

MoSyD

SZENESTUDIE 2016

Die offene Drogenszene
in Frankfurt am Main

Bernd Werse, Lukas Sarvari, Dirk Egger und Nils Feilberg

Februar 2017

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.....	15
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 2016: 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	33
4.2.3 Konsumintensität	38
4.2.4 Applikationsformen	41
4.2.5 Die Konsummuster im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	43
4.3 Meinungen über Drogen	46
4.4 Der „Alltag auf der Szene“	48
4.4.1 Dauer und Häufigkeit des Aufenthalts auf der Szene	49
4.4.2 Die Orte des Konsums.....	51
4.4.3 Verfügbarkeit, Qualität und Preisentwicklung	53
4.4.4 Kontrollintensität, Hafterfahrungen und Haftgründe	57
4.4.5 Der Szenealltag im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	59
4.5 Gesundheitszustand	60
4.5.1 Infektionsstatus und Risikoverhalten.....	60
4.5.2 Versicherungsstatus, Symptome und Beschwerden	63
4.5.3 Überdosierungen	65
4.5.4 Der Gesundheitszustand im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	68
4.6 Inanspruchnahme des Hilfesystems	70
4.6.1 Substitution.....	70
4.6.2 Nutzung der Angebote des Drogenhilfesystems	73
4.6.3 Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede.....	76
5 Literatur.....	78

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	22
Tabelle 5:	Einkommensquellen (letzte 7 Tage, %) nach Jahr der Befragung	24
Tabelle 6:	Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) nach Geschlecht 2016	28
Tabelle 7:	Lifetime-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung....	31
Tabelle 8:	Alter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen (Mittelwert) nach Jahr der Befragung	32
Tabelle 9:	12-Monats-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Jahr der Befragung	34
Tabelle 10:	30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzraten (%) von diversen Substanzen nach Jahr der Befragung.....	35
Tabelle 11:	Applikationsformen von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung.....	42
Tabelle 12:	Konsummuster im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede (%)	44
Tabelle 13:	Applikationsformen von Heroin, Crack und Benzodiazepinen im Jahr 2016 (%): geschlechtsbezogene Unterschiede.....	45
Tabelle 14:	Gründe für den Aufenthalt auf der Szene (%) nach Jahr der Befragung	50
Tabelle 15:	Überwiegende Orte des intravenösen Konsums und des Crackrauchens nach Jahr der Befragung in %.....	52
Tabelle 16:	Einschätzung der Verfügbarkeit von Heroin, Kokain, Crack und Benzo-diazepinen (%) nach Jahr der Befragung	54
Tabelle 17:	Einschätzung der Qualität von Heroin, Crack und Kokain (%) nach Jahr der Befragung	55
Tabelle 18:	Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung	61
Tabelle 19:	Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung	66
Tabelle 20:	Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung	67
Tabelle 21:	Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung.....	67
Tabelle 22:	Gesundheitszustand im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede	69
Tabelle 23:	Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung	70
Tabelle 24:	24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus im Jahr 2016.....	72
Tabelle 25:	Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung	75
Tabelle 26:	Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten drei Monaten im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede	77
Abbildung 1:	Durchschnittsalter der Frankfurter „Straßen-Drogenszene“ 1991 bis 2016 ...	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 2016	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	39
Abbildung 6:	Zusammengefasste Konsumintensität (%) von Heroin und Crack unter mindestens wöchentlich Konsumierenden nach Jahr der Befragung	40

Abbildung 7: Heroin und Crack: 24-Stunden-Prävalenz und Anteil mit Nennung als Lieblingsdroge bzw. am meisten diskutierter Droge (%) nach Jahr der Befragung.....	47
Abbildung 8: Preis in Euro pro Gramm von Heroin, Crack und Kokain nach Jahr der Befragung (Median).....	56
Abbildung 9: Risikoverhalten bei der Benutzung von Utensilien zum intravenösen Konsum, 2008 bis 2016 (nur aktuell i.v. Konsumierende, %).....	62
Abbildung 10: Symptome und Beschwerden in den letzten 3 Monaten (%) nach Jahr der Befragung.....	63
Abbildung 11: Anzahl berichteter Symptome (Mittelwerte) und Einschätzungen zum Gesundheitszustand (%) nach Jahr der Befragung.....	65
Abbildung 12: Substitutionsdauer (zusammengefasst, %) nach Jahr der Befragung	71
Abbildung 13: 24-Stunden-Prävalenzraten von Heroin und Crack (%) nach Behandlungsstatus und Jahr der Befragung	72
Abbildung 14: Inanspruchnahme von Angeboten des Drogenhilfesystems mindestens ein Mal in den letzten drei Monaten nach Jahr der Befragung	74

0 Zusammenfassung – Veränderungen und aktuelle Situation

In dieser Zusammenfassung wird die aktuelle Situation in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main im Jahr 2016 dargestellt. Zudem werden Veränderungen der erfragten Daten im Zeitverlauf präsentiert. Der größte Teil dieser Trendanalyse bezieht sich auf den Beobachtungszeitraum 2002 bis 2016; zudem werden bei einigen Themenbereichen Resultate einer Studie aus dem Jahr 1995 mit einbezogen.

Soziodemographische Daten

Das Durchschnittsalter der Szene ist 2016 um rund zweieinhalb Jahre auf 41 Jahre angestiegen und erreicht damit den höchsten Wert aller Erhebungen; seit 1991 ist diese Kennzahl um über dreizehn Jahre gestiegen. 68% der befragten Szenegänger_innen sind im Großraum Frankfurt gemeldet; die Zahl der nicht gemeldeten Befragten ist aktuell auf 21% angestiegen. 12% leben in einer festen Partnerschaft, weitere 7% sind verheiratet, die übrigen entweder Single (55%) oder geschieden (25%). 51% haben eigene Kinder; mehr als neun von zehn dieser Kinder leben nicht bei den Befragten. 38% der Befragten – ein im Vergleich zu den vorherigen Erhebungen relativ niedriger Wert – leben in prekären Wohnverhältnissen, darunter mit 13% so wenige wie in keiner Erhebung zuvor in einer Notschlafstelle. Der Anteil an Befragten mit nicht-deutscher Nationalität ist nochmals deutlich auf einen neuen Höchstwert von 43% angestiegen.

52% sind mit einem Hauptschulabschluss von der Schule abgegangen, 24% haben einen Realschulabschluss, 16% weisen keinen Schulabschluss auf und 7% verfügen über das Abitur. Die Situation bezüglich einer Berufsausbildung ist gegenüber 2014 nahezu unverändert; aktuell verfügt etwa die Hälfte der Befragten über einen entsprechenden Abschluss. Auch die Arbeitssituation hat sich im Vergleich zu den Vorjahren kaum geändert: aktuell sind 81% der Befragten arbeitslos. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit ist nach einem Rückgang im Jahr 2014 wieder angestiegen, auf mehr als fünfeinhalb Jahre. Im Hinblick auf die Frage, wann letztmals eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt wurde, wurde ein durchschnittlicher Zeitraum von rund sechs Jahren ermittelt.

Bei den Einkommensquellen werden nach wie vor am häufigsten, mit aktuell 59%, staatliche Unterstützungsleistungen (ALG I/II, Sozialhilfe) genannt. 11% verdienen einen Teil ihres Geldes über regelmäßige Arbeit oder Jobs und 36% mit Drogengeschäften. Daneben werden insbesondere Freunde/Bekannte, Familienangehörige sowie sonstige illegale und legale Möglichkeiten als Einnahmequellen genutzt, wobei nur noch sehr selten die Prostitution genannt wird (3%). Der Durchschnittswert für die erzielten Einkünfte ist im Jahr 2016 auf 408€ pro Woche gesunken, nachdem er 2014 auf einen Höchstwert angestiegen war. Der Anteil, der davon für Drogen aufgewendet wurde, hat sich erstmals auf einen unwahrscheinlichen Wert von über 100% erhöht.

Substanzkonsum, Preise, Qualität, Verfügbarkeit

Nach wie vor sind Heroin und Crack die mit Abstand am häufigsten konsumierten Drogen in der Straßen-Drogenszene. Nahezu alle Befragten verfügen diesbezüglich über Konsumerfahrungen; zwei Drittel haben in den letzten 24 Stunden Heroin und 84% Crack konsumiert. Damit

ist der Heroinkonsum aktuell leicht angestiegen. Der Trend eines ansteigenden Crackkonsums seit 2008 hat sich weiter fortgesetzt, wenn auch in diesem Jahr nicht so deutlich bis wie bisher; die 24-Stunden-Prävalenz liegt jedenfalls so hoch wie in keiner Erhebung zuvor.

52% konsumieren Heroin vorzugsweise intravenös; dieser Wert ist seit 2008 rückläufig und in der aktuellen Erhebung nochmals klar zurückgegangen. Abermals gestiegen sind die Nennungen für inhalativen (aktuell 11%) und vor allem nasalen Konsum (31%), während der Anteil derer, die Heroin sowohl i.v. als auch in anderer Form konsumieren, nach einem sprunghaften Anstieg 2014 wieder stark gesunken ist. Crack wird weiterhin häufiger geraucht als gespritzt, wobei der Rauchkonsum seit 2006 nahezu kontinuierlich gestiegen ist.

Der 2012 und 2014 beobachtete Rückgang des Benzodiazepinkonsums hat sich 2016 nicht fortgesetzt: 25% haben mindestens eine dieser Substanzen in den letzten 24 Stunden konsumiert; 2010 betraf dies allerdings 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 neuerliche Anstieg der Verbreitung von Benzodiazepinen dürfte in erster Linie darauf zurückzuführen sein, dass mit Clonazepam (Rivotril®) ein Benzodiazepin populär geworden ist, das eher als Diazepam oder andere Stoffe geeignet scheint, die Marktlücke, die das Flunitrazepam-„Verbot“ hinterlassen hat, zu schließen. Der Konsum von Clonazepam wurde 2016 zum ersten Mal abgefragt; mit 19% 24-Stunden-Prävalenz ist es das meistkonsumierte Benzodiazepin.

Der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg des Alkoholkonsums ist 2016 einem leichten Rückgang gewichen: die 24-Stunden-Prävalenz von Alkohol liegt im Jahr 2016 wieder unter 50%. Was die Verbreitung von Pulverkokain betrifft, liegt die 30-Tages-Prävalenz mit 33% niedriger als 2014, während sich die 24-Stunden-Prävalenz (11%) nicht geändert hat. Ebenfalls unverändert ist der Anteil der Befragten, die aktuell nicht verschriebene Substitutionsmittel konsumieren: 5% haben in den letzten 24 Stunden illegal gehandeltes Methadon und 3% Buprenorphin (Subutex®) genommen. Nach einem mehrjährigen Anstieg wieder gesunken ist der Cannabisgebrauch; aktuell hat nur noch knapp ein Viertel der Befragten die Droge in den letzten 24 Stunden konsumiert. Crystal Meth spielt in der Frankfurter Straßenszene nach wie vor keine nennenswerte Rolle: Zwar haben mittlerweile 24% die Substanz ausprobiert, aber nur 3% haben in den letzten 30 Tagen und kein_e einzige_r Befragte_r in den zurückliegenden 24 Stunden konsumiert.

Mehrere weitere Substanzen bzw. Substanzgruppen wurden 2016 erstmals erfragt. Darunter weist das Antikonvulsivum Pregabalin (Lyrica®) mit 32% 30-Tages- und 11% 24-Stunden-Prävalenz die höchste Verbreitung auf. Das synthetische Opioid Fentanyl wurde zwar von mehr als einem Drittel der Befragten probiert, aber lediglich von 9% in den letzten 30 Tagen und 1% in den letzten 24 Stunden gebraucht. Neue psychoaktive Substanzen (NPS) schließlich spielen nur eine marginale Rolle: am ehesten wurden synthetische Cannabinoide bzw. „Räuchermischungen“ ausprobiert (23%), aber nur von 1% in den letzten 30 Tagen genommen. NPS-Stimulanzen (Cathinone, „Badesalze“ u.a.) wurden von 5% probiert, Designer-Benzodiazepine oder -Opioide von 2%. Nur ein einziger Befragter hat eine aufputschende NPS in den letzten 30 Tagen konsumiert; kein_e einzige_r Befragte_r hat in den zurückliegenden 24 Stunden irgendeine NPS genommen.

Wie in den Jahren zuvor weist ein Großteil der befragten Szenegänger_innen polyvalente Konsummuster auf. Durchschnittlich haben die Befragten in den zurückliegenden 30 Tagen 3,7 und in den letzten 24 Stunden 2,6 verschiedene Drogen zu sich genommen.

Die Konsumhäufigkeit ist aktuell bei fast allen Substanzen leicht gesunken: Bei Alkohol und Cannabis ist der Anteil der Intensivkonsumenten nach den Höchstwerten von 2014 wieder deutlich gefallen. Nur bei Heroin gab es einen leichten Anstieg um zwei Prozentpunkte (67%), während der Wert für Crack unverändert geblieben ist (75%). Die Konsumintensität (Anzahl der Konsumeinheiten pro Konsumtag) ist bei Crack jedoch wieder gestiegen: fast zwei Drittel der befragten Crack-Konsumenten nehmen die Substanz mehr als dreimal am Tag.

Die durchschnittliche Anzahl der in den letzten 24 Stunden konsumierten Drogen liegt bei Männern dieses Jahr etwas höher als bei den Frauen, der Unterschied ist aber nicht signifikant. Die weiblichen Befragten weisen hingegen häufiger exzessive Crack-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, ohne dass Auswirkungen auf die Konsummuster erkennbar wären. Demgegenüber hat sich die Bewertung der Qualität von Crack im Jahr 2016 noch stärker als zuvor 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.

Bezüglich der Meinungen zu Drogen lassen sich seitens der Befragten aktuell wieder häufigere Nennungen von Heroin und Crack als Lieblingsdrogen feststellen, was mit dem Anstieg der 24-Stunden-Prävalenzraten und dem Rückgang des Wertes für die Antwortoption „ich habe keine Lieblingsdroge“ einhergeht. Dagegen werden die beiden Substanzen weniger unter den Angehörigen der Szene diskutiert als noch 2014. Dafür sind Benzodiazepine wieder ein Thema. Am meisten von den Befragten abgelehnt wird weiterhin Crystal Meth, welches im Szenealltag praktisch keine Rolle spielt.

Szenealltag, Kontrollintensität, Hafterfahrungen

Die befragten Konsument_innen sind in Durchschnitt seit 13,2 Jahren in der Frankfurter Straßendrogenszene unterwegs. Mehrheitlich begeben sich die Befragten täglich auf die Szene und halten sich im Schnitt rund 12 Stunden dort auf; damit wird der bislang höchste Wert für die Dauer des täglichen Szeneaufenthalts erreicht. Die Motive für den Szenebesuch sind neben dem Drogenkauf und anderen Geschäften weiterhin vor allem sozial, etwa „Leute treffen“ oder „Langeweile“.

Der intravenöse Konsum findet weit überwiegend (mehr als zwei Dritteln) in den Druckräumen statt, während Crack zumeist auf der Straße geraucht wird. Die Bedeutung der einzelnen Konsumorte hat sich im Vergleich zum Vorjahr sowohl bei Heroin, als auch bei Crack nur leicht verändert. Zugenommen hat in beiden Fällen der Konsum in Privaträumen; diese bleiben jedoch mit 14% bei Heroin und 9% bei Crack nur der jeweils dritthäufigste Konsumort.

Fast sechs von zehn Befragten wurden im zurückliegenden Monat mindestens einmal in der Öffentlichkeit von der Polizei kontrolliert, im Schnitt rund zwölfmal. Insgesamt werden weniger Befragte kontrolliert; bei jenen, die kontrolliert werden, hat sich die durchschnittliche Anzahl der Kontrollen seit 2010 erhöht. Gleichzeitig hat sich der Anteil derer, die bei derartigen Kontrollen einen Platzverweis oder ein Aufenthaltsverbot ausgesprochen bekamen (aktuell: 18% aller Befragten), nicht signifikant verändert. Während also die Kontrollintensität, bei weniger Kontrollierten, gestiegen ist, trifft dies nicht auf die Anzahl der verhängten Sanktionen zu.

Mehr als vier von fünf Befragten aus dem Jahr 2016 waren in ihrem Leben mindestens einmal inhaftiert, im Schnitt insgesamt etwas länger als vier Jahre. Am häufigsten saßen die Szeneangehörigen wegen einer Ersatzfreiheitsstrafe (wegen nicht bezahlter Geldstrafen, u.a. wegen Schwarzfahrens) in Haft, gefolgt von Diebstahl, Drogenhandel und Drogenbesitz. Männer waren sowohl häufiger als Frauen inhaftiert, als auch deutlich länger in Haft; die durchschnittliche Haftdauer liegt bei ihnen über viereinhalb Mal so hoch wie bei den weiblichen Befragten.

Gesundheitszustand, Risikoverhalten und Nutzung des Drogenhilfesystems

Vier Fünftel der Befragten und damit weniger als 2014 sind aktuell krankenversichert – dabei verfügen vor allem nichtdeutsche Befragte oft über keine Krankenversicherung. Nachdem in der vorherigen Befragung die Anzahl der genannten Krankheits-Symptome deutlich angestiegen ist, hat sich dieser hohe Wert in diesem Jahr gehalten: bei den meisten Symptomen sind nur geringe Abweichungen von den Vorjahreswerten zu beobachten. Diese Änderung zeigt sich 2016 auch in der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustands; diese ist insgesamt etwas schlechter als 2014. Frauen geben im Schnitt mehr Symptome an als Männer.

5% geben im Jahr 2016 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. Seit 2012 ist die Quote derer, die mit Hepatitis C infiziert sind, rückläufig: während dies in den meisten Vorjahren auf rund zwei Drittel der Befragten zutraf, sind aktuell nur noch 49% 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 4% der Befragten gelegentlich praktiziert. Mit einem Anteil von 15% benutzen ebenso viele Befragte wie 2014 Spritzenutensilien zumindest gelegentlich gemeinsam; ebenfalls 15% und damit etwas weniger als 2014 verwenden Injektionsnadeln zumindest manchmal mehrfach. Mit 72% weist weiterhin eine Mehrheit der Befragten gar kein derartiges Risikoverhalten auf.

Rund die Hälfte (51%) der im Jahr 2016 Befragten hat mindestens einmal eine Überdosis erlebt; damit liegt der Anteil etwas höher als 2014, aber niedriger als in den meisten Vorerhebungen. Die letzte Überdosierung liegt durchschnittlich drei Jahre zurück. Hauptsächlich für die Überdosis verantwortlich gemacht wird mit 39% vor allem Heroin. Damit liegt das Opiat deutlich vor Crack (14%) und Kokain (8%), die im Vorjahr bei dieser Frage mittlerweile jeweils fast ebenso häufig angegeben wurden wie Heroin. Als Hauptgründe für die Überdosis werden am häufigsten der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen sowie der Konsum einer zu

großen Menge nach vorheriger Abstinenz genannt. Die meisten Überdosierungen fanden in den Konsumräumen und nicht wie im Vorjahr auf der Straße statt – vermutlich eine Folge des Umstandes, dass wieder überwiegend Heroin, anstatt Substanzen, die zumeist nicht in Konsumräumen konsumiert werden, als für die letzte Überdosis verantwortlich bezeichnet werden.

40% der Befragten befinden sich aktuell in einer Substitutionsbehandlung; ein im Turnusvergleich relativ geringer Anteil. Nahezu drei von vier Substituierten erhalten Methadon als Substitutionsmittel, gefolgt von Buprenorphin (13%). Aktuell erhalten so viele Substituierte wie nie zuvor Levomethadon (12%). Durchschnittlich sind die Substituierten seit zwei Jahren in einer entsprechenden Behandlung. 48% werden in Substitutionsambulanzen bzw. Drogenhilfseinrichtungen und 52% bei niedergelassenen Ärzten substituiert. Das Verhältnis hat sich im Vergleich zum Vorjahr zugunsten der niedergelassenen Ärzte verschoben.

Substituierte konsumieren deutlich seltener Heroin als Nicht-Substituierte. Einen signifikanten Unterschied gibt es auch beim Crackkonsum (24-Stunden-Prävalenz: 72% bei Substituierten, 92% bei Nicht-Substituierten); dieser ist allerdings vor allem bei den Substituierten seit 2008 angestiegen. Beim 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) Kontaktladen, Essen, Druckraum, Beratungsgespräche, mobile soziale Arbeit und Rauchraum genutzt. 93% der Befragten haben in den letzten drei Monaten mindestens eines der Hilfeangebote in Anspruch genommen, 85% nutzen die Angebote mindestens einmal wöchentlich. Seit 2010 deutlich zugenommen hat die Nutzung des Rauchraums, während die Nutzung des Essensangebotes aktuell an Bedeutung eingebüßt hat. Dieses Angebot wird, ebenso wie Beratungsgespräche und Druckräume sowie Kontaktladen, von Männern häufiger als von Frauen in Anspruch genommen. Frauen nutzen dafür häufiger medizinische Behandlungsangebote und Spritzentausch.

1 Einleitung

Mit dem vorliegenden Bericht wird die Situation in der „offenen Drogenszene“¹ in Frankfurt am Main im Jahr 2016 unter Einbeziehung weiterer Erhebungen aus den Jahren 1995, 2002, 2003, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012 und 2014 beschrieben.

Die Studie ist ein Forschungsmodul neben anderen im Rahmen des *Monitoring-Systems Drogentrends* (MoSyD), das vom Centre for Drug Research (CDR), gefördert vom Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main, entwickelt und implementiert wurde (aktuell: Werse et al. 2016). 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 Forschungsmodule:

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

Im Rahmen von MoSyD handelt es sich bei der Szenestudie 2016 um die achte 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 Fragenkomplexe verwendet wurden.

Unter Berücksichtigung der oben genannten 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 2016 darstellte.

Thematisch fokussieren die Interviews auf folgende Bereiche:

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

Zum zweiten Mal 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 niedrigschwelligen 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. Aus Platzgründen wird in einigen Tabellen und Grafiken auf die Darstellung der 2003er Daten verzichtet.

Wie bereits ausgeführt, ist die vorliegende Szenestudie 2016 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 2017 erscheinen und in Druckfassung im Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main sowie als PDF-Dokument online unter 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 Jonas Bereiter, Rahel-Saba Brucker, Nils Feilberg und Jonas Kuhn 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 niedrigschwelligen Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe rekrutiert wurden. Der als Erhebungsinstrument dienende standardisierte Fragebogen lehnt sich eng an die Fragebögen der Szenestudien der Vorjahre an, um systematische Vergleiche durchführen zu können.

Zum zweiten Mal wurde die Szenebefragung mittels Tablet-PCs durchgeführt. Die Vorteile dieser Erhebungsform bestehen zum einen darin, dass kein Tisch o.ä. mehr notwendig ist, um den Fragebogen auszufüllen, und dadurch Personen leichter direkt auf der Straße befragt werden können. Außerdem können bei Bedarf dem/der Befragten Fragen bzw. Antwortmöglichkeiten leichter gezeigt werden. Darüber hinaus 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 mögliche Fehlerquelle bei der Auswertung. Für die Erhebung wurde die ursprünglich für Marktforschungszwecke entwickelte Software mQuest® verwendet. Die Erfahrungen mit der Erhebungsmethode waren wiederum überwiegend positiv.

In der Befragung im Jahr 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 2016 36 Personen (2014: n=35, 2012: n=25, 2010: n=8) nicht bereit, den Code zu bilden. Der HIV-Code erlaubt es darüber hinaus auch zu überprüfen, ob und wenn ja wie viele Personen doppelt befragt wurden. In diesem Jahr gab es keine derart dokumentierten Doppelbefragungen (2014: 0, 2012: 4, 2010: 7), weshalb wie im Vorjahr keines dieser Interviews aus dem Datensatz gelöscht werden musste. Insgesamt gingen somit alle 150 Interviews in die Auswertung ein.

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.

Die relativ hohen „Ausfallquoten“ machen es leider 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. In den Jahren 2010 und 2012, als noch weniger Befragte den HIV-Code verweigerten, gab es noch 10 Codes, die in beiden Erhebungen vertreten waren. 2014 wurden dann nur noch zwei Personen befragt, die in einer der beiden Vorerhebungen vertreten waren. In diesem Jahr hat sich diese Anzahl auf sechs Personen erhöht. Dennoch könnten v.a. die niedrigen Zahlen der Vorjahre darauf hindeuten, dass insbesondere solche Befragte, die bereits mehrmals befragt wurden, besonders häufig die Angabe des Codes verweigern, was eine Schätzung der „Grundgesamtheit“ zumindest sehr schwierig macht.

Nachdem bereits 2012 und 2014 der Konsum von Benzodiazepinen differenzierter erfasst worden ist, wurden 2016 erstmalig auch Fragen über den Wirkstoff Clonazepam (Rivotril®) aufgenommen. Weitere neu abgefragte Substanzen bzw. Substanzgruppen sind Pregabalin (Lyrica®), Fentanyl, Räuchermischungen/synthetische Cannabinoide, „Badesalze“/Cathinone/etc. sowie Designer-Benzodiazepine bzw. -Opiode.

Die Befragung selbst ist als fragebogengestütztes Interview gestaltet, d.h. die Fragen werden in einer Face-to-Face-Interviewsituation mit der/dem Interviewpartner_in systematisch durchgegangen und die Antworten vom Interviewenden direkt im (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

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

- 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.

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, 2016) 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 150 Befragten wurden 104 außerhalb der niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen, d.h. unmittelbar auf der Straße/ Drogenszene, rekrutiert. 46 Befragte wurden in den Kontaktbereichen der Konsumräume angesprochen. Die Kontakthanbahnungen 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 Kontakthanbahnungsgesprächs wurde erwähnt, dass eine Aufwandsentschädigung von 5 Euro gezahlt wird. Der finanzielle Aspekt eines möglichen Interviewkontakts wurde damit bewusst an das Ende eines von genereller Interviewbereitschaft gekennzeichneten Kontakthanbahnungsgesprächs gesetzt, um rein monetär motivierte Interviews zu vermeiden. Wieder sehr gut angenommen wurde, dass die Interviewten am Ende des Interviews eine kleine Süßigkeit (eine kleine Tüte Gummibärchen oder ähnliches) erhielten, eine Zugabe, die über das Vereinbarte hinaus ging und damit positiv überraschte.

Insgesamt mussten lediglich 161 Personen angesprochen werden, um die anvisierten 150 Interviews durchzuführen. Ein Interview kam also bei 93% der angesprochenen Personen zustande. Diese Quote liegt damit so hoch wie in keiner Erhebung zuvor (2002: 70%, 2004: 87%, 2006/2008: 83%, 2010: 85%, 2012: 77%, 2014: 78%). Angesichts der Sensibilität der zu erhebenden Daten ist dieser Anteil als geradezu extrem hoch anzusehen.

Von den 11 Personen, die nicht zu einem Interview bereit waren, gaben 7 an, „kein Interesse“ an der Befragung zu haben; je zwei Personen nannten hier „keine Zeit“ oder gaben sonstige Gründe an.

Die Interviews wurden von einer Mitarbeiterin und drei Mitarbeitern des CDR im Juni und Juli 2016 geführt. Alle vier 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 meisten Vorjahren wurde die Mehrheit der Interviews nicht mehr in Räumen der Drogenhilfe durchgeführt, sondern auf der Straße bzw. in der Öffentlichkeit; der entsprechende Anteil hat sich dabei nochmals auf 71% erhöht (2014: 52%, 2012: 23%). Dies hängt insbesondere damit zusammen, dass die Erhebung mittels Tablets eine „mobile“ Durchführung erleichtert, so dass die Interviews häufig unmittelbar nach Ansprache des/der Betreffenden stattfinden. Für 29% der Interviews wurde wieder auf die Möglichkeit zurückgegriffen, das Gespräch in Räumlichkeiten der Drogenhilfe durchzuführen. Anders als 2014 (insgesamt 12%) wurde kein Interview in Büroräumen der Drogenhilfe oder an sonstigen Orten durchgeführt.

Die Interviews waren in diesem Jahr etwas ungleichmäßiger über die Wochentage verteilt, was den unterschiedlich verteilten Verpflichtungen der Mitarbeiter_innen im Studium geschuldet war; so fanden mehr als die Hälfte mittwochs oder freitags statt, während lediglich 7% an Montagen interviewt wurden. Die frühesten Interviews wurden gegen 11 Uhr vormittags geführt, das späteste gegen 21 Uhr. Die Interviews nahmen im Schnitt 32,7 Minuten in Anspruch (Median: 29 min.); das kürzeste Interview dauerte 16 Minuten, das längste 102 Minuten.

