor. Im Vergleich zu Heroin sind damit deutlich mehr Crackkonsumierende exzessive Gebraucher_innen – zusätzlich dazu, dass es ohnehin mehr tägliche Crack- als Heroinkonsument_innen gibt.

4.2.4 Applikationsformen

Die Applikationsformen von Heroin, Kokain und Crack werden seit 2002 detailliert erhoben. Dabei werden die Interviewten jeweils nach ihrer bevorzugten Konsumform gefragt, wobei sie auch die Kombination von Applikationsformen angeben können. Die Applikationsform von Benzodiazepinen wird ebenfalls seit 2002 erhoben; Bis 2010 wurde jedoch, im Unterschied zu den drei anderen Substanzen, nicht nach der *bevorzugten* Applikation gefragt, sondern danach, ob diese Substanzen *mindestens einmal pro Woche* intravenös konsumiert werden. 2012 wurde die Erfassung der Benzodiazepin-Konsumformen der von Heroin, Kokain und Crack angeglichen, so dass Tabelle 12 dementsprechend nur Werte für die Jahre 2012 und 2014 enthält.

Im Turnusvergleich sind für Heroin, Kokain und Crack diverse signifikante Veränderungen zu beobachten (s. Tab. 12). Im Fall von Heroin lässt sich über den Erhebungsverlauf hinweg eine insgesamt signifikant rückläufige Tendenz für den intravenösen Konsum feststellen. Aktuell wird mit 58% der derzeitigen Konsument_innen, die Heroin überwiegend oder ausschließlich injizieren, der mit Abstand niedrigste Wert aller Befragungen erreicht. Damit hat sich der 2012 beobachtete Rückgang deutlich fortgesetzt. Gleichzeitig hat sich der Anteil für den nasalen Gebrauch (18%) und vor allem der Wert für den Rauchkonsum (9%) noch einmal leicht erhöht; der Anteil derjenigen, die etwa in gleichem Maße i.v. und nasal bzw. inhalativ konsumieren, hat sich im Vergleich zu 2012 sogar, auf aktuell 15%, verdreifacht. Bei diesen drei Werten liegen aktuell jeweils die höchsten Anteile seit Untersuchungsbeginn vor. Somit zeigt sich seit 2008 ein kontinuierlicher Trend weg vom intravenösen Konsum. Die Applikationsformen des „Sniefens“ und Rauchens haben dagegen an Bedeutung in der Szene gewonnen.

Auch die Applikationsformen von haben sich signifikant verändert: Während der Spritzkonsum nach 2002 deutlich angestiegen und der nasale Gebrauch parallel dazu klar zurückgegangen war, und sich in den Folgejahren an dieser Verteilung nur wenig geändert hatte, war 2012 wieder ein deutlicher Rückgang der intravenösen Konsumform und gleichzeitig ein bemerkenswerter Anstieg des nasalen Konsums zu verzeichnen. Diese Entwicklung setzt

sich aktuell fort; der intravenöse Konsum erreicht den Tiefststand seit Untersuchungsbeginn und analog dazu der nasale Konsum den Höchststand.

Im Jahr 2014 geben 46% der Befragten an, Crack ausschließlich zu rauchen, 14% injizieren die Substanz alleinig und 40% konsumieren das Kokainderivat sowohl intravenös als auch inhalativ. Im Turnusvergleich lässt sich dabei beobachten, dass sich der ausschließlich Rauchkonsum, nach einem vergleichsweise deutlichen Anstieg im Jahr 2003, bis 2010 reduziert hatte, seit 2012 aber wieder ansteigt und aktuell um sieben Prozentpunkte angewachsen ist. Demgegenüber ist der alleinig intravenöse Konsum, nach dem sprunghaften Anstieg 2006, wieder kontinuierlich zurückgegangen und erreicht 2014 einen ähnlich tiefen Wert wie 2003 oder 2004. Mit aktuell 86% ist auch insgesamt der Anteil derer, die das Kokainderivat überhaupt rauchen, nach dem klaren Rückgang in der Befragung 2006 wieder kontinuierlich angestiegen, während sich der generelle intravenöse Konsum von Crack über den Erhebungszeitraum hinweg nicht signifikant geändert hat. Insgesamt haben sich die praktizierten Crack-Applikationsformen damit weiter zugunsten des Rauchkonsums, der nun sehr deutlich die am häufigsten praktizierte Konsumform ist, verschoben.

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

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Heroin (n)	(98)	(99)	(108)	(113)	(116)	(99)	(110)	(113)	***
intravenös	93	90	84	84	87	81	74	58	
nasal	3	7	9	10	9	12	15	18	
rauchen	4	3	3	4	2	3	5	9	
intravenös und anderes	0	0	4	2	2	4	5	15	
Kokain (n)	(18)	(12)	(12)	(37)	(32)	(14)	(46)	(34)	***
intravenös	72	83	100	89	94	93	72	68	
nasal	17	17	0	8	6	0	24	26	
rauchen	11	0	0	3	0	0	0	0	
intravenös und anderes	0	0	0	0	0	7	4	6	
Crack (n)	(125)	(130)	(125)	(115)	(104)	(108)	(125)	(149)	***
ausschließlich rauchen	29	38	39	37	34	31	39	46	
ausschließlich intravenös	23	12	12	33	29	21	18	14	
rauchen und i. v. – v.a. rauchen	16	23	18	16	17	19	26	23	
rauchen und i. v. – v.a. i. v.	28	22	22	12	18	19	16	12	
rauchen und i. v. gleichberechtigt	4	5	9	3	2	9	1	5	n.s.
Crack (Mehrfachnennung)									
intravenös	71	62	61	63	66	69	61	54	
rauchen	77	88	88	67	71	79	82	86	
Benzodiazepine (n)							(43)	(43)	
oral	b	b	b	b	b	b	67	84	
intravenös	b	b	b	b	b	b	23	9	n.s.
intravenös und anderes	b	b	b	b	b	b	9	7	

^a bezogen auf diejenigen mit Konsum

^b keine Daten verfügbar

Trotz der Beobachtungen bei den einzelnen Substanzen, die insgesamt auf eine gewisse rückläufige Tendenz beim i.v. Konsum hindeuten, zeigt sich im Turnusvergleich kein signifikanter Rückgang des Anteils derer, die mindestens einmal pro Monat Drogen injizieren (2002/2003: 69%, 2004: 77%, 2006: 71%, 2008: 78%, 2010: 70%, 2012: 69%, 2014: 63%). Auch die Verbreitung des täglichen i.v. Konsums ist nicht signifikant zurückgegangen (2002/2003: 57%, 2004: 61%, 2006: 57%, 2008: 63%, 2010: 48%, 2012: 51%, 2014: 49%).

4.2.5 Die Konsummuster im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Abschließend werden die im Jahr 2014 beobachteten Konsummuster in der Frankfurter „Drogenszene“ anhand der relevanten Variablen zusammengefasst und auf geschlechtsbezogene Unterschiede hin untersucht. Berücksichtigt werden dabei die 24-Stunden-Prävalenzwerte von Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepinen, Kokain und Crack, die Angaben zum multiplen Konsum, zur Konsumintensität von Heroin, Crack und Benzodiazepinen sowie die praktizierten Applikationsformen.

Wie in Tabelle 13 abzulesen, nehmen Heroin und Crack für die Konsummuster der im Jahr 2014 Befragten eine dominierende Rolle ein, wenngleich das Kokainderivat wieder deutlich vor Heroin an der Spitze der Rangliste der konsumierten Substanzen liegt – in den letzten 24 Stunden haben mehr als drei Viertel der Befragten Crack und knapp zwei Drittel Heroin konsumiert. Weitere 51% haben in diesem Zeitraum Alkohol getrunken und etwa ein Drittel hat Cannabis geraucht; beide Substanzen haben in den letzten beiden Befragungen klar an Bedeutung hinzugewonnen. Eine im Vergleich zu den Vorjahren deutlich geringere Rolle nimmt mit nur noch 13% der Konsum von Benzodiazepinen für die aktuellen Gebrauchsmuster der Szenezugehörigen ein. Nach wie vor lassen sich die Drogengebrauchsmuster der Befragten als multipler Konsum charakterisieren: In den letzten 30 Tagen haben die Interviewpartner_innen durchschnittlich 4,4 Substanzen, in den vergangenen 24 Stunden 2,7 Substanzen zu sich genommen.

Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede zeigen sich aktuell für die 24-Stunden-Prävalenz lediglich beim Alkohol. Mit 59% gegenüber 35% haben deutlich mehr Männer als Frauen in den zurückliegenden 24 Stunden Alkohol konsumiert. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der 24-Stunden-Prävalenz von Crack (Männer: 82% vs. Frauen: 86%) erreichen in der aktuellen Erhebung keine statistische Signifikanz. Außerdem wird Kokain von mehr als doppelt so vielen Männern wie Frauen konsumiert, wobei die Zahlen insgesamt überschaubar sind (13% bzw. 6%). Abgesehen von Cannabis, dessen Prävalenz bei den Männern ebenfalls über jener der Frauen liegt, unterscheiden sich die 24-Stunden-Prävalenzraten zwischen den Geschlechtern für alle anderen Substanzen kaum. Die durchschnittliche Anzahl der in den letzten 24 Stunden konsumierten Drogen liegt bei den männlichen Befragten signifikant über dem Wert der befragten Frauen. Die Anzahl der im letzten Monat konsumierten Drogen unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern hingegen nicht signifikant (s. Tab. 13).

Bei der Konsumintensität verteilen sich die befragten Heroinkonsument_innen zunächst zu jeweils rund einem Viertel auf die nicht täglichen Konsument_innen und die täglich

zwischen ein- und dreimal Konsumierenden. Mit 36% konsumiert die größte Gruppe das Opiat drei- bis achtmal täglich. Fast ein Zehntel der Interviewten konsumiert noch häufiger, d.h. mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag. Noch exzessivere Gebrauchsmuster sind beim Crackkonsum zu beobachten: Fast ein Drittel der aktuell Gebrauchenden konsumiert das Kokainderivat mehr als achtmal täglich; nur ein Fünftel nimmt die Substanz nicht täglich zu sich. Je ein Viertel der Konsumenten nimmt täglich ein bis drei, bzw. drei bis acht Konsumeinheiten zu sich.

Tabelle 13: Konsummuster im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede (%)

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
24-Stunden-Prävalenz (%)				
Alkohol	51	59	35	**
Cannabis	31		22	n.s.
Heroin	63		65	n.s.
Benzodiazepine	13		12	n.s.
Kokain	11		6	n.s.
Crack	83		86	n.s.
Anzahl konsumierter Substanzen (AM ± SD)				
letzte 30 Tage	4,4 (± 1,8)	4,6 (± 1,8)	4,2 (± 1,7)	n.s.
letzte 24 Stunden	2,7 (± 1,3)		2,3 (± 1,1)	*
Konsumintensität (%)^a				
Heroin		26	29	*
nicht täglich	27		15	
max. 3 KE / Tag	28		44	
max. 8 KE / Tag	36		12	
> 8 KE / Tag	8			
Crack		23	15	**
nicht täglich	20		13	
max. 3 KE / Tag	25		22	
max. 8 KE / Tag	26		50	
> 8 KE / Tag	30			

^a bezogen auf diejenigen mit Konsum

Für die Intensität des Heroingebrauchs lassen sich im Jahr 2014 signifikante geschlechtsbezogene Differenzen beobachten, die auf intensivere Konsummuster bei den befragten Frauen hinweisen. Während die größte Gruppe bei den Männern (35%) Heroin maximal dreimal am Tag zu sich nimmt, stellen bei den Frauen diejenigen, die das Opiat bis zu achtmal täglich konsumieren, den größten Anteil (44%). Und auch ein exzessiver Heroingebrauch von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag findet sich häufiger unter den weiblichen Befragten. Noch deutlicher sind die Differenzen bezüglich der Konsumintensität von Crack: Während 50% der Frauen das Kokainderivat exzessiv konsumieren und weitere 22% einen täglichen Crackgebrauch von drei bis acht Konsumeinheiten aufweisen, trifft Gleiches nur auf 18% bzw. 28% der Männer zu. Während also insgesamt nahezu drei Viertel der Crackkonsumentinnen mehr als dreimal am Tag konsumieren, trifft dies auf weniger als die Hälfte der männ-

lichen Konsumenten zu. Insgesamt zeigt sich im Jahr 2014 ein Bild, nach dem die Männer auf der Szene in etwas stärkerem Maße einen multiplen Substanzgebrauch praktizieren, während die Frauen im Schnitt stärker zu exzessiven Gebrauchsmustern bei den beiden meistkonsumierten Substanzen Heroin und Crack neigen.

Richtet sich der Blick abschließend auf die Applikationsformen (s. Tab. 14), so zeigt sich zunächst, dass bei Heroin zwar nach wie vor die intravenöse Konsumform dominiert, aber nicht mehr so deutlich wie in den Vorjahren. Crack wird hingegen von 40% der Befragten sowohl geraucht als auch injiziert. Weitere 46% praktizieren ausschließlich einen inhalativen Crackkonsum und 14% spritzen die Substanz ausschließlich. Bei den Benzodiazepin-Konsument_innen gibt ein knappes Zehntel an, die Substanzen intravenös zu applizieren.

Tabelle 14: Applikationsformen von Heroin, Crack und Benzodiazepinen im Jahr 2014 (%): geschlechtsbezogene Unterschiede

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Heroin				**
intravenös	58	64	47	
nasal	18	21	11	
rauchen	9	4	18	
i.v. und anderes	15	11	24	
Crack				n.s.
ausschließlich rauchen	46	44	49	
ausschließlich intravenös	14	17	8	
rauchen und i.v. – vor allem rauchen	23	19	33	
rauchen und i.v. – vor allem i.v.	12	13	10	
rauchen und i.v. gleichberechtigt	5	7	0	
Benzodiazepine				n.s.
oral	84	84	83	
intravenös	9	10	8	
i.v. und anderes	7	6	8	

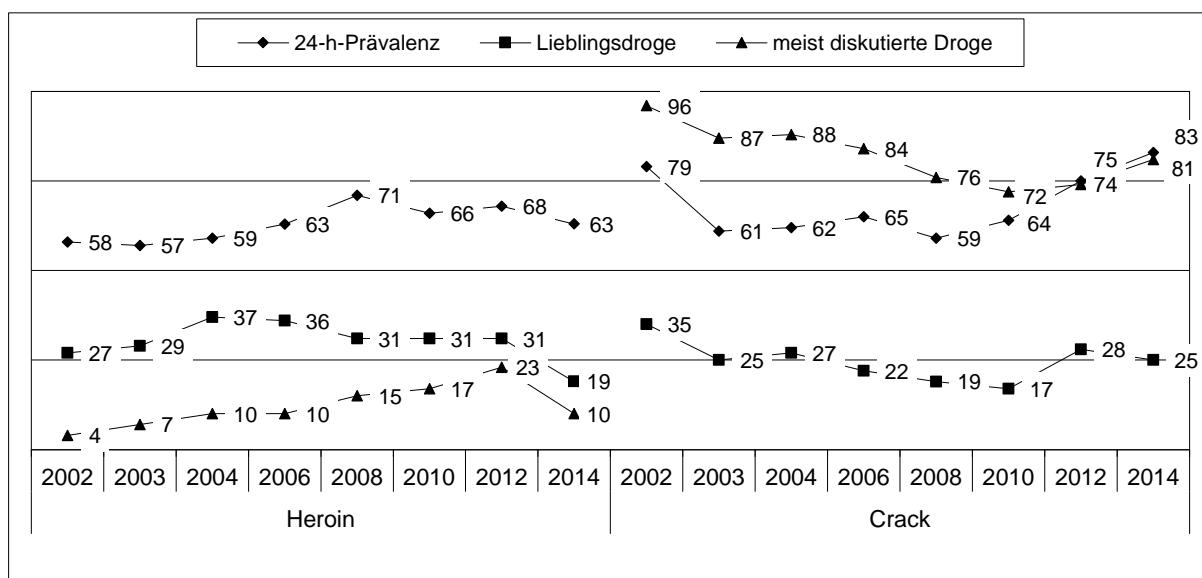
Bei der geschlechtsbezogenen Betrachtung zeigen sich Unterschiede für die Applikationsformen von Heroin. Demnach konsumieren Frauen die Droge seltener ausschließlich intravenös als die befragten Männer. Der nasale Konsum von Heroin ist bei Männern die zweitverbreiteste Konsumform, während bei den Frauen das Rauchen stärker verbreitet ist. Bei Crack sind dagegen keine signifikanten Differenzen festzustellen, obwohl Männer das Kokaiderivat häufiger ausschließlich intravenös konsumieren. Insgesamt nehmen die weiblichen Befragten etwas häufiger als die männlichen Befragten Crack zumindest gelegentlich mittels Rauchkonsum zu sich (92% vs. 83%). Bei den Applikationsformen von Benzodiazepinen schließlich zeigt sich kein nennenswerter Geschlechterunterschied (s. Tab. 14).

