

# **Abschlussbericht**

## **Szenebefragung in Deutschland 2008**

Katja Thane, Christian Wickert, Uwe Verthein

Im Auftrag des AK Konsumraum  
mit freundlicher Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Hamburg, Januar 2009



**INSTITUT FÜR INTERDISZIPLINÄRE SUCHT-  
UND DROGENFORSCHUNG – ISD, HAMBURG**  
Träger: Förderverein interdisziplinärer Sucht-  
und Drogenforschung (FISD) e.V.  
[www.isd-hamburg.de](http://www.isd-hamburg.de)

## **Inhaltsverzeichnis**

Inhaltsverzeichnis .....	1
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	1
1 Einleitung und Fragestellung .....	3
2 Methodik .....	3
2.1 Durchführung .....	4
2.2 Auswertung .....	4
3 Ergebnisse .....	4
3.1 Die Untersuchungsgruppe .....	5
3.2 Gesundheit .....	9
3.3 Konsummuster .....	12
3.3.1 Prävalenz des Drogenkonsums .....	13
3.3.2 Applikationsformen .....	15
3.3.3 Konsumentengruppen .....	16
3.4 Risikoverhalten .....	19
3.5 Hilfebedarf und Hilfenutzung .....	22
3.6 Konsum in Haft .....	31
4 Fazit .....	32
Literatur .....	36

## **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

Abbildung 1: Anzahl der Befragten pro Stadt .....	5
Abbildung 2: Durchschnittsalter nach Stadt .....	6
Abbildung 3: Migrationshintergrund nach Stadt .....	6
Tabelle 1: Schulabschluss .....	7
Abbildung 4: Arbeitssituation .....	7
Tabelle 2: Wohnsituation .....	7
Abbildung 5: Substituierte nach Stadt .....	8
Abbildung 6: HIV-Infektion nach Stadt .....	9
Abbildung 7: HCV-Infektion nach Stadt .....	10
Tabelle 3: Körperlicher und psychischer Zustand .....	10
Abbildung 8: Einschätzung des körperlichen Zustands nach Stadt .....	10
Abbildung 9: Einschätzung des psychischen Zustands nach Stadt .....	11

Abbildung 10: Anzahl Krankheitssymptome nach Stadt .....	11
Tabelle 4: Körperliche und psychische Probleme .....	12
Abbildung 11: Prävalenz Drogenkonsum .....	13
Abbildung 12: Konsummuster von Männern und Frauen .....	14
Abbildung 13: Heroin-, Kokain- und Crackkonsum nach Städten.....	14
Abbildung 14: Prävalenzen nicht-verschriebener Substitutionsmittel nach Städten.....	15
Abbildung 15: Konsumformen .....	15
Abbildung 16: Konsumgruppen nach Clusteranalyse .....	16
Abbildung 17: Konsummustergruppen nach Stadt.....	17
Abbildung 18: Wichtigkeit der Hilfsangebote nach Konsumgruppen .....	18
Abbildung 19: Spritzen- oder Utensilien-Teilen nach Konsumgruppe .....	19
Abbildung 20: Risikoverhalten.....	20
Abbildung 21: Verwendungshäufigkeit von Spritzen nach Städten.....	20
Abbildung 22: Gemeinsames Nutzen von Spritzen oder Utensilien .....	21
Abbildung 23: Drogen aus einer Spritze mit anderen geteilt .....	21
Abbildung 24: Gemeinsame Nutzung der Crackpfeife .....	22
Tabelle 5: Gründe für den Aufenthalt auf der Szene.....	22
Abbildung 25: Gründe für Szeneaufenthalt nach Stadt.....	23
Abbildung 26: Wichtigkeit von Hilfeangeboten .....	24
Abbildung 27: Wichtigkeit von Hilfeangeboten nach Stadt.....	24
Abbildung 28: Häufigkeit des Besuchs der Einrichtung .....	25
Abbildung 29: Häufigkeit des Besuchs der Einrichtung nach Stadt .....	25
Abbildung 30: Besuch anderer Einrichtungen .....	26
Abbildung 31: Nutzung der Hilfsangebote.....	26
Abbildung 32: Nutzung von Beratung .....	27
Abbildung 33: Nutzung des Konsumraumes.....	28
Abbildung 34: Besuch anderer Konsumräume nach Stadt.....	28
Abbildung 35: Nutzung von Konsumräumen durch Substituierte .....	29
Abbildung 36: Orte des Konsums .....	29
Abbildung 37: Gründe für öffentlichen Konsum .....	30
Abbildung 38: Grund für öffentlichen Konsum nach Stadt .....	31
Abbildung 39: Drogenkonsum in Haft .....	32

## 1 Einleitung und Fragestellung

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der ersten deutschlandweiten Szenebefragung dar. Bisherige Studien zu Drogenszene und Konsumräumen in Deutschland beziehen sich in der Regel nur auf einzelne Städte oder Einrichtungen (z.B. Prinzleve, Martens et al. 2004; Prinzleve, Müller et al. 2005; Verthein, Haasen et al. 2001; Zurhold, Kreuzfeldt et al. 2001; Zurhold und Müller 2007).