In den Interviews wurden die Interviewpartner_innen ausdrücklich als Expert_innen ihrer Lebenswelt angesprochen und respektiert. 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.

4. Ergebnisse

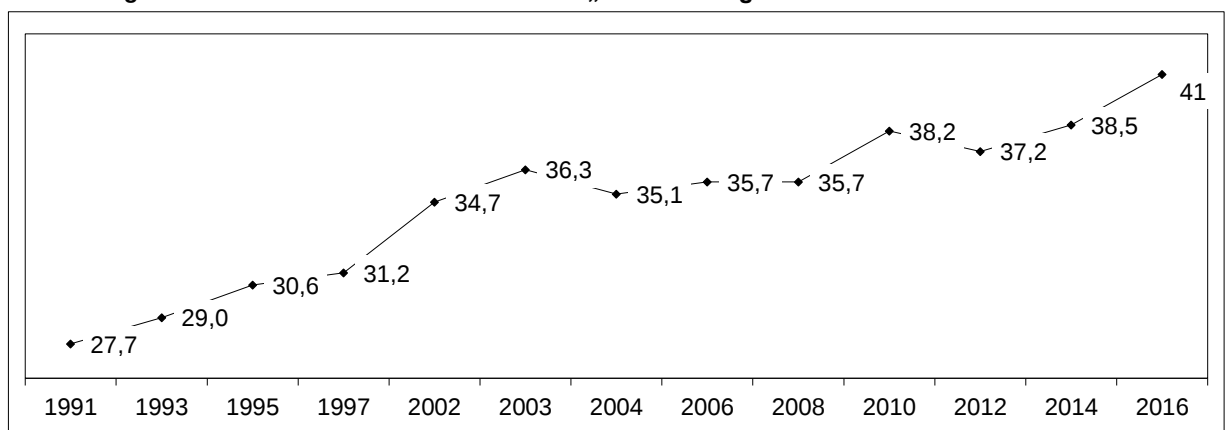
4.1 Soziodemographische Daten

4.1.1 Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität

Dem Forschungsdesign entsprechend sind von den im Jahr 2016 befragten 150 Personen, deren Interviews in die Auswertung eingingen, ein Drittel Frauen (n=50) und zwei Drittel Männer (n=100). Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 41 Jahren. Seit der Ersterhebung 1995 hat dieser Wert signifikant zugenommen. Aktuell ist dieser Wert, nach einer eher uneinheitlichen Entwicklung in den letzten Befragungen, sehr deutlich auf einen neuen Höchstwert angestiegen (s. Abb. 1).

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 13 Jahre feststellen (Abb. 1).

Abbildung 1: Durchschnittsalter der Frankfurter „Straßen-Drogenszene“ 1991 bis 2016



Von allen im Jahr 2016 Befragten geben 55% an, Single zu sein, 12% leben in einer festen Partnerschaft, 7% sind verheiratet und 25% geschieden. Nach einer „festen Partnerschaft“ wurde erstmalig in der Erhebung von 2012 gefragt, während zuvor dieser Beziehungsstatus unter die Kategorie „ledig“ fiel. Daher lassen sich auch keine Signifikanzen für die Veränderungen über den gesamten Zeitraum berechnen. Aktuell ist der Anteil der Geschiedenen von 18% auf 25% gestiegen, derjenige der Verheirateten von 12% auf 7% gesunken. Ähnliche Werte wurden allerdings schon in diversen Vorjahren erreicht; letztlich zeigt die Entwicklung keinen klaren Trend an.

Insgesamt 51% der Befragten haben eigene Kinder (2002: 52%, 2003: 47%, 2004: 44%, 2006: 44%, 2008: 49%, 2010: 54%, 2012: 44%, 2014: 48%; n.s.). Eine Frau gibt an, aktuell schwanger zu sein (2006: 2, 2008/2010: 0, 2012/2014: 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 36% nach wie vor am häufigsten beim jeweils anderen Elternteil – nach dem Anstieg 2014 hat sich dieser Anteil wieder verringert. Mit aktuell 4% hat

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

sich auch der Anteil derer weiter verringert, deren Kind bzw. Kinder bei Mutter und Vater gemeinsam untergebracht sind, ähnlich wie der Anteil an Kindern, die vorübergehend bei Familienangehörigen leben, während der Anteil der dauerhaft bei Angehörigen lebenden Kinder wieder klar angestiegen ist. Weiter deutlich – auf einen neuen Höchststand – angewachsen ist der Anteil derer, deren Kinder bereits volljährig sind und selbstständig wohnen. Die insgesamt ansteigende Tendenz bei dieser Kategorie lässt sich dabei zum Teil mit dem weiter gestiegenen Alter der Szene als solche begründen. Ansonsten lassen sich keine klaren Tendenzen ablesen; vielmehr zeigen sich teilweise bemerkenswerte „Sprünge“ wie etwa beim Anteil der adoptierten oder bei Pflegeeltern lebenden Kinder, der aktuell von 14% auf 0 zurückgegangen ist. Solche Änderungen dürften im Wesentlichen mit der kleinen Teilstichprobe zu erklären sein.

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

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
bei Kindsmutter und Kindsvater	2	0	10	11	6	4	***
bei Interviewpartner_in ohne Kindsmutter/ Kindsvater	0	0	0	5	1	1	
bei Kindsmutter/ Kindsvater ohne Interviewpartner_in	40	52	42	30	45	36	
bei Familie (vorübergehend)	18	10	5	11	7	5	
bei Familie (Pflege oder Adoption)	2	14	10	2	3	16	
unterschiedliche Unterbringung (mehrere Kinder)	3	5	12	8	8	5	
Kinder sind selbstständig (über 18 Jahre)	17	10	13	25	15	29	
zur Adoption freigegeben oder bei Pflegeeltern	17	10	1	6	14	0	
institutionelle Unterbringung (Heim)	0	0	6	2	0	0	
sonstige Unterbringung	2	0	0	0	0	4	

56% der im Jahr 2016 Befragten sind deutscher Nationalität (1995: 79%, 2002: 79%, 2003: 75%, 2004: 76%, 2006: 67%, 2008: 77%, 2010: 77%, 2012: 68%, 2014: 64%), 1% sind Spätaussiedler_innen (1995: 1%, 2002: 1%, 2003: 0%, 2004: 4%, 2006: 4%, 2008: 4%, 2012: 1%, 2014: 3%) und 43% gehören einer anderen Nationalität an (1995: 19%, 2002: 19%, 2003: 25%, 2004: 20%, 2006: 29%, 2008: 19%, 2010: 23%, 2012: 32%, 2014: 32%). Damit hat sich der Rückgang des Anteils an deutschen Staatsbürger_innen nochmals deutlich fortgesetzt; der Anteil der Befragten ohne deutschen Pass erreicht einen klaren neuen Höchststand (***). Bei näherer Betrachtung der Befragten mit nicht deutscher Nationalität wird mit Abstand am häufigsten die Türkei als Herkunftsland genannt (n=17; 11% der Gesamtstichprobe). 12 Befragte bzw. 8% stammen aus Ost- bzw. Südosteuropa (Polen, Rumänien, Slowakei, Kroatien, Kosovo), 11 bzw. 7% aus Nordafrika (Marokko oder Algerien), jeweils 7 (5%) aus Ostafrika (Äthiopien oder Eritrea) und Italien, 3 (2%) aus dem Iran; die übrigen sieben nichtdeutschen Befragten verteilen sich über diverse andere Länder bzw. Weltregionen. Damit hat nicht nur der gesamte Anteil nichtdeutscher Befragter, sondern auch die Vielfalt der Herkunftsländer deutlich zugenommen.

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 (52%) ihren gemeldeten Wohnsitz in Frankfurt am Main haben. Der Wert ist im Vergleich zu 2014 allerdings, nach einem bereits zuvor deutlichen Rückgang, nochmals um zehn Prozentpunkte gesunken und erreicht damit den niedrigsten Anteil seit Beginn der Erhebungen. Weitere 16% sind im Großraum Frankfurt (RMV-Einzugsgebiet) gemeldet, 5% in Hessen (außerhalb des Großraums Frankfurt) und 6% außerhalb Hessens. 21% geben an, aktuell keinen gemeldeten Wohnsitz zu haben. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich dieser Anteil der Befragten nochmals deutlich erhöht und erreicht den höchsten Wert seit Beginn der Erhebungen (s. Tab. 2). Diese Entwicklung ist dabei nicht mit dem erhöhten Anteil von Befragten ohne deutschen Pass zu erklären: bei diesen liegt der Anteil der nicht Gemeldeten mit 22% fast gleichauf mit dem Wert bei den Deutschen (20%).

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

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Frankfurt	61	70	73	66	65	77	75	62	52	***
Großraum Frankfurt	17	6	8	11	9	7	10	11	16	
Hessen	2	4	5	3	11	8	8	7	5	
außerhalb Hessens	8	5	8	4	5	1	3	3	6	
Ausland	1	1	0	0	0	0	0	0	1	
nicht gemeldet	11	14	6	16	11	7	5	16	21	

Auch bezüglich der aktuellen Wohnsituation lassen sich signifikante Unterschiede zwischen den Erhebungen feststellen (s. Tab. 3). 36% der im Jahr 2016 Befragten leben in einer eigenen Wohnung; dies sind deutlich mehr als 2014 und stellt den zweithöchsten Wert aller Erhebungen dar. Auf dem zweiten Rang folgt in diesem Jahr mit 25% die Obdachlosigkeit, die sich seit 2010 nahezu kontinuierlich und deutlich erhöht hat.

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
obdachlos	19	10	18	11	14	12	4	12	17	25	***
eigene Wohnung	27	19	23	24	31	35	37	25	25	36	
mit Partner/User	6	5	5	9	1	5	3	5	5	3	
Partner/Non-User	3	8	4	5	4	4	9	6	4	2	
WG/User	3	3	3	1	3	3	1	5	3	3	
WG/Non-User	3	6	3	2	3	1	2	6	1	2	
Notschlafunterkunft	27	39	33	37	30	32	32	29	23	13	
betreutes Wohnen	0	5	4	3	7	3	5	5	9	5	
Eltern	12	4	6	5	3	9	5	3	4	7	
sonstige	0	1	1	2	3	0	1	3	7	4	

Nur noch 13% leben zum Zeitpunkt der Erhebung 2016 in einer Notschlafunterkunft; dieser Anteil ist aktuell nochmals gesunken und erreicht wiederum den (mit Abstand) niedrigsten

Wert. Bei allen anderen Wohnsituationen zeigen sich nur relativ geringe Anteile und keine klaren Tendenzen (s. Tab. 3). Dass sich der Anteil der Obdachlosen insbesondere zulasten der in Notschlafunterkünften Wohnenden erhöht hat, könnte ein Hinweis darauf sein, dass das warme Wetter im Sommer 2016 zumindest eine gewisse Rolle bei dieser Veränderung gespielt haben könnte. Zusammengenommen sind im Jahr 2016 mit 38% nur vergleichsweise wenige Befragte faktisch obdachlos (Notschlafstelle oder obdachlos); lediglich 2010 war dieser Anteil noch etwas geringer. Somit hat sich die insgesamt seit Beginn der Befragungen diesbezüglich zu beobachtende abnehmende Tendenz bestätigt.

4.1.3 Ausbildungs- und Beschäftigungssituation

Wie in sämtlichen Erhebungen zuvor gibt der größte Anteil der Befragten einen Hauptschulabschluss (52%) als höchsten Schulabschluss an. 24% haben einen Realschulabschluss, 7% das Abitur und 1% einen sonstigen Abschluss. 16% sind ohne Schulabschluss (s. Tab. 4). Der Anteil derer, die einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss angeben, hat sich nach dem Rückgang 2014 wieder auf einen vergleichsweise hohen Wert erhöht, während der Anteil derer mit Abitur wieder sehr deutlich zurückgegangen ist. Dementsprechend ist der Höchstwert für Abiturient_innen aus der letzten Befragung als ‚Ausreißer‘ zu begreifen, und auch insgesamt ist über den gesamten Erhebungsturnus kein klarer Trend erkennbar.

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

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Schulabschluss										
keiner	13	16	10	17	16	20	14	13	16	**
Hauptschule	43	46	52	47	43	46	53	42	52	
Realschule	34	23	25	22	28	22	23	27	24	
Gymnasium	8	11	11	13	12	12	8	17	7	
sonstige	2	5	3	1	1	1	3	2	1	
Berufsausbildung										
keine	46	43	43	43	57	60	40	50	51	**
Lehre/Studium	52	55	57	54	42	39	58	46	45	
in Ausbildung	2	2	0	3	1	1	1	5	5	
Beschäftigungssituation										
Vollzeit	7	5	3	4	1	3	5	3	5	n.s.
arbeitslos	83	79	85	86	81	83	77	81	81	
sonstiges	10	16	12	10	18	15	18	15	14	

Eine abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre oder Studium) haben 45% der Interviewten. 51% geben an, keine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben, und 5% befinden sich derzeit noch in der Ausbildung. Im Vergleich zur letzten Erhebung hat sich daran praktisch nichts geändert, und auch langfristig ist keine klare Tendenz erkennbar (Tab. 4).

Die meisten (81%) der Befragten sind weiterhin arbeitslos; dieser Anteil ist im Vergleich zu 2014 unverändert geblieben. 5% verfügen über eine Vollzeitstelle. Bei genauerer Betrachtung der „sonstigen“ Beschäftigungsverhältnisse zeigt sich 2016, dass diese eine Teilzeittätigkeit (1%), Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (4%) und die (Früh-)Rente (9%) umfassen. Der Anteil der (Früh-)Rentner_innen ist dabei nach vorherigem Anstieg und Rückgang im Jahr 2014 wieder deutlich angestiegen (2008: 4%, 2010: 8%, 2012: 11%, 2014: 3%). Insgesamt stellt sich die Beschäftigungssituation aber weitgehend konstant dar: über den gesamten Zeitraum seit 1995 gab es keine signifikante Änderung (s. Tab. 4).

Durchschnittlich sind die im Jahr 2016 befragten Arbeitslosen 68,1 ($\pm 86,9$) Monate ohne Beschäftigung. Dieser Wert ist damit wieder sehr deutlich angestiegen und erreicht den zweithöchsten Stand seit Beginn der Erhebungen; lediglich 2010 waren die entsprechenden Befragten im Schnitt länger arbeitslos (70,7 ($\pm 71,5$)). Insofern ist auch hier der historisch niedrige Wert von 2014 (39,2 ($\pm 49,9$)) als ‚Ausreißer‘ zu begreifen.

Dabei zeigt sich in diesem Jahr wieder ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Dauer, mit der sich die Befragten regelmäßig auf der „Drogenszene“ aufhalten: je länger sich die Befragten auf der Szene aufhalten, desto länger sind sie im Schnitt auch arbeitslos.

Bei der 2014 neu aufgenommenen Frage, wann die Befragten zuletzt eine sozialversicherungspflichtige Arbeit hatten, wird aktuell von den arbeitslosen Befragten, die dazu eine Angabe machen, im Schnitt ein Zeitraum von rund sechs Jahren angegeben (71,8 Monate $\pm 75,0$). Der Median liegt lediglich bei 42 Monaten. Bei 35% ist die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit nicht länger als ein Jahr her; auf der anderen Seite haben 27% schon seit mindestens zehn Jahren keine entsprechende Tätigkeit mehr ausgeübt. Im Vergleich zu 2014 sind Mittelwert (75,1 $\pm 73,6$) und Median (48) leicht (nicht signifikant) gesunken; dabei zeigt sich eine leichte Tendenz zur ‚Polarisierung‘: sowohl der Anteil der maximal ein Jahr nicht mehr Berufstätigen (2014: 20%; *) als auch der Anteil der mehr als zehn Jahre nicht mehr sozialversichert Tätigen (2014: 22%; n.s.) ist angestiegen. Ebenfalls 2014 erstmals erfragt wurde, wie lange das betreffende letzte sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnis andauerte. Dieser Wert liegt aktuell bei knapp drei Jahren (34,7 Monate $\pm 47,8$) und ist seit dem Vorjahr (18,5 $\pm 24,1$) recht deutlich angestiegen (**).

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 59% ist dieser Wert nach einem Anstieg 2014 wieder etwas gesunken. Weitere wichtige Einnahmequellen sind Drogengeschäfte (36%), andere legale Aktivitäten (18%), die Unterstützung durch Freunde/Bekannte (16%) oder Eltern/Familie (14%), andere illegale Aktivitäten (20%) und Arbeit/„Jobben“ (14%). Alle anderen Einnahmequellen, inklusive der Prostitution (3%) 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	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Arbeit/„Jobben“	27	33	26	16	18	15	13	14	11	***
Arbeitslosengeld/ Sozialhilfe	62	76	66	59	75	78	56	67	59	***
Eltern/Familie	30	11	11	19	14	16	12	14	14	***
Partner_in	11	6	3	4	7	2	6	6	5	n.s.
Freunde/Bekannte	-- ^a	4	3	13	8	5	8	15	16	***
Prostitution	11	11	8	14	14	12	10	16	3	*
Drogengeschäfte	43	34	38	34	41	34	35	34	36	n.s.
Service machen	19	1	3	5	3	5	6	3	4	***
Medikamente verkaufen	7	4	2	5	3	1	0	1	3	**
andere illegale Aktivitäten	19	20	9	18	23	22	18	20	12	**
andere legale Aktivitäten	15	7	9	10	17	15	12	22	18	***
(Früh-)Rente ^b	--	--	--	--	7	6	9	2	9	n.s.

^a keine Daten verfügbar

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

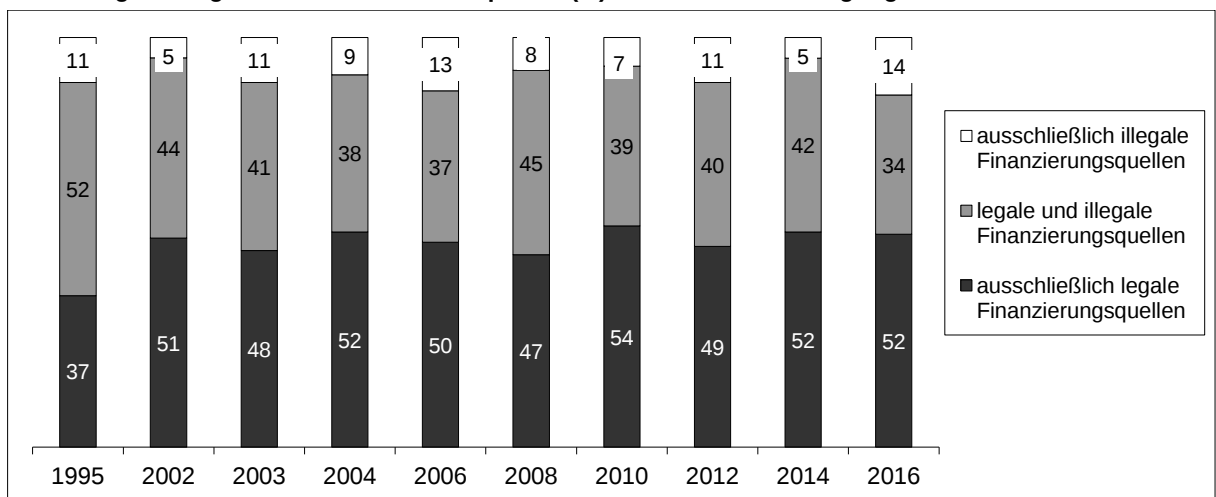
Arbeit bzw. „Jobben“ als Einnahmequelle der letzten sieben Tage hat im Turnusverlauf deutlich an Bedeutung verloren und erreicht aktuell mit 11% den niedrigsten Wert aller Befragungen. Die signifikanten Veränderungen für die Unterstützung durch Eltern/Familie oder Partner bzw. Partnerin sind vor allem auf die Unterschiede zwischen 1995 und 2002 zurückzuführen. Die finanzielle Unterstützung durch Freunde/Bekannte erreicht wiederum den Höchstwert aller Befragungen; seit 2010 zeigt sich hier ein aufsteigender Trend. Der Verkauf von Medikamenten als Einnahmequelle ist nach einem Rückgang auf Null im Jahr 2012 wieder leicht angestiegen. Die Finanzierung über andere illegale Aktivitäten ist in diesem Berichtsjahr wieder deutlich auf einen im Turnusvergleich relativ niedrigen Wert zurückgegangen. Andere legale Aktivitäten sind nach einem deutlichen Anstieg 2014 leicht zurückgegangen, erreichen aber mit 18% den bisher zweithöchsten Wert. Signifikant sind auch die Veränderungen für das „Service machen“, das 1995 noch deutlich häufiger als Einkommensquelle genannt wurde und seither ohne klaren Trend schwankt. Ein erstmals signifikanter und sehr deutlicher Rückgang ist bei der Prostitution zu beobachten, die nur noch von 3% aller Befragten (bzw. 10% der Frauen) als Einkommensquelle genannt wird. Zu möglichen Gründen für diese Veränderung siehe 4.1.5. Im Unterschied zu den vorgenannten Finanzierungsquellen scheinen Freunde/Bekannte und Drogengeschäfte eine Art Konstante für einen Teil der Szeneangehörigen darzustellen: die Anteile haben sich seit 1995 nicht signifikant verändert.

⁶ 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.

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, ist nach einem nahezu kontinuierlichen Rückgang seit 2006 wieder deutlich auf den bislang zweithöchsten Wert gestiegen (1995: 19%, 2002: 31%, 2003: 28%, 2004: 28%, 2006: 42%, 2008: 40%, 2010: 38%, 2012: 27%, 2014: 27%, 2016: 41%). Der Anteil derer, die ihr Einkommen hauptsächlich über eine regelmäßige Arbeit bestreiten, hat sich nach vorherigem Rückgang seit zehn Jahren kaum geändert (1995: 17%, 2002: 18%, 2003: 14%, 2004: 15%, 2006: 9%, 2008: 7%, 2010: 8%, 2012/2014: 9%, 2016: 8%). Für immerhin 22% stellen Drogengeschäfte die Haupteinnahmequelle dar; dieser Wert schwankt seit Jahren in beide Richtungen (1995: 25%, 2002: 21%, 2003: 29%, 2004: 26%, 2006: 17%, 2008: 23%, 2010: 18%, 2012: 26%, 2014: 20%). Ansonsten spielen quantitativ noch andere legale Aktivitäten, (Früh-)Rente (je 7%) sowie Eltern/Familie (6%) eine nennenswerte Rolle als hauptsächliche Geldquelle. Die Prostitution wird im Unterschied zu den Vorjahren aktuell nur noch von einer einzigen Frau als Haupteinnahmequelle genannt (s. 4.1.5).

Fasst man die finanzielle Situation im Hinblick auf den Legalstatus der Einnahmequellen zusammen, so gibt mit 14% eine Minderheit an, sich ausschließlich über illegale Wege zu finanzieren. Dieser Anteil ist allerdings aktuell deutlich auf den bislang höchsten Wert angestiegen.

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



Gleichzeitig hat sich der Anteil derer, die ihr Einkommen ausschließlich über legale Einnahmequellen bestreiten (52%), aktuell nicht verändert (s. Abb. 2). Der o.g. Anstieg bei sich ausschließlich über illegale Quellen Finanzierenden hat sich also ausschließlich auf Kosten derer vollzogen, die legale und illegale Einnahmequellen verwenden. Zudem ist, wie in Tab. 5 erkennbar, dieser Anstieg nicht auf eine deutliche Veränderung bei einer bestimmten Art der illegalen Aktivität zurückzuführen.

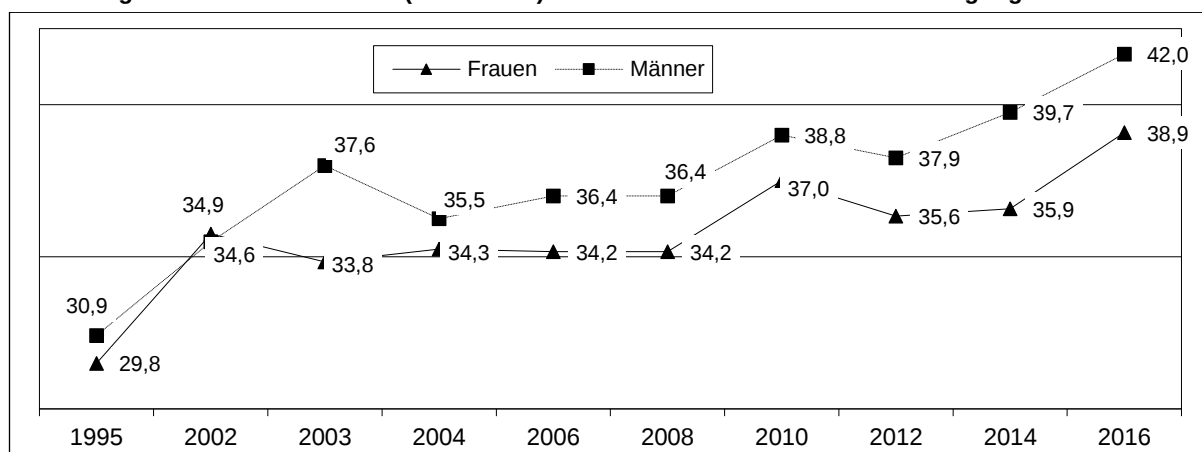
Im Durchschnitt stehen den im Jahr 2016 Befragten 408 Euro pro Woche zur Verfügung. Dieser Wert ist nach dem deutlichen Spitzenwert 2014 wieder stark zurückgegangen (1995: 550 €, 2002: 552 €, 2003: 608 €, 2004: 439 €, 2006: 462 €, 2008: 593 €, 2010: 396 €, 2012: 520 €, 2014: 721 €). Die durchschnittlichen wöchentlichen Ausgaben für Drogen liegen bei 445 Euro pro Woche; auch hier zeigt sich ein Rückgang, der aber nicht ganz so klar ausfällt (1995: 413 €, 2002: 481 €, 2003: 510 €, 2004: 356 €, 2006: 373 €, 2008: 479 €, 2010: 316 €, 2012: 456 €, 2014: 584 €). Damit liegen die durchschnittlichen Ausgaben erstmals über den angegebenen Einnahmen der Befragten. In den Vorjahren betrug der Anteil der Ausgaben für Drogen am durchschnittlichen Einkommen stets um die 80% (z.B. 2014: 81%); aktuell ergibt sich ein rechnerischer Wert von 109%. Wie diese real kaum mögliche Konstellation zustande kommt, kann nicht geklärt werden; so kommt die Diskrepanz z.B. nicht durch einzelne Extremwerte zustande. Da bei den jeweiligen Fragen nach den zurückliegenden 7 Tagen gefragt wird, haben offenbar schlichtweg mehr Befragte angegeben, dass sie in der *aktuellen* Woche mehr ausgegeben als verdient haben, und möglicherweise wurden Interviewte in früheren Befragungen noch eher von den Interviewer_innen auf die entsprechende Diskrepanz hingewiesen.

4.1.5 Die Befragten der Frankfurter Drogenszene im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

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

Das durchschnittliche Alter der im Jahr 2016 Befragten liegt bei 41 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

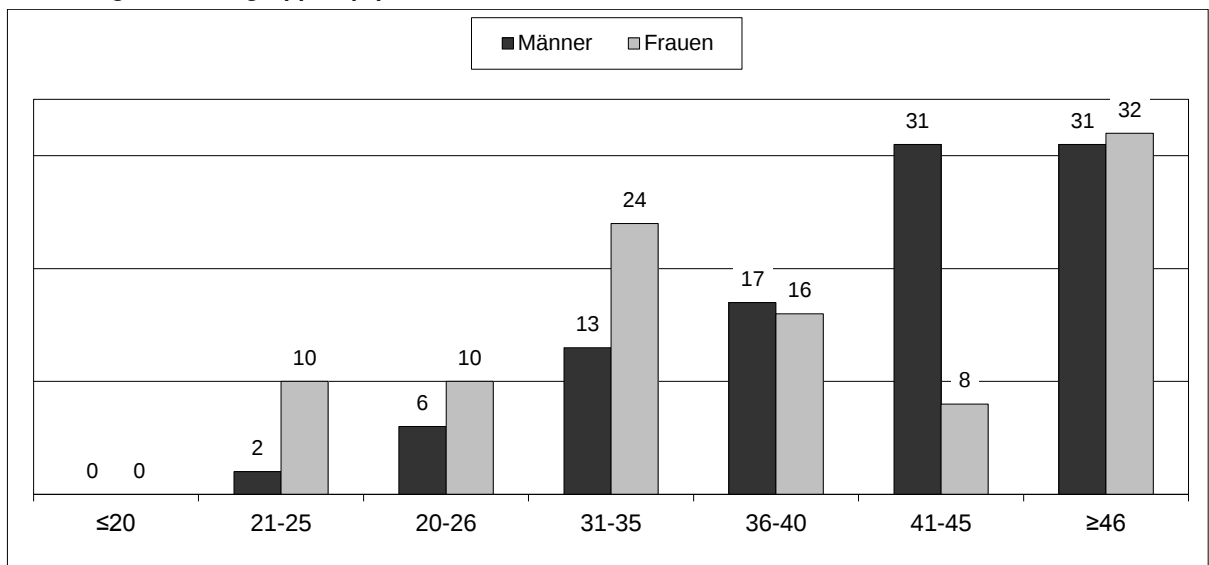


Mit durchschnittlich 42 gegenüber 38,9 Jahren beträgt der Altersunterschied zwischen den Geschlechtern in der aktuellen Befragung rund drei Jahre und ist damit wieder etwas geringer als 2014. Dies liegt daran, dass der aktuelle Anstieg des Durchschnittsalters bei den Frauen deutlicher ausfällt als bei den Männern (siehe Abb. 3).