4.3 Meinungen über Drogen

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

Im Zeitverlauf sind dabei einige bemerkenswerte Entwicklungen zu beobachten, die teilweise parallel zur Veränderung der Prävalenzraten verlaufen, teilweise aber auch unabhängig davon. In diesem Jahr liegt bei der Frage nach der „Lieblingsdroge“ Crack mit 28% auf dem ersten Rang; dies trotz eines leichten Rückgangs im Vergleich zum Vorjahr (in dem der Wert klar angestiegen war). Das in den Vorjahren am häufigsten als Lieblingsdroge genannte Heroin hat allerdings noch weitaus deutlicher an Popularität eingebüßt: nachdem der entsprechende Wert in sämtlichen Erhebungen zuvor zwischen 27% und 37% gelegen hatte, ist er mit 19% nunmehr auf einen deutlich niedrigeren Stand zurückgegangen (s. Abb. 7). Bei der Frage nach der „meist diskutierten“ Drogen wird Crack mit 81% mit Abstand am häufigsten genannt. Damit hat sich der 2012 beobachtete Anstieg – nach zuvor nahezu kontinuierlichem Rückgang – fortgesetzt. Demgegenüber war für Heroin bei dieser Frage bis 2012 ein kontinuierlicher Anstieg zu beobachten, auf den in der aktuellen Erhebung ein sehr deutlicher Rückgang, auf aktuell 10%, folgte.

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



Insofern lässt sich wie bereits 2012 beobachten, dass der Anstieg der 24-Stunden-Prävalenz von Crack mit einer Zunahme der Nennungen der Substanz als meist diskutierte Droge einhergeht. Nicht fortgesetzt hat sich hingegen der in der letzten Befragung ebenfalls parallel verlaufende Anstieg der Nennungen von Crack als Lieblingsdroge. Bei Heroin sind parallel zum – geringen – Rückgang der 24-Stunden-Prävalenz deutliche Rückgänge bei den Nennungen des Opiats als Lieblingsdroge und meist diskutierte Droge zu beobachten (s. Abb. 7).

Bemerkenswerte Änderungen sind 2014 auch bei den anderen Antwortoptionen bei der Frage nach der Lieblingsdroge sowie der meist diskutierten Droge festzustellen. So geht z.B. der Umstand, dass sowohl Crack als auch Heroin seltener als Lieblingsdroge genannt werden, mit einem starken Anstieg der Nennungen für „ich habe keine Lieblingsdroge“ einher: Mit 24% (2012: 1%) wird hier klar der höchste Anteil aller Erhebungen erreicht, während dieser zuvor zwischen 1% und 11% schwankte. Für diesen deutlichen Anstieg gibt es keine schlüssige Erklärung, und es ist auch nicht anzunehmen, dass dies mit der Erhebungsmethode zusammenhängt⁹. Auf Platz drei bei den Lieblingsdrogen liegt mit 9% Pulverkokain, dessen Wert sich nach diversen Schwankungen im Vergleich zu 2012 (4%) wieder erhöht hat. Demgegenüber ist der Anteil für Cannabis nach dem deutlichen Anstieg in der vorherigen Befragung (17%) wieder auf 8% zurückgegangen. Auf dem fünften Rang liegt mit 7% der Nennungen ein Cocktail aus Heroin und Crack; hier sind im Zeitverlauf keine nennenswerten Veränderungen festzustellen. Abgesehen von Alkohol (3%) wird für keine weitere Droge ein Wert über 1% erreicht; dies gilt auch für Benzodiazepine, die wie bereits 2012 von keinem einzigen Befragten mehr als bevorzugte Substanz genannt werden.

Bei der Frage nach der meist diskutierten Droge erzielen 2014 alle anderen Substanzen außer Crack und Heroin einen Wert von maximal 1%. Abgesehen von den in Abb. 7 dargestellten Verschiebungen bei Heroin und Crack ist die einzige erwähnenswerte Veränderung, dass die Nennungen für „weiß nicht“ (wieder) von 0% auf 7% angestiegen sind.

Bezüglich der Frage nach der am stärksten abgelehnten Droge wird im Jahr 2014 erstmals Crystal Meth am häufigsten genannt (30%), also eine Substanz, die im Szenealltag praktisch nicht präsent ist. Die Nennungen für diese Droge haben sich seit der letzten Befragung, als Crystal Meth erstmals als Antwortkategorie verfügbar war (13%), mehr als verdoppelt. Deutlich seltener als 2012 wird LSD als meist abgelehnte Droge genannt, das in fast allen Vorjahren noch Rang 1 in dieser Liste einnahm (2012: 17%, 2014: 9%). Von ebenfalls jeweils 9% werden bei dieser Frage Heroin und Crack angeführt, und auch Alkohol wird noch von einer nennenswerten Anzahl Befragter (7%) angegeben. Alle anderen Substanzen erreichen maximal 4%. Abgesehen vom massiven Bedeutungsgewinn für Crystal Meth in den letzten vier Jahren zeigen sich bei dieser Frage über den gesamten Turnus keine klaren Veränderungen.

Signifikante Veränderungen gibt es auch bei der Frage danach, welche bislang noch nicht konsumierte Substanz die Interviewten gerne einmal probieren würden. Bei allen Befragungen antworten zwar mehr als zwei Drittel, dass es eine solche Substanz nicht gebe; seit einigen Jahren werden allerdings diesbezüglich noch höhere Anteile erreicht (2002: 70%, 2003: 76%, 2004: 69%, 2006: 69%, 2008: 76%, 2010: 81%; 2012: 81%, 2014: 78%; **). In der aktuellen Befragung erzielt Crystal Meth mit 5% den höchsten Anteil – der großen Gruppe, die diese Substanz explizit ablehnen, steht also eine kleine Gruppe von diesbezüglich Neugierigen gegenüber. Ansonsten sind Ecstasy (3%) und Opium (2%) die einzigen einzelnen Stoffe, die von mehr als 1% der Befragten genannt werden.

⁹ Die vorgegebenen Antwortoptionen unterscheiden sich nicht von denen des zuvor eingesetzten Papierfragebogens, und bei den Antworten auf ähnlich gestellte Fragen gibt es keine derart starken Veränderungen zu beobachten.

4.4 Der „Alltag auf der Szene“

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

4.4.1 Dauer und Häufigkeit des Aufenthalts auf der Szene

Die Angaben dazu, seit wann die Befragten die Straßen-Drogenszene in Frankfurt regelmäßig aufsuchen, weisen eine sehr große Spanne von einem Monat bis zu 37 Jahren auf; der Mittelwert liegt bei 11,1 ($\pm 8,7$) Jahren. Bei einem Median¹⁰ von 9 hält sich die Hälfte der im Jahr 2014 Befragten seit neun Jahren und länger regelmäßig auf der Szene auf. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungen¹¹. Nach wie vor besteht eine signifikant positive Korrelation zwischen der Dauer des „Szeneaufenthalts“ und dem Lebensalter, das heißt, je älter die Befragten sind, desto länger halten sie sich auch auf der Szene auf (***)

Neben der Gruppe der langjährigen Szenegänger_innen gibt es jedoch auch eine nennenswerte Zahl an Drogenkonsumierenden, die mit einer maximalen Dauer von zwei Jahren erst seit vergleichsweise kurzer Zeit regelmäßig die Szene aufsuchen – 2014 trifft dies auf 16% der Befragten zu. Eine eindeutige Tendenz ist für diese Gruppe über den Beobachtungszeitraum nicht erkennbar: Seit 2002 schwankte der Anteil in beide Richtungen zwischen 11% und 26%. Aktuell ist der Anteil wieder etwas zurückgegangen und erreicht mit 16% einen unterdurchschnittlichen Wert. Dem Zusammenhang zwischen der Dauer des „Szeneaufenthalts“ und dem Lebensalter entsprechend, zeigen sich relativ deutliche Unterschiede in der Altersstruktur zwischen denjenigen mit vergleichsweise kurzem Szeneaufenthalt und den übrigen Befragten: während z.B. 60% der maximal 25-Jährigen höchstens zwei Jahre auf der Szene unterwegs sind, trifft dies auf lediglich 6% der mindestens 46-Jährigen zu. Insgesamt sind die „Szene-Neueinsteiger_innen“ mit einem Durchschnittsalter von 34,5 Jahren rund fünf Jahre jünger als diejenigen, die sich bereits seit über zwei Jahren auf der Drogenszene aufhalten (38,3 Jahre). Diese Differenz hatte sich in den vergangenen Jahren mehrfach vergrößert und (wie auch 2014) wieder verkleinert (2012: 32,8 vs. 38,3 Jahre, 2014: 34,5 vs. 39,4 Jahre), ohne dass sich eine klare Tendenz zeigen würde. Über den gesamten Erhebungszeitraum betrachtet, ist in beiden Gruppen das Durchschnittsalter angestiegen und erreicht aktuell den jeweils höchsten Wert aller Erhebungen.

In allen Befragungen lässt sich beobachten, dass sich die Interviewten sehr häufig und lange – im Durchschnitt 5 bis 6 Tage pro Woche, jeweils 7 bis 11 Stunden – auf der Szene

¹⁰ 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.

¹¹ 2002: 10,5 ($\pm 8,5$) Jahre; 2003: 12,3 ($\pm 8,6$) Jahre; 2004: 11,7 ($\pm 9,6$) Jahre; 2006: 13,1 ($\pm 9,2$) Jahre; 2008: 11,5 ($\pm 9,0$) Jahre; 2010: 12,8 (± 10) Jahre; 2012: 11,2 ($\pm 9,4$) Jahre; 2014: 11,1 ($\pm 9,4$) Jahre; n.s.

aufzuhalten. Während sich die Anzahl der Tage, die die Befragten pro Woche auf der Szene verbringen, über den Erhebungsverlauf kaum verändert hat, sind die Unterschiede bezüglich der täglich auf der Drogenszene verbrachten Stunden statistisch signifikant. Hier hatte sich der entsprechende Wert zwischen 2003 und 2010 zunächst von 9,7 Stunden auf 7,3 Stunden reduziert, ist aber in den letzten beiden Erhebungen sehr deutlich, um insgesamt über vier Jahre, angestiegen und erreicht 2014 mit 11,5 Stunden den klar höchsten Wert aller Erhebungen.¹² Der Anteil derer, die sich täglich auf der Szene aufzuhalten, lag in den Erhebungen 2003 bis 2010 bei jeweils rund zwei Dritteln, stieg 2012 dann vergleichsweise deutlich an; aktuell wird ein ähnlicher Wert erreicht (2002: 57%, 2003: 65%, 2004: 69%; 2006: 63%, 2008: 67%, 2010: 62%, 2012: 71%, 2014: 70%; **). Die Kennzahl für die sich täglich länger als zwölf Stunden auf der Szene aufhaltenden Befragten war zwischen 2003 und 2010 relativ deutlich auf 22% zurückgegangen, ist jedoch bereits 2012, insbesondere aber in der aktuellen Erhebung, deutlich angewachsen und erreicht mit 48% den höchsten Wert aller Befragungen (2002: 37%, 2003: 43%, 2004: 31%; 2006: 27%, 2008: 27%, 2010: 22%, 2012: 29%; **). Es ist also eine Tendenz zu längeren Aufenthalten auf der Szene zu beobachten.

Der am häufigsten genannte Grund für den Szenekontakt ist unverändert der Erwerb von Drogen (86%), gefolgt von dem sozialen Motiv „Leute treffen“ (73%) sowie schlichter „Langeweile“ (58%). Weitere 42% der Befragten nennen das Abwickeln von Geschäften als Grund für den Szeneaufenthalt und 31% den Verkauf von Drogen. Für 19% ist die Substitution und für 11% „Service machen“ ein Motiv für den Szeneaufenthalt (Tab. 15).

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

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Drogen kaufen	89	79	81	81	93	84	94	86	***
Leute treffen	68	73	68	78	77	71	79	73	n.s.
Langeweile	41	46	52	65	59	56	63	58	***
Geschäfte abwickeln	42	41	46	53	47	36	41	42	n.s.
Drogen verkaufen	31	33	41	37	34	26	27	31	n.s.
bedingt durch Substitution	14	31	33	35	26	41	34	19	***
Service machen	9	9	7	11	7	10	11	11	n.s.

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

Bei den genannten Motiven zeigen sich zwischen den Befragungen zum Teil signifikante Unterschiede, die jedoch jeweils keine klare Tendenzentwicklung anzeigen. Teilweise sind in der aktuellen Befragung nach Anstiegen im Vorjahr wieder Anstiege zu beobachten, teilweise auch Rückgänge. Am auffälligsten ist dabei der aktuell sehr deutliche Rückgang bei den Befragten, die eine Substitutionsbehandlung als Aufenthaltsmotiv angeben – dieser Anteil hat sich seit 2010 mehr als halbiert und erreicht den zweitniedrigsten Wert aller Erhebungen seit 2002. Betrachtet man ausschließlich die Gruppe der Substituierten, so fällt dieser Rück-

¹² Tage pro Woche: 1995: 5,4 (\pm 2,3) Tage, 2002: 5,0 (\pm 2,5) Tage, 2003: 5,5 (\pm 2,2) Tage, 2004: 5,6 (\pm 2,3) Tage, 2006: 5,6 (\pm 2,1) Tage, 2008: 5,8 (\pm 2,0) Tage, 2010: 5,5 (\pm 2,2) Tage, 2012: 5,8 (\pm 2,1) Tage (n.s.), 2014: 5,8 (\pm 2,0) Tage; n.s. Stunden: 1995: 9,0 (\pm 7,6) Stunden, 2002: 9,6 (\pm 8,0) Stunden, 2003: 9,7 (\pm 6,6) Stunden, 2004: 8,3 (\pm 6,5) Stunden, 2006: 8,0 (\pm 6,7) Stunden; 2008: 8,2 (\pm 6,2) Stunden; 2010: 7,3 (\pm 5,7) Stunden, 2012: 9,5 (\pm 6,5) Stunden, 2014: 11,5 (\pm 8,5) Stunden; ***.

gang aktuell noch drastischer aus; nur noch 40% bezeichnen die Substitution als einen Grund für den Szeneaufenthalt (2002: 50%, 2003: 72%, 2004: 71%, 2006: 74%, 2008: 53%, 2010: 72%, 2012: 78%; **). Dies kann als positive Entwicklung betrachtet werden, da die Loslösung vom konsumierenden Umfeld eines der Ziele der Substitutionsbehandlung darstellt.

Bei der im Jahr 2012 neu aufgenommenen Frage danach, inwiefern die Befragten an Geldspielautomaten spielen, zeigt sich, dass mehr als die Hälfte (52%) der Befragten angeben, zumindest gelegentlich an Automaten zu spielen: Bei 5% beschränkt sich dies auf einige Male pro Jahr, jeweils 14% spielen ein bis zwei Mal pro Monat bzw. etwa einmal pro Woche. Mit 18% gibt ein durchaus relevanter Anteil an Befragten an, nahezu täglich an Geldspielautomaten zu spielen. Im Vergleich zur Vorerhebung zeigt sich zwar keine signifikante Änderung, jedoch ist der Gesamtanteil derer, die mindestens gelegentlich spielen, von 44% auf 52% angestiegen. Diese Entwicklung ist allerdings fast ausschließlich auf eine (ebenfalls nicht signifikante) Zunahme moderat Spielender (1-2x im Monat) zurückzuführen. Das Phänomen am Automaten spielender Szeneangehöriger ist also zumindest nicht rückläufig.

4.4.2 Die Orte des Konsums

Neben dem Erwerb und dem Verkauf von Drogen findet auch der Konsum selbst in erheblichem Maße auf der Drogenszene statt – dies zum Teil wie gesundheits- und ordnungspolitisch intendiert in den Drogenkonsumräumen, teilweise jedoch auch in der Öffentlichkeit. Seit 2002 werden die befragten Drogengebraucher_innen nach den Orten des intravenösen Konsums und des Crackrauchens befragt. In den Erhebungen 2002 und 2003 wurde nur nach dem überwiegenden Konsumort gefragt, seit 2004 können zusätzlich auch andere genutzte Orte genannt werden. Der nachfolgende Vergleich beschränkt sich zunächst auf den Ort, von dem die Befragten angeben, dass sie dort meistens konsumieren.

Im Ergebnis zeigen sich sowohl Veränderungen zwischen den einzelnen Befragungen als auch deutliche Unterschiede zwischen dem intravenösen Konsum und dem Crackrauchen (s. Tab. 16). Nach wie vor findet der intravenöse Konsum in erster Linie in den Konsumräumen statt – diese werden von jeweils deutlich mehr als der Hälfte der Interviewten als überwiegender Ort angegeben (aktuell: 72%). 18% der im Jahr 2014 Befragten injizieren hauptsächlich auf der Straße und 10% vorwiegend zu Hause bzw. in privaten Räumlichkeiten. Andere bevorzugte Konsumorte wurden im Berichtsjahr von keinem einzigen Befragten genannt; dies betrifft auch die Öffentlichkeit außerhalb des Bahnhofsviertels. Im Turnusvergleich ist der Anteil derjenigen, die überwiegend in den Konsumräumen injizieren, aktuell leicht zurückgegangen, erreicht aber noch den zweithöchsten Stand aller Erhebungen. Die Entwicklung der letzten beiden Erhebungen, als vergleichsweise geringe Werte für die Straße als meist genutzten Ort für den i.v. Konsum beobachtet wurden, hat sich im aktuellen Berichtsjahr nicht fortgesetzt: Insbesondere der Spritzkonsum auf den Straßen des Bahnhofsviertels hat wieder relativ klar zugenommen und erreicht nahezu die Werte der beiden ersten Szenebefragungen. Gleichzeitig ist der Anteil an Befragten, die vor allem in privaten Räumlichkeiten i.v. konsumieren, so niedrig wie in keiner vorherigen Befragung (s. Tab. 16).

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

	Intravenöser Konsum ^a								Sig.	Rauchkonsum von Crack ^a								Sig.
	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014		2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	
Zuhause/privat	16	19	22	23	19	18	11	10	**	21	16	16	22	12	27	14	6	***
auf der Straße	19	20	20	8	17	6	6	18		67	77	74	61	79	61	64	77	
in öffentlichen Gebäuden	1	1	1	0	1	0	1	0		3	1	0	0	0	2	3	0	
im Konsum- bzw. Rauchraum	64	56	55	63	57	69	75	72		0	0	1	3	0	0	3	9	
sonstiges	0	4	3	3	1	2	2	0		9	7	9	3	1	4	4	3	
Straße (nicht Bahnhofsviertel)	0	0	0	4	3	1	5	0		0	0	0	12	5	6	12	5	

^a bezogen auf diejenigen mit intravenösem Konsum bzw. auf Crackraucher_innen

Mit 77% geben die meisten im Jahr 2014 Befragten an, Crack überwiegend auf der Straße zu rauchen; zusätzlich konsumieren 5% bevorzugt auf der Straße außerhalb des Bahnhofsviertels. Mit 9% gibt knapp jede_r Zehnte an, bevorzugt im Konsumraum Crack zu rauchen, und 6% konsumieren in erster Linie zuhause bzw. in privaten Räumlichkeiten. Wie beim i.v. Konsum zeigen sich auch beim Crackrauchen statistisch signifikante Veränderungen. Aktuell ist der Anteil für Konsum auf der Straße wieder angestiegen, wobei er allerdings zuvor relativ uneinheitlich zwischen etwa 60% und 80% schwankte. Gleichzeitig ist die Anzahl derer, die vor allem in der Öffentlichkeit außerhalb des Bahnhofsviertels Crack rauchen, wieder zurückgegangen. Nochmals deutlich zurückgegangen ist der Anteil an Crackkonsumierenden, die in erster Linie zu Hause Crack rauchen; mit 6% wird der niedrigste Wert seit 2002 erreicht. Der bislang mit Abstand höchste Anteil aller Erhebungen ist hingegen für die Nutzung eines Konsumraums zum Crackrauchen zu beobachten. Insgesamt hat sich im Hinblick auf die Konsumorte für intravenösen Konsum und Crackrauchen die 2012 beobachtete Tendenz zu einer abnehmenden Bedeutung von Privaträumen fortgesetzt.

Seit 2004 werden die Befragten um die Erstellung einer Rangreihe der Konsumorte entsprechend der Nutzungshäufigkeit gebeten. Somit liegen neben der überwiegenden Inanspruchnahme auch Angaben darüber vor, inwiefern bestimmte Orte überhaupt für den Konsum genutzt werden. Im Ergebnis zeigt sich, dass das Crackrauchen unverändert bei einer großen Mehrheit der Konsument_innen (88%) zumindest gelegentlich auf der Straße im Bahnhofsviertel stattfindet, 39% der Befragten rauchen Crack zu Hause, immerhin 24% nutzen hin und wieder den Rauchraum und 20% rauchen (auch) auf der Straße außerhalb des Bahnhofsviertels. Hinsichtlich des intravenösen Konsums ist über alle Befragungen hinweg festzustellen, dass die Konsumräume von über 80% der i.v. Konsumierenden zumindest gelegentlich frequentiert werden (2014: 85%) und insofern eine hohe Nutzungsrate aufweisen. Intravenöser Konsum findet jedoch nach wie vor auch in nennenswertem Umfang auf der Straße statt – aktuell geben 45% i.v. Konsumierende an, manchmal auf der Straße im Bahnhofsviertel zu injizieren, womit der bisherige Spitzenwert aus der vorherigen Befragung

(44%) leicht übertrffen wird. Ebenfalls nochmals leicht angestiegen ist der Wert für den Konsum auf der Straße außerhalb des Bahnhofsviertels, liegt aber mit 12% noch unter den Anteilen von 2006 und 2008 (je 15%). Aktuell etwas zurückgegangen, von 48% auf 43%, ist hingegen die Nutzung von Privaträumen als Ort für den i.v. Konsum. Im Unterschied zur überwiegenden Nutzung (Tab. 16) hat sich die generelle Nutzung des Rauchraums nicht erhöht, sondern liegt ungefähr auf dem Niveau von 2012 (25%).

4.4.3 Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung

In diesem Abschnitt werden die Veränderungen im Schwarzmarktgeschehen in der Frankfurter „offenen Drogenszene“ anhand der Verfügbarkeit, der Qualität und der Preise von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen dargestellt. Letztere werden seit 2012, nach der kompletten BtmG-Unterstellung von Flunitrazepam, in zwei Kategorien abgefragt.

Am leichtesten erhältlich werden demnach aktuell Benzodiazepine außer Flunitrazepam eingeschätzt: 98% bezeichnen diese als leicht oder sehr leicht erhältlich, nahezu ebenso hohe Werte für leichte Erhältlichkeit zeigen sich für die zwei „Leitsubstanzen“ Heroin und Crack. Demgegenüber wird Kokain von rund zwei Dritteln, Flunitrazepam sogar von 87% der Befragten als schwer erhältlich bezeichnet (s. Tab. 17).

Im Turnusvergleich zeigen sich signifikante Veränderungen, die im Fall von Heroin und Crack allerdings nicht überbewertet werden sollten, da diese Substanzen durchweg von mindestens 87% als mindestens leicht erhältlich bezeichnet werden. In diesem Jahr hat sich die subjektive Verfügbarkeit jeweils wieder leicht erhöht. Wieder etwas zurückgegangen ist laut den Befragten hingegen die Verfügbarkeit von Pulverkokain, die 2012 noch einen Höchstwert erreicht hatte. Bemerkenswerte Entwicklungen zeigen sich bei den Benzodiazepinen, die bis 2010 durchweg ähnlich leicht verfügbar eingeschätzt wurden wie Heroin und Crack. Nach der BtmG-Unterstellung 2011 wurde Flunitrazepam (das, entsprechend Aussagen aus der Drogenhilfe, zuvor den Benzodiazepinmarkt klar dominiert hatte) im Jahr 2012 von 89% als schwer erhältlich bezeichnet; gleichzeitig wurde auch die Verfügbarkeit anderer „Benzos“ nicht mehr ganz so leicht eingeschätzt wie zuvor – 22% beurteilten deren Verfügbarkeit als schwer oder sehr schwer. 2014 hat sich dies aber wieder umgekehrt: Nur noch 2% gingen von einer schwierigen Erhältlichkeit dieser Substanzen aus.

Dementsprechend zeigt sich auch bei den Benzodiazepinen ein gebrochenes Bild, was den Zusammenhang zwischen Verfügbarkeit und Konsumprävalenz betrifft: Während die 24-Stunden-Prävalenz nochmals recht deutlich gesunken ist, hat sich die Erhältlichkeit wieder erhöht. Daraus lässt sich folgern, dass sich die zuvor hohe Verbreitung der Medikamente zum größten Teil auf die (zuvor relativ leicht verfügbare) Substanz Flunitrazepam beschränkte; sämtliche anderen „Benzos“ sind also derart wenig beliebt, dass auch eine höhere Verfügbarkeit nicht den abnehmenden Trend beim Konsum aufzuhalten vermag. Auch bei den übrigen abgefragten Drogen Heroin, Kokain und Crack waren über den Erhebungszeitraum nur ausgesprochen bedingte Zusammenhänge zwischen Verfügbarkeit und Konsum zu beobachten.

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

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Heroin									
leicht / sehr leicht	88	93	95	95	87	97	90	97	**
schwer / sehr schwer	12	7	5	5	13	3	10	3	
Kokain									
leicht / sehr leicht	14	26	14	28	27	25	45	32	***
schwer / sehr schwer	86	74	86	72	73	75	55	68	
Crack									
leicht / sehr leicht	94	97	95	95	88	99	94	97	**
schwer / sehr schwer	6	3	5	5	12	1	6	3	
Flunitrazepam/ Rohypnol® ^a									
leicht / sehr leicht	b	b	b	b	b	b	11	13	n.s.
schwer / sehr schwer	b	b	b	b	b	b	89	87	
(andere) Benzodiazepine ^a									
leicht / sehr leicht	b	b	97	90	95	94	78	98	(***)
schwer / sehr schwer	b	b	3	10	5	6	22	2	

^a 2012 wurde die Verfügbarkeit erstmalig getrennt nach Flunitrazepam (Rohypnol®) und anderen Benzodiazepinen erhoben. In der Kategorie (andere) Benzodiazepine sind bis 2010 die Antworten für Benzodiazepine generell, ab 2012 die für Benzodiazepine außer Flunitrazepam enthalten. Daher kann auch keine Signifikanz für den gesamten Zeitraum angegeben werden. Die hier angegebene Signifikanz bezieht sich auf die Veränderung zwischen 2012 und 2014.

^b nicht erhoben

Bei den Einschätzungen zur Qualität der drei abgefragten Substanzen, die die Befragten zurzeit konsumieren, sind jeweils signifikante Veränderungen zu beobachten (Tab. 18). Im Fall von Heroin hat sich der in beiden Vorerhebungen beobachtete subjektiv wahrgenommene Rückgang der Qualität nochmals deutlich fortgesetzt: Zwar beurteilen nicht weniger Befragte als 2012 die Qualität als gut, aber dafür gehen deutlich mehr Befragte – nahezu doppelt so viele wie 2006 – von einer schlechten oder sehr schlechten Qualität aus.

Im Falle von Crack zeigt sich im Vergleich zu 2012 zwar ein etwas höherer Anteil derer, die die Qualität als gut bzw. sehr gut bezeichnen, gleichzeitig aber auch wieder ein höherer Anteil derer, die die Qualität für schlecht halten. Im Vergleich mit dem gesamten vorherigen Beobachtungszeitraum ist aktuell indes von einer vergleichsweise guten Bewertung der Qualität von Crack auszugehen. Im Fall von Kokain hat sich der Anteil derer, die die Qualität als gut oder sehr gut empfinden, in den letzten beiden Erhebungen wieder erhöht, so dass aktuell eine deutliche Mehrheit der befragten Konsument_innen von einer mindestens guten Qualität ausgeht. Hierbei ist indes zu beachten, dass die zeitweilig niedrigeren Werte für gute / sehr gute Qualität (2010, 2003 und 2004) praktisch ausschließlich zugunsten derer gingen, die hier „weiß nicht“ angaben (s. Tab. 18).

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

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Heroin									
gut / sehr gut	20	23	32	22	27	23	11	12	***
weniger gut	19	23	22	40	33	29	34	14	
schlecht / sehr schlecht	59	38	42	37	38	46	53	72	
Weiß nicht	2	15	3	1	2	3	2	2	
Crack									
gut / sehr gut	33	26	20	9	33	16	27	31	***
weniger gut	21	29	23	40	31	30	45	25	
schlecht / sehr schlecht	38	41	47	47	29	48	26	39	
Weiß nicht	9	4	10	4	7	7	2	4	
Kokain									
gut / sehr gut	54	33	41	68	62	47	52	58	***
weniger gut	7	0	8	16	14	9	21	15	
schlecht / sehr schlecht	17	13	8	7	12	9	15	8	
Weiß nicht	22	53	43	9	12	35	12	18	

^a bezogen auf diejenigen mit Konsum im letzten Monat

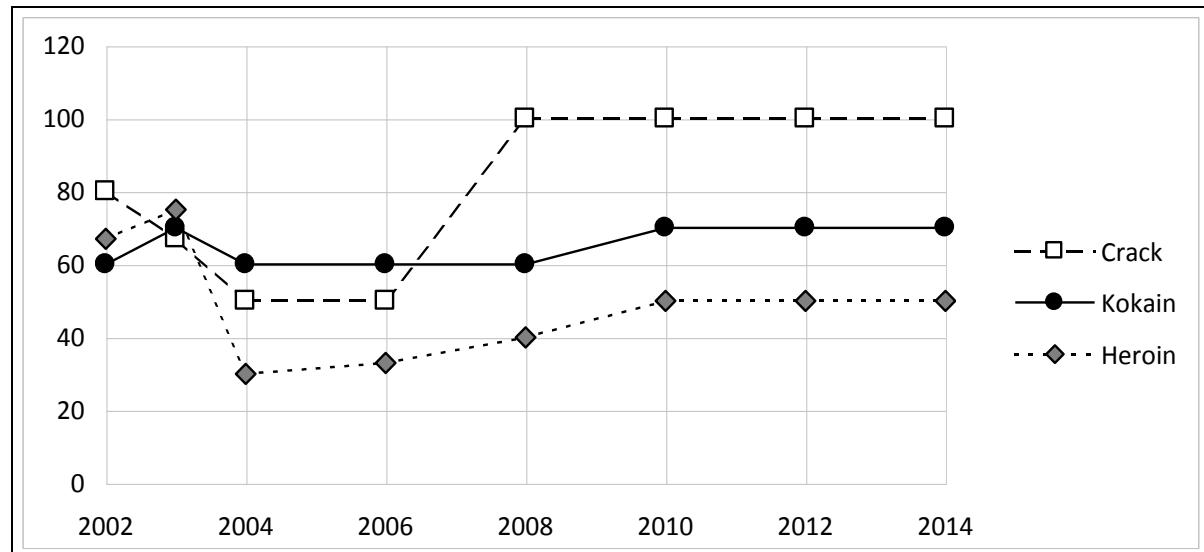
Für die Darstellung der Ergebnisse zur Preisentwicklung von Heroin, Crack und Kokain wurden die Befragten gebeten, für die jeweils kleinste von ihnen gekaufte Konsumeinheit eine Preisangabe in Euro zu machen.¹³ Insbesondere bei Crack zeigt sich dabei zumeist eine extrem große Streuung der Angaben. So liegt in der Befragung 2014 der niedrigste Wert für ein Gramm bei 16,70 Euro, der höchste bei 1000 Euro. Bei dem Kokainderivat dürfte vor allem die unterschiedliche Größe der jeweils angekauften „Steine“ dafür verantwortlich sein, dass es den Konsument_innen schwer fällt, das jeweilige Gewicht und den daraus folgenden Grammpreis der erworbenen Substanz einzuschätzen. Weniger groß ist die entsprechende Spannbreite zumeist bei Heroin; allerdings gab es anders als in den meisten Vorjahren in der aktuellen Erhebung auch Personen, die einen extremen Wert von 500 € angaben. Aufgrund der insgesamt vergleichsweise großen Varianz bei den Preisangaben wird für die Darstellung in Abb. 8 einheitlich der Median berücksichtigt.