Wie bereits 2014 ist in der aktuellen Erhebung kein_e einzige_r Befragte_r unter 20 Jahre alt; bereits zuvor war diese Gruppe der besonders jungen Konsumierenden sehr klein

(max. 3%). Deutlich erhöht haben sich aktuell gegenüber der letzten Erhebung die Anteile der 41-45-Jährigen (2014: 13%, 2016: 23%) und der über 45-Jährigen (2014: 23%, 2016: 31%). Damit sind diese Altersgruppen erstmals die beiden größten innerhalb der Stichprobe. Demgegenüber hat vor allem der Anteil der 26-30-Jährigen abgenommen (von 17% auf 7%). Was die Verteilung der Alterskategorien bei beiden Geschlechtern betrifft, so sind die drei jüngeren Gruppen bei den Frauen stärker vertreten, während die Männer bei den 41-45-Jährigen um ein Vielfaches stärker vertreten sind. Ältere Konsument_innen (über 45 Jahre) sind hingegen bei beiden Geschlechtern etwa gleich stark vertreten (s. Abb. 4).

Abbildung 4: Altersgruppen (%) nach Geschlecht im Jahr 2016



55% der im Jahr 2016 Befragten sind Single, 12% leben in einer festen Partnerschaft, 25% sind geschieden und 7% verheiratet. Ein signifikanter Geschlechterunterschied zeigt sich darin, dass die befragten Frauen deutlich häufiger als die befragten Männer in einer festen Partnerschaft leben (26% vs. 5%). Mit 58% gegenüber 48% sind hingegen mehr Männer als Frauen Single, und auch der Anteil der Geschiedenen ist bei männlichen Befragten höher (28% vs. 18%; **).

2016 geben 51% an, eigene Kinder zu haben. Bei der Elternschaft zeigen sich keine statistisch signifikanten Geschlechterunterschiede (Männer: 49% vs. Frauen: 56%). Signifikante geschlechterbezogene Differenzen zeigen sich jedoch bei der Frage danach, wo die Kinder untergebracht sind (s. Tab. 6).

Während die Mehrheit der Männer (57%) angibt, dass ihre Kinder bei dem anderen Elternteil leben, trifft dies aktuell auf keine einzige der Frauen zu. Umgekehrt lebt nur bei einem einzigen Mann (2%) das Kind bei Familienangehörigen. Von den Frauen dagegen haben 14% vorübergehend und weitere 39% dauerhaft ihre Kinder zur Pflege oder Adoption an Verwandte gegeben. Mittlerweile bei beiden Geschlechtern relativ hoch sind die Anteile derer, deren Kinder bereits erwachsen sind (s. Tab. 6). Und schließlich geben aktuell zwei Frauen (7%) und ein Mann (2%) an, dass sie mit Kindern und dem anderen Elternteil zusammenleben. Alle anderen Kategorien erzielen jeweils maximal eine Nennung bei den beiden Geschlechtern.

Tabelle 6: Unterbringung der vorhandenen Kinder (%) nach Geschlecht 2016

	Männer	Frauen
bei Kindsmutter und Kindsvater	2	7
bei Interviewpartner_in ohne Kindsvater bzw. Kindsmutter	0	4
bei Kindsmutter bzw. Kindsvater ohne Interviewpartner_in	57	0
bei Familie (vorübergehend)	0	14
bei Familie (Pflege oder Adoption)	2	39
unterschiedliche Unterbringung (mehrere Kinder)	8	0
Kinder sind selbstständig (über 18 Jahre)	24	36
sonstige Unterbringung	6	0

36% der im Jahr 2016 Befragten leben in einer eigenen Wohnung, 25% sind obdachlos, 13% wohnen in einer Notschlafunterkunft, 7% bei den Eltern und 5% 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 nochmals leicht von 40% auf 38% zurückgegangen.

Hinsichtlich der Wohnsituation lassen sich 2016 im Unterschied zur letzten Erhebung wieder signifikante geschlechterbezogene Unterschiede (*) feststellen. Frauen verfügen aktuell vor allem häufiger über eine eigene Wohnung (48% vs. 30%) und wohnen häufiger mit dem/der Partner_in zusammen (8% vs. 4%) bzw. in einer Wohngemeinschaft (8% vs. 3%). Mit 18% gegenüber 16% ist ein minimal größerer Anteil der Männer obdachlos. 2012 fielen hier die Werte noch signifikant unterschiedlich aus (7% gegen 22%). Männer hingegen wohnen öfter in einer Notschlafunterkunft (17% vs. 4%), und anders als bei den Frauen gibt es unter den Männern einige (11%), die bei ihren Eltern wohnen. Obdachlosigkeit ist unter beiden Geschlechtern hingegen etwa gleich weit verbreitet (Frauen: 26%, Männer: 24%).

Mehr als die Hälfte der 2016 Befragten (52%) kann einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss vorweisen, knapp ein Viertel hat einen Realschulabschluss und 7% das Abitur. 16% der Interviewten haben keinen Schulabschluss. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen sich bezüglich der Schulbildung im Jahr 2016 nicht beobachten.

Eine abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre oder Studium) können im Jahr 2016 45% der Befragten vorweisen. 51% geben an, keine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben; dieser Anteil hat sich im Vergleich zur letzten Untersuchung praktisch nicht geändert (2014: 50%). Auch hier sind aktuell keine signifikanten Geschlechterunterschiede festzustellen.

Weiterhin nahezu unverändert hoch ist mit 81% der aktuelle Anteil an Arbeitslosen (Männer: 81%, Frauen: 80%). Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit beträgt 68,1 Monate ($\pm 86,9$ Monate). Dieser Wert ist nach einem Rückgang 2014 wieder etwa auf den Stand der Vorjahre angestiegen. Mit 78,3 gegenüber 63,1 Monaten sind die befragten Frauen im Schnitt (nicht signifikant) länger arbeitslos als die männlichen Befragten. Im Durchschnitt geben die arbeitslosen Befragten an, vor 71,8 Monaten zum letzten Mal eine sozialversicherungspflichtige Arbeit ausgeübt zu haben. Auch hier zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern (72,7) und Frauen (69,8). Auch bei der Dauer des letzten Arbeitsverhältnisses (34,7 Monate) gibt es keine Geschlechterdifferenzen.

Für 41% der Befragten sind staatliche Unterstützungsleistungen (Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung) die Haupteinnahmequelle; für Frauen (62%) weitaus häufiger als für Männer (31%). Der Anteil der Befragten, die ihr Einkommen hauptsächlich über regelmäßige Arbeit oder Jobs bestreiten, beträgt aktuell 8%; mit 10% gelingt dies den befragten Männern etwas häufiger als den befragten Frauen (4%). Männer geben zudem um ein Vielfaches häufiger Drogengeschäfte als Haupteinnahmequelle an (32% vs. 4%). Die Prostitution schließlich, die in den letzten Jahren stets von mindestens 22% der weiblichen Befragten die hauptsächliche Geldquelle war (wie in den meisten Vorjahren wird diese von keinem der befragten Männer genannt), wird aktuell nur noch von einer einzigen Befragten (2%) als wichtigste Verdienstmöglichkeit genannt, und auch insgesamt geben nur noch fünf Frauen (10%) an, zumindest einen Teil ihres Geldes mit Prostitution zu verdienen, nachdem der Anteil der sich hauptsächlich über Sexarbeit finanzierenden Frauen 2014 noch so hoch wie in keiner Befragung zuvor war (39%). Da die übrigen Angaben, gerade im Vergleich zu den Vorjahren, konsistent wirken, stellt sich die Frage, wie dieser extreme Rückgang zustande kommen kann. Nach Rücksprache mit Vertreter_innen des Streetwork im Bahnhofsviertel gibt es diverse, miteinander zusammenhängende Erklärungsansätze: Zum einen wurde tatsächlich beobachtet, dass Angehörige der ‚offenen Szene‘ kaum noch als Straßenprostituierte in Erscheinung treten, zumal dieses Gewerbe seit einiger Zeit von Südosteuropäerinnen übernommen worden sei, die nicht der Szene angehören. Viele der Frauen aus der Szene seien stattdessen dazu übergegangen, sich in erster Linie über Mobiltelefone mit ‚Stammfreiern‘ oder auch ‚Sozialfreiern‘ (Männer, die nicht nur Geld für Sex bezahlen, sondern sich auch teils längerfristig um die jeweiligen Frauen kümmern) zu verabreden. Möglicherweise werden solche Aktivitäten von den Frauen tendenziell weniger unter dem negativ belegten Terminus ‚Prostitution‘ subsumiert, sondern als Finanzierung durch Freunde oder Bekannte definiert. Für diese Einschätzung spricht, dass die entsprechende Kategorie ‚Freunde/Bekannte‘ als Haupteinnahmequelle in den letzten beiden Befragungen bei Frauen deutlich zugenommen hat, von 8% 2012 auf 22% (2014) und aktuell 30%.

Den Legalstatus der Einnahmequellen betreffend, berichtet nach wie vor nur eine Minderheit darüber, sich ausschließlich über illegale Wege zu finanzieren; aktuell trifft dies auf 14% 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 64% häufiger ausschließlich auf legalem Weg als Männer (46%), sowie umgekehrt, seltener ausschließlich über illegale Quellen (Frauen: 4%, Männer: 19%).

Insgesamt geben die im Jahr 2016 Befragten einen wöchentlichen Durchschnittsverdienst von 408 Euro an. Mit 235 Euro pro Woche stehen den befragten Frauen dabei aktuell durchschnittlich deutlich weniger finanzielle Mittel zur Verfügung als den befragten Männern (495 Euro) – in den meisten Vorjahren stellte sich dieses Verhältnis umgekehrt dar. Mit 500 Euro gegenüber 340 Euro geben die Männer im Schnitt auch mehr Geld pro Woche für Drogen aus – in beiden Fällen erreichen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern allerdings keine statistische Signifikanz.

4.2 Substanzkonsum

4.2.1 Lifetime-Konsum

Wie in sämtlichen Vorjahren offenbaren sich bei der Frage, welche Substanzen die Befragten in ihrem Leben bereits mindestens einmal konsumiert haben, für die meisten abgefragten legalen und illegalen Substanzen hohe Anteile an Konsumerfahrungen (s. Tab. 7).

Die legalen Drogen Nikotin und Alkohol wurden von 97% aller Befragten mindestens einmal konsumiert. Nur geringfügig niedriger, mit jeweils über 90%, sind die Werte in absteigender Reihenfolge für Heroin, Crack, Kokain und Cannabis. 81% haben schon einmal Benzodiazepine konsumiert. Wie bereits im Vorjahr wurden die Konsumerfahrungen mit verschiedenen Benzodiazepinen separat abgefragt: Am häufigsten konsumiert wurden Diazepam (74%) und Flunitrazepam (72%). Erstmals wurde auch die Konsumprävalenz von Clonazepam (Rivotril®) gesondert erhoben. Demnach haben 59% der Befragten mindestens einmal dieses Präparat konsumiert. Ebenfalls erstmals im Fragebogen vertreten war das in der Wirkung den Benzodiazepinen ähnliche Antikonvulsivum Pregabalin (Lyrica®), mit dem 56% der Befragten Konsumerfahrungen haben. 79% der Befragten haben schon einmal Speed und 62% schon einmal Ecstasy konsumiert. Etwa die Hälfte der Befragten hat Gebrauchserfahrungen mit LSD, Opium und nicht verschriebenem Methadon oder Buprenorphin. Deutlich unter 50% liegen die Prävalenzen für psychoaktive Pilze (39%) und Crystal Meth (24%). Das erstmals abgefragte synthetische Opioid Fentanyl wurde von mehr als einem Drittel der Befragten (34%) schon einmal konsumiert. Ebenfalls erstmals abgefragt wurden neue psychoaktive Substanzen (NPS) in drei Kategorien: Lediglich synthetische Cannabinoide bzw. Räuchermischungen wurden von einem nennenswerten Anteil (23%) der Interviewten schon einmal konsumiert, während mit Cathinonen, „Badesalzen“ etc. (5%) und Designer-Benzodiazepinen oder -Opioiden (2%) jeweils nur geringe Gebrauchserfahrungen vorliegen. 72% der Befragten gaben an, mindestens einmal Drogen intravenös konsumiert zu haben.

Für eine Reihe der abgefragten Substanzen zeigen sich im Turnusvergleich statistisch signifikante Änderungen der Lifetime-Prävalenz (s. Tab. 7). Im Fall von Heroin ist dies einzig auf den „Ausreißer“ im Jahr 2002 zurückzuführen. Für LSD lag der Anteil an Konsumerfahrungen in der 1995er Erhebung noch deutlich höher als in den nachfolgenden Befragungen, für die dann eher uneinheitlich schwankende Werte festzustellen sind. Aktuell ist diese Kennzahl wieder leicht zurückgegangen und erreicht den bisher niedrigsten Wert. Auch die Lifetime-Prävalenz für Opium hat sich im Vergleich zur Ersterhebung recht deutlich reduziert. Nahezu unverändert ist die Lifetime-Prävalenz für Ecstasy, die weiterhin deutlich höher ist als in den ersten Erhebungsjahren. Für Crack ist lediglich in der Anfangserhebung 1995 eine deutlich niedrigere Lifetime-Prävalenz als in den übrigen Erhebungen festzustellen; aktuell ist der Wert wieder ein wenig gesunken. Bei Benzodiazepinen lässt sich seit 2002 kein einheitlicher Trend beobachten. Nach dem deutlichen Rückgang zwischen 2010 und 2014 ist der Anteil aktuell wieder angestiegen.

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Nikotin	99	99	99	99	100	100	100	99	100	97	*
Heroin	99	93	98	99	99	99	99	97	95	96	*
Crack	41	96	97	95	93	93	97	97	97	95	***
Kokain	99	95	99	99	98	99	97	96	94	93	**
Alkohol	97	98	97	99	98	99	97	95	93	97	n.s.
Cannabis	99	97	95	96	98	97	97	92	96	92	*
Speed	79	73	72	79	83	82	78	79	78	79	n.s.
Benzodiazepine ^b	a	84	91	85	85	92	89	76	72	81	***
Diazepam	a	a	a	a	a	a	a	a	62	74	*
Flunitrazepam	a	a	a	a	a	a	a	a	64	72	n.s.
Clonazepam (Rivotril®)	a	a	a	a	a	a	a	a	a	59	-
Andere Benzodiazepine	a	a	a	a	a	a	a	a	50	46	n.s.
Pregabalin (Lyrica®)	a	a	a	a	a	a	a	a	a	56	-
Ecstasy	33	45	44	57	59	67	59	71	60	62	***
LSD	81	63	63	65	55	65	62	53	56	51	***
Opium	68	51	55	52	54	54	54	43	49	48	**
Psychoaktive Pilze	a	47	37	33	35	44	45	42	41	39	n.s.
Crystal Meth	a	a	a	a	a	a	a	a	17	24	n.s.
Methadon (nicht verschrieben)	a	a	a	a	a	62	45	45	48	49	*
Buprenorphin (nicht verschr.)	a	a	a	a	a	41	31	35	40	46	n.s.
Fentanyl	a	a	a	a	a	a	a	a	a	34	-
Räuchermischungen / synth. Cannabinoide	a	a	a	a	a	a	a	a	a	23	-
Badesalze, Cathinone etc.	a	a	a	a	a	a	a	a	a	5	-
Designer-Benzos oder -Opioide	a	a	a	a	a	a	a	a	a	2	-
intravenöser Konsum	a	91	91	95	87	93	88	86	82	72	***

^a keine Daten verfügbar

^b bis 2003: "nicht verschriebene Medikamente"

^c nicht vergleichbar mit 2014, da seinerzeit noch Clonazepam in der Kategorie inbegriffen war

Im Jahr 2008 erstmals abgefragt wurde der Konsum nicht verschriebener Substitutionsmittel. 2016 geben 49% der Befragten an, dass sie mindestens einmal im Leben nicht verschriebenes Methadon konsumiert haben. Dieser Wert ist leicht höher als der des Jahres 2014, liegt aber immer noch klar unter dem Wert von 2008. Nahezu ebenso viele Befragte und damit mehr als in den meisten Vorjahren haben Konsumerfahrungen mit nicht verschriebenem Buprenorphin (in der Regel Subutex®).

Die Prävalenz für die „weiche Droge“ Cannabis fällt nach einem leichten Anstieg wieder auf den Tiefstwert von 92%. Die Prävalenz für die legale Droge Nikotin ist in diesem Jahr erstmals unter 99% gefallen. Auch der aktuelle Anteil der Kokainerfahrenen an den Befragten ist so niedrig wie in keiner Befragung zuvor. Nach 2008 (99%) ist er langsam, aber stetig auf derzeit 93% gesunken. Gleich um 10 Prozentpunkte gesunken und damit ebenfalls auf einem

neuen Tiefststand ist der Anteil derjenigen, die bereits mindestens einmal intravenös konsumiert haben (72%) – diese Entwicklung ist bemerkenswert in einem Umfeld, das der Spritzkonsum früher ein nahezu definitorisches Merkmal war.

Der Erstkonsum von Tabak findet nach wie vor durchschnittlich im Alter von rund 13 Jahren statt. Das Durchschnittsalter für den Erstkonsum von Alkohol und Cannabis hat sich indes leicht erhöht auf rund 15 bzw. 16 Jahre. Andere illegale Drogen werden im Schnitt das erste Mal zwischen 18 und Anfang 20 genommen. Das Durchschnittsalter für den erstmaligen Konsum irgendeiner illegalen „harten“ Droge (Ecstasy, LSD, Speed, Kokain, Crack oder Heroin) ist gegenüber 2014 um ein Jahr auf 18,8 gestiegen; die gesamte Veränderung dieser Kennzahl erreicht aber keine statistische Signifikanz. Durchschnittlich knapp fünf Jahre später konsumierten die Befragten Drogen erstmals intravenös. Der Abstand zwischen dem Erstkonsum „harter Drogen“ und erstmaligem i.v.-Konsum hat sich in diesem Jahr etwas verringert, was jedoch nur auf das angestiegene durchschnittliche Einstiegsalter für „harte Drogen“ zurückzuführen ist. (s. Tab. 8).

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Nikotin	12,4	12,6	13,4	13,1	12,9	12,8	12,9	12,7	13,2	13,4	n.s.
Alkohol	13,3	13,7	13,9	13,1	13,2	13,4	13,4	13,5	13,9	14,6	n.s.
Cannabis	14,8	16,1	16,0	15,5	15,2	15,2	15,3	15,1	15,3	15,7	n.s.
LSD	16,9	18,3	18,5	18,2	17,4	18,0	18,0	17,5	17,8	18,3	*
Speed	19,4	20,4	20,0	20,3	18,7	19,8	18,9	18,3	20,4	21,3	*
Ecstasy	23,7	22,6	23,6	21,4	21,1	19,4	19,1	18,9	18,0	20,1	***
Kokain	20,2	21,4	21,0	20,8	20,3	19,9	20,5	19,8	19,9	20,3	n.s.
Heroin	18,4	21,2	20,6	20,1	20,6	19,9	21,3	21,5	20,6	22,6	***
Crack	26,5	29,1	29,0	28,1	26,8	26,6	27,2	27,4	26,9	29,6	n.s.
Benzodiazepine	c	c	c	c	c	c	c	25,4	25,0	26,0	n.s.
„harte“ Drogen ^b insgesamt	16,5	18,7	18,5	18,3	17,9	17,5	17,9	17,8	17,8	18,8	n.s.
intravenöser Konsum	c	22,3	22,9	21,6	22,0	21,2	22,9	23,2	23,5	23,5	n.s.

^a bezogen auf diejenigen mit Konsumerfahrungen

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

^c keine Daten verfügbar

Dass Crack mit aktuell 27,4 Jahren durchschnittlich einige Jahre später als alle anderen „harten Drogen“ konsumiert wird, dürfte nach wie vor damit zu begründen sein, dass das Kokainderivat erst seit Ende der 1990er Jahre eine nennenswerte Verbreitung in der Frankfurter Szene erfahren hat, also zu einem Zeitpunkt, zu dem ein nicht unwesentlicher Teil der Befragten bereits über mehrjährige Erfahrungen mit „harten Drogen“ verfügte. Das 2012 erstmals erhobene Einstiegsalter für den Konsum von Benzodiazepinen liegt mit durchschnittlich 26 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 aktuell bei fast keiner Substanz ein deutlicher Trend. Eine Ausnahme stellt Ecstasy dar: nach einem nahezu kontinuierlichen Rückgang ist das Alter des Erstkonsums nun wieder deutlich auf 20,1 Jahre

angestiegen. Bei LSD, Heroin und Speed sind lediglich Schwankungen in beide Richtungen zu beobachten, wobei das Alter des Erstkonsums für LSD immerhin seit nunmehr drei Erhebungen ansteigt (s. Tab. 8).

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 22,2 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; 2014: 20,7). 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. 9) zeigt sich zunächst, dass der Konsum von Crack, Heroin, Alkohol, Cannabis, Kokain und Benzodiazepinen einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Hingegen hat 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 letzte Konsum dieser Drogen schon viele Jahre zurück. Auch das zum zweiten Mal 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 22% Buprenorphin konsumiert. Das Benzodiazepin mit der höchsten 12-Monats-Prävalenz ist mit 46% das erstmals abgefragte Clonazepam (Rivotril®). Knapp darunter liegt Diazepam (42%). Flunitrazepam wurde im vergangenen Jahr von nur noch 15% der Befragten konsumiert. Pregabalin/Lyrica®, zum ersten Mal erfragt, erreicht mit 43% fast denselben Wert wie das meistkonsumierte Benzodiazepin Clonazepam. Bei den erstmals erhobenen Prävalenzraten für NPS erreichen lediglich Räuchermischungen/synthetische Cannabinoide mit 7% einen geringen, aber nennenswerten Anteil, während „Badesalze“, Cathinone etc. sowie Designer-Benzos/-Opioiden nur von einzelnen Befragten genommen wurden. Das ebenfalls neu in die Befragung aufgenommene Fentanyl wurde jedoch von 16% der Befragten innerhalb des letzten Jahres konsumiert.

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. Von 2006 bis 2012 war die 12-Monats-Prävalenz von Crack stabil; nach einem signifikanten Anstieg im Jahr 2014 ist sie nun wieder leicht gesunken. 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 war wieder ein leichter Anstieg der Prävalenz zu beobachten, der sich 2016 fortgesetzt hat (n.s.). Zum Teil dürfte der Anstieg mit der offenbar zunehmenden Verbreitung von Clonazepam zu erklären sein, das 2016 alleine eine höhere Prävalenz hat als in der Erhebung zuvor alle „anderen Benzodiazepine“ zusammen. Gegenüber dem Wert von 2008 ist die aktuelle 12-Monats-Prävalenz von Benzodiazepinen insgesamt allerdings noch immer niedrig. Der vergleichsweise niedrige Wert

kann wohl weiterhin darauf zurückgeführt werden, dass keines der aktuell verbreiteten Benzodiazepine derart beliebt ist wie Flunitrazepam (Rohypnol®) vor der ausnahmslosen BtMG-Unterstellung Ende 2011. Wie in Tab. 9 ersichtlich, erreicht Flunitrazepam bei der 12-Monats-Prävalenz den niedrigsten Wert aller namentlich abgefragten Benzodiazepine.

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

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Crack	31	94	92	92	89	89	89	89	93	91	***
Heroin	97	81	83	91	90	94	89	88	88	88	**
Alkohol	79	69	72	78	70	75	73	75	79	75	n.s.
Cannabis	85	70	67	74	69	69	69	62	72	65	*
Kokain	93	52	45	49	62	69	51	62	58	47	***
Benzodiazepine ^b	a	52	64	71	69	81	75	52	56	61	n.s.
Diazepam	a	a	a	a	a	a	a	a	47	42	*
Flunitrazepam	a	a	a	a	a	a	a	a	27	15	*
Clonazepam (Rivotril®)	a	a	a	a	a	a	a	a	a	46	-
Andere Benzodiazepine	a	a	a	a	a	a	a	a	30	11	c
Pregabalin (Lyrica®)	a	a	a	a	a	a	a	a	a	43	-
Speed	15	9	10	17	14	17	10	15	24	23	*
Opium	19	7	4	12	5	11	9	11	11	13	**
Ecstasy	7	5	10	11	6	11	6	8	10	11	n.s.
Crystal Meth	a	a	a	a	a	a	a	a	4	7	n.s.
psychoaktive Pilze	a	5	5	1	3	4	2	4	3	4	n.s.
LSD	7	4	3	4	1	3	2	4	3	6	*
Methadon (nicht verschrieben)	a	a	a	a	a	23	17	23	26	23	n.s.
Buprenorphin (nicht verschrieben)	a	a	a	a	a	11	13	21	21	22	*
Fentanyl	a	a	a	a	a	a	a	a	a	16	-
Räuchermischungen / synth. Cannabinoide	a	a	a	a	a	a	a	a	a	7	-
„Badesalze“, Cathinone etc.	a	a	a	a	a	a	a	a	a	1	-
Designer-Benzos oder -Opiode	a	a	a	a	a	a	a	a	a	1	-

^a keine Daten verfügbar

^b bis 2003: „nicht verschriebene Medikamente“

^c nicht vergleichbar mit 2014, da seinerzeit noch Clonazepam in der Kategorie inbegriffen war

Für Cannabis war im Turnusverlauf bis 2014 ein tendenziell etwas rückläufiger Konsum festzustellen. Nach einem Hoch bei der letzten Erhebung hat sich der Wert wieder bei rund zwei Drittel der Befragten eingependelt. Im Falle von Kokain sind die Entwicklungen der 12-Monats-Prävalenz nach dem deutlichen Rückgang zwischen 1995 und 2002 eher uneinheitlich, wobei die Entwicklungen aus den letzten drei Erhebungen seit 2012 für einen stetigen Rückgang des Konsums sprechen, aktuell ging der Wert sogar sehr deutlich zurück (2012: 62%, 2014: 58%, 2016: 47%). Ebenfalls keine klaren Trends lassen sich, trotz der signifikanten Änderungen, für Opium und LSD ablesen (s. Tab. 9).

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 10 zusammengefasst.

Tabelle 10: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzraten (%) von diversen Substanzen nach Jahr der Befragung

		1995	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
30 Tage	Alkohol	67	61	65	56	68	65	63	69	65	n.s.
	Cannabis	71	59	65	51	59	55	55	63	51	*
	Heroin	93	73	83	87	88	84	80	83	81	**
	Benzodiazepine ^b	a	47	63	61	77	68	41	45	53	
	Diazepam	a	a	a	a	a	a	a	34	30	**
	Flunitrazepam	a	a	a	a	a	a	a	13	9	n.s.
	Clonazepam (Rivotril®)	a	a	a	a	a	a	a	a	43	-
	Andere Benzodiazepine	a	a	a	a	a	a	a	23	6	d
	Pregabalin (Lyrica®)	a	a	a	a	a	a	a	a	32	-
	Kokain	89	36	25	45	49	30	45	40	33	***
	Crack	8	90	89	85	83	85	86	93	90	***
	Methadon ^c	a	a	a	a	12	9	12	19	17	n.s.
	Buprenorphin ^c	a	a	a	a	5	6	7	11	15	*
	Fentanyl	a	a	a	a	a	a	a	a	9	-
	Crystal Meth	a	a	a	a	a	a	a	1	3	n.s.
24 Stunden	Alkohol	43	39	37	31	33	38	43	51	46	*
	Cannabis	31	26	26	21	23	17	27	31	26	n.s.
	Heroin	85	58	59	63	71	66	68	63	67	***
	Benzodiazepine ^b	a	30	35	29	47	47	21	13	25	***
	Diazepam	a	a	a	a	a	a	a	12	14	n.s.
	Flunitrazepam	a	a	a	a	a	a	a	1	1	n.s.
	Clonazepam (Rivotril®)	a	a	a	a	a	a	a	a	19	-
	Andere Benzodiazepine	a	a	a	a	a	a	a	7	3	d
	Pregabalin (Lyrica®)	a	a	a	a	a	a	a	a	11	-
	Kokain	79	9	4	16	11	7	11	11	11	***
	Crack	3	79	62	65	59	64	75	83	84	***
	Methadon ^c	a	a	a	a	3	1	3	5	5	n.s.
	Buprenorphin ^c	a	a	a	a	1	0	1	3	3	n.s.
	Fentanyl	a	a	a	a	a	a	a	a	1	-
	Crystal Meth	a	a	a	a	a	a	a	0	0	-

^a keine Daten verfügbar

^b bis 2003: "nicht verschriebene Medikamente"

^c nicht verschrieben

^d nicht vergleichbar mit 2014, da seinerzeit noch Clonazepam in der Kategorie inbegriffen war

65% der Befragten haben in den letzten 30 Tagen und 46% in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken. Für die 30-Tages-Prävalenz lässt sich über den gesamten Erhebungszeitraum keine signifikante Änderung feststellen; allerdings ist diese nach dem Höchstwert aus dem letzten Berichtsjahr wieder gesunken. Letzteres trifft auch auf die Alkohol-24-Stunden-Prävalenz zu, die 2016 um 5 Prozentpunkte signifikant gesunken ist. Bei der 30-Tages-Prävalenz von Cannabis liegt der Ausgangswert aus dem Jahr 1995 über denen der folgenden Erhebungen; inzwischen ist der Prävalenz auf den bislang niedrigsten Wert (51%) gesunken, der zuletzt vor 10 Jahren erreicht wurde. Die Cannabis-24-Stunden-Prävalenz, die zuletzt einen Höchstwert erreicht hatte, ist ebenfalls wieder gesunken (26%). Die Veränderung hat über den gesamten Turnus betrachtet keine statistische Signifikanz.

Nachdem die 30-Tages-Prävalenz von Benzodiazepinen zwischen 2002 und 2008 sehr deutlich auf 77% angestiegen und bis 2012 wieder auf 41% gesunken war, wurden 2014 und 2016 nochmals jeweils höhere Werte erhoben. Aktuell liegt die 30-Tages-Prävalenz bei 53%. Die 24-Stunden-Prävalenz ist von 13% (2014) auf aktuell 25% angestiegen. Die 24-Stunden-Prävalenz für das seit 2011 dem Betäubungsmittelgesetz unterstellte Flunitrazepam (Rohypnol®) liegt aktuell nur noch bei 1%. Die neuerliche Zunahme des Benzodiazepin-Konsums verläuft parallel zur Verbreitung von Clonazepam (Rivotril®). In den letzten 30 Tagen haben 53% der Befragten, in den letzten 24 Stunden 19% die 2016 erstmals abgefragte Substanz konsumiert. Damit ist Clonazepam das aktuell am häufigsten konsumierte Benzodiazepin und vermutlich hauptverantwortlich für den (gewissen) Wiederanstieg der 24-Stunden-Prävalenz von ‚Benzos‘ insgesamt.

Wieder etwas verringert hat sich die Bedeutung von (Pulver-)Kokain: Die 30-Tages-Prävalenz ist nach dem relativ deutlichen Anstieg 2012 weiter, auf aktuell 33%, gesunken. Die 24-Stunden-Prävalenz hat sich gegenüber 2014 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. 10). Crystal Meth spielt im Konsumalltag der Frankfurter Szene weiterhin praktisch keine Rolle: in den zurückliegenden 30 Tagen haben lediglich 4 Befragte (3%), 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 2016 liegt wie bereits seit 2012 sowohl die 30-Tages- als auch die 24-Stunden-Prävalenz von Crack über der von Heroin (30 Tage: 90% vs. 81%; 24 Stunden: 84% vs. 67%). Nach einem deutlichen Anstieg des Crackkonsums in den vergangenen Jahren ist die 30-Tages-Prävalenz 2016 wieder leicht gesunken (***), während der Konsum innerhalb der letzten 24 Stunden nochmals um einen Prozentpunkt zugenommen hat (***). Auch die 24-Stunden-Prävalenz von Heroin ist im Vergleich zur vorangehenden Erhebung aktuell leicht angestiegen (***), bei gleichzeitigem Absinken der 30-Tages-Prävalenz um 2 Prozentpunkte (**). Wenngleich signifikant, sind die Entwicklungen für den Konsum des Opiats allerdings eher uneinheitlich: seit 2006 wechseln sich Anstiege und Rückgänge in jeder Erhebung ab.

Nicht verschriebene Substitutionsmittel spielen für den aktuellen Konsum nunmehr bei einem knappen Drittel der Szeneangehörigen eine Rolle: 17% haben in den letzten 30 Tagen

nicht verschriebenes Methadon und 15% nicht verschriebenes Buprenorphin konsumiert; zusammengekommen weisen 29% der Befragten eine 30-Tages-Prävalenz nicht verschriebener Substitutionsmittel auf. Bezogen auf die letzten 24 Stunden haben unverändert 5% illegal erworbenes Methadon und 3% Buprenorphin ohne Verschreibung zu sich genommen (eines der beiden Mittel: 8%). Eine statistisch signifikante Veränderung ist nur in Bezug auf die 30-Tages-Prävalenz von Buprenorphin festzustellen, die seit der erstmaligen Erhebung im Jahr 2008 kontinuierlich angestiegen ist (2008: 5%; 2016: 15%), aber auch bei der 24-Stunden-Prävalenz wird der bislang höchste Wert erreicht (n.s.). Und auch bei der Gesamtzahl derer, die im betreffenden Zeitraum ein nicht verschriebenes Substitutionsmittel genommen haben, zeigt sich eine Steigerung in den letzten Jahren. Diese erreicht im Fall der 24-Stunden-Prävalenz ebenfalls keine Signifikanz (2008: 5%, 2014: 7%, 2016: 8%; n.s.), bei der 30-Tages-Prävalenz fällt sie aber recht deutlich aus (2008: 15%, 2014: 27%, 2016: 29%; **). Auch wenn also weiterhin nur eine Minderheit zumindest in ‚Notsituationen‘ auf illegal gehandelte Substitutionsmittel zurückgreift, so hat sich dieser Anteil auf nahezu ein Drittel gesteigert.

Im gesamten, nunmehr 21-jährigen Beobachtungszeitraum (1995 bis 2016) 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. Seit 2006 unterliegt der aktuelle Konsum innerhalb der letzten 30 Tage möglicherweise marktabhängigen Schwankungen. Der Bedeutungszuwachs von illegal erworbenen Substitutionsmitteln könnte damit im Zusammenhang stehen.

Auch bezüglich der Entwicklungen bei Kokain und Crack ist nach wie vor auf die Marktlage zu verweisen. Der sceneinterne Markt für Kokainprodukte wird beständig von Crack dominiert, da Pulverkokain offenbar weiterhin schwer erhältlich ist (siehe 4.4.3). Insgesamt gesehen waren 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 zunächst 76% (2012) und schließlich 85% (2014) angewachsen. Aktuell liegt er nahezu gleichbleibend bei 84% (***). Die Zahl derjenigen, die in den letzten 30 Tagen Kokain und/oder Crack konsumiert haben, ist ebenfalls nur leicht, auf 91%, gesunken (1995: 89%, 2002: 91%, 2003: 92%, 2004: 90%, 2006: 87%, 2008: 88%, 2010: 89%, 2012: 87%, 2014: 95%; ***). Insofern nehmen Kokainprodukte für den aktuellen Konsum weiterhin einen sehr hohen Stellenwert ein, wobei die Höchstwerte aus dem letzten Erhebungszeitraum nicht wieder erreicht wurden.

Betrachtet man abschließend die Entwicklungen unter dem übergreifenden Aspekt des multiplen Konsums, so lassen sich keine großen 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; 2016: 3,7; ***) 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; 2016: 2,6; *)⁷. Beide Werte sind aktuell leicht gesunken. 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.

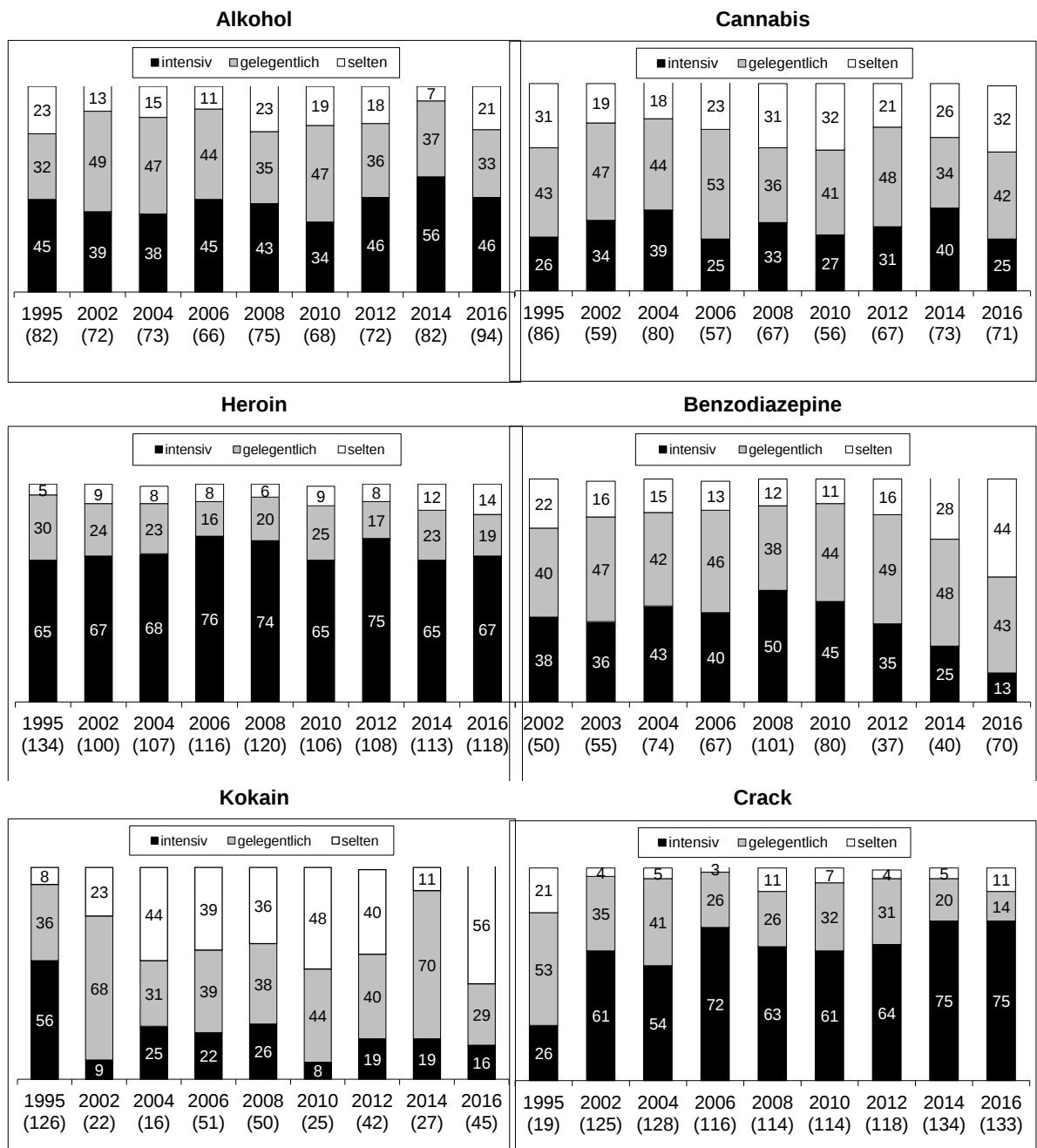
Die Angaben zur Konsumhäufigkeit werden dabei dahingehend zusammengefasst, ob die Befragten die entsprechende Substanz in den letzten 30 Tagen „intensiv“ (täglich oder nahezu täglich), „gelegentlich“ (einmal oder mehrmals wöchentlich) oder „selten“ (weniger als ein Mal pro Woche) konsumiert haben (Abb. 5).

Nachdem 2014 mit 56% der bislang höchste Anteil an intensiv konsumierenden Alkoholtrinkern ermittelt wurde, ist der Wert 2016 wieder auf 46% gesunken. Der Anteil der selten Alkohol Konsumierenden ist von 7% (2014) auf 21% gestiegen. Auch der Cannabiskonsum ist nach den Höchstwerten aus dem letzten Berichtsjahr wieder moderater geworden: jede_r vierte Konsument_in nimmt Cannabis(produkte) täglich oder fast täglich (2014: 40%). Hingegen konsumieren 32% die Droge nur selten. Im gesamten Turnusverlauf deuten die Veränderungen der Intensität des Alkohol- bzw. Cannabiskonsums jedoch keinen klaren Trend an und sind statistisch nicht signifikant.

Der höchste Anteil an Intensivkonsument_innen liegt wie bereits 2014 mit unverändert 75% bei Crack. Gegenüber der vorangegangenen Erhebung ist der Prozentsatz der nur selten Konsumierenden allerdings auf 11% leicht angestiegen (2014: 5%; ***). Heroin wird nach wie vor von etwa zwei Drittel der Konsument_innen intensiv konsumiert, während sich allerdings auch hier der Anteil der nur selten Konsumierenden leicht erhöht hat (14%; 2014: 12%; n.s.). Der (nahezu) tägliche Konsum von Benzodiazepinen hat sich seit 2008 deutlich reduziert und erreicht im Turnusvergleich mit aktuell 13% der aktuellen Konsument_innen den niedrigsten Wert, womit sich die rückläufige Entwicklung aus dem Jahr 2014 klar fortgesetzt hat. Über den gesamten Beobachtungszeitraum gesehen ist diese Veränderung statistisch signifikant (***). Berechnet man den Anteil der laut eigener Angabe täglichen Benzodiazepin-Konsument_innen in der gesamten Stichprobe, so ist dieser jedoch nach einem deutlichen Rückgang auf 5% (2014) sogar um einen Prozentpunkt gestiegen. Dass sich der Anteil der Intensivkonsument_innen an allen Benzodiazepinkonsument_innen verringert hat, liegt demnach daran, dass deren Zahl insgesamt angestiegen ist (2014: n=40; 2016: n=70).

⁷ Seit 2008 inklusive nicht verschriebenem Methadon und nicht verschriebenem Buprenorphin (Subutex®)

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



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 in-

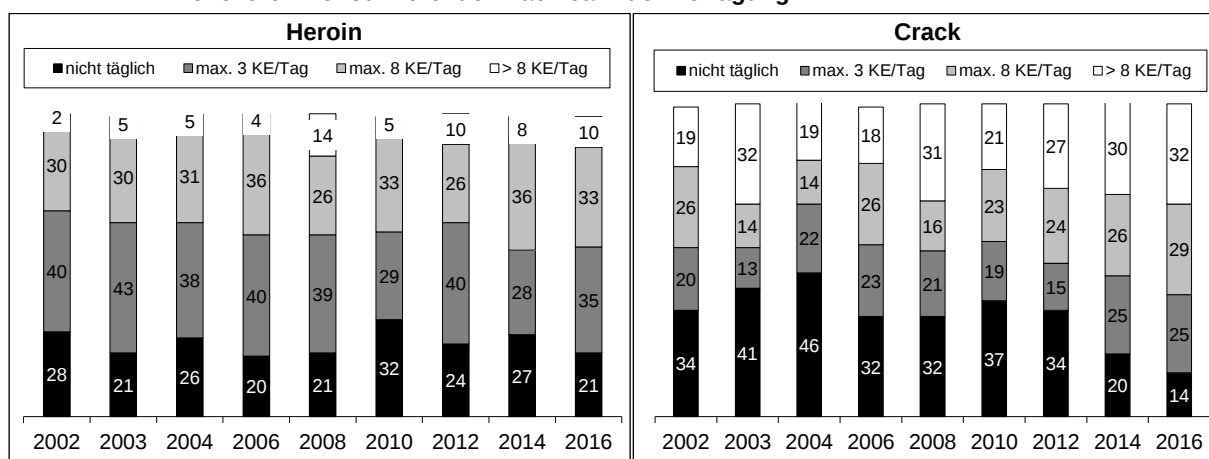
tensiven Kokainkonsum auf den niedrigsten Stand aller Erhebungen, hat sich 2012 aber wieder auf 19% erhöht und ist aktuell nur um wenige Prozentpunkte auf 16% gesunken. Gleichzeitig zeigt sich in der – aktuell wieder größer gewordenen – Gruppe derer mit Kokain-30-Tages-Prävalenz wieder eine stärkere Verbreitung des seltenen Konsums (s. Abb. 5).

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 hat der Intensivkonsum im aktuellen Berichtsjahr wieder den Höchstwert von 2014 erreicht (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 klar 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. Berücksichtigt wurden dabei die Angaben derer, die eine Auskunft zur Anzahl der Konsumeinheiten pro Woche oder pro Tag gegeben haben. Diese Daten wurden in Form von vier Gruppen kategorisiert: 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 unter mindestens wöchentlich Konsumierenden nach Jahr der Befragung



Bei Heroin stellen nun diejenigen, die bis zu drei Konsumeinheiten pro Tag zu sich nehmen, wieder die größte Gruppe dar, nachdem sich 2014 die relative Mehrheit der Befragten drei bis acht Konsumeinheiten pro Tag einverleibte. Etwas gesunken ist dagegen die Zahl derer, die Heroin nicht täglich konsumieren. Jede_r Zehnte kann als exzessive_r Heroinkonsument_in, mit einem Gebrauch von mehr als acht Konsumeinheiten pro Tag, gelten. Damit ist für dieses Gebrauchsmuster der bislang zweithöchste Wert erreicht worden: nur 2008 lag er mit 14% höher, 2012 war er genauso hoch. Der Anteil der Befragten, die häufiger als dreimal täglich

Heroin konsumieren, liegt insgesamt bei 43% (2014: 44%). Die Veränderungen in der Konsumintensität erreichen allerdings keine statistische Signifikanz.

Mit aktuell 32% bilden im Hinblick auf Crack weiterhin die Intensivkonsument_innen mit mehr als acht Konsumeinheiten am Tag die größte Gruppe; dahinter folgen mit 29% die Konsumenten mit drei- bis 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 14% weiterhin den kleinsten Anteil der aktuell Konsumierenden. Ein so niedriger Wert wurde für den nicht täglichen Konsum von Crack bei keiner der vorherigen Befragungen erhoben. Aktuell haben sich die Konsummuster von Crack also noch stärker in Richtung exzessiven Gebrauchs entwickelt. Im Vergleich zu Heroin sind damit abermals deutlich mehr Crackkonsumierende exzessive Gebraucher_innen – zusätzlich dazu, dass es ohnehin mehr tägliche Crack- als Heroinkonsument_innen gibt. Im Unterschied zu den Veränderungen der Konsumintensität bei Heroin sind diese über alle Erhebungen hinweg bei Crack signifikant (***).

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; dementsprechend enthält Tabelle 11 nur Werte für die Jahre 2012 bis 2016.

Im Turnusvergleich sind für Heroin, Kokain und Crack diverse signifikante Veränderungen zu beobachten (s. Tab. 11). Im Fall von Heroin lässt sich über den Erhebungsverlauf hinweg eine insgesamt signifikant rückläufige Tendenz für den intravenösen Konsum feststellen. Aktuell wird mit 52% der derzeitigen Konsument_innen, die Heroin überwiegend oder ausschließlich injizieren, der mit Abstand niedrigste Wert aller Befragungen erreicht. Damit hat sich der seit 2012 beobachtete deutliche Rückgang fortgesetzt. Gleichzeitig haben sich der Anteil vor allem für den nasalen Gebrauch (von 18% auf 31%) und der Wert für den Rauchkonsum (von 9% auf 11%) noch einmal erhöht. Und auch der Anteil derjenigen, die etwa in gleichem Maße i.v. und nasal bzw. inhalativ konsumieren, hat sich im Vergleich zu 2014 von 15% auf 4% verringert. Das lässt vermuten, dass viele Konsumenten in den vergangenen Jahren vom ausschließlichen i.v.-Konsum zum ausschließlich inhalativen oder nasalen Konsum übergegangen sind. 2014 könnte ein „Übergangsjahr“ gewesen sein, in dem ein höherer Anteil der Befragten noch mehrere Konsumformen praktizierte. Es 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.

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

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Heroin (n)	(98)	(99)	(108)	(113)	(116)	(99)	(110)	(113)	(111)	
intravenös	93	90	84	84	87	81	74	58	52	***
nasal	3	7	9	10	9	12	15	18	31	
rauchen	4	3	3	4	2	3	5	9	11	
intravenös und anderes	0	0	4	2	2	4	5	15	4	
Kokain (n)	(18)	(12)	(12)	(37)	(32)	(14)	(46)	(34)	(35)	
intravenös	72	83	100	89	94	93	72	68	54	***
nasal	17	17	0	8	6	0	24	26	31	
rauchen	11	0	0	3	0	0	0	0	9	
intravenös und anderes	0	0	0	0	0	7	4	6	6	
Crack (n)	(125)	(130)	(125)	(115)	(104)	(108)	(125)	(149)	(129)	
ausschließlich rauchen	29	38	39	37	34	31	39	46	57	***
ausschließlich intravenös	23	12	12	33	29	21	18	14	16	
rauchen und i. v. – v.a. rauchen	16	23	18	16	17	19	26	23	13	
rauchen und i. v. – v.a. i. v.	28	22	22	12	18	19	16	12	13	
rauchen und i. v. – gleich häufig	4	5	9	3	2	9	1	5	2	
Crack (Mehrfachnennung)										
intravenös	71	62	61	63	66	69	61	54	43	***
rauchen	77	88	88	67	71	79	82	86	84	***
Benzodiazepine (n)							(43)	(43)	(56)	
oral	b	b	b	b	b	b	67	84	93	n.s.
intravenös	b	b	b	b	b	b	23	9	7	
intravenös und anderes	b	b	b	b	b	b	9	7	0	

^a bezogen auf diejenigen mit Konsum

^b keine Daten verfügbar

Auch die Applikationsformen von Kokain 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 nasal 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. Hier sind allerdings die relativ niedrigen Fallzahlen zu beachten.

Im Jahr 2016 geben 57% der Befragten an, Crack ausschließlich zu rauchen, 16% injizieren die Substanz alleinig und 28% konsumieren das Kokainderivat sowohl intravenös als auch inhalativ. Im Turnusvergleich lässt sich dabei beobachten, dass sich der ausschließliche Rauchkonsum, nach einem vergleichsweise deutlichen Anstieg im Jahr 2003, bis 2010 reduziert hatte, seit 2012 aber wieder ansteigt und aktuell um neun Prozentpunkte angewachsen ist. Demgegenüber ist der alleinig intravenöse Konsum, nach dem sprunghaften Anstieg 2006, wieder zurückgegangen und erreicht 2016 einen gegenüber 2014 nur leicht erhöhten Wert von 16%. Mit aktuell 84% hat sich der Anteil derer, die das Kokainderivat überhaupt rauchen, nach

dem klaren Anstieg seit 2008 in der diesjährigen Befragung im Vergleich zu 2014 nahezu gehalten. Der generell intravenöse Konsum von Crack ist gleichzeitig weiter zurückgegangen und befindet sich mit 43% auf dem niedrigsten Stand seit Beginn der Befragungen. Insgesamt haben sich die praktizierten Crack-Applikationsformen damit weiter zugunsten des Rauchkonsums, der nun sehr deutlich die am häufigsten praktizierte Konsumform ist, verschoben.

Es lässt sich also eine deutlich rückläufige Tendenz beim intravenösen Konsum feststellen. Erstmals spiegelt sich dies auch im Anteil derer, die mindestens einmal pro Monat Drogen injizieren, wider: Da der Anteil nochmals deutlich, auf weniger als die Hälfte der Befragten, zurückgegangen ist, erreicht diese Veränderung zum ersten Mal statistische Signifikanz (2002/2003: 69%, 2004: 77%, 2006: 71%, 2008: 78%, 2010: 70%, 2012: 69%, 2014: 63%, 2016: 49%; ***). Und auch die Verbreitung des täglichen i.v. Konsums ist signifikant zurückgegangen (2002/2003: 57%, 2004: 61%, 2006: 57%, 2008: 63%, 2010: 48%, 2012: 51%, 2014: 49%, 2016: 41%; **).

4.2.5 Die Konsummuster im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Abschließend werden die im Jahr 2016 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 12 abzulesen, nehmen Crack und Heroin für die Konsummuster der im Jahr 2016 Befragten eine dominierende Rolle ein, wobei das Kokainderivat deutlich vor Heroin an der Spitze der Rangliste der konsumierten Substanzen liegt – in den letzten 24 Stunden haben mehr als vier Fünftel der Befragten Crack und mehr als zwei Drittel Heroin konsumiert. Weitere 46% haben in diesem Zeitraum Alkohol getrunken und etwa ein Viertel hat Cannabis geraucht. Während Alkohol und Cannabis gegenüber der letzten Befragung leicht an Bedeutung verloren haben, hat hingegen der Konsum von Benzodiazepinen wieder deutlich zugenommen: 25% der Befragten haben ein Benzodiazepin-Produkt in den vergangenen 24 Stunden konsumiert. Nach wie vor lassen sich die Drogengebrauchsmuster der Befragten als multipler Konsum charakterisieren: In den letzten 30 Tagen haben die Interviewpartner_innen durchschnittlich 3,7 Substanzen, in den vergangenen 24 Stunden 2,6 Substanzen zu sich genommen.

Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede zeigen sich aktuell deutlich für die 24-Stunden-Prävalenz von Crack. Mit 92% zu 68% konsumieren deutlich mehr Männer als Frauen das Kokainderivat (***). Ähnlich ist es beim Heroin, welches ebenfalls mit 73% gegen 54% in den letzten 24 Stunden häufiger von Männern konsumiert wurde (*). Umgekehrt stellt es sich beim Substitutionsstoff Buprenorphin dar: Mit 8% liegen hier die Frauen in der 24-Stunden-Prävalenz vor den Männern (1%; *). Obwohl die Zahlen beim Alkohol mit 50% gegenüber 38% für einen häufigeren Konsum der Männer sprechen, weisen diese Unterschiede aktuell keine

Signifikanz auf, ebenso wie die etwas höhere Kokain-Prävalenz bei den Frauen. Auch Pregabalin (Lyrica®) wurde in den letzten 24 Stunden etwas häufiger von Frauen (18%) als von Männern (7%) genommen; hier erreicht die Differenz aber ebenfalls keine statistische Signifikanz. Ansonsten unterscheiden sich die 24-Stunden-Prävalenzraten zwischen den Geschlechtern für alle anderen Substanzen kaum. Die durchschnittliche Anzahl der in den letzten 24 Stunden und der in den letzten 30 Tagen konsumierten Drogen liegt zwar jeweils bei den Männern etwas höher, unterscheidet sich aber jeweils nicht signifikant zwischen den Geschlechtern (s. Tab. 12).

Im Hinblick auf die Konsumintensität von Heroin unter mindestens wöchentlich konsumierenden nimmt aktuell ein gutes Fünftel der Befragten die Droge nicht täglich. Mit 36% konsumiert die größte Gruppe das Opiat drei- bis achtmal täglich. Fast genauso viele nehmen ein- bis dreimal am Tag Heroin. Ein Zehntel der Interviewten konsumiert noch häufiger als die eben genannten Gruppen, 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 14% der mindestens wöchentlich Konsumierenden nehmen die Substanz nicht täglich zu sich. Jeweils etwa ein Viertel der Konsument_innen verleibt sich täglich ein bis drei, bzw. drei bis acht Konsumeinheiten ein.