Nachdem der Preis für Heroin nach Angaben der Interviewpartner_innen zwischen 2003 und 2004 sehr deutlich zurückgegangen war (Median 2003: 75 €, 2004: 30 €; s. Abb. 8), konnte zwischen 2006 und 2010 ein Preisanstieg auf 50 Euro beobachtet werden. Seither hat sich dieser Preis nicht weiter verändert. Etwas weiter angestiegen ist indes der Mittelwert. Der Preis für ein Gramm Crack erreicht in der nunmehr vierten Erhebung hintereinander mit 100 Euro denselben Wert, nachdem er sich zwischen 2002 und 2004 kontinuierlich reduziert und im Jahr 2008 auf 100 Euro verdoppelt hatte. Die Betrachtung des Mittelwertes deutet indes auf einen möglichen Preisrückgang in den letzten Jahren hin. Insgesamt nur sehr geringe Schwankungen zeigen sich weiterhin für den Grammpreis von Kokain, dessen

¹³ Die Interviewten wurden jeweils nach dem Gewicht und dem Preis der kleinsten Konsumeinheit befragt. Da einige Konsument_innen nur Angaben zu größeren Mengen machen konnten, wurden diese Angaben in Preise pro Gramm umgerechnet.

Median in allen Erhebungsjahren bei 60 bzw. (wie auch 2014) 70 Euro liegt. Der Kokainpreis in der „offenen Szene“ entspricht damit weiterhin fast deckungsgleich dem in der Trendscoutbefragung ermittelten Preis für die Substanz in Partyszenen bzw. Jugendkulturen (vgl. Werse et al. 2014). Seit 2004 wird ebenfalls der Schwarzmarktpreis für eine Tablette Benzodiazepine ermittelt; seit der Erhebung 2012 auch, um welches Mittel es sich handelt. 29 Personen machten im Jahr 2014 Angaben zu Flunitrazepam (Rohypnol®), 47 Personen zu Diazepam und 9 Personen zu anderen Benzodiazepinen. Dabei zeigen sich sehr deutliche Unterschiede: Der Median für die Preisangaben bei Flunitrazepam liegt bei 5 Euro (2012: 4 €), der für Diazepam und andere „Benzos“ bei jeweils 1 Euro (2012: 1 € bzw. 1,50 €). In den Jahren zuvor (vor der BtMG-Unterstellung von Flunitrazepam) lag der Wert für Benzodiazepine insgesamt bei 1,50 Euro (2004-2008) bzw. 2 Euro (2010), wobei man sich hier jeweils vermutlich weit überwiegend auf Flunitrazepam bezogen hatte. Insofern liegt der Preis für diese Substanz nochmals über dem der Vorerhebung; vermutlich aus diesem Grund sowie der schweren Verfügbarkeit wird die Droge aber ohnehin kaum noch konsumiert (s. 4.2).

Abbildung 8: Preis in Euro pro Gramm von Heroin, Crack und Kokain nach Jahr der Befragung (Median)



Insgesamt zeigt die Betrachtung der Ergebnisse zur Angebotslage im Jahr 2014 ambivalente Ergebnisse: So stagnieren die Preise für Heroin, Crack und Kokain seit vier Jahren. Gleichzeitig ist die Qualitätseinschätzung für Heroin deutlich, für Crack (letzteres nach einem Anstieg 2012) zurückgegangen, während die Bewertung der Qualität von Pulverkokain nochmals besser geworden ist. Während das offenbar schlechtere Preis-Leistungsverhältnis bei Heroin mit einem leichten Rückgang des Konsums einhergeht, ist der Gebrauch von Crack trotz der etwas negativeren Bewertung des Angebots recht deutlich angestiegen. Dass sich die positive Bewertung von Pulverkokain nicht in höherem Konsum niederschlägt, liegt wohl vor allem daran, dass die Droge zumeist als schwer verfügbar bewertet wird (2014 auch wieder schwerer verfügbar als in der Vorerhebung). Bei den Benzodiazepinen zeigt sich die bemerkenswerte Beobachtung, dass der Konsum trotz wieder gestiegener Verfügbarkeit nochmals gesunken ist. Dies deutet noch stärker als 2012 darauf hin, dass sich die vorherige

Beliebtheit dieser Medikamente zum allergrößten Teil auf Flunitrazepam bezog, das nur noch schwer verfügbar ist und kaum noch konsumiert wird.

4.4.4 Kontrollintensität, Hafterfahrungen und Haftgründe

Seit der Erhebung 2010 werden die Befragten nach Kontrollen bzw. Überprüfungen durch die Polizei, inklusive Stadtpolizei (ehemals Ordnungsamt) und Bundespolizei (ehemals Bahnpolizei) gefragt. Die Frage bezieht sich auf die Häufigkeit derartiger Kontrollen im zurückliegenden Monat. Im Jahr 2014 wurden in diesem Zeitraum insgesamt 72% der Interviewten mindestens einmal von der Polizei kontrolliert. Unter denjenigen, die überhaupt kontrolliert wurden, erlebten 25% 1-2 Kontrollen, 30% 3-4 Kontrollen, 18% 5-10 Kontrollen und 27% mehr als 10 Kontrollen. Seit 2010 hat sich der Anteil derer, die überhaupt im zurückliegenden Monat kontrolliert wurden, bereits signifikant erhöht (2010: 56%, 2012: 70%, **). Während also die generelle Anzahl der Kontrollen vor allem 2012 zugenommen hatte, ist aktuell besonders die Häufigkeit der Überprüfungen angestiegen: Im Schnitt berichten die im Jahr 2014 Befragten, die überhaupt mindestens einmal kontrolliert wurden, über 10,4 Kontrollen im letzten Monat (2010: 7,0; 2012: 7,3; *). Besonders häufig kontrolliert werden Befragte, die keinen deutschen Pass haben: Zwar erreicht der entsprechende Unterschied bei den Anteilen derer, die überhaupt kontrolliert wurden, keine statistische Signifikanz (Deutsche inkl. Spätaussiedler: 67%, Nichtdeutsche: 81%), aber dafür wurden diejenigen Nichtdeutschen, die mindestens einmal kontrolliert wurden, im Schnitt deutlich öfter kontrolliert (\varnothing 14,1 Kontrollen) als Befragte mit deutschem Pass (\varnothing 8,3 Kontrollen). Betrachtet man beide Daten gemeinsam, indem man die durchschnittliche Anzahl von Kontrollen für alle Befragten (auch diejenigen, die nicht kontrolliert wurden) berechnet, ergibt sich bei den Nichtdeutschen ein signifikanter Anstieg (2010: 4,1; 2012: 7,2; 2014: 11,4; *), bei den deutschen Befragten hingegen nicht (2010: 3,8; 2012: 4,1; 2014: 5,6; n.s.). Es ist also eine Tendenz zu beobachten, dass die Ordnungsbehörden vor allem Personen mit Migrationshintergrund auf der Szene stärker kontrollieren.

Weiterhin wurde den Szeneangehörigen die Frage gestellt, ob ihnen gegenüber im letzten Monat Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote¹⁴ ausgesprochen wurden. Bei insgesamt 30% derer, die auch im zurückliegenden Monat kontrolliert wurden, war dies der Fall (2010: 34%, 2012: 26%, n.s.); dies entspricht 22% der gesamten Stichprobe (2010: 20%, 2012: 18%, n.s.). Bei der Mehrheit dieser Gruppe (12% der Gesamtstichprobe) beschränkte sich dies auf ein(en) Platzverweis/Aufenthaltsverbot. Weitere 8% aller Befragten hatten 2 bis 5 derartige Verweise erteilt bekommen und 3% (n=4) mehr als fünf Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote. Im Schnitt erhielten diejenigen, die überhaupt mindestens einmal des Platzes verwiesen wurden, 3,1 solcher Sanktionen. Zwischen den Erhebungsjahren zeigen sich diesbezüglich Verschiebungen, die jedoch wie bei der Frage, ob überhaupt Platzverweise erteilt wurden, keine statistische Signifikanz erreichen: So hatte sich die durchschnittliche Anzahl der Platzverweise unter denen, die mindestens einen erteilt bekommen hatten, zwischen 2010 und 2012 zunächst von 3,8 auf 2,0 verringert, um 2014 wieder auf 3,1 anzusteigen.

¹⁴ Der Platzverweis ist eine polizeirechtliche Maßnahme, die der „Gefahrenabwehr“ dienen soll und zeitlich auf 24 Stunden begrenzt ist. Ein Aufenthaltsverbot ist eine Anordnung, die von einer Gemeinde ausgesprochen werden kann und die sich auf einen längeren Zeitraum sowie ein größeres Gebiet bezieht als ein Platzverweis.

gen. Die Anzahl der erteilten Sanktionen hat sich also offenbar nicht nennenswert geändert, während die Kontrollen, insbesondere bei Nichtdeutschen, innerhalb der letzten vier Jahre zugenommen haben.

Mit 82% gibt eine große Mehrheit der im Jahr 2014 Befragten an, mindestens einmal inhaftiert gewesen zu sein (2010: 78%, 2012: 75%; n.s.). Unter den Hafterfahrenen waren 21% bislang einmal in Haft, 21% zweimal, 31% 3-5 Mal und 27% sechs Mal oder häufiger. Durchschnittlich haben diejenigen mit Inhaftierungserfahrungen bislang $4,6 (\pm 4,6)$ Gefängnisaufenthalte erlebt (2010: $4,6 (\pm 4,6)$, 2012: $3,9 (\pm 3,1)$; n.s.). Im Schnitt waren die Befragten mit Hafterfahrung insgesamt etwas weniger als vier Jahre (45,6 ($\pm 51,0$) Monate) inhaftiert (2010: 51,9 ($\pm 51,9$) Monate; 2012: 53,5 ($\pm 55,7$) Monate); n.s.).

Was den Grund für die letzte Inhaftierung betrifft, so wird von 42% der Befragten mit Hafterfahrung angegeben, dass sie eine zuvor ausgesprochene Geldstrafe in Form einer Ersatzfreiheitsstrafe abgesessen hätten; häufig wegen Schwarzfahrens¹⁵. Weitere 17% waren das letzte Mal wegen Diebstahl inhaftiert, 9% wegen Drogenhandel/-schmuggel und jeweils 8% wegen Drogenbesitz oder Betrug. Jeweils 3% geben Raub oder Körperverletzung als letztes Delikt an, aufgrund dessen sie inhaftiert waren, und 2% (n=2) hatten wegen Mord in Haft gesessen. Bei den Gründen der letzten Inhaftierung hat sich seit 2010 der Anteil der kontinuierlich erhöht, die angeben, eine Geldstrafe abgesessen zu haben (2010: 21%, 2012: 32%). Das könnte möglicherweise mit daran liegen, dass dies von den Befragten in stärkerem Maße auch so benannt wird, anstatt die ursprünglich zugrunde liegenden Delikte anzugeben, zumal auch die Interviewer_innen stärker darauf sensibilisiert wurden (siehe auch Fußnote 17).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass nicht nur die überwiegende Mehrheit der befragten Drogenkonsumierenden regelmäßig in der Öffentlichkeit von der Polizei kontrolliert wird, sondern die Kontrolldichte in den letzten vier Jahren auch noch zugenommen hat, ohne dass dies mit einer Erhöhung der Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote einhergehen würde. Auch die Hafterfahrungen haben in diesem Zeitraum nicht signifikant zugenommen; weiterhin hat ein Großteil der Szeneangehörigen durchschnittlich rund vier Jahre im Gefängnis verbracht. Erhebliche Teile dieser Haftaufenthalte gehen offenbar auf nicht bezahlte Geldstrafen wegen eher geringfügiger Delikte zurück. Aber auch schwerwiegender Eigentums- und Gewaltdelikte sind unter den Befragten in gewissem Maße verbreitet.

4.4.5 Der Szenealltag im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Mit durchschnittlich 11,1 Jahren hält sich die Mehrheit der im Jahr 2014 befragten Drogenkonsument_innen bereits seit langer Zeit regelmäßig auf der Frankfurter Drogenszene auf. Dieser Durchschnittswert ist bei Frauen und Männern mit jeweils 11,1 Jahren gleich hoch. Durchschnittlich verbringen die Befragten 5,8 Tage pro Woche auf der Drogenszene. Der Mittelwert für die Stunden, die an einem Tag auf der Szene verbracht werden, beläuft sich

¹⁵ Angesichts der oft minderen Schwere ist anzunehmen, dass es sich auch bei nicht wenigen Fällen der im Folgenden angegebenen Delikte um Ersatzfreiheitsstrafen handelt bzw. die Haftstrafen nicht verhängt worden wären, wenn der/die Befreifende in der Lage gewesen wäre, eine Geldstrafe zu bezahlen.

aktuell auf 11,5 Stunden und damit mehr als in sämtlichen Vorerhebungen. Frauen halten sich mit durchschnittlich 14,7 Stunden signifikant länger auf der Szene auf als Männer (9,9 Stunden; **). Auch in den meisten vorangegangenen Erhebungen war diese geschlechterbezogene Differenz zu beobachten. Was die Gründe für den Aufenthalt auf der Szene betrifft, so dominiert das Motiv „Drogen kaufen“ (86%), gefolgt von „Leute treffen“ (73%) und „keine andere Beschäftigung/Langeweile“ (63%). Weitere nennenswerte Anteile beziehen sich auf den ökonomischen Aspekt der Szene (Geschäfte abwickeln: 42%, Drogen verkaufen: 31%). Insgesamt 19% aller im Jahr 2014 Befragten besuchen das Bahnhofsviertel wegen der Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung. Bei diesen Motiven zeigten sich im Jahr 2014 keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Im Hinblick auf die Orte, die von den Interviewpartner_innen für den intravenösen Konsum sowie für das Rauchen von Crack aufgesucht werden, lässt sich nach wie vor festhalten, dass der Spritzkonsum vor allem in den Konsumräumen stattfindet – generell nutzen 85% der i.v. Konsumierenden diese Orte für den intravenösen Drogengebrauch und 72% konsumieren hier überwiegend. 43% injizieren zumindest gelegentlich in privaten Räumlichkeiten; jede_r Zehnte nutzt überwiegend diesen Konsumort. 45% konsumieren nach wie vor zumindest manchmal auf der Straße (im Bahnhofsviertel); 18% injizieren hier überwiegend. Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede lassen sich nicht beobachten.

Was die Orte für das Rauchen von Crack betrifft, so geben 77% der Befragten die Straße im Bahnhofsviertel als überwiegenden Konsumort an; 88% rauchen zumindest gelegentlich dort Crack. 39% rauchen Crack unter anderem und 6% überwiegend in privaten Räumlichkeiten. 9% der im Jahr 2014 Befragten nutzen den Rauchraum als überwiegenden Konsumort und 26% suchen diesen zumindest ab und zu für den Crackkonsum auf. Dabei zeigen sich im Jahr 2014 keinerlei signifikanten geschlechtsbezogenen Unterschiede.

Heroin und Crack werden wie in den Vorjahren von fast allen Befragten als leicht oder sehr leicht verfügbar eingeschätzt. Kokain hingegen wird von der Mehrheit als eher schwer erhältlich bewertet; dieser Anteil hat sich aktuell noch erhöht. Bei den Benzodiazepinen wird die Verfügbarkeit von Flunitrazepam (Rohypnol®) wie bereits 2012 überwiegend als schlecht eingeschätzt, während die von anderen Benzodiazepinen wieder von fast allen Befragten als gut bewertet wird. Bei der Einschätzung der Drogenqualität hat sich der subjektive Qualitätsrückgang für Heroin 2014 fortgesetzt, während bei Crack aktuell eine ambivalente Entwicklung zu beobachten ist. Kokain wird weiterhin als am qualitativ hochwertigsten eingeschätzt. Die angegebenen Grammpreise für Crack (100 Euro), Heroin (50 €) und Kokain (70 €) haben sich jeweils seit mehreren Jahren nicht verändert. Der Schwarzmarktpreis für das ohnehin schwer erhältliche Flunitrazepam hat sich nochmals auf fünf Euro pro Tablette erhöht, während eine Konsumeinheit Diazepam für einen Euro gehandelt wird.

Insgesamt 72% der Interviewpartner_innen wurden im zurückliegenden Monat mindestens einmal in der Öffentlichkeit von Ordnungsbehörden kontrolliert. Signifikante Geschlechterunterschiede zeigen sich hier keine: Männer (7,7) und Frauen (7,0) wurden etwa gleich häufig im zurückliegenden Monat des Platzes verwiesen: 24% (Frauen) bzw. 21% (Männer) erlebten mindestens eine derartige Sanktion.

82% der Interviewten waren bislang mindestens einmal in Haft, mehr als ein Viertel von ihnen bereits mehr als fünf Mal. Im Durchschnitt haben diejenigen mit Haft erfahrungen knapp

vier Jahre in Gefängnissen verbracht. Die am häufigsten genannten Haftgründe sind in absteigender Reihenfolge „Absitzen“ einer Geldstrafe, Diebstahl, Drogenhandel, Drogenbesitz und Betrug.

Hinsichtlich der generellen Hafterfahrung zeigen sich keine signifikanten geschlechtsbezogenen Differenzen (Frauen: 84%, Männer: 82%); selbiges gilt für die Häufigkeit der Inhaftierungen. Signifikant sind jedoch die Geschlechterunterschiede für die bisherige Dauer der Inhaftierungen: Die befragten Männer haben durchschnittlich insgesamt 55 Monate, die befragten Frauen nur 27 Monate in Haft verbracht (**). Diese Differenz dürfte u.a. mit der Schwere der Straftaten zu tun haben, worauf die Auswertung der Haftgründe hindeutet: Frauen nennen hier etwas häufiger Ersatzfreiheitsstrafen (51% vs. 37%) und Drogenbesitz (15% vs. 4%) und dafür seltener schwerwiegendere Delikte als Männer. Der entsprechende Unterschied erreicht allerdings keine statistische Signifikanz.

4.5 Gesundheitszustand

4.5.1 Infektionsstatus und Risikoverhalten

Wie im letzten Bericht angekündigt, wurde im Jahr 2014 die Fragestellung bezüglich Hepatitis-Infektionen geändert¹⁶. Daraus resultieren vermutlich die relativ hohen Prävalenzraten für Hepatitis A und B, da danach gefragt wurde, ob der/die Befragende irgendwann (auch in der Vergangenheit) positiv auf diese Infektionen getestet wurde¹⁷: Im Jahr 2014 geben 16% bzw. 18% an, irgendwann mit einer Hepatitis A bzw. einer Hepatitis B infiziert gewesen zu sein (bzw. es aktuell sind). 51% berichten über eine Hepatitis C-Infektion. Da dieser Wert trotz präziserer Fragestellung unter sämtlichen Werten der Jahre 2002-2010 liegt, dürfte der 2012 beobachtete deutliche Rückgang nicht, wie vermutet, vor allem auf einen Erhebungsfehler (siehe Fußnote 18) zurückgehen, sondern nur zu einem gewissen Teil (s. Tab. 19). Es hat also offenbar tatsächlich ein gewisser Rückgang bei der Hepatitis C-Infektionsrate stattgefunden – auch unter Aussparung des Wertes von 2012 ergibt sich eine signifikante Änderung (*). Etwas zurückgegangen, auf nunmehr 58%, ist auch der gesamte Anteil der Befragten, die angeben, mit einer der drei Hepatitiden A, B oder C infiziert zu sein, wobei die aktuelle Änderung keine statistische Signifikanz erreicht. Die in Tab. 19 dokumentierte Änderung ist ausschließlich auf den mit 35% noch deutlich niedrigeren Wert aus dem Jahr 1995 zurückzuführen¹⁸.

¹⁶ Die Frage wurde aus dem Fragenblock nach Krankheitssymptomen herausgenommen und direkt nach der Prävalenz einer Infektion mit dem jeweiligen Hepatitis-Typ gefragt. In der 2012er Befragung war es leider versäumt worden, die beiden neuen Interviewer_innen explizit darauf hinzuweisen, dass nicht nach Beschwerden/ Symptomen, sondern nach dem Infektionsstatus gefragt werden soll. Dadurch wurde vermutlich das Ergebnis verzerrt.

¹⁷ Diese Infektionen verlaufen im Unterschied zu Hepatitis C nicht in der Regel chronisch, sondern heilen zumeist wieder aus.

¹⁸ Erst seit Implementierung der MoSyD-Szenestudie im Jahr 2002 wird der Infektionsstatus für die Hepatitiden A, B und C differenziert erhoben; bei der Befragung 1995 wurde nur allgemein das Vorliegen einer Hepatitis erfragt.

Tabelle 19: Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Hepatitiden										
A	-- ^a	13	20	7	5	6	1	1	16 ^c	***
B	-- ^a	18	27	15	11	9	2	3	18 ^c	***
C	-- ^a	71	63	63	61	65	65	45 ^b	51	***
A oder B oder C	35	74	67	67	61	67	66	47 ^b	58	***
HIV-Status										
HIV-positiv	26	13	17	12	13	6	6	4	6	***
HIV-negativ	73	81	80	86	86	93	94	90	91	
bislang kein Test	1	6	3	2	1	1	0	6	3	

^a keine Daten verfügbar^b Die im Vergleich zu den Vorjahren signifikant niedrigeren Werte sind vermutlich zum Teil auf einen Erhebungsfehler zurückzuführen.^c Im Unterschied zu den Vorjahren wurde 2014 nach der Lifetime-Prävalenz dieser Hepatitiden gefragt.

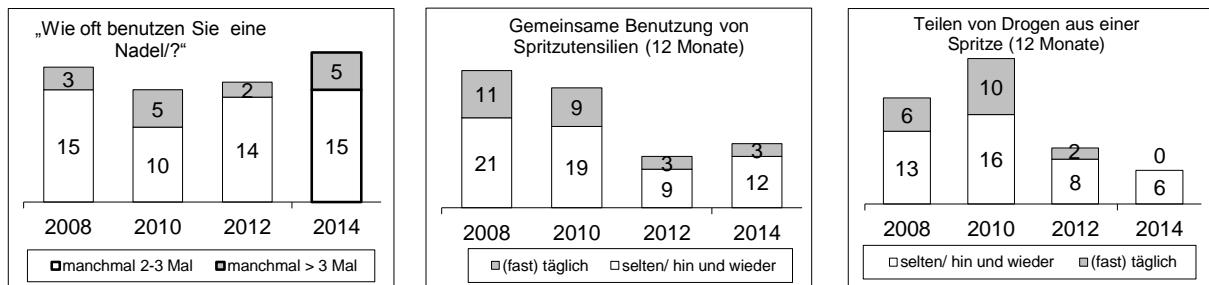
Bei der Verbreitung des HI-Virus hat sich der rückläufige Trend der letzten Jahre nicht fortgesetzt: mit 6% liegt der Anteil der HIV-Positiven zwei Prozentpunkte über dem Wert von 2012. Allerdings ist dieser Anteil seit 2008 durchweg geringer als die Anteile aus den Jahren 2002-2006, und im Vergleich zu 1995 ist die Gruppe der Infizierten sehr deutlich kleiner geworden. Im Unterschied zu 2012 geben nur noch 3% der Befragten an, noch nie auf HIV getestet worden zu sein; daher ist gleichzeitig mit der Gruppe der HIV-Positiven auch die Gruppe der (eindeutig) HIV-Negativen wieder um einen Prozentpunkt angewachsen. Der Anteil der HIV-Negativen in der Stichprobe, deren letzter Test im Befragungsjahr stattfand, liegt aktuell bei 70% und damit etwa auf dem gleichen relativ niedrigen Niveau wie 2012 (2003: 71%; 2004: 77%, 2006: 78%, 2008: 80%, 2010: 74%, 2012: 69%). Weitere 26% hatten in den beiden Jahren davor einen Test durchgeführt, so dass nur bei sehr wenigen der letzte HIV-Test länger zurückliegt.

Im Hinblick auf die Infektionsraten sind auch die seit 2008 erhobenen Angaben zum konsumbezogenen Risikoverhalten von Interesse. In Abbildung 9 sind jeweils die Anzahlen derjenigen dargestellt, die generell das jeweilige Risikoverhalten ausüben. 15% benutzen zumindest manchmal eine Injektionsnadel zwei oder drei Mal, weitere 5% verwenden Nadeln zuweilen auch mehr als drei Mal. Umgekehrt bedeutet dies, dass 80% ihre Nadeln grundsätzlich nur einmal benutzen. Diese Werte sind aktuell etwas angestiegen, allerdings ohne statistische Signifikanz zu erreichen. 12% teilen Utensilien zum intravenösen Konsum (Spritzen, Löffel o.ä.) zumindest gelegentlich mit anderen Usern; 3% tun dies sogar nahezu täglich. 85% verwenden ihre Utensilien somit immer nur alleine. Nach dem starken Rückgang in der Vorerhebung sind diese Zahlen wieder leicht gestiegen, liegen aber weiterhin deutlich unter den Werten von 2008 und 2010 (**; s. Abb. 9). Ein insgesamt noch stärkerer Rückgang des Risikoverhaltens ist beim Teilen von Drogen aus einer Spritze¹⁹ zu beobachten: aktuell praktizieren dies nur noch 6% zumindest manchmal und kein_e einzige_r Befragte_r (fast) täglich;

¹⁹ Gemeint ist hiermit das sogenannte „Frontloading“ (bei dem die gesamte Drogenlösung in eine Spritze aufgezogen, die Nadel der Empfängerspritze entfernt und die Geberspritze in die Empfängerspritze von vorne eingesteckt und der Drogenanteil in die Empfängerspritze eingespritzt wird) oder das „Backloading“ (bei dem der Kolben aus der Empfängerspritze herausgezogen und aus der Geberspritze die Drogenlösung „von hinten“ in die Empfängerspritze eingespritzt wird). Infektionsrisiken bestehen hierbei, wenn nicht ausschließlich sterile Utensilien zur Aufbereitung der Drogenlösung (wie Filter, Wasser, Löffel etc.) oder unsaubere Nadeln und Spritzen zum Teilen der Drogenlösung verwendet werden.

demnach verzichten 94% der i.v. Konsumierenden komplett darauf. Nach dem starken Rückgang 2012 sind die entsprechenden Werte aktuell nochmals etwas gesunken (**; s. Abb. 9).

Abbildung 9: Risikoverhalten bei der Benutzung von Utensilien zum intravenösen Konsum, 2008 bis 2014 (nur aktuell i.v. Konsumierende, %)



Insofern hat sich also die 2012 beobachtete Entwicklung fortgesetzt: der Rückgang von Risikoverhalten, das sich auf den gemeinsamen intravenösen Konsum mit anderen bezieht, hat sich weitgehend bestätigt, während ‚individuelles‘ Risikoverhalten (mehrmalige Nutzung von Injektionsnadeln) etwa gleich häufig geblieben bzw. tendenziell angestiegen ist. Insgesamt praktiziert eine klare Mehrheit (aktuell 63%) der intravenös Konsumierenden aktuell bzw. in den letzten 12 Monaten gar kein konsumbezogenes Risikoverhalten. Dieser Anteil ist aktuell wieder leicht zurückgegangen, nachdem sich zwischen 2008 und 2012 noch ein Anstieg gezeigt hatte (2008: 53%, 2010: 56%, 2012: 70%). Diese Entwicklung erreicht jedoch keine statistische Signifikanz.

4.5.2 Versicherungsstatus, Symptome und Beschwerden

Rund neun von zehn Befragten (89%) verfügen im Jahr 2014 über eine Krankenversicherung. Dieser Anteil war in der Vorerhebung zurückgegangen, hat sich aktuell aber wieder etwas erhöht (2008: 90%, 2010: 97%, 2012: 85%; *). Während die Änderung im Jahr 2012 noch auf den höheren Anteil nicht-deutscher Befragter zurückgeführt werden konnte, zeigt sich aktuell ein ambivalentes Bild: Bei den Interviewten mit ausländischer Nationalität ist der Anteil der Krankenversicherten von 67% auf 83% angestiegen, während diese Kennzahl bei den Deutschen leicht von 93% auf 91% zurückgegangen ist. Beide Entwicklungen erreichen zwar keine statistische Signifikanz, doch auch zwischen deutschen und nicht-deutschen Befragten besteht keine signifikante Differenz mehr im Hinblick auf den Krankenversicherungsstatus.

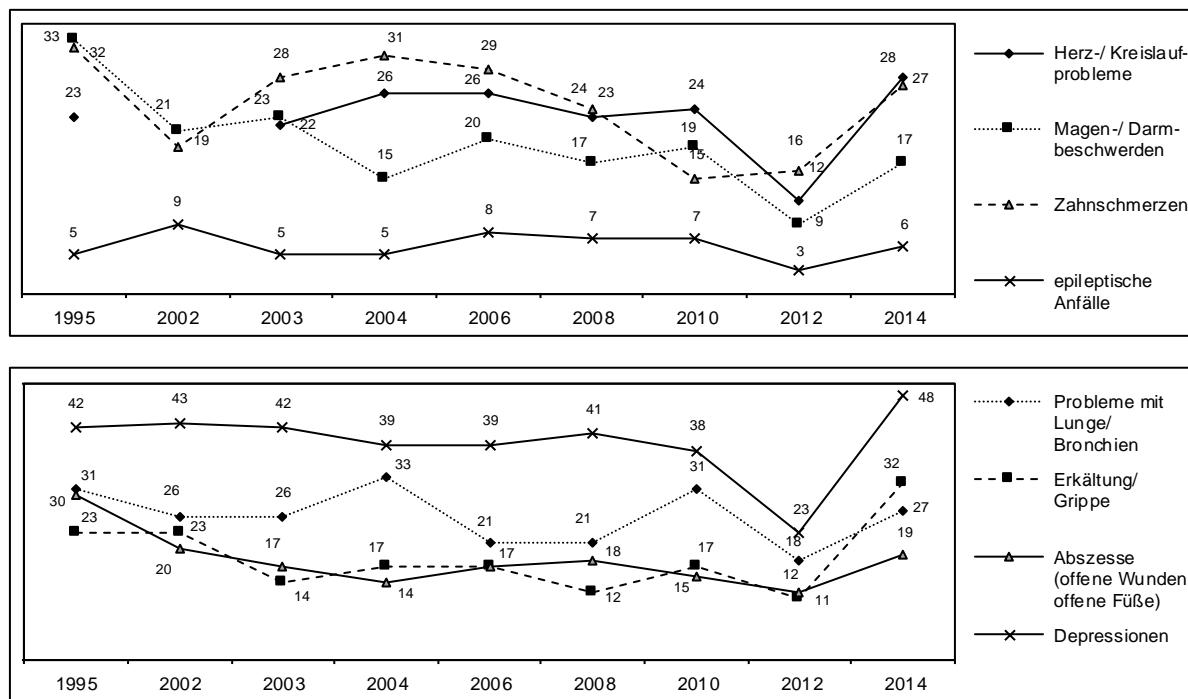
Wie in den Vorerhebungen wurde der Gesundheitszustand der Konsument_innen anhand einer Liste mit Symptomen und Beschwerden erhoben (s. Abb. 10). Auch im Jahr 2014 sind Depressionen die am häufigsten genannten Beschwerden; aktuell betrifft dies 48% der Befragten. Dahinter folgen in der aktuellen Erhebung in absteigender Reihenfolge Erkältung/Grippe, Herz-/Kreislaufprobleme, Probleme mit Lungen/Bronchien, Zahnschmerzen, Abszesse, Magen-/Darmbeschwerden und epileptische Anfälle (s. Abb. 10). Darüber hinaus geben drei der neun HIV-infizierten Personen AIDS-bedingte Krankheiten an.

Nachdem 2012 fast alle Beschwerden, teilweise deutlich, zurückgegangen waren, sind 2014 bei allen Beschwerden Anstiege zu verzeichnen, die teilweise geradezu drastisch aus-

fallen; bei Depressionen und Erkältung/Grippe werden die höchsten Werte aller Erhebungen erreicht. Über den gesamten Erhebungszeitraum sind die Veränderungen bei allen Symptomen außer epileptischen Anfällen statistisch signifikant. Angesichts dessen, dass die Anstiege 2014 wie auch z.T. die Rückgänge 2012 derart drastisch ausfallen, stellt sich die Frage nach den möglichen Gründen: Zum einen könnten z.B. das Wetter oder auch die allgemeine Stimmung in der Szene inklusive der ordnungs- und sozialpolitischen Umstände zum Teil dafür verantwortlich sein. Zum anderen ist aber auch denkbar, dass die Erhebungsform hier eine Rolle spielt: da die Liste der Symptome auf dem Tablet für die Befragten leichter einsehbar war, könnten sie womöglich tendenziell auch mehr Symptome zugestimmt haben. In diesem Fall wäre die aktuelle Erhebung näher an der Realität als die vorherigen. Relativierend ist allerdings zu betonen, dass die Werte für die meisten Symptome trotz der z.T. massiven Anstiege auf einem ähnlichen Niveau wie in den Jahren 2002-2010 liegen (s. Abb. 10).

Die Anstiege bei den Beschwerden schlagen sich auch in der Durchschnittszahl der erfassten Symptome²⁰ nieder: Die Befragten geben im Jahr 2014 im Schnitt 1,8 ($\pm 1,5$) Beschwerden an, nachdem dieser Wert im Jahr 2012 noch auf 1,0 zurückgegangen war. Damit wird die höchste Zahl aller Erhebungen seit Beginn der MoSyD-Studie erreicht. Lediglich im Jahr 1995 wurden durchschnittlich noch mehr Symptome genannt (1995: 2,1; 2002: 1,6; 2003: 1,6; 2004: 1,6; 2006: 1,5; 2008: 1,4; 2010: 1,4; 2012: 1,0; 2014: 1,8; ***).