Tabelle 12: Konsummuster im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede (%)

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
24-Stunden-Prävalenz (%)				
Alkohol	46	50	38	n.s.
Cannabis	26	27	24	n.s.
Heroin	67	73	54	*
Benzodiazepine	25	24	28	n.s.
Kokain	11	8	18	n.s.
Crack	84	92	68	***
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)	2,8 (± 1,4)	2,3 (± 1,1)	n.s.
Konsumintensität (%)^a				
Heroin				
nicht täglich	21	21	20	n.s.
max. 3 KE / Tag	35	35	37	
max. 8 KE / Tag	36	35	30	
> 8 KE / Tag	10	9	13	
Crack				
nicht täglich	14	17	7	*
max. 3 KE / Tag	25	28	17	
max. 8 KE / Tag	29	27	33	
> 8 KE / Tag	32	28	43	

^a bezogen auf diejenigen mit Konsum in der letzten Woche

Für die Intensität des Heroingebrauchs lassen sich im Jahr 2016 wieder geschlechtsbezogene Differenzen beobachten, die auf intensivere Konsummuster bei den befragten Frauen hinweisen. Diese Unterschiede sind aber nicht statistisch signifikant. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist der Anteil der nicht täglich Konsumierenden auf um die 20% gesunken. Im „Mittelfeld“ der ein- bis dreimal oder drei- bis achtmal Konsumierenden sind beide Geschlechter mit jeweils etwa zwei Dritteln vertreten. Der Anteil an exzessiv Konsumierenden (acht und mehr Konsumeinheiten täglich) liegt bei den Frauen jedoch höher. Deutlicher und statistisch signifikant sind die Differenzen bezüglich der Konsumintensität von Crack: Während 43% der Frauen das Kokainderivat exzessiv konsumieren und weitere 33% einen täglichen Crackgebrauch von drei bis acht Konsumeinheiten aufweisen, trifft Gleiches nur auf 28% bzw. 27% der Männer zu. Während also insgesamt über drei Viertel der mindestens wöchentlichen Crackkonsumentinnen mehr als dreimal am Tag konsumieren, trifft dies auf weniger als die Hälfte der männlichen Konsumenten zu. Insgesamt zeigt sich im Jahr 2016 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. 13), 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 von 28% der Befragten sowohl geraucht als auch injiziert. 56% praktizieren ausschließlich einen inhalativen Crackkonsum und 16% spritzen die Substanz ausschließlich. Bei den Benzodiazepin-Konsument_innen gibt weniger als ein Zehntel an, die Substanzen intravenös zu applizieren.

Tabelle 13: Applikationsformen von Heroin, Crack und Benzodiazepinen im Jahr 2016 (%): geschlechtsbezogene Unterschiede

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Heroin				
intravenös	52	53	50	n.s.
nasal	31	26	41	
rauchen	11	14	3	
i.v. und anderes	4	4	3	
Crack				
ausschließlich rauchen	57	55	61	n.s.
ausschließlich intravenös	16	17	12	
rauchen und i.v. – vor allem rauchen	13	11	18	
rauchen und i.v. – vor allem i.v.	13	15	9	
rauchen und i.v. – gleich häufig	2	2	0	
Benzodiazepine				
oral	93	94	90	n.s.
intravenös	7	6	10	
i.v. und anderes	0	0	0	

Bei der geschlechtsbezogenen Betrachtung zeigen sich Unterschiede für die Applikationsformen von Heroin, die jedoch keine statistische Signifikanz aufweisen. Der nasale Konsum von

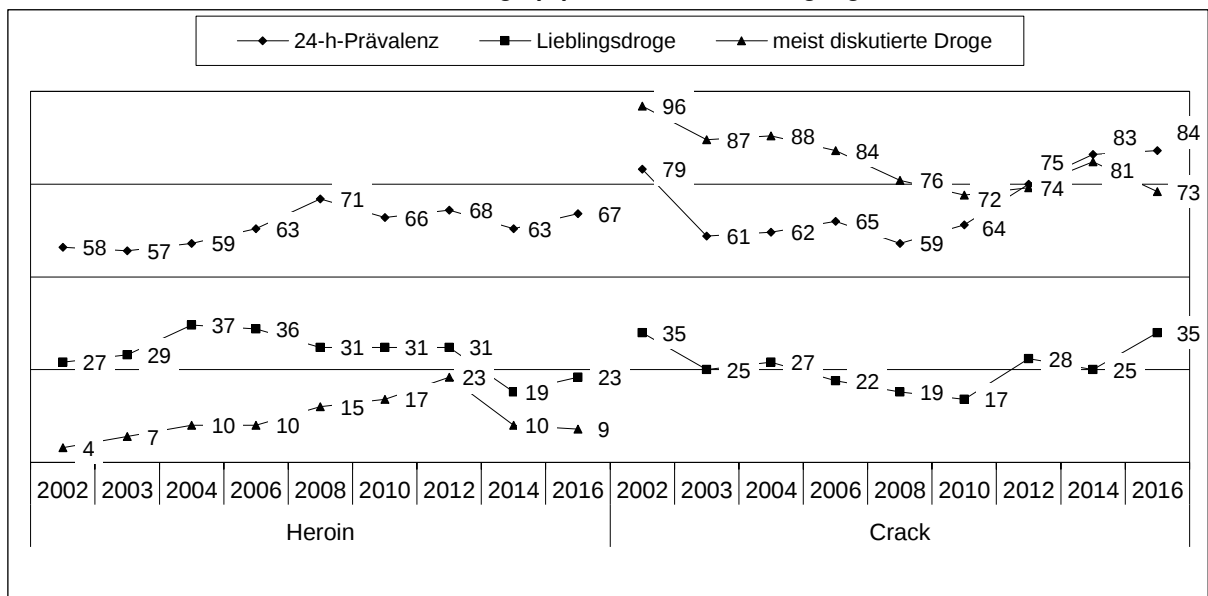
Heroin ist mittlerweile sowohl bei Männern als auch bei Frauen die nach der intravenösen häufigste Konsumform, wobei der Anteil der „sniefenden“ Frauen mit 41% deutlich höher liegt. War im letzten Berichtsjahr bei Frauen das Rauchen noch stärker verbreitet, ist es mittlerweile eher bei den Männern eine relevante Applikationsform. Bei Crack sind keine signifikanten Differenzen festzustellen, obwohl Männer das Kokainderivat häufiger ausschließlich intravenös konsumieren. Insgesamt nehmen die weiblichen Befragten etwas häufiger als die männlichen Befragten Crack zumindest gelegentlich mittels Rauchkonsum zu sich (88% vs. 83%). Bei den Applikationsformen von Benzodiazepinen schließlich zeigt sich kein nennenswerter Geschlechterunterschied (s. Tab. 13).

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. Wie schon im letzten Jahr liegt bei der Frage nach der „Lieblingsdroge“ auch aktuell Crack mit 35% auf dem ersten Rang; dies entspricht dem höchsten bisher gemessenen Wert aus dem Jahre 2002. Das in den Vorjahren am häufigsten als Lieblingsdroge genannte Heroin hat nach einem deutlichen Rückgang der Popularität 2014 nun wieder an Zustimmung gewonnen: nachdem der entsprechende Wert in sämtlichen Erhebungen zuvor zwischen 27% und 37% gelegen hatte, war er mit 19% bei der letzten Erhebung auf einen deutlich niedrigeren Stand zurückgegangen, um 2016 wieder etwas, auf 23%, anzusteigen. Der Wert ist im Vergleich mit allen anderen Erhebungen aber immer noch als eher gering einzuschätzen (s. Abb. 7). Bei der Frage nach der „meist diskutierten“ Droge wird Crack mit 73% mit Abstand am häufigsten genannt. Damit hat sich der Anstieg des Wertes über die letzten beiden Erhebungen hinweg nicht weiter fortgesetzt; im Vergleich zum Vorjahr ist die Kennzahl zurückgegangen. Analog war für Heroin bei dieser Frage bis 2012 ein kontinuierlicher Anstieg zu beobachten, auf den bereits 2014 ein sehr deutlicher Rückgang, auf damals 10%, folgte. Der Wert hat sich weiter, wenn auch nur geringfügig, auf 9% verringert.

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



Insofern lässt sich, anders also noch in den letzten beiden Erhebungen, nicht beobachten, dass der Anstieg der 24-Stunden-Prävalenz von Crack mit einer Zunahme der Nennungen der Substanz als meist diskutierte Droge einhergeht. Dagegen verläuft der weitere Anstieg der Prävalenz parallel zur Zunahme der Nennungen als Lieblingsdroge. Bei Heroin ist dasselbe Phänomen zu beobachten: Bei etwas geringerer Nennung der Substanz als meistdiskutierte Droge steigen die Prävalenz und die Zahl der Nennungen als Lieblingsdroge aktuell wieder an (s. Abb. 7).

Bemerkenswerte Änderungen sind 2016 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 wieder häufiger als Lieblingsdroge genannt werden, mit einem starken Rückgang der Nennungen für „ich habe keine Lieblingsdroge“ einher: Mit 13% (2014: 24%) ist der Anteil zwar noch der zweithöchste aller Erhebungen, aber wieder deutlich geringer als der zuletzt erhobene. Für diesen deutlichen Rückgang gibt es, wie bereits beim Anstieg 2014, keine schlüssige Erklärung. Auf Platz drei bei den Lieblingsdrogen liegt mit 9% Cannabis, dessen Wert sich nach einem deutlichen Rückgang im Jahr 2014 (8%, 2012: 17%) wieder leicht erhöht hat. Demgegenüber ist der Anteil für Pulver-Kokain nach dem deutlichen Anstieg in der vorherigen Befragung (9%) wieder auf 6% zurückgegangen. Auf demselben Rang liegt mit 6% der Nennungen „Sonstige“, ein im Vergleich zu den Vorjahren wieder hoher Wert. Bei näherer Betrachtung dieser Nennungen ist Methadon mit vier Nennungen (3%) die einzige „sonstige“ Substanz, die mehr als einmal genannt wird. Abgesehen von einem Cocktail aus Heroin und Crack (3%) wird nur noch für Benzodiazepine ein Wert über 1% erreicht (2%), die seit zwei Erhebungen überhaupt erstmals wieder als Lieblingsdrogen benannt werden.

Bei der Frage nach der meist diskutierten Droge erzielen 2016 Benzodiazepine (3%) und „Sonstige“ (2%) als einzige andere Kategorien außer Crack und Heroin einen Wert von über 1%. Vor allem hinsichtlich der Benzodiazepine ist dies bemerkenswert, spielten sie in den letz-

ten Erhebungen doch immer nur eine geringe Rolle (2010: 1%, 2012: 2%, 2014: 0%). Abgesehen von den in Abb. 7 dargestellten Verschiebungen bei Heroin und Crack ist die einzige erwähnenswerte Veränderung, dass die Nennungen für „weiß nicht“ von 0% (2012) über 7% (2014) auf aktuell 11% angestiegen sind.

Bezüglich der Frage nach der am stärksten abgelehnten Droge wird aktuell Crystal Meth zum zweiten Mal in Folge am häufigsten genannt (31%), also eine Substanz, die im Szenealltag praktisch nicht vorhanden ist. Der Wert hat dabei im Vergleich zu 2014 (30%) noch einmal leicht zugenommen. Die Nennungen für diese Droge in dieser Kategorie haben sich seit der Befragung 2012, als Crystal Meth erstmals als Antwortmöglichkeit verfügbar war (13%), mehr als verdoppelt. Etwas seltener als noch 2012, aber häufiger als 2014 wird LSD als meist abgelehnte Droge genannt, das in fast allen Vorjahren noch Rang 1 in dieser Liste einnahm (2012: 17%, 2014: 9%, 2016: 15%). Von 11% der Befragten wird bei dieser Frage Heroin angeführt, von 9% Crack. Auch Alkohol wird von einer nennenswerten Anzahl Befragter (9%) angegeben. Auch in dieser Kategorie werden aktuell wieder häufiger Benzodiazepine genannt (2014: 4%, 2016: 8%). Alle anderen Substanzen erreichen maximal 4%. Abgesehen vom massiven Bedeutungsgewinn für Crystal Meth in den letzten sechs Jahren und der aktuell wieder häufigeren Erwähnung von Benzodiazepinen zeigen sich bei dieser Frage über den gesamten Turnus keine klaren Entwicklungen.

Veränderungen, die aktuell allerdings nicht signifikant sind, 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%, 2016: 84%). In der aktuellen Befragung erzielt „Sonstige“ mit 7% den höchsten Anteil (unter ihnen 3 Personen oder 2%, die PCP bzw. ‚Angel Dust‘ angeben), gefolgt von Crystal Meth (4%) – der großen Gruppe, die diese Substanz explizit ablehnen, steht also eine kleine Gruppe von diesbezüglich Neugierigen gegenüber. Ansonsten ist Ecstasy (3%) der einzige einzelne Stoff, der von mehr als 1% der Befragten genannt wird.

4.4 Der „Alltag auf der Szene“

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

4.4.1 Dauer und Häufigkeit des Aufenthalts auf der Szene

Die Angaben dazu, seit wann die Befragten die Straßen-Drogenszene in Frankfurt regelmäßig aufsuchen, weisen eine sehr große Spanne von einem Monat bis zu 46 Jahren auf; der Mittelwert liegt bei 13,2 ($\pm$ 9,5) Jahren. Bei einem Median⁸ von 11 hält sich die Hälfte der im Jahr 2016 Befragten seit elf Jahren und länger regelmäßig auf der Szene auf. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungen⁹. 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 – 2016 trifft dies auf 14% der Befragten zu. Eine eindeutige Trendentwicklung 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 bleibt mit 14%, wie bereits 2014 (16%), auf einen unterdurchschnittlichen Wert. Dem Zusammenhang zwischen der Dauer des „Szeneaufenthalts“ und dem Lebensalter entsprechend, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Altersstruktur zwischen denjenigen mit vergleichsweise kurzem Szeneaufenthalt und den übrigen Befragten: während 2014 noch 60% der maximal 25-Jährigen höchstens zwei Jahre auf der Szene unterwegs waren, ist dieser Anteil bei der aktuellen Befragung auf 17 % gesunken.¹⁰ Bei der ältesten Gruppe, den mindestens 46-Jährigen liegt der Wert bei 6%. Durch diese Annäherung erreicht der Anteil der maximal 25-Jährigen, die sich länger als zwei Jahre auf der Szene aufhalten mit 83% den höchsten Wert seit Beginn der Studie. Insgesamt sind die „Szene-Neueinsteiger_innen“ mit einem Durchschnittsalter von 38,5 Jahren rund drei Jahre jünger als diejenigen, die sich bereits seit über zwei Jahren auf der Drogenszene aufhalten (41,5 Jahre). Diese Differenz hatte sich in den vergangenen Jahren mehrfach vergrößert und (wie auch 2016) wieder verkleinert (2012: 32,8 vs. 38,3 Jahre, 2014: 34,5 vs. 39,4 Jahre, 2016: 38,5 vs. 41,5 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 6 Tage pro Woche, jeweils 7 bis 11 Stunden – auf der Szene aufhalten. Während sich die Anzahl der Tage, die die Befragten pro Woche auf der Szene verbringen, über den Erhebungsverlauf kaum verändert hat, sind die Unterschiede bezüglich der täglich auf der Drogenszene verbrachten Stunden statistisch signifikant. Hier hatte sich der entsprechende Wert zwischen 2003 und 2010 zunächst von 9,7 Stunden auf 7,3 Stunden reduziert,

⁸ 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.

⁹ 2002: 10,5 ($\pm$ 8,5) Jahre; 2003: 12,3 ($\pm$ 8,6) Jahre; 2004: 11,7 ($\pm$ 9,6) Jahre; 2006: 13,1 ($\pm$ 9,2) Jahre; 2008: 11,5 ($\pm$ 9,0) Jahre; 2010: 12,8 ($\pm$ 10) Jahre; 2012: 11,2 ($\pm$ 9,4) Jahre; 2014: 11,1 ($\pm$ 9,4) Jahre; 2016: 13,2 ($\pm$ 9,5) Jahre; n.s.

¹⁰ Bei der Gruppe der maximal 25-Jährigen handelt es sich allerdings lediglich um 6 Personen.

ist aber in den letzten drei Erhebungen sehr deutlich, um insgesamt über sechs Jahre, angestiegen und erreicht 2016 mit 11,9 Stunden den klar höchsten Wert aller Erhebungen.¹¹ Der Anteil derer, die sich täglich auf der Szene aufhalten, lag in den Erhebungen 2003 bis 2010 bei jeweils rund zwei Dritteln, stieg 2012 dann vergleichsweise deutlich an; aktuell hat sich der Anteil ein weiteres Mal vergrößert und erreicht den bisher höchsten Wert (2002: 57%, 2004: 69%; 2006: 63%, 2008: 67%, 2010: 62%, 2012: 71%, 2014: 70%; 2016: 75% ***). Die Kennzahl für diejenigen, die sich täglich mindestens zwölf Stunden auf der Szene aufhalten, war zwischen 2003 und 2010 relativ deutlich auf 22% zurückgegangen, ist dann bis 2014 deutlich angewachsen und erreicht aktuell mit 46% einen geringfügig niedrigeren Wert als im Vorjahr, der aber höher ist als in sämtlichen Erhebungen vor 2014 (2002: 37%, 2004: 31%; 2006: 27%, 2008: 27%, 2010: 22%, 2012: 29%, 2014: 48%; ***). Es ist also weiterhin eine Tendenz zu längeren Aufenthalten auf der Szene zu beobachten.

Der am häufigsten genannte Grund für den Szenekontakt ist unverändert der Erwerb von Drogen (91%), gefolgt von dem sozialen Motiv „Leute treffen“ (78%) sowie schlichter „Langeweile“ (57%). Weitere 43% der Befragten nennen das Abwickeln von Geschäften als Grund für den Szeneaufenthalt und 29% den Verkauf von Drogen. Für 31% ist die Substitution und für 11% „Service machen“ ein Motiv für den Szeneaufenthalt (Tab. 14).

Tabelle 14: Gründe für den Aufenthalt auf der Szene (%)^a nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Drogen kaufen	89	79	81	81	93	84	94	86	91	***
Leute treffen	68	73	68	78	77	71	79	73	78	n.s.
Langeweile	41	46	52	65	59	56	63	58	57	***
Geschäfte abwickeln	42	41	46	53	47	36	41	42	43	n.s.
bedingt durch Substitution	14	33	33	35	26	41	34	19	31	***
Drogen verkaufen	31	31	41	37	34	26	27	31	29	n.s.
Service machen	9	9	7	11	7	10	11	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 Trendentwicklung 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 Anstieg bei den Befragten, die eine Substitutionsbehandlung als Aufenthaltsmotiv angeben – dieser Anteil hatte sich 2014 mit einem Anteil von 19% mehr als halbiert und erreichte den zweitniedrigsten Wert aller Erhebungen seit 2002. Bei der aktuellen Erhebung gleicht sich der Anteil mit 31% wieder an das Niveau der Vorjahre an. Dieser Anstieg findet sich auch in der Gruppe der aktuell Substituierten; 2014 bezeichneten nur 40% die Substitution als einen Grund für den Szeneaufenthalt, aktuell jedoch erhöht sich der Anteil wieder deutlich auf 75% (2002: 50%, 2003: 72%, 2004: 71%, 2006: 74%, 2008: 53%, 2010: 72%, 2012: 78%; 2014: 40%, 2016: 75%***). Der niedrige

¹¹ Tage pro Woche: 1995: 5,4 (± 2) Tage, 2002: 5,0 (± 2) Tage, 2004: 5,6 (± 2) Tage, 2006: 5,6 (± 2) Tage, 2008: 5,8 (± 2) Tage, 2010: 5,5 (± 2) Tage, 2012: 5,8 (± 2) Tage, 2014: 5,8 (± 2) Tage, 2016: 6,0 Tage (± 2); n.s.
Stunden: 1995: 9,0 (± 7) Stunden, 2002: 9,6 (± 8) Stunden, 2004: 8,3 (± 6) Stunden, 2006: 8,0 (± 6) Stunden; 2008: 8,2 (± 6) Stunden; 2010: 7,3 (± 5) Stunden, 2012: 9,5 (± 6) Stunden, 2014: 11,5 (± 8) Stunden; 2016: 11,9 (± 9) Stunden; ***.

Anteil aus der letzten Erhebung ist also als „Ausreißer“ zu betrachten, wobei anhand der verfügbaren Daten nicht geklärt werden kann, wie dieser zustande kam. Eine Loslösung vom konsumierenden Umfeld, die eines der Ziele der Substitutionsbehandlung darstellt, lässt sich also höchstens für ein Viertel der entsprechenden Befragten annehmen, dagegen geben drei Viertel der Substituierten die Substitutionsbehandlung als einen der Gründe für den Szeneaufenthalt an. Dabei ist allerdings zu beachten, dass mit der Befragung ohnehin in erster Linie diejenigen Substituierten erreicht werden, die (noch) regelmäßig auf der Szene unterwegs sind.

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 11% beschränkt sich dies auf einige Male pro Jahr, 14% spielen ein bis zwei Mal pro Monat und 9% 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 keine signifikante Änderung und der Gesamtanteil derer, die mindestens gelegentlich spielen, hat sich nicht verändert (2012: 44%, 2014: 52%). Jedoch ist der Anteil derer, die ein paar Mal pro Jahr spielen, von 5% auf 11% gestiegen, wohingegen der Anteil der einmal pro Woche Spielenden von 14% auf 9% gesunken ist. Der Gesamtanteil der Spieler stagniert, aber die Spieler spielen etwas moderater als im Vorjahr.

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. 15). 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: 69%). 16% der im Jahr 2016 Befragten injizieren hauptsächlich auf der Straße im Bahnhofsviertel und 14% vorwiegend zu Hause bzw. in privaten Räumlichkeiten. Jeweils ein_e Befragte_r konsumierte überwiegend in öffentlichen Gebäuden und auf der Straße außerhalb des Bahnhofsviertels. Im Turnusvergleich ist der Anteil derjenigen, die überwiegend in den Konsumräumen injizieren, wie bei der vorherigen Erhebung leicht zurückgegangen, erreicht dennoch gemeinsam mit der Befragung 2010 den dritthöchsten Stand aller Erhebungen. Der Anteil des i.v. Konsums auf der Straße hat nach dem starken Anstieg bei der letzten Befragung wieder leicht abgenommen und erreicht einen mittleren Wert. Gleichzeitig ist der Anteil an Befragten, die vor allem in privaten Räumlichkeiten i.v. konsumieren, nach

den niedrigen Werten der letzten beiden Befragungen, leicht angestiegen, bleibt aber weiterhin unter dem Niveau aller Befragungen vor 2012 (s. Tab. 15).

Tabelle 15: Überwiegende Orte des intravenösen Konsums und des Crackrauchens nach Jahr der Befragung in %

	Intravenöser Konsum ^a									Rauchkonsum von Crack ^a								
	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Zuhause/privat	16	22	23	19	18	11	10	14	***	21	16	22	12	27	14	6	9	***
auf der Straße	19	20	8	17	6	6	18	15		67	74	61	79	61	64	77	72	
in öffentlichen Gebäuden	1	1	0	1	0	1	0	1		3	0	0	0	2	3	0	1	
im Konsum- bzw. Rauchraum	64	55	63	57	69	75	72	69		0	1	3	0	0	3	9	10	
sonstiges	0	3	3	1	2	2	0	0		9	9	3	1	4	4	3	1	
Straße (nicht Bahnhofsviertel)	0	0	4	3	1	5	0	1		0	0	12	5	6	12	5	7	

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

Mit 72% geben die meisten im Jahr 2016 Befragten an, Crack überwiegend auf der Straße zu rauchen; zusätzlich konsumieren 7% bevorzugt auf der Straße außerhalb des Bahnhofsviertels. Mit 10% gibt jede_r Zehnte an, bevorzugt im Konsumraum Crack zu rauchen, und 9% konsumieren in erster Linie zuhause bzw. in privaten Räumlichkeiten. Jeweils ein_e Befragte_r gab an, am häufigsten in öffentlichen Gebäuden bzw. an sonstigen Orten zu konsumieren. Wie beim i.v. Konsum zeigen sich auch beim Crackrauchen statistisch signifikante Veränderungen. Aktuell ist der Anteil für Konsum auf der Straße leicht gesunken, wobei er allerdings bereits zuvor uneinheitlich zwischen etwa 60% und 80% schwankte. Gleichzeitig ist die Anzahl derer, die vor allem in der Öffentlichkeit außerhalb des Bahnhofsviertels Crack rauchen, wieder geringfügig angestiegen. Ebenfalls leicht angestiegen ist der Anteil an Crackkonsumierenden, die in erster Linie zu Hause Crack rauchen; mit 9% wird dennoch der zweitniedrigste Wert aller Befragungen erreicht. Der bislang höchste Anteil aller Erhebungen ist hingegen für die Nutzung eines Konsumraums zum Crackrauchen zu beobachten. Bis 2012 gaben maximal 3% der Befragten die Konsumräume als bevorzugten Konsumort an, 2014 stieg der Anteil auf 9% und bei der diesjährigen Befragung nochmals leicht auf 10%. Insgesamt hat sich im Hinblick auf die Konsumorte für intravenösen Konsum und Crackrauchen die seit 2012 beobachtete Tendenz zu einer abnehmenden Bedeutung von Privaträumen nicht weiter fortgesetzt, dennoch bleibt der Anteil des Konsums in Privaträumen deutlich unter dem Niveau der Erhebungen vor 2012.

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 (83%) zumindest gelegentlich auf der Straße im Bahnhofsviertel stattfindet, 36% der Befragten rauchen Crack zu Hause, immerhin fast ein Drittel (29%) nutzen hin und wieder den Rauchraum und 12% 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 (2016: 89%) und insofern eine hohe Nutzungsrate aufweisen. Intravenöser Konsum findet jedoch nach wie vor auch in nennenswertem Umfang auf der Straße statt – aktuell geben fast die Hälfte (49%) der i.v. Konsumierenden an, manchmal auf der Straße im Bahnhofsviertel zu injizieren, womit der bisherige Spitzenwert aus der vorherigen Befragung (45%) leicht übertroffen wird. Hier lässt sich über die letzten drei Erhebungen ein Anstieg beobachten. Bis 2010 lag der Anteil der gelegentlich auf der Straße Konsumierenden, mit Ausnahme von 2008 (41%) noch bei etwa einem Drittel der Befragten. Deutlich gesunken ist der Wert für den Konsum auf der Straße außerhalb des Bahnhofsviertels; dieser erreicht mit 4% den niedrigsten Wert aller Befragungen. Weiter zurückgegangen, von 43% auf 35%, ist auch die Nutzung von Privaträumen als Ort für den i.v. Konsum.

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 wurden seit 2012, nach der kompletten BtmG-Unterstellung von Flunitrazepam, in zwei Kategorien abgefragt; in diesem Jahr wurden im Hinblick auf den Preis mit Clonazepam und sonstigen Benzodiazepinen zwei weitere Kategorien hinzugefügt.

Sowohl die zwei „Leitsubstanzen“ Heroin (97%) und Crack (99%) als auch Benzodiazepine außer Flunitrazepam (98%) werden von fast allen Befragten als leicht oder sehr leicht erhältlich eingeschätzt. Demgegenüber wird Kokain von über der Hälfte, Flunitrazepam sogar von 83% der Befragten als schwer erhältlich bezeichnet (s. Tab. 16).

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 bei Crack wieder leicht erhöht, während sie bei Heroin auf dem hohen Vorjahreswert bleibt. Mit 48% erreicht die subjektiv als (sehr) leicht empfundene Verfügbarkeit von Pulverkokain einen neuen Höchstwert. Benzodiazepine wurden bis 2010 durchweg noch ähnlich leicht verfügbar eingeschätzt 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. Aktuell hat sich an der leichten Verfügbarkeit von „sonstigen“ Benzodiazepinen nichts geändert: Es gehen weiterhin nur 2% der Befragten von einer schwierigen

Verfügbarkeit aus. Aber auch die wahrgenommene Verfügbarkeit von Flunitrazepam hat wieder leicht zugenommen: Mit 84% gehen etwas weniger von einer schweren Erhältlichkeit aus als in den beiden Vorerhebungen.

Was den Zusammenhang zwischen Verfügbarkeit und Konsumprävalenz von Benzodiazepinen betrifft, so geht die (wieder) hohe Verfügbarkeit im Unterschied zur vorherigen Befragung aktuell auch wieder mit einem Anstieg der 24-Stunden-Prävalenz einher, wenn dieser Wert auch nicht die Prävalenzraten von vor 2012 erreicht. Es zeichnet sich also – auch unter Einbezug der erstmals erfassten Prävalenz des ähnlich wirkenden Pregabalin – ab, dass die zuvor dominierende Substanz Flunitrazepam mittlerweile (mit zeitlicher Verzögerung) stärker durch andere, unterschiedliche Substanzen ersetzt wird. Auch bei den übrigen abgefragten Drogen Heroin, Kokain und Crack waren über den Erhebungszeitraum nur bedingte Zusammenhänge zwischen Verfügbarkeit und Konsum zu beobachten.