Abbildung 10: Symptome und Beschwerden in den letzten 3 Monaten (%) nach Jahr der Befragung^a



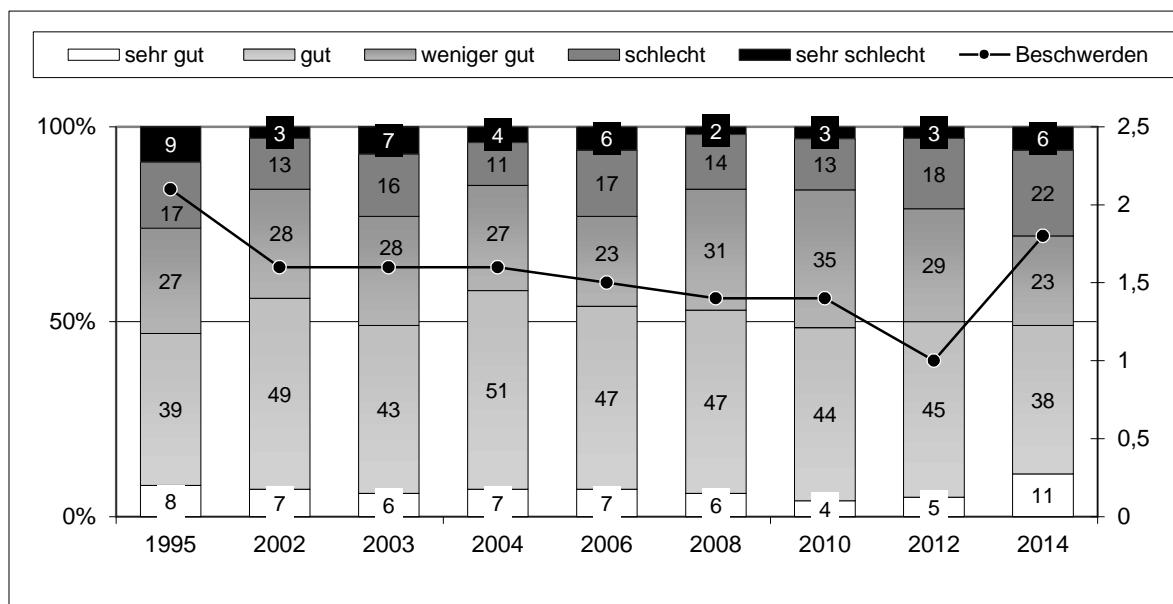
^a Herz-/ Kreislaufprobleme: keine Daten für 2002 verfügbar

Zwischen einem Viertel und vier Fünfteln derer, bei denen die jeweiligen Beschwerden vorliegen, begeben sich auch in ärztliche Behandlung. Am höchsten liegt diese Quote im Jahr 2014 bei der kleinen Gruppe der AIDS-Kranken, bei denen vier von fünf Betroffenen in Be-

²⁰ Berücksichtigt wurden bei dieser Auswertung nur die in allen Befragungen erhobenen Symptome.

handlung sind, und auch Abszesse (59%), Probleme mit Lunge/ Bronchien (45%) und epileptische Anfälle (44%) werden relativ häufig behandelt. Wegen Depressionen oder Zahnschmerzen begeben sich Betroffene hingegen eher selten (je 25%) in Behandlung (Herz/Kreislauf: 33%, Erkältung/ Grippe: 34%, Magen/Darm: 36%). Auch die Behandlungsquoten sind in den meisten Fällen im Jahr 2014 angestiegen; die Veränderungen im Zeitverlauf erreichen aber nur bei Herz-/Kreislaufproblemen statistische Signifikanz (*) und in keinem Fall zeichnet sich ein eindeutiger Trend ab.

Abbildung 11: Anzahl berichteter Symptome (Mittelwerte) und Einschätzungen zum Gesundheitszustand (%) nach Jahr der Befragung



Wiederum spiegelt sich die Veränderung bei den angegebenen Beschwerden nicht signifikant in den entsprechenden Einschätzungen der Befragten bezüglich ihres Gesundheitszustands wider (s. Abb. 11). Aktuell beurteilt knapp die Hälfte und damit etwa ebenso viele wie 2012 und 2010 ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut; mit 11% wird für eine „sehr gute“ Einschätzung sogar der bislang höchste Wert erreicht. Gleichzeitig hat sich die 2012 beobachtete Zunahme an Befragten, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einschätzen (aktuell 28%), fortgesetzt. Allerdings zeigt sich weder aktuell noch über den gesamten Erhebungszeitraum eine statistisch signifikante Änderung dieser Einschätzung. Weiterhin besteht also offenbar eine erhebliche Diskrepanz zwischen vorhandenen Krankheitssymptomen und deren subjektiv wahrgenommenen Auswirkungen auf das Allgemeinbefinden: Während von den Befragten in den Vorjahren im Schnitt deutlich weniger Beschwerden genannt wurden wie 1995 und aktuell wiederum deutlich mehr als in den Vorjahren, ist die durchschnittliche Einschätzung des Gesundheitszustandes praktisch unverändert geblieben.

4.5.3 Überdosierungen

48% der Interviewten berichten, mindestens einmal im Leben eine Überdosis erlebt zu haben. Damit liegt dieser Wert wieder deutlich höher als 2012, aber niedriger als in sämtlichen Erhebungen zuvor (2002: 58%, 2003: 57%, 2004: 53%, 2006: 51%, 2008: 61%, 2010: 64%, 2012: 39%; ***). Dies deutet darauf hin, dass die 2012 ausgesprochene Vermutung, dass der klare Rückgang auf einen Erhebungsfehler zurückzuführen sein könnte, zum Teil richtig sein dürfte, wenngleich tatsächlich ein tendenzieller Rückgang zu verzeichnen ist (der allerdings bei Aussparung des Jahres 2012 für die Berechnung keine statistische Signifikanz erreicht).

Bei der durchschnittlichen Anzahl an Überdosierungen (bezogen auf diejenigen mit entsprechender Erfahrung) zeigen sich hingegen keine signifikanten Änderungen seit 2002 – in der aktuellen Erhebung haben die Befragten im Schnitt drei Überdosierungen erlebt (Median; 2002: 2, 2003/2006/2008/2012: je 3, 2004/2010: je 2,5). Und auch der durchschnittliche Zeitpunkt der letzten Überdosis hat sich nicht signifikant geändert: Im Jahr 2014 erlebten die Befragten ihre letzte Überdosierung im Mittel vor 25 Monaten (Median: 2002-2008: jeweils 24 Monate, 2010: 36 Monate, 2012: 34 Monate; n.s.). Dabei zeigt sich weiterhin eine extrem hohe Spannweite der jeweiligen Angaben.

Diejenigen, die ihre letzte Überdosis innerhalb der letzten 3 Jahre hatten (2002: n=54, 2003: n=49, 2004: n=49, 2006: n=46, 2008: n=48, 2010: n=47, 2012: n=30, 2014: n=37), werden zusätzlich nach den Begleitumständen dieser letzten Überdosierung gefragt. Wie in allen vorherigen Erhebungsjahren wird auf die Frage, welche Substanzen die Betroffenen am Tag ihrer letzten Überdosierung konsumiert haben, Heroin mit Abstand am häufigsten genannt; aktuell war die Droge bei 76% der zuletzt erlebten Überdosen beteiligt. Auf den nächsten Rängen folgen Crack und Alkohol. Bei letzterem zeigt sich erstmals eine signifikante Änderung im Zeitverlauf: mit rund einem Drittel haben 2014 so viele Befragte wie nie zuvor am Tag ihrer letzten Überdosis Alkohol getrunken. Demgegenüber ist bei den Benzodiazepinen – parallel zum Konsumrückgang – aktuell ein Rückgang der Nennungen zu beobachten, der allerdings keine statistische Signifikanz erreicht (s. Tab. 20).

Tabelle 20: Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Alkohol	20	10	16	9	10	26	23	34	*
Cannabis	4	2	2	0	6	4	0	3	n.s.
Heroin	76	82	88	85	83	94	83	76	n.s.
Benzodiazepine	^a	^a	31	17	33	34	30	18	n.s.
Substitutionsmittel	6	8	2	7	6	15	7	16	n.s.
Kokain	19	6	22	26	25	13	13	21	n.s.
Crack	46	35	31	24	38	40	50	55	n.s.

Bei der konkreten Frage nach der Substanz, die nach Ansicht der Betroffenen *in erster Linie* für die Überdosis verantwortlich war, entfallen in allen acht Befragungen ebenfalls die meisten Nennungen auf Heroin; allerdings ist dieser Anteil aktuell deutlich zurückgegangen, wodurch das Opiat mit 24% bei dieser Frage nur noch knapp auf dem ersten Rang liegt (2002: 43%, 2003: 63%, 2004: 43%, 2006: 54%, 2008: 44%, 2010: 47%, 2012: 40%). Am

zweithäufigsten wird 2014 bei dieser Frage wiederum Crack (21%) angegeben (2002: 15%, 2003: 10%, 2004: 4%, 2006: 2%, 2008: 10%, 2010: 9%, 2012: 20%). Mit 18% deutlich häufiger als im Vorjahr und damit öfter als je zuvor wird bei dieser Frage Kokain genannt (2002: 13%, 2003: 2%, 2004: 6%, 2006: 15%, 2008: 6%, 2010: 9%, 2012: 7%). Demgegenüber geben mit 11% weniger Befragte als in den Vorjahren an, dass weniger eine bestimmte Droge als vielmehr der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen („Drogenmix“) verantwortlich für die Überdosis gewesen sei (2002: 17%, 2003: 12%, 2004: 16%, 2006: 15%, 2008: 25%, 2010: 26%, 2012: 17%). Ebenso viele und damit mehr als zuvor nennen Alkohol als ausschlaggebende Substanz. Andere Substanzen werden in diesem Zusammenhang nur äußerst vereinzelt genannt. Die Veränderungen erreichen statistische Signifikanz (*).

Der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen ist im Jahr 2014 die mit 37% am häufigsten genannte Antwort auf die Frage nach dem Hauptgrund der letzten Überdosierung (s. Tab. 21). Knapp dahinter rangiert an zweiter Stelle eine unbekannte Drogenqualität. Relativ geringe Anteile entfallen auf die Tagesverfassung und einen zu hohen Konsum nach vorheriger Abstinenz. Kein_e Befragte_r gibt 2014 an, dass die letzte Überdosis aus einem Suizidversuch resultierte, und rund jede_r Zehnte nennt einen sonstigen Grund. Auch 2014 hat sich die Verteilung der Hauptgründe wieder deutlich geändert: Während eine unbekannte Drogenqualität 2012 noch klar an Relevanz eingebüßt hatte, ist dieser Grund wieder fast auf das Niveau der Vorjahre angestiegen. Zu hoher Konsum nach vorheriger Abstinenz wird hingegen seltener genannt als im Jahr 2012 sowie nahezu allen Vorjahren. Eine klare Tendenzentwicklung ist indes bei keinem der genannten Gründe feststellbar.

Tabelle 21: Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
gleichzeitiger Konsum mehrerer Substanzen	15	35	33	15	21	26	47	37	***
zu hoher Konsum nach vorheriger Abstinenz	6	14	16	15	27	13	20	8	
unbekannte Drogenqualität	59	45	33	41	42	47	13	32	
Tagesverfassung	13	4	8	17	8	9	13	13	
Suizidabsicht	2	2	4	11	2	6	7	0	
Sonstige Gründe	6	0	6	0	0	0	0	11	

Bei den Orten der letzten Überdosis zeigen sich 2014 bemerkenswerte Verschiebungen, die aber aufgrund der geringen Fallzahlen keine Signifikanz erreichen. Im Unterschied zu fast allen Vorjahren wird nicht mehr der Konsumraum am häufigsten genannt, sondern mit 39% die Straße; deren Anteil ist seit dem Tiefststand 2008 (17%) kontinuierlich angestiegen (2010: 21%, 2012: 24%). Im Konsumraum fanden nur noch 31% der genannten letztmaligen Überdosierungen statt; hier ist seit 2010 ein Rückgang zu verzeichnen (2010: 57%, 2008: 41%). Dahinter folgen Überdosierungen im eigenen Zuhause bzw. anderen privaten Räumlichkeiten (aktuell 28%). Andere Orte spielen diesbezüglich keine nennenswerte Rolle. Die Verschiebung vom Druckraum hin zur Öffentlichkeit dürfte damit zusammenhängen, dass das nach wie vor überwiegend i.v. konsumierte Heroin unter den für die Überdosis ausschlaggebenden Substanzen eine geringere, Crack und Kokain (die zumeist nicht in Konsumräumen konsumiert werden) hingegen eine größere Rolle spielen.

Auch bei der Verteilung der Antworten auf die Frage, ob und wenn ja von wem die Betroffenen bei einer Überdosierung Hilfe erhalten haben, lassen sich gewisse Veränderungen feststellen (s. Tab. 22). Am häufigsten werden 2014 mit 68% Notärzt_innen genannt, gefolgt von anderen Usern und Mitarbeiter_innen von Drogenhilfeeinrichtungen. 11% haben keine Hilfe erhalten und 16% geben bei dieser Frage eine sonstige Antwort. Der Wert für die Hilfe durch andere Drogenkonsumierende ist in diesem Jahr sehr deutlich angestiegen und erreicht nahezu den Spitzenvwert von 2004. Auch Notärzte haben an Relevanz hinzugewonnen; der Anteil ist der höchste aller bisherigen Erhebungen. In gewissem Maße spiegelt die Veränderung bei den Hilfeleistenden die Veränderungen bei den Orten wider: Da Überdosen häufiger in der Öffentlichkeit stattfanden, kamen häufiger andere User zur Hilfe. Bemerkenswert ist, dass insgesamt im Schnitt mehr unterschiedliche Personen Hilfe leisteten: diejenigen, die bei der letzten Überdosis Hilfe erhielten, bekamen diese von durchschnittlich 1,9 Instanzen (Median: 2), während dieser Durchschnittswert zuvor zwischen 1,0 und 1,4 schwankte (Median: jeweils 1; ***).

Tabelle 22: Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Mitarbeiter_in Drogenhilfeeinrichtung	46	41	24	33	48	60	34	35	*
Notarzt/Notärztin	46	27	18	35	23	36	41	68	***
anderer User	30	22	47	17	12	13	19	46	***
Bekannte/r (Non-User)	7	4	6	6	3	6	0	3	n.s.
keine Hilfe	6	4	2	13	13	6	9	11	n.s.
unklar/weiß nicht	0	4	2	0	0	0	6	8	*
Sonstige	2	4	6	10	0	2	6	16	*

4.5.4 Der Gesundheitszustand im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Nachfolgend werden die Ergebnisse zum Gesundheitszustand der im Jahr 2014 befragten Drogenkonsument_innen zusammengefasst sowie diesbezügliche geschlechtsbezogene Unterschiede aufgezeigt (Tab. 23).

Der im Vorjahr dokumentierte Rückgang der Hepatitis-C-Infektionsrate ist offenbar nur zu einem Teil auf einen Erhebungsfehler zurückzuführen – auch 2014 liegt der Wert mit rund der Hälfte der Befragten unter den entsprechenden Zahlen aller Erhebungen seit 2002. Wie in den Vorjahren bestehen bei dieser Kennzahl keine signifikanten geschlechtsbezogenen Unterschiede. Die HIV-Infektionsrate liegt mit 6% ungefähr im Bereich der Vorjahre; bis 2006 waren hier noch höhere Werte zu beobachten. Der Anteil liegt bei den Frauen mit 14% deutlich über dem Anteil der Männer (2%).

Etwas mehr als ein Drittel der Interviewpartner_innen praktiziert zumindest gelegentlich riskante Konsumpraktiken bei der intravenösen Applikation von Drogen. Jede_r Fünfte verwendet manchmal oder häufiger eine Injektionsnadel mehr als einmal, rund jede_r Siebte teilt zumindest ab und zu Spritzutensilien mit anderen Konsument_innen und 6% teilen zuweilen Drogen aus einer Spritze mit anderen. Während die mehrfache Verwendung von Nadeln aktuell zugenommen hat, ist die Prävalenz des gemeinsamen i.v. Konsums im Jahr

2014 weiter zurückgegangen. Dabei zeigen sich weder bei den einzelnen Risikopraktiken noch beim Risikoverhalten insgesamt signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede (s. Tab. 23).