Tabelle 16: Einschätzung der Verfügbarkeit von Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen (%) nach Jahr der Befragung

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Heroin									
leicht / sehr leicht	88	95	95	87	97	90	97	97	***
schwer / sehr schwer	12	5	5	13	3	10	3	3	
Kokain									
leicht / sehr leicht	14	14	28	27	25	45	32	48	***
schwer / sehr schwer	86	86	72	73	75	55	68	52	
Crack									
leicht / sehr leicht	94	95	95	88	99	94	97	99	**
schwer / sehr schwer	6	5	5	12	1	6	3	1	
Flunitrazepam/ Rohypnol ^{® a}									
leicht / sehr leicht	b	b	b	b	b	11	13	16	n.s.
schwer / sehr schwer	b	b	b	b	b	89	87	84	
(andere) Benzodiazepine ^a									
leicht / sehr leicht	b	97	90	95	94	78	98	98	(***)
schwer / sehr schwer	b	3	10	5	6	22	2	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 2016.

^b nicht erhoben

Bei den Einschätzungen zur Qualität der drei abgefragten Substanzen, die die Befragten zurzeit konsumieren, sind jeweils signifikante Veränderungen zu beobachten (Tab. 17). Im Fall von Heroin hat sich der in beiden Vorerhebungen beobachtete subjektiv wahrgenommene Rückgang der Qualität nicht weiter fortgesetzt: Zwar beurteilen etwas weniger Befragte als 2014 die Qualität als gut, aber dafür gehen auch weniger Befragte – aber immer noch zwei Drittel – von einer schlechten oder sehr schlechten Qualität aus.

Im Falle von Crack zeigt sich im Vergleich zu 2014 ein deutlicher Rückgang in der subjektiv empfundenen Qualität. Der Anteil derjenigen, die die Qualität als (sehr) gut beurteilen, ist gesunken, während der Anteil derjenigen, welche die Qualität als (sehr) schlecht beurteilen, gestiegen ist. Im Vergleich mit dem gesamten Beobachtungszeitraum ist aktuell von einer mittelmäßigen Bewertung der Qualität von Crack auszugehen. Im Fall von Kokain ist der Anteil derer, die die Qualität als gut oder sehr gut empfinden, deutlich auf den zweitniedrigsten Wert (2003: 33%) aller Erhebungen gesunken. Gleichzeitig haben noch nie so viele Befragte die Qualität als schlecht oder sehr schlecht angegeben. Damit wurde – auch angesichts dessen, dass im Unterschied zu den meisten Vorjahren nur wenige hier „weiß nicht“ angegeben haben – die Qualität von Pulverkokaïn noch nie so schlecht eingeschätzt wie 2016 (s. Tab. 17).

Tabelle 17: Einschätzung der Qualität von Heroin, Crack und Kokain (%) nach Jahr der Befragung^a

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Heroin									
gut / sehr gut	20	32	22	27	23	11	12	10	***
weniger gut	19	22	40	33	29	34	14	21	
schlecht / sehr schlecht	59	42	37	38	46	53	72	67	
Weiß nicht	2	3	1	2	3	2	2	2	
Crack									
gut / sehr gut	33	20	9	33	16	27	31	22	***
weniger gut	21	23	40	31	30	45	25	27	
schlecht / sehr schlecht	38	47	47	29	48	26	39	47	
Weiß nicht	9	10	4	7	7	2	4	3	
Kokain									
gut / sehr gut	54	41	68	62	47	52	58	41	***
weniger gut	7	8	16	14	9	21	15	22	
schlecht / sehr schlecht	17	8	7	12	9	15	8	27	
Weiß nicht	22	43	9	12	35	12	18	10	

^a bezogen auf diejenigen mit Konsum im letzten Monat

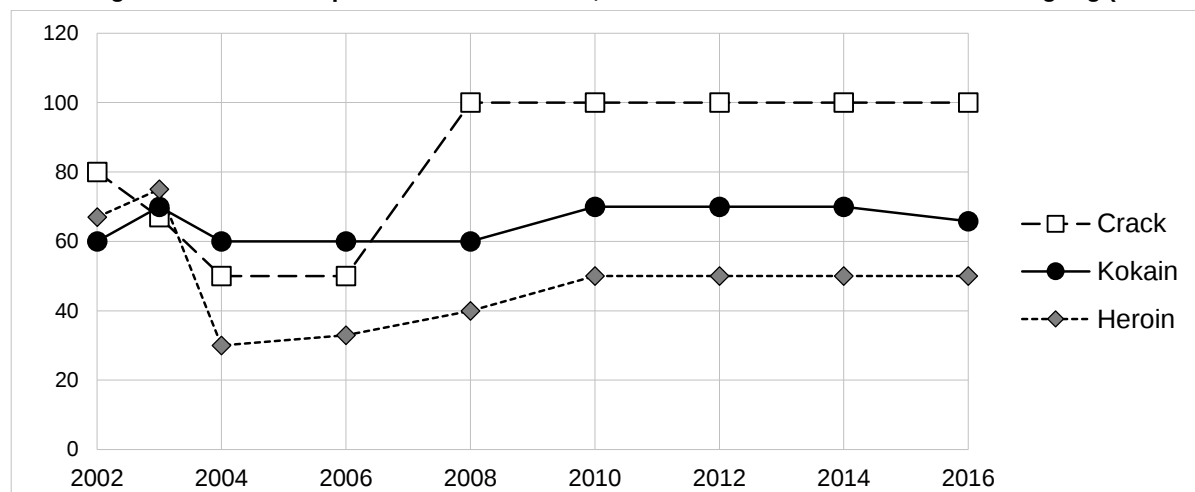
Für die Darstellung der Ergebnisse zur Preisentwicklung von Heroin, Crack und Kokain wurden die Befragten gebeten, für die jeweils kleinste von ihnen gekaufte Konsumeinheit eine Preisangabe in Euro zu machen.¹² Insbesondere bei Crack zeigt sich dabei zumeist eine extrem große Streuung der Angaben. So liegt in der Befragung 2016 der niedrigste Wert für ein Gramm bei 1 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 Jahren vor 2014 in der

¹² 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.

aktuellen Erhebung auch Personen, die einen sehr hohen Wert (z.B. 300 €) 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 gesunken ist dabei der Mittelwert; dieser liegt mit 58 € jedoch weiterhin über dem Median. Der Preis für ein Gramm Crack erreicht in der nunmehr fünften Erhebung hintereinander mit 100 Euro denselben Wert, nachdem er sich zwischen 2002 und 2004 reduziert und im Jahr 2008 auf 100 Euro verdoppelt hatte. Die Betrachtung des Mittelwertes deutet indes auf einen möglichen Preisrückgang in den letzten zehn Jahren hin, aktuell liegt er zum ersten Mal seit 2008 deutlich unter dem Median (86 €). Insgesamt nur sehr geringe Schwankungen zeigen sich weiterhin für den Grammpreis von Kokain, dessen Median in allen Erhebungsjahren zwischen 60 und 70 Euro liegt; aktuell (2016) beläuft er sich auf 66 €. 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. 2016). Seit 2004 wird ebenfalls der Schwarzmarktpreis für eine Tablette Benzodiazepine ermittelt; seit der Erhebung 2012 auch, um welches Mittel es sich handelt. 38 Personen machten im Jahr 2014 Angaben zu Flunitrazepam (Rohypnol®), 21 Personen zu Diazepam, 37 Personen zum erstmals gesondert erfragten Clonazepam (Rivotril®) und 5 Personen zu anderen Benzodiazepinen. Dabei zeigen sich weiterhin sehr deutliche Unterschiede: Der Median für die Preisangaben bei Flunitrazepam liegt wie bereits 2014 bei 5 Euro (2012: 4 €), der für Diazepam wie in beiden Vorherhebungen bei 1 Euro. Ebenso viel kostet nach Einschätzungen der Befragten eine Tablette Clonazepam. Die Angaben für „sonstige“ Benzodiazepine sind angesichts der geringen Fallzahlen zu vernachlässigen. 2010, im Jahr vor der BtMG-Unterstellung von Flunitrazepam, lag der Wert für Benzodiazepine insgesamt noch bei 2 Euro, wobei man sich hier jeweils vermutlich weit überwiegend auf Flunitrazepam bezogen hatte. Insofern liegt der Preis für diese Substanz weiterhin deutlich höher als vor der Gesetzesänderung; vermutlich aus diesem Grund sowie wegen der schweren Verfügbarkeit wird die Droge 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 2016 ambivalente Ergebnisse: So stagnieren die Preise für Heroin, Crack und Kokain seit sechs Jahren. Gleichzeitig ist die Qualitätseinschätzung für Heroin 2014 deutlich zurückgegangen und aktuell auf diesem niedrigen Niveau geblieben, und auch die Qualität von Crack wird nach einem Anstieg 2012 in den letzten beiden Erhebungen wieder deutlich schlechter eingeschätzt, während die Bewertung der Qualität von Pulverkokaïn so schlecht wie nie zuvor ist. Trotz des entsprechend diesen Angaben insgesamt ‚historisch‘ schlechten Preis-Leistungsverhältnisses ist die Konsumhäufigkeit von Heroin leicht angestiegen und befindet sich nach einem Rückgang bei der letzten Erhebung aktuell über dem Niveau von 2012. Auch beim Crack-Konsum lässt sich nur ein geringer Rückgang bei den mehrmals wöchentlich Konsumierenden feststellen, während die 24-Stunden-Prävalenz auf den Höchstwert aller Erhebungen steigt. Die negative Bewertung von Pulverkokaïn geht einher mit einer gewissen Verlagerung von häufigem zu eher moderatem Konsum. Bei den Benzodiazepinen schließlich zeigt sich – wie erwähnt – ein gewisser Wiederanstieg der Prävalenz rund zwei Jahre nach dem Wiederanstieg der Verfügbarkeit.

4.4.4 Kontrollintensität, Hafterfahrungen und Haftgründe

Seit der Erhebung 2010 werden die Befragten nach Kontrollen bzw. Überprüfungen durch die Polizei, inklusive Stadtpolizei und Bundespolizei, gefragt. Die Frage bezieht sich auf die Häufigkeit derartiger Kontrollen im zurückliegenden Monat. Im Jahr 2016 wurden in diesem Zeitraum insgesamt 58% der Interviewten mindestens einmal von der Polizei kontrolliert. Unter denjenigen, die überhaupt kontrolliert wurden, erlebten 34% 1-2 Kontrollen, 21% 3-5 Kontrollen und 45% mehr als 5 Kontrollen.

Während sich in den letzten beiden Erhebungen der Anteil derer, die überhaupt im zurückliegenden Monat kontrolliert wurden, signifikant erhöht hatte, ist er aktuell wieder fast auf den Ausgangswert von 2010 zurückgegangen (2010: 56%, 2012: 70%, 2014: 72%, 2016: 58%; **). Weiter angestiegen ist gleichzeitig innerhalb der Gruppe derer, die mindestens einmal kontrolliert wurden, die Häufigkeit der Überprüfungen. So ist der Anteil derer, die mehr als fünfmal kontrolliert wurden, von 26% (2010) auf 45% angestiegen (2012: 29%, 2014: 43%), und die durchschnittliche Anzahl der erlebten Kontrollen stieg von 7,0 (2010) auf 11,7 (2012: 7,3, 2014: 10,4; *). Nicht fortgesetzt hat sich der in der letzten Erhebung beobachtete Trend, nach dem Personen ohne deutschen Pass zunehmend intensiver kontrolliert werden als Deutsche: Der Anteil derer, die überhaupt kontrolliert wurden, ist bei den Nichtdeutschen aktuell etwas stärker zurückgegangen (2014: 81%, 2016: 63%) als bei den Deutschen (2014: 67%, 2016: 56%), und die durchschnittliche Häufigkeit der Kontrollen ist bei den Befragten ohne deutschen Pass aktuell leicht zurückgegangen (2014: 14,1 Kontrollen, 2016: 12,6 Kontrollen), während sie bei den Deutschen relativ deutlich angestiegen ist (2014: 8,3; 2016: 11,0). Damit haben sich die jeweiligen Werte für Deutsche und Nichtdeutsche wieder deutlich angeglichen.

Weiterhin wurde den Szeneangehörigen die Frage gestellt, ob ihnen gegenüber im letzten Monat Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote¹³ ausgesprochen wurden. Bei insgesamt 30% derer, die auch im zurückliegenden Monat kontrolliert wurden, war dies der Fall (2010:

¹³ 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.

34%, 2012: 26%, 2014: 30%; n.s.); dies entspricht 18% der gesamten Stichprobe (2010: 20%, 2012: 18%, 2014: 22%; n.s.). Bei der Mehrheit dieser Gruppe (9% der Gesamtstichprobe) beschränkte sich dies auf ein(en) Platzverweis/Aufenthaltsverbot. Weitere 7% aller Befragten hatten 2 bis 5 derartige Verweise erteilt bekommen und 2% (n=3) mehr als fünf Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote. Im Schnitt erhielten diejenigen, die überhaupt mindestens einmal des Platzes verwiesen wurden, 3,3 solcher Sanktionen. Zwischen den Erhebungsjahren zeigen sich diesbezüglich Verschiebungen, die jedoch wie bei der Frage, ob überhaupt Platzverweise erteilt wurden, keine statistische Signifikanz erreichen. Die Anzahl der erteilten Sanktionen hat sich also offenbar nicht nennenswert geändert.

Mit 84% gibt eine große Mehrheit der im Jahr 2016 Befragten an, mindestens einmal inhaftiert gewesen zu sein (2010: 78%, 2012: 75%; 2014: 82%; n.s.). Unter den Hafterfahrenen waren 23% bislang einmal in Haft, 16% zweimal, 35% 3-5 Mal und 26% sechs Mal oder häufiger. Durchschnittlich haben diejenigen mit Inhaftierungserfahrungen bislang 4,9 ($\pm$ 4,6) Gefängnisaufenthalte erlebt (2010: 4,6 ($\pm$ 4,6), 2012: 3,9 ($\pm$ 3,1); 2014: 4,6; n.s.). Im Schnitt waren die Befragten mit Hafterfahrung insgesamt etwas mehr als vier Jahre (49,9 ($\pm$ 51,0) Monate) inhaftiert (2010: 51,9 ($\pm$ 51,9) Monate; 2012: 53,5 ($\pm$ 55,7) Monate; 2014: 45,6 ($\pm$ 51,0) Monate); n.s.).

Was den Grund für die letzte Inhaftierung betrifft, so wird von 36% der Befragten mit Hafterfahrung angegeben, dass sie eine zuvor ausgesprochene Geldstrafe in Form einer Ersatzfreiheitsstrafe abgesessen hätten; häufig wegen Schwarzfahrens¹⁴. Weitere 19% waren das letzte Mal wegen Diebstahl inhaftiert, 12% wegen Drogenhandel/-schmuggel, 10% wegen Drogenbesitz, 7% wegen Raub bzw. räuberischer Erpressung und 6% aufgrund von Körperverletzung. Ein Befragter hatte wegen Mord in Haft gesessen, und weitere 10% nannten sonstige Gründe, inklusive diverser Befragter, die ohne Angabe des Deliktes „Bewährungswiderruf“ als Haftgrund angaben. Der Anteil derer, die angeben, eine Ersatzfreiheitsstrafe abgesessen zu haben, ist nach dem Anstieg der Vorjahre wieder etwas zurückgegangen (2010: 21%, 2012: 32%, 2014: 42%); aufgrund der offenen Fragestellung ist diese Kategorie aber ohnehin mit einer gewissen Unsicherheit versehen (siehe auch Fußnote 17#). Insgesamt etwas zugenommen haben hingegen Delikte, die mit (mindestens psychischer) Gewalt assoziiert sind: 2014 gaben lediglich insgesamt 8% Raub, Körperverletzung oder ein Tötungsdelikt an; aktuell sind es zusammengekommen 13%.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die überwiegende Mehrheit der befragten Drogenkonsumierenden nach wie vor regelmäßig in der Öffentlichkeit von der Polizei kontrolliert wird. Zwar hat die Kontrollichte aktuell abgenommen, der kleinere Kreis von Kontrollierten wird jedoch noch öfter kontrolliert, ohne dass dies mit einer Erhöhung der Platzverweise bzw. Aufenthaltsverbote einhergehen würde. Der Anteil der Hafterfahrenen hat in diesem Zeitraum leicht, aber nicht signifikant zugenommen; weiterhin hat ein Großteil der Szeneangehörigen durchschnittlich rund vier Jahre im Gefängnis verbracht. Erhebliche Teile dieser Haftaufenthalte gehen auf nicht bezahlte Geldstrafen wegen eher geringfügiger Vergehen zurück. Aber

¹⁴ 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 Betreffende in der Lage gewesen wäre, eine Geldstrafe zu bezahlen.

auch schwerwiegendere Eigentums- und Gewaltdelikte sind unter den Befragten in gewissem Maße verbreitet.

4.4.5 Der Szenealltag im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Mit durchschnittlich 13,2 Jahren hält sich die Mehrheit der im Jahr 2016 befragten Drogenkonsument_innen bereits seit langer Zeit regelmäßig auf der Frankfurter Drogenszene auf. Dieser Durchschnittswert liegt bei Frauen bei 12,0, bei Männern bei 13,7 Jahren (n.s.). Durchschnittlich verbringen die Befragten 6 Tage pro Woche auf der Drogenszene. Der Mittelwert für die Stunden, die an einem Tag auf der Szene verbracht werden, beläuft sich aktuell auf 11,9 Stunden, mehr als in sämtlichen Vorerhebungen. Frauen halten sich mit durchschnittlich 9,8 Stunden signifikant kürzer auf der Szene auf als Männer (12,9 Stunden; *). Hier zeigt sich ein Unterschied zu den meisten vorangegangenen Erhebungen, zumeist war zu beobachten, dass sich Frauen deutlich länger auf der Szene aufhielten als Männer. Was die Gründe für den Aufenthalt auf der Szene betrifft, so dominiert das Motiv „Drogen kaufen“ (91%), gefolgt von „Leute treffen“ (78%) und „keine andere Beschäftigung/Langeweile“ (57%). Weitere nennenswerte Anteile beziehen sich auf den ökonomischen Aspekt der Szene (Geschäfte abwickeln: 73%, Drogen verkaufen: 31%). Insgesamt 31% aller im Jahr 2016 Befragten besuchen das Bahnhofsviertel wegen der Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung. Beim Motiv „Leute treffen“ zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern: 92% der Frauen geben dies als Grund für den Szeneaufenthalt an; bei den Männern sind es 71% (**). Ansonsten zeigen sich im Jahr 2016 keine signifikanten Geschlechtsunterschiede bei den Aufenthaltsmotiven.

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 89% der i.v. Konsumierenden diese Orte für den intravenösen Drogengebrauch und 69% konsumieren hier überwiegend. 35% injizieren zumindest gelegentlich in privaten Räumlichkeiten; 14% nutzen überwiegend diesen Konsumort. 49% konsumieren zumindest manchmal auf der Straße (im Bahnhofsviertel); 16% injizieren hier überwiegend. Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede lassen sich nicht beobachten.

Was die Orte für das Rauchen von Crack betrifft, so geben 72% der Befragten die Straße im Bahnhofsviertel als überwiegenden Konsumort an; 83% rauchen zumindest gelegentlich dort Crack. 36% rauchen Crack unter anderem und 9% überwiegend in privaten Räumlichkeiten. Jeder Zehnte der im Jahr 2016 Befragten nutzt den Rauchraum als überwiegenden Konsumort und 29% suchen diesen zumindest ab und zu für den Crackkonsum auf. Auch hier zeigen sich im Jahr 2016 keinerlei signifikante geschlechtsbezogene 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 etwas mehr als der Hälfte der Befragten als eher schwer erhältlich bewertet; damit wird die Verfügbarkeit besser als in den letzten Jahren eingeschätzt. Bei den Benzodiazepinen wird die Verfügbarkeit von Flunit-

razepam (Rohypnol®) seit 2012 überwiegend als schlecht eingeschätzt, während die von anderen Benzodiazepinen wie im Vorjahr von fast allen Befragten als gut bewertet wird. Bei der Einschätzung der Drogenqualität hat sich der subjektive Qualitätsrückgang für Heroin 2016 nicht fortgesetzt, bleibt jedoch fast auf dem niedrigen Vorjahresniveau. Crack wird im Vergleich zum Vorjahr als deutlich schlechter eingeschätzt. Kokain wird weiterhin als am qualitativ hochwertigsten bewertet; im Vergleich zu den Vorjahren wird die Qualität jedoch als deutlich schlechter empfunden. Die angegebenen Grammpreise für Crack (100 Euro), Heroin (50 €) haben sich jeweils seit mehreren Jahren nicht verändert; ähnliches zeigt sich für den Preis von Kokain. Der Schwarzmarktpreis für das ohnehin schwer erhältliche Flunitrazepam liegt wie 2014 bei fünf Euro pro Tablette, während eine Konsumeinheit Diazepam sowie Clonazepam jeweils für rund einen Euro gehandelt wird.

Insgesamt 58% der Interviewpartner_innen wurden im zurückliegenden Monat mindestens einmal in der Öffentlichkeit von Ordnungsbehörden kontrolliert; Männer (65%) häufiger als Frauen (44%; *). Die durchschnittliche Anzahl derartiger Kontrollen unterscheidet sich hingegen nicht signifikant zwischen den Geschlechtern. 18% wurden nach Kontrollen im Vormonat mindestens einmal des Platzes verwiesen; auch hier zeigen sich keine Geschlechterunterschiede.

84% der Interviewten waren bislang mindestens einmal in Haft, mehr als ein Viertel von ihnen bereits mehr als fünf Mal. Im Durchschnitt haben diejenigen mit Hafterfahrungen etwas mehr als vier Jahre in Gefängnissen verbracht. Die am häufigsten genannten Haftgründe sind in absteigender Reihenfolge Ersatzfreiheitsstrafe (anstelle einer Geldstrafe), Diebstahl, Drogenhandel, Drogenbesitz und Raub bzw. räuberische Erpressung.

Hinsichtlich der generellen Hafterfahrung zeigen sich 2016 im Unterschied zur Vorbefragung wieder signifikante geschlechtsbezogene Differenzen (Frauen: 74%, Männer: 89%; *). Während also Frauen generell etwas seltener inhaftiert waren, waren sie – anders als in den vorherigen Befragungen, bei denen die Häufigkeit der Inhaftierungen zwischen den Geschlechtern etwa ausgeglichen war – im Schnitt auch weniger häufig im Gefängnis: Hafterfahrene Männer geben aktuell durchschnittlich 5,7 Inhaftierungen an, Frauen nur 3,2 (*). Über alle Erhebungen – und so auch in diesem Jahr – unterschieden sich die Angaben für die bisherige Dauer der Inhaftierungen: Die befragten Männer haben durchschnittlich insgesamt 65 Monate, die befragten Frauen nur 14 Monate in Haft verbracht (***). Diese Differenz dürfte weiterhin u.a. mit der Schwere der Straftaten zu tun haben, worauf die Auswertung der Haftgründe hindeutet: Frauen nennen im Jahr 2016 mehr als doppelt so häufig Ersatzfreiheitsstrafen (57% vs. 27%), vermutlich überwiegend infolge eher geringfügiger Delikte, als Männer.

4.5 Gesundheitszustand

4.5.1 Infektionsstatus und Risikoverhalten

Im Jahr 2016 geben 15% bzw. 14% an, irgendwann mit einer Hepatitis A bzw. einer Hepatitis B infiziert gewesen zu sein (bzw. es aktuell sind). Diese Werte sind im Vergleich zu 2014

wieder leicht gesunken¹⁵. 49% berichten über eine Hepatitis C-Infektion. Die Werte von 2014 und der aktuellen Erhebung liegen trotz präziserer Fragestellung unter sämtlichen Werten der Jahre 2002-2010 sodass seit 2012 tatsächlich ein Rückgang bei der Hepatitis C-Infektionsrate stattgefunden hat und die stark rückläufige Zahl 2012 nur zu einem Teil mit einem Erhebungsfehler zu begründen ist¹⁶. Leicht angestiegen, auf nunmehr 61%, ist der gesamte Anteil der Befragten, die angeben, mit einer der drei Hepatitiden A, B oder C infiziert zu sein. Die in Tab. 18 dokumentierte Änderung ist indes nahezu ausschließlich auf den mit 35% noch deutlich niedrigeren Wert aus dem Jahr 1995 zurückzuführen¹⁷.

Tabelle 18: Infektionsstatus (%) nach Jahr der Befragung

	1995	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Hepatitiden										
A	-- ^a	13	7	5	6	1	1	16 ^c	15	***
B	-- ^a	18	15	11	9	2	3	18 ^c	14	***
C	-- ^a	71	63	61	65	65	45 ^b	51	49	***
A oder B oder C	35	74	67	61	67	66	47 ^b	58	61	***
HIV-Status										
HIV-positiv	26	13	12	13	6	6	4	6	5	***
HIV-negativ	73	81	86	86	93	94	90	91	87	
bislang kein Test	1	6	2	1	1	0	6	3	7	

^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 wird seit 2014 nach der Lifetime-Prävalenz dieser Hepatitiden gefragt.

Der Wert für die Verbreitung des HI-Virus hält sich seit 2008 auf einem ähnlichen Niveau: aktuell geben 5% und damit ein Prozentpunkt weniger als 2014 an, HIV-positiv zu sein. Allerdings geben mit 7% so viele Befragte wie bei keiner Erhebung zuvor an, noch nie auf HIV getestet worden zu sein. Daher ist auch die Gruppe der (eindeutig) HIV-Negativen wieder etwas kleiner geworden. Der höhere Anteil derer, die noch nie getestet wurden, hängt mit dem höheren Anteil nichtdeutscher Befragter zusammen: Unter diesen beläuft sich der Anteil nie Getesteter auf 14% (n=9), während dies bei denjenigen mit deutschem Pass lediglich einen Befragten betrifft. Auch der Anteil der HIV-Negativen in der Stichprobe, deren letzter Test im Befragungsjahr stattfand, ist aktuell leicht gesunken und liegt mit 68% so niedrig wie bei keiner Befragung zuvor (2003: 71%; 2004: 77%, 2006: 78%, 2008: 80%, 2010: 74%, 2012: 69%, 2014: 70%). Weitere 24% hatten in den beiden Jahren davor einen Test durchgeführt. Dementsprechend liegt im Berichtsjahr bei 8% der letzte HIV-Test länger als rund 2 ½ Jahre zurück.

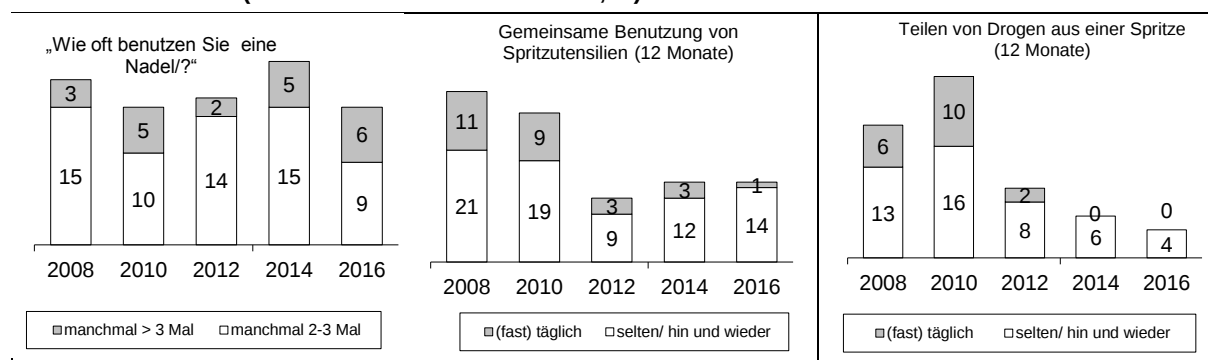
¹⁵ Die 2014 deutlich gestiegenen Prävalenzraten für Hepatitis A und B resultieren größtenteils aus einer Änderung der Fragestellung: Es wird seither im Unterschied zu den Vorjahren danach gefragt, ob der/die Betreffende irgendwann (auch in der Vergangenheit) positiv auf diese Infektionen getestet wurde. Diese Infektionen verlaufen im Unterschied zu Hepatitis C nicht in der Regel chronisch, sondern heilen zumeist wieder aus.