Depressionen, Erkältung/ Grippe, Herz-/Kreislaufprobleme, Probleme mit Lungen/ Bronchien und Zahnschmerzen sind im Jahr 2014 – in absteigender Reihenfolge – die am häufigsten genannten Beschwerden oder Symptome. Alle anderen Beschwerden werden jeweils von weniger als 20% der Interviewten angegeben. Der Gesundheitszustand der weiblichen Befragten stellt sich im Vergleich zu den Männern wiederum als schlechter dar; allerdings zeigen sich im Hinblick auf die einzelnen Symptome wiederum nur bei Erkältung/ Grippe und Depressionen statistisch signifikante Differenzen. Die Anzahl der berichteten Symptome liegt mit durchschnittlich 2,3 berichteten gesundheitlichen Problemen bei den Frauen wieder signifikant über der Anzahl bei den Männern (1,5) – 2012 erreichte die (geringere) Differenz (1,2 vs. 0,8) keine statistische Signifikanz.

Bemerkenswerterweise geht diese Änderung aber mit einer gegenteiligen Entwicklung bei der Frage nach der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit einher: So bewerten mit 51% im Berichtsjahr sogar geringfügig mehr Frauen als Männer (48%) ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Auch bei der Berechnung von Mittelwerten aus den Bewertungen zwischen sehr gut und sehr schlecht zeigen sich – anders als in den meisten Vorerhebungen – keine signifikanten Differenzen zwischen den Geschlechtern.

Tabelle 23: Gesundheitszustand im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Infektionsstatus (%)				
Hepatitis C	51	51	52	n.s.
HIV	6	2	14	*
Risikoverhalten^a				
Mehrfache Benutzung von Nadeln	20	21	18	n.s.
Teilen von Spritzutensilien	15	16	12	n.s.
Teilen von Drogen aus einer Spritze	6	3	12	n.s.
Keine riskanten Konsumpraktiken	63	65	58	n.s.
Symptome/ Beschwerden letzte 3 Monate (%)				
Herz-, Kreislaufprobleme	28	24	37	n.s.
Probleme mit Lunge / Bronchien	27	23	35	n.s.
Magen-, Darmbeschwerden	17	13	25	n.s.
Erkältung / Grippe	32	26	44	*
Zahnschmerzen	27	26	29	n.s.
Abszesse (offene Wunden, offene Füße)	19	16	27	n.s.
AIDS - diverse Krankheiten ^b	33	0	43	n.s.
epileptische Anfälle	6	7	4	n.s.
Depressionen	48	41	63	*
Anzahl Symptome / Beschwerden (AM ± SD)	1,8 (± 1,5)	1,5 (± 1,5)	2,3 (± 1,5)	*
Überdosierungen				
Lifetime-Prävalenz (%)	48	49	45	n.s.
Anzahl Überdosierungen (Median) ^c	3	3	2	n.s.
Monate seit letzter Überdosierung (Median) ^c	25	33	12	n.s.

^a nur aktuell i.v. Konsumierende^b nur HIV-positive Befragte (n=9)^c bezogen auf diejenigen mit mindestens einer Überdosierung

Rund die Hälfte der Befragten hat mindestens einmal im Leben eine Überdosis erlebt, im Schnitt drei Mal. Bei allen Zahlen zu Überdosierungen (s. Tab. 23) sind wie in den meisten Vorjahren keine geschlechtsbezogene Differenzen auszumachen; die Lifetime-Prävalenzraten sind fast exakt gleich und die Anzahl der Überdosierungen unterscheidet sich kaum. Nur bei der Frage, wie lange die letzte Überdosis zurückliegt, geben die befragten Frauen mit durchschnittlich einem Jahr einen kürzeren Zeitraum an als die Männer mit knapp drei Jahren; der Unterschied erreicht allerdings keine statistische Signifikanz (s. Tab. 23).

Wie in sämtlichen Vorerhebungen ist Heroin die Substanz, die mit Abstand am häufigsten bei der Frage nach den am Tag der Überdosis konsumierten Drogen genannt wird. Im Hinblick auf die Frage nach der in erster Linie für die Überdosis verantwortlichen Droge hat sich der Anteil für Heroin 2014 deutlich reduziert und liegt mit 24% nur noch knapp vor Crack (21%) und Kokain (18%). Frauen nennen bei dieser Frage mit 33% häufiger als Männer (15%) Crack; bei Kokain stellt sich das Verhältnis umgekehrt dar (Frauen: 8%, Männer: 23%). Der Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant. Bei den Angaben zum Hauptgrund der Überdosierung wird im Jahr 2014 am häufigsten der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen angegeben, gefolgt von unbekannter Drogenqualität. Frauen nennen hier

signifikant häufiger eine unbekannte Drogenqualität (58% vs. 19% der Männer), Männer hingegen häufiger Mischkonsum (50% vs. 8% der Frauen; *) als Grund für die Überdosis. Erstmals seit 2004 werden Konsumräume (31%) nicht mehr als häufigste Orte der Überdosierungen genannt, sondern die Straße (39%). Gleichzeitig hat sich der Anteil derer erhöht, die bei der letzten Überdosis von anderen Usern Hilfe geleistet bekamen; diese werden bei dieser Frage hinter den Notärzt_innen am zweithäufigsten genannt, gefolgt von Mitarbeiter_innen der Drogenhilfe. Hinsichtlich der Orte sowie der Hilfeleistenden bei der letzten Überdosis zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

4.6 Inanspruchnahme des Hilfesystems

4.6.1 Substitution

42% der Befragten werden zum Zeitpunkt des Interviews substituiert. Damit hat sich der 2012 beobachtete Rückgang – nach einem Anstieg in den vorherigen zwei Befragungen – weitgehend bestätigt (s. Tab. 24). Bei der Art der verwendeten Substitutionsmittel hat sich der zuvor beobachtete Bedeutungsrückgang von Methadon nicht weiter fortgesetzt; aktuell erhalten rund vier von fünf Behandelten dieses Mittel. Die Anzahlen derer, die Buprenorphin (aktuell 11%) bzw. verschriebenes Heroin (2%) bekommen, liegen jeweils etwas unter den Werten von 2012, die für Levomethadon darüber (s. Tab. 24).

Tabelle 24: Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
in Substitution (%)	29	43	46	45	49	57	41	42	***
Substitutionsmittel ^a (%)									
Methadon	100	75	90	90	82	81	77	79	**
Heroin (Diamorphin)	0	14	1	0	4	4	7	2	
Buprenorphin (Subutex®)	0	3	6	9	11	9	13	11	
Levomethadon (L-Polamidon®)	0	8	3	1	3	6	3	8	
Dosierung in mg Methadon ^b (AM ± SD)	83,9 (±43,5)	79,0 (±51,6)	74,6 (±41,8)	75,2 (±47,9)	64,8 (±39,3)	74,3 (±41,7)	82,6 (±27,3)	56,9 (±38,7)	n.s.
Substitutionsdauer in Monaten ^c	24	12	7	10,5	12	12	12	14	n.s.

^a bezogen auf diejenigen in Substitution

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

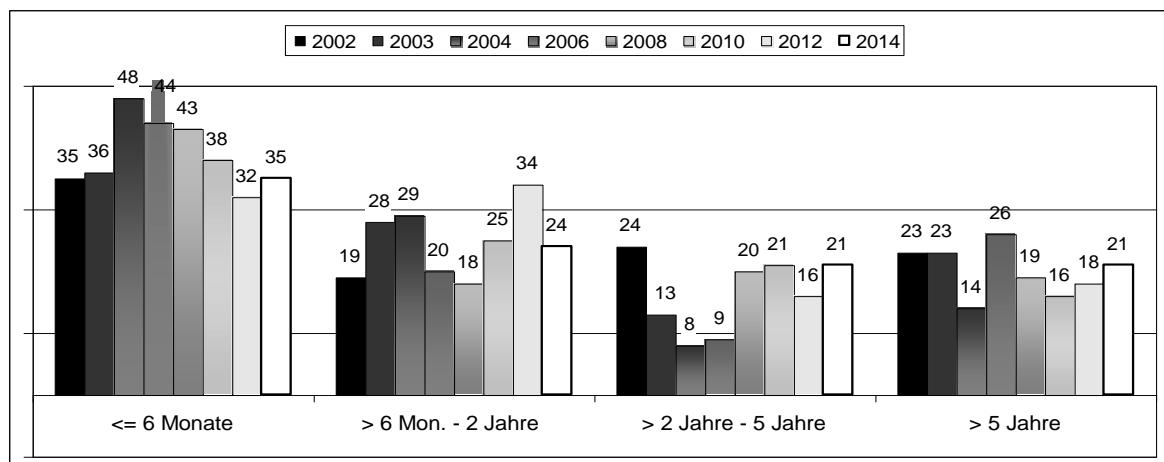
^c Median

Was die Dosierung der Substitutionsmittel betrifft, so liegt der aktuelle Durchschnittswert mit 56,9 mg Methadon (bzw. Äquivalent) auf dem niedrigsten Stand seit 2002 – nachdem er bis 2008 nahezu kontinuierlich gesunken und danach wieder angestiegen war. Nach wie vor erreichen diese Veränderungen aber keine statistische Signifikanz.

Weiterhin hoch sind die Unterschiede bei den Angaben zur Dauer der Substitution: 2014 bewegen sich diese zwischen weniger als einem Monat bis zu 21 Jahren. Der Median liegt aktuell mit 14 Monaten etwas über dem Wert der meisten Vorerhebungen. Eine detail-

lierte Betrachtung der Substitutionsdauer (s. Abb. 12) zeigt, dass sich der in den letzten vier Erhebungen beobachtete Rückgang des Anteils der bislang eher kurz in Behandlung Befindlichen (maximal 6 Monate) nicht fortgesetzt hat; aktuell ist diese Gruppe wieder leicht, auf 35% aller Substituierten, angewachsen, womit sie nach wie vor die größte Teilgruppe darstellt. Nach dem Anstieg 2012 wieder kleiner geworden ist der Anteil derer, die sich zwischen 6 Monaten und 2 Jahren in einer Substitutionsbehandlung befinden; derzeit repräsentieren diese rund ein Viertel der Substituierten. Aktuell leicht angewachsen ist wiederum die Gruppe der Langzeitsubstituierten: In der Erhebung 2014 sind 21% bereits seit mehr als fünf Jahren in einer Substitutionsbehandlung (s. Abb. 12).

Abbildung 12: Substitutionsdauer (zusammengefasst, %) nach Jahr der Befragung



Wie in sämtlichen Vorerhebungen hält die große Mehrheit der Befragten die Möglichkeiten, in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen zu werden, für ausreichend. Der entsprechende Anteil ist seit 2008 auf nunmehr 85% angestiegen (2002/2003/2006: 80%, 2004: 87%, 2008: 75%, 2010: 83%, 2012: 84%; ***). Dieser Wert unterscheidet sich nicht zwischen aktuell substituierten und nicht-substituierten Befragten.

Erstmals erfragt wurde in der aktuellen Erhebung, von wem die Substituierten ihre Behandlung erhalten. Demnach bekommen 30% ihr Substitutionsmittel von einem / einer niedergelassenen Arzt bzw. Ärztin und 70% in einer Substitutionsambulanz bzw. Drogenhilfseinrichtung. Diese beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant im Hinblick auf die Dauer der Substitution und die durchschnittliche Dosierung. Personen, die in einer Ambulanz substituiert werden, sind geringfügig (nicht signifikant) älter als diejenigen, die ihre Medikation vom Arzt bzw. Ärztin erhalten (42,2 Jahre vs. 38,2 Jahre).

Im Folgenden werden im Hinblick auf die „Beikonsum“-Problematik bei Substituierten, Unterschiede im Konsumverhalten zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten dargestellt. Diese werden anhand der 24-Stunden-Prävalenzen der am häufigsten konsumierten Substanzen Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepine, Kokain und Crack untersucht. Im Jahr 2014 wird wie in allen Vorjahren Heroin von Nicht-Substituierten deutlich häufiger konsumiert als von Substituierten; dieser Unterschied ist aktuell allerdings wieder etwas kleiner geworden (s. Tab. 25). Keine signifikante Differenz zeigt sich hingegen bei Crack: Mehr als drei Viertel der Substituierten haben die Substanz in den letzten 24 Stunden konsumiert,

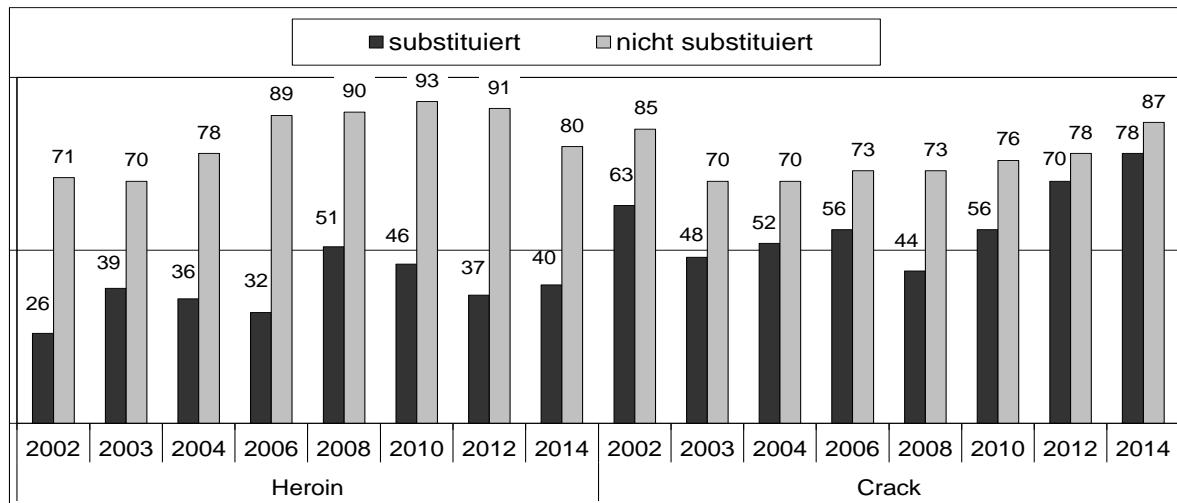
während der Wert für die Nicht-Substituierten leicht darüber liegt. Bis auf 2012 wurde das Kokainderivat in allen Vorjahren von Nicht-Substituierten signifikant häufiger konsumiert. Ansonsten ist im Jahr 2014 nur bei Kokain ein Unterschied feststellbar: Während nur zwei Substituierte (3%) die Substanz in den letzten 24 Stunden konsumiert hatten, trifft dies auf rund ein Sechstel der Nicht-Substituierten zu. Bei den anderen hier berücksichtigten Substanzen zeigen sich wiederum keine signifikanten Differenzen zwischen beiden Teilstichproben (s. Tab. 25).

Tabelle 25: 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus im Jahr 2012

	Substitution		Sig.
	Ja	Nein	
Alkohol	54	49	n.s.
Cannabis	32	30	n.s.
Heroin	40	80	***
Benzodiazepine	16	12	n.s.
Kokain	3	16	*
Crack	78	87	n.s.

Die Veränderungen der 24-Stunden-Prävalenz von Crack weichen in den beiden Gruppen recht deutlich voneinander ab: Bei den Substituierten ist der Konsum seit 2008 sehr deutlich angestiegen, während sich bei den Nicht-Substituierten bis 2012 nur eine leicht ansteigende Tendenz zeigte; aktuell ist die Kennzahl aber etwa im gleichen Maße gestiegen wie die Prävalenz bei den Substituierten (s. Abb. 13). Auch bezüglich des Heroinkonsums sind die Substituierten in ihrem „Beikonsum“-Verhalten stärkeren Schwankungen unterworfen. Bei den Nicht-Substituierten ist der Heroinkonsum aktuell merklich zurückgegangen, nachdem er zwischen 2003 und 2010 angestiegen war. Bei den Substituierten zeigt sich aktuell ein gradueller Anstieg nach einem Rückgang, dem 2008 ein deutlicher Anstieg vorangegangen war (s. Abb. 13).

Abbildung 13: 24-Stunden-Prävalenzraten von Heroin und Crack (%) nach Behandlungsstatus und Jahr der Befragung



Die 24-Stunden-Prävalenz von Benzodiazepinen schließlich ist aktuell bei den Substituierten deutlich, bei den Nicht-Substituierten nur graduell zurückgegangen. Im Jahr 2012 hatte sich dies noch umgekehrt dargestellt (Nicht-Substituierte: 2010: 50%, 2012: 15%, 2014: 12%; Substituierte: 2010: 44%, 2012: 30%, 2014: 16%). Damit liegen beide Werte wieder fast auf demselben Niveau.

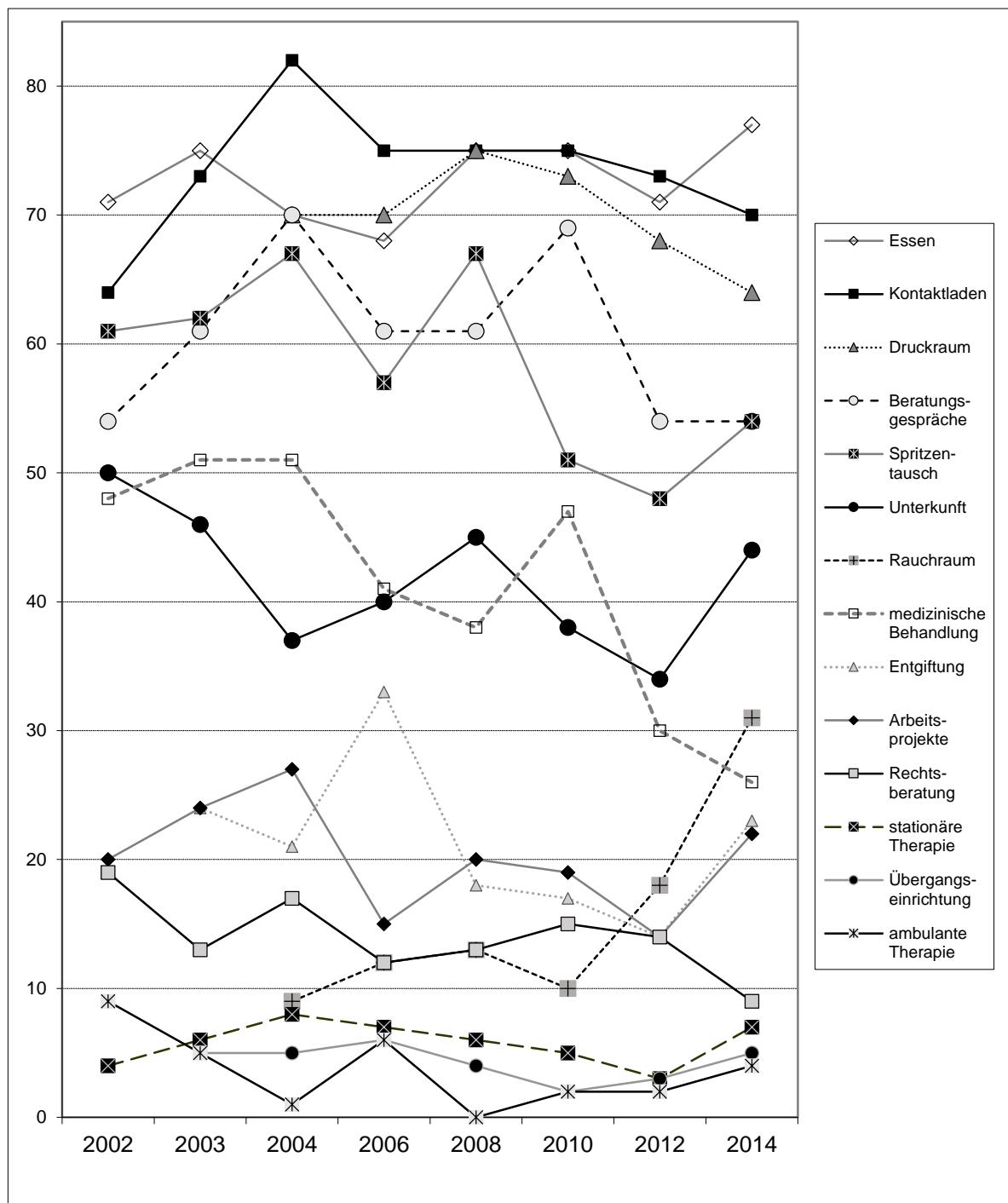
Im Hinblick auf den „Beikonsum“ zeigen sich beim Vergleich der Befragten, die ihr Substitutionsmittel vom Arzt erhalten, mit denen, die in einer Ambulanz substituiert werden, diverse nicht signifikante Differenzen bei einzelnen Substanzen. Insgesamt weist keine der beiden Gruppen einen merklich höheren „Beikonsum“ auf als die andere.

4.6.2 Nutzung der Angebote des Drogenhilfesystems

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

Abbildung 14 enthält die Anteile für die Inanspruchnahme von Angeboten in den letzten drei Monaten im Turnusvergleich. Im Jahr 2014 wurde mit 77% am häufigsten Essen in Anspruch genommen, gefolgt vom Aufenthalt in Kontaktläden (70%) und der Nutzung der Druckräume (64%). Weiterhin liegen also drei niedrigschwellige Angebote an der Spitze der Nutzungsskala. Danach folgen Beratungsgespräche und Spritzenaustausch (je 54%), Unterkunft (44%) und Rauchraum (31%). Auch medizinische Behandlungen (26%), Entgiftung (23%) und Arbeitsprojekte (22%) wurden von mehr als einem Fünftel der Befragten in den letzten drei Monaten genutzt. Eher selten ist dies bei der Rechtsberatung (9%), stationären Therapien (7%), Übergangseinrichtungen (5%) und ambulanten Therapien (4%) der Fall (s. Abb. 14). Insgesamt 96% der Befragten (2002: 97%; 2003: 99%; 2004: 100%, 2006: 99%, 2008: 100%, 2010: 99%, 2012: 98%) geben an, mindestens ein Mal in den vergangenen drei Monaten ein Angebot des bestehenden Drogenhilfesystems in Anspruch genommen zu haben, wobei der Hauptanteil weiterhin auf den Bereich der „Harm Reduction“ entfällt.

Abbildung 14: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten drei Monaten nach Jahr der Befragung^a



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

Bei mehreren Angebotsbereichen sind signifikante Änderungen über den Erhebungsturnus zu beobachten. Am deutlichsten fällt aktuell der Anstieg bei der Nutzung des Rauchraums aus, die bereits 2012 – nach mehreren Jahren nahezu stagnierender Werte – zugenommen hatte; seit 2010 hat sich der Anteil verdreifacht (**). Wieder etwas häufiger genutzt, nach vorherigem Rückgang, wird die Entgiftung (**); ähnliches ist für den Spritzen-tausch zu beobachten (**). Seit 2010 rückläufig ist hingegen die Nutzung der medizinischen Behandlung

(**); bei den Beratungsgesprächen hat sich der 2012 beobachtete klare Rückgang nicht weiter fortgesetzt (*). Eine seit 2003 leicht abnehmende Tendenz ist bei den Kontaktläden feststellbar (*). Auch die Nutzung der ambulanten Therapie hat sich signifikant verändert (**), was angesichts der insgesamt geringen Fallzahlen aber nicht überbewertet werden sollte.

Tabelle 26 enthält die Anteile der Personen, die die Angebote der Drogenhilfe häufiger, d.h. mindestens einmal pro Woche innerhalb der letzten drei Monate, genutzt haben. Die stationären Angebote (Entgiftung, stationäre Therapie, Übergangseinrichtung) sind in der Darstellung nicht enthalten, da im Rahmen eines permanenten Aufenthaltes in einer stationären Einrichtung nicht die Rede von einer „Häufigkeit“ der Nutzung sein kann.

Demnach liegen auch bezogen auf eine mindestens wöchentliche Nutzung niedrigschwellige Angebote der Drogenhilfe auf den oberen Plätzen der Rangliste: Dies betrifft 2014 in absteigender Reihenfolge die Inanspruchnahme des Essensangebotes, den Aufenthalt in Kontaktläden, die Nutzung von Druckräumen, den Spritzenaustausch und Notschlafunterkünfte (s. Tab. 26). Diese Angebote werden jeweils von einem weit überwiegenden Teil derer, die sie überhaupt im letzten Quartal genutzt haben, auch mindestens wöchentlich in Anspruch genommen. Rund ein Viertel nutzen Beratungsgespräche wöchentlich, gefolgt von Rauchraum und Arbeitsprojekten. Medizinische Behandlung und Rechtsberatung werden nur selten wöchentlich genutzt.

Bei der Verlaufsbetrachtung zeigen sich ähnliche Entwicklungen wie bei der generellen Nutzung der Angebote (s. Tab. 26). Auch hier fällt aktuell vor allem der deutliche Anstieg beim Rauchraum auf, der mittlerweile von nahezu jedem/jeder Fünften mindestens einmal pro Woche genutzt wird. Ansonsten zeigen sich signifikante Änderungen über den gesamten Erhebungsturnus beim Spritzenaustausch (uneinheitliche Entwicklung mit leicht rückläufiger Tendenz), der Beratung (tendenzieller Rückgang nach deutlichem Anstieg bis 2006), den Kontaktläden (leichter Rückgang nach vorherigem Anstieg; *) und der medizinischen Behandlung, bei der – nach zuvor eher uneinheitlicher Entwicklung – aktuell der niedrigste Wert aller Erhebungen erreicht wird (s. Tab. 26).

Tabelle 26: Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Sig.
Essen	63	67	61	59	66	70	64	69	n.s.
Kontaktladen	57	68	71	72	73	66	66	63	n.s.
Druckraum	a	a	61	60	67	55	62	56	n.s.
Spritzenaustausch	54	59	58	47	58	43	42	47	**
Unterkunft	47	41	36	35	39	34	32	37	n.s.
Beratungsgespräche	11	21	31	36	30	30	24	25	***
Rauchraum	a	a	5	6	6	3	10	19	***
Arbeitsprojekte	20	21	24	15	17	18	13	16	n.s.
medizinische Behandlung	10	15	15	29	17	21	13	8	***
Rechtsberatung	1	2	1	3	2	2	5	1	n.s.

^a Nicht separat erhoben

Die Frankfurter Drogenhilfe verfügt weiterhin über eine hohe Reichweite und eine starke Anbindung. Die generelle wöchentliche Nutzung der Angebote der Drogenhilfe ist im Jahr 2014 allerdings wieder etwas abgesunken und liegt bei 89% (2002: 89%; 2003: 95%; 2004: 96%; 2006: 97%, 2008: 99%, 2010: 93%, 2012: 95%, **).

Auch in der aktuellen Erhebung wurden die Befragten nach den Gründen der Ablehnung von Entzugs- und Therapieangeboten gefragt. 28 Personen machten bei dieser Frage keine Angabe; die übrigen 121 Befragten gaben hier Gründe an, unabhängig davon, ob sie sich in einer Substitutionsbehandlung und/oder einer therapeutischen Behandlung befanden. Auch in diesem Jahr führt die Kategorie „derzeit kein Interesse“ (bzw. „keine Notwendigkeit“) die Rangliste an, mit 40% wird diese Begründung auch wieder häufiger genannt als 2012 (2004: 43%, 2006: 34%, 2008: 34%, 2010: 36%, 2012: 26%). 17% geben an, dass sie sich gerade um einen Platz im betreuten Wohnen, einer Therapie o.ä. bemühten oder aktuell auf eine Bewilligung warten (2004: 22%, 2006: 14%, 2008: 23%, 2010: 25%, 2012: 21%). Ebenfalls 17% nennen formale Rahmenbedingungen (z.B. „keine Krankenversicherung“, „kein Pass“, „geht nicht wegen Job oder Studium“) als Gründe gegen die Aufnahme einer Therapie, damit wird der bislang höchste Wert aller Erhebungen erreicht (2004: 1%, 2006: 9%, 2008: 7%, 2010: 1%, 2012: 11%). Seltener als zuvor werden hingegen Gründe angegeben, die auf eine gewisse Hoffnungslosigkeit hindeuten („zu oft erfolglos probiert“, „Therapie zwecklos“ etc.) bzw. der Umstand, gerade erst eine Therapie hinter sich zu haben; 9% der Antworten fallen in diese Kategorie (2004: 4%, 2006: 13%, 2008: 17%, 2010: 18%, 2012: 17%). Die übrigen Antworten verteilen sich auf die Kategorie „will alleine entziehen“ (4%) sowie zahlreiche einzelne sonstige Begründungen, die sich auf insgesamt 14% summieren.

4.6.3 Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

In Tabelle 27 sind die Daten zur wöchentlichen Inanspruchnahme von Angeboten des Hilfesystems im Jahr 2014 nach Geschlechtern dargestellt. Insgesamt 42% der Befragten befinden sich aktuell in einer Substitutionsbehandlung, wobei sich keine signifikante Differenz zwischen Männern und Frauen zeigt. Seit 2002 hat sich der Anteil der Substituierten bei beiden Geschlechtern erhöht, wobei der Anstieg bei den männlichen Befragten etwas deutlicher ausfällt als unter den weiblichen Befragten. Weder bei der – 2014 im Schnitt gesunkenen – Dosierung der Substitutionsmittel noch bei der durchschnittlichen Dauer der Substitution sind geschlechtsbezogene Differenzen festzustellen.

Was die mindestens wöchentliche Nutzung von Angeboten der ambulanten Drogenhilfe betrifft, werden weiterhin vorwiegend die niedrigschwälligen Angebote wie Essen, Aufenthalt in Kontaktläden, Druckraum und Spritzenausch genutzt. Auch 2014 werden Beratungsgegenden von Frauen signifikant häufiger mindestens wöchentlich in Anspruch genommen als von Männern, und auch bei Druckräumen, medizinischer Behandlung und ambulanten Therapien liegen die Werte für weibliche Befragte signifikant über denen der männlichen (s. Tab. 27). Bei diesen wie auch bei einzelnen anderen Angeboten hatte es bei beiden Geschlechtern in den Vorjahren diverse Verschiebungen gegeben, aufgrund derer es jeweils zeitweise geschlechtsbezogene Unterschiede gab. Lediglich bei den Beratungsgegenden

zeigten sich in den vergangenen Jahren durchgängig signifikante Differenzen zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 27: Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten drei Monaten im Jahr 2014: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Substitution				
in Behandlung (%)	42			
Dosierung in mg Methadon ^a (AM \pm SD)	56,9 (\pm 38,7)	50,6 (\pm 37,6)	67,5 (\pm 38,9)	n.s.
Substitutionsdauer in Monaten (Median)	14	24	9	n.s.
Nutzung ambulanter Angebote min. ein Mal pro Woche (%)				
Arbeitsprojekte	16	17	14	n.s.
Beratungsgespräche	25	19	37	*
Essen	69	67	73	n.s.
Druckraum	56	50	67	*
Kontaktladen: Aufenthalt, unterhalten	63	65	59	n.s.
medizinische Behandlung	8	5	14	*
Rauchraum	19	16	27	n.s.
Rechtsberatung	1	2	0	n.s.
Spritztausch	47	42	57	n.s.
ambulante Therapie	2	0	6	*

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

Die Angebote der Frankfurter Drogenhilfe erreichen fast alle im Jahr 2014 Befragten. In den letzten drei Monaten haben 96% mindestens eines der Hilfeangebote in Anspruch genommen; 89% der Befragten haben mindestens eine der angebotenen Leistungen auch in der zurückliegenden Woche genutzt (Männer: 88%, Frauen: 92%). Während sich bei den Frauen diesbezüglich eine uneinheitliche Entwicklung zeigt (2010: 85%, 2012: 94%, 2014: 92%), ist die wöchentliche Nutzung bei den Männern in den letzten vier Jahren zurückgegangen: 2010: 97%, 2012: 95%, 2014: 88%).

5. Literatur

- Barth, V., Meyer, I., Ostheimer, I. & Steinmetz, J. (1997): Druckraumstudie. Informationen aus Befragungsdaten. Frankfurt a. M.: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Bernard, C./ Werse, B. (2013): MoSyD Szenestudie 2012. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research – Goethe-Universität
- Deutsches Ärzteblatt (2003): Therapiehinweis nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien. Deutsches Ärzteblatt, 41, A2678 - A2679.
- Gautschi, T./ Hangartner, D. (2010): Die Untersuchung verborgener Populationen: Eine Capture-Recapture-Studie mit Heroinabhängigen. Zeitschrift für Soziologie, 39, 5: 402–417
- Kemmesies, U.E. (1995): Szenebefragung Frankfurt am Main 1995. Die 'offene Drogenszene' und das Gesundheitsraumangebot in Ffm. Münster: INDRO.
- Ostheimer, I./ Meyer, I./ Barth, V./ Steinmetz, J./ Stielow, P. (1993): Abschlußbericht der Szenebefragung ,Die offene Drogenszene in Frankfurt/Main nach der Räumung der Taunusanlage'. Frankfurt a. M.: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Vogt, I. (1992): Abschlussbericht der Studie 'Offene Drogenszene in Frankfurt am Main'. Frankfurt a. M.
- Werse, B./ Morgenstern, C./ Sarvari, L. (2014): Jahresbericht MoSyD – Drogentrends in Frankfurt am Main 2013. Frankfurt a.M.: Centre for Drug Research – Goethe-Universität
- Zurhold, H./ Müller, O. (Hg.) (2007): Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Freiburg: Lambertus.