¹⁶ Die Frage wurde 2012 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 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.

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. 9% benutzen zumindest manchmal eine Injektionsnadel zwei oder drei Mal, weitere 6% verwenden Nadeln zuweilen auch mehr als drei Mal. Umgekehrt bedeutet dies, dass 85% ihre Nadeln grundsätzlich nur einmal benutzen. Diese Werte sind aktuell nach vorherigem leichten Anstieg etwas zurückgegangen, allerdings ohne statistische Signifikanz zu erreichen. Seit 2008 befindet sich der Anteil derjenigen, die eine Nadel nur einmal benutzen zwischen 80% und 85%. 14% teilen Utensilien zum intravenösen Konsum (Spritzen, Löffel o.ä.) zumindest gelegentlich mit anderen Usern; Ein Konsument tut dies sogar nahezu täglich. 85% verwenden ihre Utensilien somit immer nur alleine. Nach dem starken Rückgang in der Erhebung 2012 bewegen sich diese Zahlen etwa auf demselben Niveau (**; s. Abb. 9). Ein insgesamt noch stärkerer Rückgang des Risikoverhaltens ist beim Teilen von Drogen aus einer Spritze¹⁸ zu beobachten: aktuell praktizieren dies nur noch 4% zumindest manchmal und kein_e einzige_r Befragte_r (fast) täglich; demnach verzichten 96% 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 2016 (nur aktuell i.v. Konsumierende, %)



Der seit 2012 beobachtete Rückgang von Risikoverhalten, das sich auf den gemeinsamen intravenösen Konsum mit anderen bezieht, hat sich also weitgehend bestätigt bzw. fortgesetzt. ‚Individuelles‘ Risikoverhalten (mehrmalige Nutzung von Injektionsnadeln), das bislang über die Erhebungen ohne klare Tendenz schwankte, ist aktuell ebenfalls etwas zurückgegangen. Insgesamt praktiziert eine klare Mehrheit (aktuell 72%) der intravenös Konsumierenden aktuell bzw. in den letzten 12 Monaten gar kein konsumbezogenes Risikoverhalten. Dieser Anteil ist aktuell signifikant angestiegen, nachdem sich 2014 noch ein leichter Rückgang gezeigt hatte (2008: 53%, 2010: 56%, 2012: 70% 2014: 63%; **). Bei allen Angaben zum Risikoverhalten beim i.v. Konsum ist zu beachten, dass 2016 so wenige Befragte wie in keiner Erhebung zuvor Angaben machten, da 47% angaben, aktuell keinen Spritzkonsum auszuüben. Dieser Wert ist seit 2008 kontinuierlich gestiegen (2008: 21%, 2010: 24%, 2012: 32%, 2014: 36%; ***)

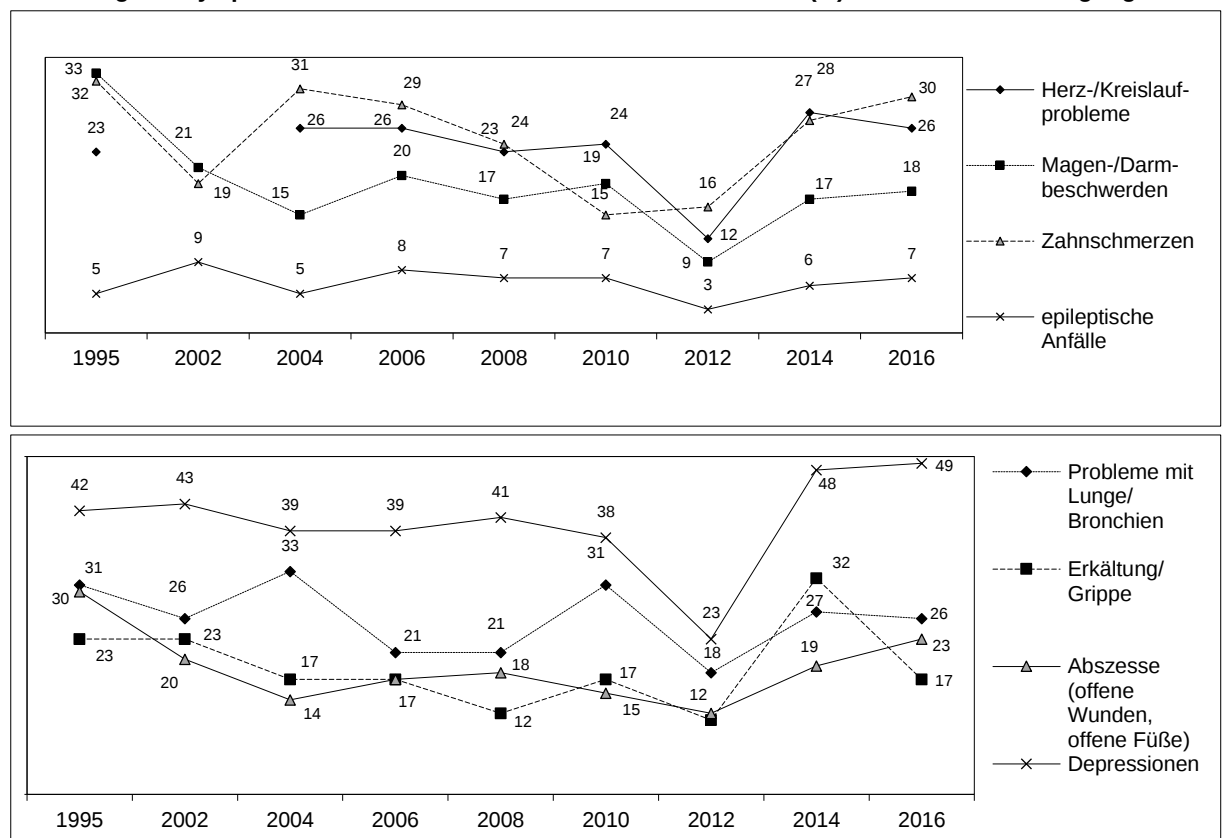
¹⁸ Gemeint ist hiermit das sogenannte „Frontloading“ (bei dem die gesamte Drogenlösung in eine Spritze aufgezogen, die Nadel der Empfängerspritze entfernt und die Geberspritze in die Empfängerspritze von vorne eingesteckt und der Drogenanteil in die Empfängerspritze eingespritzt wird) oder das „Backloading“ (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.

4.5.2 Versicherungsstatus, Symptome und Beschwerden

Rund vier von fünf Befragten (81%) verfügen im Jahr 2014 über eine Krankenversicherung. Dieser Anteil hatte sich in der Vorerhebung erhöht, ist aktuell aber wieder gesunken, womit diese Kennzahl den niedrigsten Wert erreicht, seitdem im Jahr 2008 erstmals danach gefragt wurde (2008: 90%, 2010: 97%, 2012: 85%; 2014: 89%, **). Nach wie vor liegt dabei der Anteil der Krankenversicherten bei den nicht-deutschen Befragten etwas niedriger (72%) als bei den Deutschen (88%), ohne dass dieser Unterschied statistische Signifikanz erreichen würde. In beiden Gruppen ist der Anteil aktuell zumindest etwas zurückgegangen (2014: Nichtdeutsche: 83%, Deutsche: 91%).

Wie in den Vorerhebungen wurde der Gesundheitszustand der Konsument_innen anhand einer Liste mit Symptomen und Beschwerden erhoben (s. Abb. 10). Auch im Jahr 2016 sind Depressionen die am häufigsten genannten Beschwerden; aktuell betrifft dies 49% der Befragten. Dahinter folgen in der aktuellen Erhebung in absteigender Reihenfolge Zahnschmerzen, Herz/Kreislaufprobleme, Magen-/Darmbeschwerden, Lungen/Bronchien, Abszesse, Erkältung/Grippe, und epileptische Anfälle (s. Abb. 10). Darüber hinaus geben sieben der acht HIV-infizierten Personen AIDS-bedingte Krankheiten an.

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



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

Nachdem 2014 bei allen Beschwerden Anstiege zu verzeichnen waren, die teilweise geradezu drastisch ausfielen, haben sich diese hohen Werte aktuell kaum verändert; einzig der Wert für

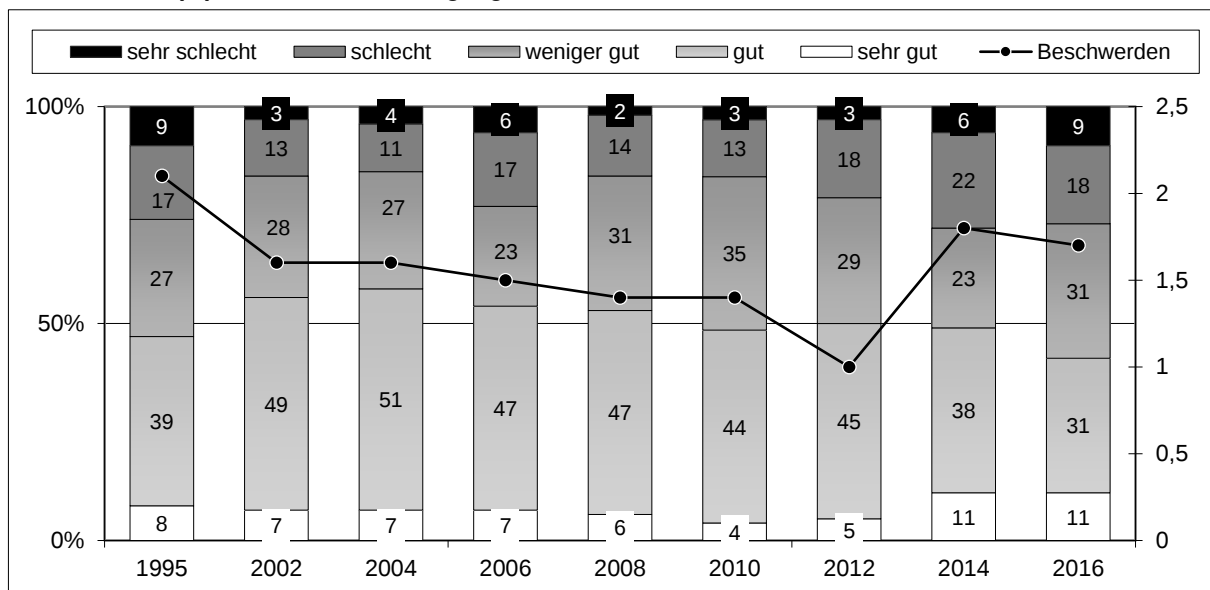
Erkältung/Grippe ist deutlich gesunken (s. Abb. 10). Etwas weiter angestiegen ist die Prävalenz von Abszessen; mit 23% berichten mehr Befragte als in allen Vorerhebungen von diesem Symptom (einzig 1995 wurde ein höherer Wert gemessen). Über den gesamten Erhebungszeitraum sind die Veränderungen bei allen Symptomen außer epileptischen Anfällen, Herz/Kreislaufproblemen und Lungen/Bronchien statistisch signifikant. Dass sich die Werte im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert haben, verfestigt die These, dass die Erhebungsform hier zumindest eine gewisse Rolle gespielt haben könnte: da die Liste der Symptome auf dem Tablet für die Befragten leichter einsehbar war, könnten sie womöglich tendenziell auch mehr Symptomen zugestimmt haben. In diesem Fall wären die letzten beiden Erhebungen 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, da 2012 deutliche Rückgänge zu verzeichnen waren (s. Abb. 10).

Die Stagnation bei den Beschwerden schlägt sich auch in der Durchschnittszahl der erfassten Symptome¹⁹ nieder: Die Befragten geben im Jahr 2016 im Schnitt 1,7 ($\pm 1,3$) Beschwerden an, nachdem dieser Wert im Jahr 2012 noch auf 1,0 zurückgegangen war. Damit liegt der Wert nur knapp unter dem letztjährigen Höchstwert (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; 2016: 1,7%; ***).

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 2016 bei der kleinen Gruppe der AIDS-Kranken, bei denen sechs von sieben Betroffenen in Behandlung sind, und auch Abszesse (62%), Probleme mit Erkältung/ Grippe (52%) und Zahnschmerzen (42%) werden relativ häufig behandelt. Wegen Lungen/ Bronchien (28%) oder Depressionen (26%) begeben sich Betroffene hingegen eher selten in Behandlung (Herz/Kreislauf: 41%, epileptische Anfälle (40%), Magen/Darm: 37%). Auch die Behandlungsquoten sind aktuell mit Ausnahme von Beschwerden an Lungen/ Bronchien in den allen Fällen angestiegen; die Veränderungen im Zeitverlauf erreichen aber nur bei Herz-/Kreislaufproblemen statistische Signifikanz (**).

Wiederum spiegelt sich die Veränderung bei den angegebenen Beschwerden nur bedingt in den entsprechenden Einschätzungen der Befragten bezüglich ihres Gesundheitszustands wider (s. Abb. 11). Aktuell beurteilen über zwei Fünftel und damit etwas weniger als 2014 ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut; mit 11% bleibt der Wert für eine „sehr gute“ Einschätzung aber auf dem bereits 2014 erreichten Höchstwert. Gleichzeitig hat sich die 2012 beobachtete Zunahme an Befragten, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einschätzen (aktuell 27%), nicht fortgesetzt, aber etwa gehalten – allerdings erreicht dieses Jahr auch der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr schlecht“ angeben, einen Höchstwert (9%). Dabei zeigt sich weder aktuell noch über den gesamten Erhebungszeitraum eine statistisch signifikante Änderung dieser Einschätzung. Insofern hat sich die 2014 beobachtete Diskrepanz zwischen Krankheitssymptomen und deren subjektiv wahrgenommenen Auswirkungen auf das Allgemeinbefinden angeglichen: Während von den Befragten im Vorjahr bereits ähnlich viele Beschwerden genannt wurden (und damit mehr als 2012), ohne dass sich gleichzeitig die subjektive Einschätzung verschlechtert hätte, fällt die durchschnittliche Einschätzung des Gesundheitszustandes aktuell schlechter aus.

¹⁹ Berücksichtigt wurden bei dieser Auswertung nur die in allen Befragungen erhobenen Symptome.

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

4.5.3 Überdosierungen

51% der Interviewten berichten, mindestens einmal im Leben eine Überdosis erlebt zu haben. Damit liegt dieser Wert etwas höher als 2014, aber niedriger als in sämtlichen Erhebungen vor 2012 (2002: 58%, 2003: 57%, 2004: 53%, 2006: 51%, 2008: 61%, 2010: 64%, 2012: 39%; 2014: 48%; **). 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 keine signifikanten Änderungen seit 2002 – in der aktuellen Erhebung haben die Befragten im Schnitt zwei Überdosierungen erlebt (Median; 2002: 2, 2003/2006/2008/2012/2014: je 3, 2004/2010: je 2,5). Und auch der durchschnittliche Zeitpunkt der letzten Überdosis hat sich nicht signifikant geändert: Im Jahr 2016 erlebten die Befragten ihre letzte Überdosis im Mittel vor 36 Monaten (Median: 2002-2008: jeweils 24 Monate, 2010: 36 Monate, 2012: 34 Monate, 2014: 25 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, 2016: n=36), werden zusätzlich nach den Begleitumständen dieser letzten Überdosis gefragt. Wie in allen vorherigen Erhebungsjahren wird auf die Frage, welche Substanzen die Betroffenen am Tag ihrer letzten Überdosis konsumiert haben, Heroin mit Abstand am häufigsten genannt; aktuell war die Droge bei 58% der zuletzt erlebten Überdosen beteiligt. Hier ist erstmals ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen. Bei den vorherigen Befragungen war Heroin an mindestens drei Vierteln der Überdosierungen beteiligt. Auf den nächsten Rängen folgen Crack und Alkohol. Letzterer wurde 2014 noch von rund einem Drittel der Befragten am Tag der Überdosis konsumiert, dieser Wert ist dieses Jahr deutlich zurückgegangen. Weiterhin ist

bei den Benzodiazepinen – parallel zum Konsumrückgang – aktuell ein Rückgang der Nennungen zu beobachten. Der Rückgang erreicht in beiden Fällen keine statistische Signifikanz (s. Tab. 19). Signifikant zurückgegangen ist allerdings die durchschnittliche Anzahl der am Tag der letzten Überdosis konsumierten Substanzen: dieser ist aktuell von 2,3 ($\pm 0,8$) auf 1,7 ($\pm 0,8$) gesunken und erreicht den zweitniedrigsten Wert nach 2003 ($1,4 \pm 0,6$; ***).

Tabelle 19: Am Tag der letzten Überdosis konsumierte Substanzen (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Alkohol	20	10	16	9	10	26	23	34	14	n.s.
Cannabis	4	2	2	0	6	4	0	3	6	n.s.
Heroin	76	82	88	85	83	94	83	76	58	**
Benzodiazepine	a	a	31	17	33	34	30	18	8	n.s.
Substitutionsmittel	6	8	2	7	6	15	7	16	6	n.s.
Kokain	19	6	22	26	25	13	13	21	8	n.s.
Crack	46	35	31	24	38	40	50	55	33	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; obwohl Heroin bei den Überdosierungen insgesamt weniger konsumiert wurde, wurde es aktuell häufiger als im Vorjahr für diese verantwortlich gemacht, wodurch das Opiat mit 39% bei dieser Frage wieder deutlich auf dem ersten Rang liegt (2002: 43%, 2003: 63%, 2004: 43%, 2006: 54%, 2008: 44%, 2010: 47%, 2012: 40%, 2014: 24%). Am zweithäufigsten wird 2016 bei dieser Frage Crack (14%) angegeben (2002: 15%, 2003: 10%, 2004: 4%, 2006: 2%, 2008: 10%, 2010: 9%, 2012: 20%, 2014: 21%). Mit 8% sinkt die im Vorjahr hohe Angabe von Kokain wieder auf das Niveau von 2008–2012 (2002: 13%, 2003: 2%, 2004: 6%, 2006: 15%, 2008: 6%, 2010: 9%, 2012: 7%, 2014: 18%). Wie schon 2014 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%, 2014: 11%). Andere Substanzen werden in diesem Zusammenhang nur äußerst vereinzelt genannt. Die Veränderungen erreichen statistische Signifikanz (*).

Der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen ist im Jahr 2016 die mit 47% am häufigsten genannte Antwort auf die Frage nach dem Hauptgrund der letzten Überdosierung (s. Tab. 20). Als zweithäufigsten Grund nennt ein Viertel der Befragten den Konsum einer zu großen Menge nach vorheriger Abstinenz. Eine unbekannte Drogenqualität geben 17% der Befragten als Grund an. Relativ geringe Anteile entfallen auf die Tagesverfassung, die Absicht Selbstmord zu begehen und sonstige Gründe. Auch 2016 hat sich die Verteilung der Hauptgründe wieder deutlich geändert: Während der Konsum einer zu großen Menge nach vorheriger Abstinenz 2014 nur von geringer Relevanz war, ist dieser Grund auf einen im Turnusvergleich hohen Wert angestiegen. Unbekannte Drogenqualität wird hingegen seltener genannt als im Jahr 2014 sowie nahezu allen Vorjahren, während der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen den, gemeinsam mit dem Jahr 2012, höchsten Wert aller Befragungen erreicht. Eine klare Trendentwicklung ist bei keinem der genannten Gründe feststellbar.

Tabelle 20: Hauptgrund für die letzte Überdosis (%) nach Jahr der Befragung

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
gleichzeitiger Konsum mehrerer Substanzen	15	33	15	21	26	47	37	47	***
zu hoher Konsum nach vorheriger Abstinenz	6	16	15	27	13	20	8	25	
unbekannte Drogenqualität	59	33	41	42	47	13	32	17	
Tagesverfassung	13	8	17	8	9	13	13	6	
Suizidabsicht	2	4	11	2	6	7	0	3	
Sonstige Gründe	6	6	0	0	0	0	11	3	

Bei den Orten der letzten Überdosis zeigen sich wiederum einige Verschiebungen, die aber aufgrund der geringen Fallzahlen keine Signifikanz erreichen. Wie in fast allen Vorjahren wird der Konsumraum am häufigsten genannt (2010: 57%, 2012: 41%, 2014: 31%, 2016: 38%). Mit 29% folgt die Straße, deren Anteil ist seit dem Tiefststand 2008 (17%) kontinuierlich angestiegen ist und im letzten Jahr der meistgenannte Ort war (2010: 21%, 2012: 24%, 2014: 39%). Zuhause bzw. in anderen privaten Räumlichkeiten fanden 24% der genannten letztmaligen Überdosierungen statt (2008: 21% 2010: 19%, 2012: 28%, 2014: 29%). Andere Orte spielen diesbezüglich keine nennenswerte Rolle. Die tendenzielle Verschiebung vom Druckraum hin zur Öffentlichkeit im Jahr 2014 und wieder zurück von der Öffentlichkeit zum Druckraum in diesem Jahr dürfte mit den konsumierten Substanzen zusammenhängen. Das nach wie vor überwiegend i.v. konsumierte Heroin spielt aktuell unter den für die Überdosis ausschlaggebenden Substanzen relativ betrachtet wieder eine größere Rolle als Crack und Kokain (die zumeist nicht in Konsumräumen konsumiert werden).

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. 21). Am häufigsten werden 2016 mit 34% Mitarbeiter_innen von Drogenhilfeeinrichtungen genannt, gefolgt von Notärzt_innen mit 29%. Eine sonstige Antwort geben bei dieser Frage 17%, 15% erhielten keine Hilfe und 12% wurde von anderen Konsumierenden geholfen. Dieser Wert ist in diesem Jahr sehr deutlich gesunken und auch Notärzte haben deutlich an Relevanz verloren. Der Anteil derer, die keine Hilfe erhalten haben, ist seit 2010 angestiegen und erreicht den höchsten Stand seit Beginn der MoSyD-Befragungen; etwa jede_r Siebte zählt zu dieser Gruppe.

Tabelle 21: Hilfe bei der letzten Überdosis (Mehrfachnennung, %) nach Jahr der Befragung

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Mitarbeiter_in Drogehilfeeinrichtung	46	24	33	48	60	34	32	34	*
Notarzt/Notärztin	46	18	35	23	36	41	61	29	***
anderer User	30	47	17	12	13	19	41	12	***
Bekannte/r (Non-User)	7	6	6	3	6	0	2	7	n.s.
keine Hilfe	6	2	13	13	6	9	12	15	n.s.
unklar/weiß nicht	0	2	0	0	0	6	7	2	n.s.
Sonstige	2	6	10	0	2	6	15	17	**

Nachdem 2014 im Schnitt mehr unterschiedliche Personen Hilfe leisteten als in sämtlichen Jahren zuvor (1,9 Instanzen; Median: 2; zuvor: zwischen 1,0 und 1,4; Median: jeweils 1; ***), ist diese Kennzahl 2016 wieder auf einen mittleren Wert zurückgegangen (1,2; Median: 1).

4.5.4 Der Gesundheitszustand im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

Nachfolgend werden die Ergebnisse zum Gesundheitszustand der im Jahr 2016 befragten Drogenkonsument_innen zusammengefasst sowie diesbezügliche geschlechtsbezogene Unterschiede aufgezeigt (Tab. 22).

Der 2012 dokumentierte Rückgang der Hepatitis-C-Infektionsrate ist offenbar nur zu einem Teil auf einen Erhebungsfehler zurückzuführen – auch 2016 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 bleibt mit 5% etwa auf dem Niveau der letzten acht Jahre. Dieser Anteil liegt bei den Frauen mit 8% nicht signifikant über dem Anteil der Männer (4%).

Etwas mehr als ein Viertel der Interviewpartner_innen praktiziert zumindest gelegentlich riskante Konsumpraktiken bei der intravenösen Applikation von Drogen. Rund jede_r Siebte verwendet manchmal oder häufiger eine Injektionsnadel mehr als einmal, ebenso viele teilen zumindest ab und zu Spritzenutensilien mit anderen Konsument_innen und 4% teilen zuweilen Drogen aus einer Spritze mit anderen. Während das Teilen von Spritzenutensilien gleich geblieben ist, sind die Prävalenz des gemeinsamen i.v. Konsums sowie das mehrmalige Nutzen einer Nadel im Jahr 2016 zurückgegangen. Dabei zeigt sich lediglich beim Teilen der Droge aus einer Spritze ein signifikanter geschlechtsbezogener Unterschied: diese Praktik wird von keinem der männlichen, aber 11% der weiblichen Befragten zumindest gelegentlich ausgeübt (s. Tab. 22).

Depressionen, Zahnschmerzen, Herz-/Kreislaufprobleme, Probleme mit Lungen/Bronchien und Abszesse sind im Jahr 2016 – 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. Im Hinblick auf die einzelnen Symptome zeigen sich bei Depressionen, Herz-/Kreislaufproblemen, Problemen mit Lungen/ Bronchien und bei Erkältung/ Grippe statistisch signifikante Differenzen. Die Anzahl der berichteten Symptome liegt mit durchschnittlich 2,2 berichteten gesundheitlichen Problemen bei den Frauen wie im Vorjahr signifikant über der Anzahl bei den Männern (1,4; ***).

Dies zeigt sich – anders als 2014, als Frauen sich trotz mehr Symptomangaben noch gesünder einschätzten als Männer – auch bei der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands: So bewerten mit 34% im Berichtsjahr weniger Frauen als Männer (46%) ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Die Angaben ‚schlecht‘ und ‚sehr schlecht‘ machen dagegen fast ebenso viele Männer (27%) wie Frauen (28%). Diese Differenzen erreichen aber keine statistische Signifikanz.

Tabelle 22: Gesundheitszustand im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Infektionsstatus (%)				
Hepatitis C	49	50	48	n.s.
HIV	5	4	8	n.s.
Risikoverhalten^a				
Mehrfache Benutzung von Nadeln	15	10	26	n.s.
Teilen von Spritzutensilien	15	15	15	n.s.
Teilen von Drogen aus einer Spritze	4	0	11	*
Keine riskanten Konsumpraktiken	72	77	63	n.s.
Symptome/ Beschwerden letzte 3 Monate (%)				
Herz-, Kreislaufprobleme	26	19	40	**
Probleme mit Lunge / Bronchien	26	18	42	**
Magen-, Darmbeschwerden	18	15	24	n.s.
Erkältung / Grippe	17	12	26	*
Zahnschmerzen	30	29	32	n.s.
Abszesse (offene Wunden, offene Füße)	23	21	26	n.s.
AIDS - diverse Krankheiten ^b	88	75	100	n.s.
epileptische Anfälle	7	7	6	n.s.
Depressionen	49	40	66	**
Anzahl Symptome / Beschwerden (AM ± SD)	1,7 (± 1,3)	1,5 (± 1,2)	2,3 (± 1,4)	*
Überdosierungen				
Lifetime-Prävalenz (%)	51	50	52	n.s.
Anzahl Überdosierungen (Median) ^c	2	3	2	n.s.
Monate seit letzter Überdosierung (Median) ^c	36	54	12	n.s.

^a nur aktuell i.v. Konsumierende

^b nur HIV-positive Befragte (n=8)

^c bezogen auf diejenigen mit mindestens einer Überdosierung

Rund die Hälfte der Befragten hat mindestens einmal im Leben eine Überdosis erlebt, im Schnitt zwei Mal. Bei allen Zahlen zu Überdosierungen (s. Tab. 22) sind wie in den meisten Vorjahren keine geschlechtsbezogenen 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 viereinhalb Jahren; der Unterschied erreicht allerdings keine statistische Signifikanz (s. Tab. 22).

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 2016 erhöht und liegt mit 39% deutlich vor Crack (14%) und Kokain (8%). Mit 33% nennen Frauen bei dieser Frage am häufigsten Heroin; die anderen Angaben verteilen sich, ohne nennenswerte Differenzen, auf andere Drogen, Medikamente und Substitutionsmittel. Männer nennen – nach Heroin (43%) – mit 19% Crack als am zweithäufigsten für die Überdosis verantwortliche Droge, darauf folgen Drogenmix (14%) und Kokain (8%). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist nicht statistisch signifikant. Bei den Angaben zum

Hauptgrund der Überdosierung wird im Jahr 2016 am häufigsten der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen angegeben (Frauen: 47%, Männer: 48%), gefolgt vom Konsum einer zu großen Menge nach Abstinenz. Frauen geben Letztgenanntes deutlich öfter als Grund für die Überdosis an als Männer (40% vs. 14% der Männer), Männer hingegen häufiger eine unbekannte Drogenqualität (24% vs. 7% der Frauen). Die Konsumräume werden mit 38% wie in den meisten Vorerhebungen als häufigste Orte der Überdosierungen genannt. Am zweithäufigsten finden Überdosierungen auf der Straße statt (29%). Dabei zeigen sich 2016 deutliche geschlechtsbezogene Unterschiede: Während die Mehrheit der Männer ihre letzte Überdosis in einem Druckraum erlebte (52%), trifft dies nur auf eine der betroffenen Frauen zu (6%). Bei der Hälfte der Frauen fand der Notfall auf der Straße statt (Männer: 24%), bei 31% zuhause (Männer: 8%; **), bei weiterer Hilfe bei Überdosierungen leisteten 2016 vor allem Mitarbeiter_innen der Drogenhilfe, sowie Notärzt_innen; etwa jede_r Siebte – mehr als in allen Vorjahren – erhielt keine Hilfe. Den Angaben zu den Orten entsprechend, wurde Männern signifikant häufiger von Mitarbeiter_innen der Drogenhilfe geholfen (48% vs. 12%; *), Frauen hingegen öfter von anderen Usern (25% vs. 4%, *) oder nichtkonsumierenden Bekannten (19% vs. 0%; *). Im Unterschied zur letzten Befragung fanden Überdosierungen bei Frauen also signifikant seltener in einer sicheren Umgebung statt als bei Männern.

4.6 Inanspruchnahme des Hilfesystems

4.6.1 Substitution

40% der Befragten werden zum Zeitpunkt des Interviews substituiert. Damit hat sich der seit 2012 beobachtete Rückgang – nach vorherigem Anstieg – nochmals bestätigt. Bei der Art der verwendeten Substitutionsmittel hatte sich bei der letzten Erhebung der zuvor beobachtete Bedeutungsrückgang von Methadon nicht weiter fortgesetzt; aktuell verwenden jedoch so wenige Substituierte wie in keiner Erhebung sonst dieses Mittel. Hingegen ist die Anzahlen derer, die Buprenorphin (aktuell 13%) bzw. verschriebenes Heroin (3%) oder Levomethadon (12%) bekommen, im Vergleich zur letzten Erhebung angestiegen. Letztgenannte Substanz wurde damit aktuell so häufig wie noch nie zuvor als Substitutionsmittel verwendet (s. Tab. 23).

Tabelle 23: Daten zur Substitution nach Jahr der Befragung

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
in Substitution (%)	29	46	45	49	57	41	42	40	**
Substitutionsmittel ^a (%)									
Methadon	100	90	90	82	81	77	79	72	**
Heroin (Diamorphin)	0	1	0	4	4	7	2	3	
Buprenorphin (Subutex®)	0	6	9	11	9	13	11	13	
Levomethadon (L-Polamidon®)	0	3	1	3	6	3	8	12	
Dosierung in mg Methadon ^b (AM ± SD)	83,9 (±43,5)	74,6 (±41,8)	75,2 (±47,9)	64,8 (±39,3)	74,3 (±41,7)	82,6 (±27,3)	56,9 (±38,7)	48,2 (±38,3)	***
Substitutionsdauer in Monaten ^c	24	7	10,5	12	12	12	14	24	n.s.

^a bezogen auf diejenigen in Substitution

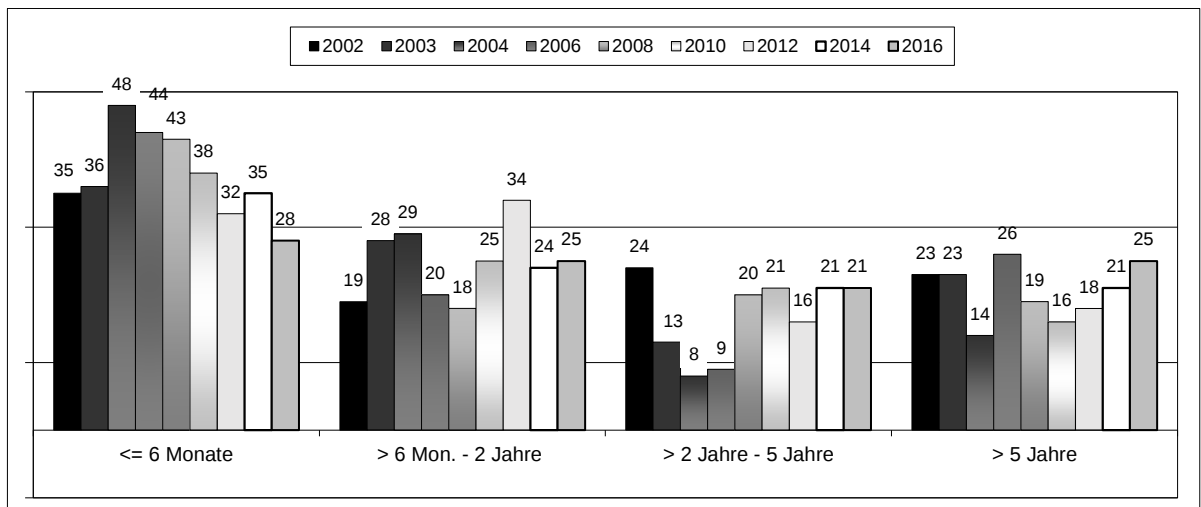
^b Bei Heroin, Buprenorphin und Levomethadon Umrechnung in Methadonäquivalenzdosen entspr. Deutsches Ärzteblatt (2003)

^c Median

Was die Dosierung der Substitutionsmittel betrifft, so liegt der aktuelle Durchschnittswert mit 48,2 mg Methadon (bzw. Äquivalent) auf dem niedrigsten Stand aller Erhebungen – nachdem er bis 2008 nahezu kontinuierlich gesunken und danach wieder angestiegen war. Der Wert aus dem Jahr 2014 markierte zuletzt allerdings auch bereits einen Tiefststand. Diese Veränderung erreicht mittlerweile auch statistische Signifikanz.

Weiterhin hoch sind die Unterschiede bei den Angaben zur Dauer der Substitution: 2016 bewegen sich diese zwischen weniger als einem Monat bis zu knapp 26 Jahren. Der Median liegt aktuell mit 24 Monaten deutlich über dem Wert der meisten Vorerhebungen und damit ebenso hoch wie zu Beginn der Erhebungen im Jahr 2002. Eine detaillierte Betrachtung der Substitutionsdauer (s. Abb. 12) zeigt, dass sich der in der letzten Erhebung beobachtete Anstieg des Anteils der bislang eher kurz in Behandlung Befindlichen (maximal 6 Monate) nicht fortgesetzt hat; aktuell ist diese Gruppe wieder deutlich, auf 28% aller Substituierten, zurückgegangen, womit sie aber weiterhin die größte Teilgruppe darstellt. Der Anteil derer, die sich zwischen 6 Monaten und 2 Jahren in einer Substitutionsbehandlung befinden, repräsentiert aktuell genau ein Viertel der Substituierten. Seit 2008 nahezu kontinuierlich angewachsen ist die Gruppe der Langzeitsubstituierten: In der Erhebung 2016 sind ebenfalls 25% 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 85% im Jahr 2014 angestiegen, um aktuell wieder etwas zurückzugehen (2002/2003/2006: 80%, 2004: 87%, 2008: 75%, 2010: 83%, 2012: 84%, 2014: 85%, 2016: 80%; ***). Dieser Wert unterscheidet sich nicht zwischen aktuell substituierten und nicht-substituierten Befragten.

Bei der in der letzten Befragung erstmals erfragten Angabe, von wem die Substituierten ihre Behandlung erhalten, haben sich die entsprechenden Werte aktuell deutlich verschoben. Demnach bekommen 52% (2014: 30%) ihr Substitutionsmittel von einem/einer niedergelassenen Arzt bzw. Ärztin und nur noch 48% (2014: 70%) in einer Substitutionsambulanz bzw. Drogenhilfseinrichtung (*). Diese beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant im Hinblick

auf die Dauer der Substitution und die durchschnittliche Dosierung. Allerdings liegt die durchschnittliche Dauer der Substitution bei Personen, die in einer Ambulanz substituiert werden, mit knapp vier Jahren unterhalb des Wertes der übrigen Substituierten (rund 5 ½ Jahre).

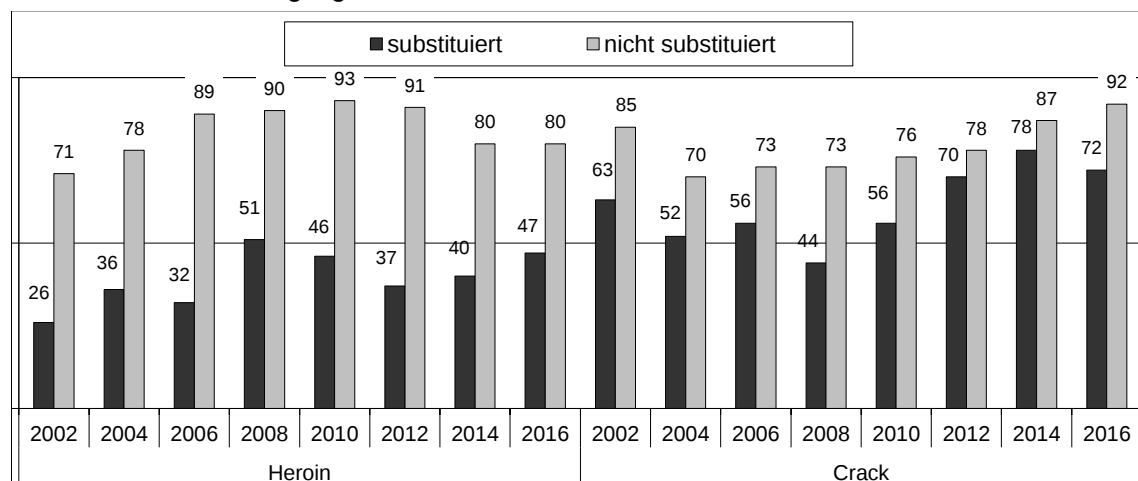
Im Folgenden werden im Hinblick auf die „Beikonsum“-Problematik bei Substituierten Unterschiede im Konsumverhalten zwischen Substituierten und Nicht-Substituierten dargestellt. Diese werden anhand der 24-Stunden-Prävalenzraten der am häufigsten konsumierten Substanzen Alkohol, Cannabis, Heroin, Benzodiazepine, Kokain und Crack untersucht. Im Jahr 2016 wird wie in allen Vorjahren Heroin von Nicht-Substituierten deutlich häufiger konsumiert als von Substituierten (s. Tab. 24). Dieser Unterschied ist aktuell, wie bereits schon in der letzten Untersuchung, wieder etwas kleiner geworden (s. Abb. 12). Eine weitere signifikante Differenz zeigt sich bei Crack: Knapp drei Viertel der Substituierten haben die Substanz in den letzten 24 Stunden konsumiert, während der Wert für die Nicht-Substituierten bei 92% liegt. Bei den anderen hier berücksichtigten Substanzen zeigen sich 2016 keine signifikanten Differenzen zwischen beiden Teilstichproben (s. Tab. 24).

Tabelle 24: 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen (%) nach Behandlungsstatus im Jahr 2016

	Substitution		Sig.
	Ja	Nein	
Alkohol	50	43	n.s.
Cannabis	25	27	n.s.
Heroin	47	80	***
Benzodiazepine	20	10	n.s.
Kokain	7	14	n.s.
Crack	72	92	**

Die Veränderungen der 24-Stunden-Prävalenz von Crack weichen in den beiden Gruppen teilweise 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 (s. Abb. 13).

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



Aktuell ist der Wert bei den Substituierten wieder gesunken, während bei den Nicht-Substituierten ein weiterer Anstieg zu verzeichnen ist. Über die Erhebungen hinweg zeigt sich somit ein konstanter Anstieg beim Crack-Konsum der Nicht-Substituierten seit 2004, während die Entwicklung bei den Substituierten eher uneinheitlich ist. Auch bezüglich des Heroinkonsums sind die Substituierten in ihrem „Beikonsum“-Verhalten gewissen Schwankungen unterworfen, wobei sich die Steigerung aus dem letzten Erhebungsjahr aktuell deutlich fortgesetzt hat. Bei den Nicht-Substituierten ist der Heroinkonsum 2016 konstant geblieben, nachdem er zwischen 2003 und 2010 angestiegen war und 2014 wieder zurückging (s. Abb. 13).

Die 24-Stunden-Prävalenz von Benzodiazepinen schließlich ist aktuell bei den Substituierten wieder angestiegen und bei den Nicht-Substituierten weiter zurückgegangen. Im Jahr 2014 hatte sich dies bei erstgenannter Gruppe noch umgekehrt dargestellt (Nicht-Substituierte: 2010: 50%, 2012: 15%, 2014: 12%, 2016: 10%; Substituierte: 2010: 44%, 2012: 30%, 2014: 16%, 2016: 20%). Damit haben sich beide Werte wieder voneinander entfernt. Substituierte konsumieren aktuell doppelt so häufig Benzodiazepine wie Personen, die nicht in einer Substitutionsbehandlung sind.

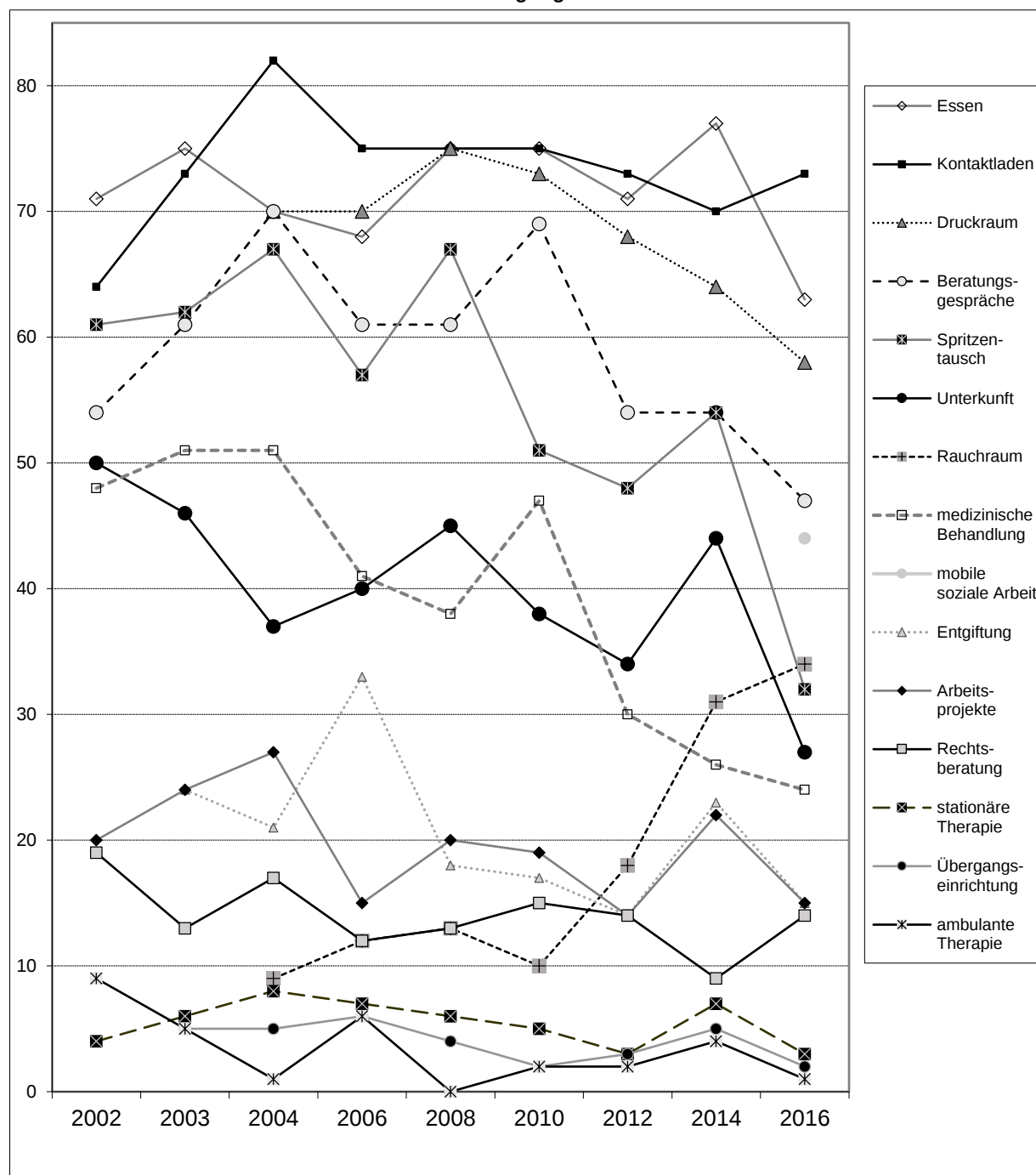
Beim Vergleich der Befragten, die ihr Substitutionsmittel vom Arzt erhalten, mit denen, die in einer Ambulanz substituiert werden, zeigen sich keinerlei signifikante Differenzen im Hinblick auf 24-Stunden-Prävalenzraten unterschiedlicher Substanzen.

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 2016 wurde mit 73% am häufigsten der Kontaktladen in Anspruch genommen, gefolgt von Essensangeboten (63%) und der Nutzung der Druckräume (58%). Weiterhin liegen also drei niedrigschwellige Angebote an der Spitze der Nutzungsskala. Danach folgen Beratungsgespräche und die Nutzung des Rauchraumes (47%, bzw. 34%), die 2016 zum ersten Mal erhobene Inanspruchnahme von mobiler sozialer Arbeit (Streetwork, 44%), Sprizentausch (32%), Unterkunft (27%) und medizinische Behandlungen (24%). Auch Entgiftung (15%), Arbeits- (15%) und Rechtsberatung (14%) wurden von einigen der Befragten in den letzten drei Monaten genutzt. Eher selten ist dies bei stationären Therapien (3%), Übergangseinrichtungen (2%) und ambulanten Therapien (1%) der Fall (s. Abb. 14). Insgesamt 93% der Befragten (2002: 97%; 2003: 99%; 2004: 100%, 2006: 99%, 2008: 100%, 2010: 99%, 2012: 98%, 2014: 96%) 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“). Streetwork wurde 2016 erstmals erfragt.

Bei mehreren Angebotsbereichen sind signifikante Änderungen über den Erhebungsturnus zu beobachten. Am deutlichsten fällt aktuell der Rückgang bei der Praxis des Spritzentauschs aus: Der aktuelle Wert ist der Tiefststand aller Erhebungen und im Vergleich zu 2014 um ganze 22 Prozentpunkte gesunken (**). Die Nutzung der Unterkünfte ist ebenfalls auf den niedrigsten Wert aller Erhebungen gefallen und mit einem um 17 Prozentpunkte niedrigeren Wert als noch 2014 bei 27% angelangt (**). Die Nutzung des Rauchraums ist hingegen, nachdem sie bereits 2012 – nach mehreren Jahren nahezu stagnierender Werte – zugenommen hatte; auch

aktuell weiter angestiegen und erreicht einen neuen Höchstwert (2012: 18%, 2014: 31%, 2016: 34%; ***). Nachdem die Entgiftung im letzten Jahr deutlich häufiger als in den Vorjahren genutzt wurde, ist dies aktuell nicht mehr der Fall: der Wert ist auf den zweitniedrigsten aller Erhebungen gefallen (**). Seit 2010 rückläufig ist die Nutzung der medizinischen Behandlung (***); bei den Beratungsgesprächen hat sich der im Jahr 2012 beobachtete klare Rückgang nun weiter fortgesetzt (**). Auch die Nutzung der ambulanten Therapie hat sich weiter signifikant verändert (***), ist im Gegensatz zum letzten Erhebungsjahr aktuell aber wieder rückläufig. Des Weiteren hat auch die Nutzung der Druckräume abgenommen, ein seit 2010 zu beobachtender Trend, bei dem seit 2012 in jeder Erhebung ein neuer Tiefstwert erzielt wird (*). Insgesamt fällt auf, dass alle Angebote bis auf Kontaktladen, Rauchraum und Rechtsberatung aktuell weniger genutzt werden als 2014. Diese geringere Nutzung könnte teilweise mit dem Anstieg des Anteils der Nichtdeutschen zusammenhängen: in dieser Gruppe werden viele der Angebote weniger genutzt als von Deutschen, was bei der medizinischen Behandlung, dem Spritzentausch und dem Streetwork auch statistische Signifikanz erreicht. Der Rauchraum wird hingegen von Nichtdeutschen signifikant häufiger genutzt (47% vs. 24%; *).

Tabelle 25 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.

Tabelle 25: Inanspruchnahme der ambulanten Angebote des Drogenhilfesystems mindestens einmal pro Woche in den letzten 3 Monaten nach Jahr der Befragung

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	Sig.
Kontaktladen	57	71	72	73	66	66	63	65	n.s.
Essen	63	61	59	66	70	64	69	49	**
Druckraum	^a	61	60	67	55	62	56	49	*
Spritzentausch	54	58	47	58	43	42	47	28	***
Mobile soziale Arbeit								27	-
Unterkunft	47	36	35	39	34	32	37	23	**
Rauchraum	^a	5	6	6	3	10	19	21	***
Beratungsgespräche	11	31	36	30	30	24	25	18	***
Arbeitsprojekte	20	24	15	17	18	13	16	11	n.s.
medizinische Behandlung	10	15	29	17	21	13	8	11	***
Rechtsberatung	1	1	3	2	2	5	1	4	n.s.

^a Nicht separat erhoben

Demnach liegen auch bezogen auf eine mindestens wöchentliche Nutzung niedrigschwellige Angebote der Drogenhilfe auf den oberen Plätzen der Rangliste: Dies betrifft 2016 in absteigender Reihenfolge den Aufenthalt in Kontaktladen, die Inanspruchnahme des Essensangebotes, die Nutzung von Druckräumen, den Spritzentausch, mobile soziale Arbeit (Streetwork) und Notschlafunterkünfte sowie die Inanspruchnahme der Rauchräume (s. Tab. 25). Diese Angebote werden jeweils von einem weit überwiegenden Teil derer, die sie überhaupt im letzten Quartal genutzt haben, auch mindestens wöchentlich in Anspruch genommen. Knapp ein

Fünftel nutzen Beratungsgespräche wöchentlich, gefolgt von Arbeitsprojekten und medizinischer Behandlung. Die Rechtsberatung wird nur selten wöchentlich genutzt.

Bei der Verlaufsbetrachtung zeigen sich ähnliche Entwicklungen wie bei der generellen Nutzung der Angebote (s. Tab. 25). Auch hier fällt aktuell vor allem der deutliche Anstieg beim Rauchraum auf, der mittlerweile von mehr als jedem/jeder Fünften mindestens einmal pro Woche genutzt wird. Ansonsten zeigen sich signifikante Änderungen über den gesamten Erhebungsturnus bei der Nutzung der Notunterkünfte, beim Spritzentausch (jeweils uneinheitliche Entwicklung mit aktuell starkem Rückgang), der Nutzung des Druckraumes (Rückgang seit 2012), des Essensangebotes (deutlicher Rückgang nach zuletzt uneinheitlicher Entwicklung auf hohem Niveau), der Beratung (rückläufige Tendenz seit 2006) und der medizinischen Behandlung, bei der – nach nun wieder uneinheitlicher Entwicklung – aktuell wieder eine leichte Steigerung der Inanspruchnahme im Vergleich zu 2014 zu vermelden ist (s. Tab. 25). Insgesamt hat also auch die regelmäßige Nutzung der Drogenhilfsangebote abgenommen – lediglich Kontaktläden und Rauchräume weisen aktuell keine rückläufige Tendenz auf. Bemerkenswert ist allerdings die erstmals erhobene Nutzung des Angebotes der mobilen sozialen Arbeit, die von etwas mehr als einem Viertel aller Befragten regelmäßig in Anspruch genommen wird und damit zu einer festen Säule im Katalog der Maßnahmen des Drogenhilfesystems gezählt werden kann.

Trotz der aktuellen Entwicklung verfügt die Frankfurter Drogenhilfe weiterhin über eine hohe Reichweite und eine starke Anbindung; 85% nutzen mindestens eines der Angebote wöchentlich. Auch diese Kennzahl ist allerdings im Jahr 2016, wie schon bei der letzten Erhebung, etwas abgesunken und erreicht den bislang niedrigsten Wert (2002: 89%; 2003: 95%; 2004: 96%; 2006: 97%, 2008: 99%, 2010: 93%, 2012: 95%, 2014: 89%; ***).

Auf die Erhebung der Gründe für das Ablehnen von Entzugs- und Therapieangeboten wurde in der aktuellen Befragung verzichtet.

4.6.3 Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsbezogene Unterschiede

In Tabelle 26 sind die Daten zur wöchentlichen Inanspruchnahme von Angeboten des Hilfesystems im Jahr 2016 nach Geschlechtern dargestellt. Insgesamt 40% der Befragten befinden sich aktuell in einer Substitutionsbehandlung, wobei sich keine signifikante Differenz zwischen Männern und Frauen zeigt. Weder bei der – 2016 nochmals im Schnitt gesunkenen – Dosierung der Substitutionsmittel noch bei der durchschnittlichen Dauer der Substitution sind geschlechtsbezogene Differenzen festzustellen; dies betrifft auch die Frage, ob die Betroffenen bei einem Arzt/einer Ärztin (Männer: 49%, Frauen: 57%; n.s.) oder einer Substitutionsambulanz ihr Medikament erhalten.

Was die mindestens wöchentliche Nutzung von Angeboten der ambulanten Drogenhilfe betrifft, werden weiterhin vorwiegend die niedrighschwelligen Angebote wie Essen, Aufenthalt in Kontaktläden, Druckraum, Rauchraum und Spritzentausch genutzt. 2016 werden Beratungsgespräche von Frauen, anders als bei der letzten Erhebung, nicht mehr signifikant häufiger mindestens wöchentlich in Anspruch genommen als von Männern. Bei der Nutzung von Druckräumen liegen die Männer nun signifikant vor den Frauen. Dies ist bemerkenswert, da

das Verhältnis 2014 genau umgekehrt in signifikanter Form bestand. Aktuell nutzen die weiblichen Befragten dieses Angebot beinahe nur noch halb so oft wie in der letzten Erhebung. Auch die Rauchräume werden signifikant häufiger von den Männern benutzt. Ähnliches lässt sich für das Aufsuchen der Kontaktläden feststellen, wobei der Unterschied zwischen den Geschlechtern 2014 nicht signifikant war. Aktuell wird dieses Angebot signifikant häufiger von männlichen Befragten genutzt. Bei Inanspruchnahme medizinischer Behandlung liegen die Werte für weibliche Befragte signifikant über denen der männlichen (s. Tab. 26). 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.

Tabelle 26: Substitution und mindestens wöchentliche Inanspruchnahme des Hilfesystems in den letzten drei Monaten im Jahr 2016: Zusammenfassung und geschlechtsspezifische Unterschiede

	Gesamt	Geschlecht		Sig.
		Männer	Frauen	
Substitution				
in Behandlung (%)	40	37	46	n.s.
Dosierung in mg Methadon ^a (AM $\pm$ SD)	48,2 ($\pm$ 38,3)	54,5 ($\pm$ 37,3)	37,8 ($\pm$ 38,6)	n.s.
Substitutionsdauer in Monaten (Median)	24	18	36	n.s.
Nutzung ambulanter Angebote min. ein Mal pro Woche (%)				
Arbeitsprojekte	11	12	8	n.s.
Beratungsgespräche	18	20	14	n.s.
Essen	49	53	40	n.s.
Druckraum	49	55	36	*
Kontaktläden: Aufenthalt, unterhalten	65	72	50	**
medizinische Behandlung	11	7	20	*
Rauchraum	21	27	10	*
Rechtsberatung	4	3	6	n.s.
Spritzentausch	28	25	34	n.s.
ambulante Therapie	0	0	0	-
Mobile soziale Arbeit	27	25	32	n.s.

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

Die Angebote der Frankfurter Drogenhilfe erreichen fast alle im Jahr 2016 Befragten. In den letzten drei Monaten haben 93% mindestens eines der Hilfsangebote in Anspruch genommen; etwas weniger als noch 2014 (96%). 85% der Befragten haben mindestens eine der angebotenen Leistungen auch in der zurückliegenden Woche genutzt (Männer: 91%, Frauen: 72%; **). Während sich bei den Frauen diesbezüglich eine uneinheitliche Entwicklung, aktuell aber ein starker Rückgang zeigt (2010: 85%, 2012: 94%, 2014: 92%, 2016: 72%), ist die wöchentliche Nutzung bei den Männern in den letzten vier Jahren zurückgegangen, um aktuell wieder etwas anzusteigen (2010: 97%, 2012: 95%, 2014: 88%, 2016: 91%).

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.