Die hier präsentierten Daten sind dagegen Ergebnis einer Befragung in fast ausnahmslos allen deutschen Städten, die über Einrichtungen mit Konsumraum verfügen. Die Erhebung wurde mittels eines standardisierten Fragebogens unter Besuchern<sup>1</sup> der beteiligten Drogenkonsumräume bzw. szenenahen Einrichtungen (z.B. Cafés) durchgeführt. In einzelnen Städten wurden auch Konsumenten der offenen Szene befragt, die nicht Besucher der jeweiligen Einrichtung sind.

Die Gliederung des Berichtes folgt den wesentlichen Erkenntnisinteressen der Befragung. Hierbei handelt es sich um folgende Themenbereiche:

- Soziodemographische Daten
- Gesundheitszustand
- Konsummuster
- Hilfebedarf und Inanspruchnahme der Hilfeangebote
- Hafterfahrung und Konsum in Haft.

## 2 Methodik

Ein standardisierter Fragebogen wurde vom ISD entwickelt und mit den Teilnehmern des bundesweiten *Arbeitskreis Konsumraum* (AK Konsumraum) abgestimmt und modifiziert. Er umfasst insgesamt 46 Fragen auf 11 Seiten. Die Fragebögen wurden zentral im ISD kopiert und an die Einrichtungen verschickt. Ziel war es, in jeder Einrichtung 30-50% der regelmäßigen (d.h., mindestens wöchentlichen) Besucher zu erreichen. Die entsprechenden Zahlen wurden von den Einrichtungen geschätzt, und die jeweilige Anzahl Fragebögen (insgesamt 1430 für alle beteiligten Einrichtungen) an die einzelnen Einrichtungen verschickt.

---

<sup>1</sup> Bei allem Bemühen um eine Sprache, die beide Geschlechter gleichermaßen berücksichtigt, wird an einigen Stellen in dieser Arbeit aus redaktionellen Gründen nur die männliche Ausdrucksform gewählt. Diese schließt natürlich immer auch die weiblichen Personen mit ein.

## **2.1 Durchführung**

Die Durchführung der Befragung wurde von den Mitarbeitern der beteiligten Einrichtungen geleistet, z.T. mit Unterstützung von externen Interviewern. Die Erhebung erfolgte face-to-face. Ein Leitfaden zur Interview-Durchführung wurde den Interviewern vom ISD zur Verfügung gestellt. Doppelbefragungen wurden im Nachhinein ausgeschlossen durch Kombination verschiedener Fragebogen-Atems (Initialien der Mutter + Geburtsdatum).

Die Durchführung der Befragung erfolgte im Zeitraum zwischen 26.05. und 25.07.2008, lediglich in Frankfurt wurde bis zum 31.08.2008 befragt. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgte freiwillig. Als Aufwandsentschädigung erhielten die Interviewten (je nach Durchführbarkeit in den jeweiligen Einrichtungen) Essensgutscheine oder Zigaretten. Die Beantwortung der Fragebögen nimmt schätzungsweise 30-45 Minuten in Anspruch. Neben Deutschkenntnissen ist demnach eine Bereitschaft erforderlich sich intensiv auf die Befragung einzulassen. Daher ist es denkbar, dass durch die Länge des Fragebogens bestimmte Gruppen in der Befragung systematisch unterrepräsentiert sind (beispielsweise Konsumenten in einer schlechteren körperlichen und/oder psychosozialen Verfassung, deren kurze Konzentrationsspanne eine Befragung nicht zulässt oder aber auch Crackkonsumenten mit einem besonders starken Craving oder Konsumenten ohne ausreichend gute deutsche Sprachkenntnisse). Bei einigen Fragestellungen bzgl. Nutzung der Hilfsangebote sind direkte Städtevergleiche der Ergebnisse aufgrund der z.T. unterschiedlichen Erhebungsorte (Konsumraum, Szene, Café) nicht möglich.

## **2.2 Auswertung**

Die zurückgesandten handschriftlich ausgefüllten Fragebögen wurden eingescannt und die Antworten mittels automatischer Texterkennung (OCR) elektronisch erfasst. Die Antworten wurden in einem Kontrollschritt („Verifizierung“) mit den Originaldaten abgeglichen. Die so aufbereiteten Daten wurden in das Statistikprogramm SPSS eingelesen. Anhand dieses Rohdatensatzes erfolgte eine Plausibilitätsprüfung, bei der unplausible Angaben und Extremwerte, die mögliche Einlesefehler des OCR-Programms vermuten lassen, ausgewiesen und ggf. korrigiert werden konnten. Die Auswertung der Daten erfolgte mit SPSS, Version 16.0.

## **3 Ergebnisse**

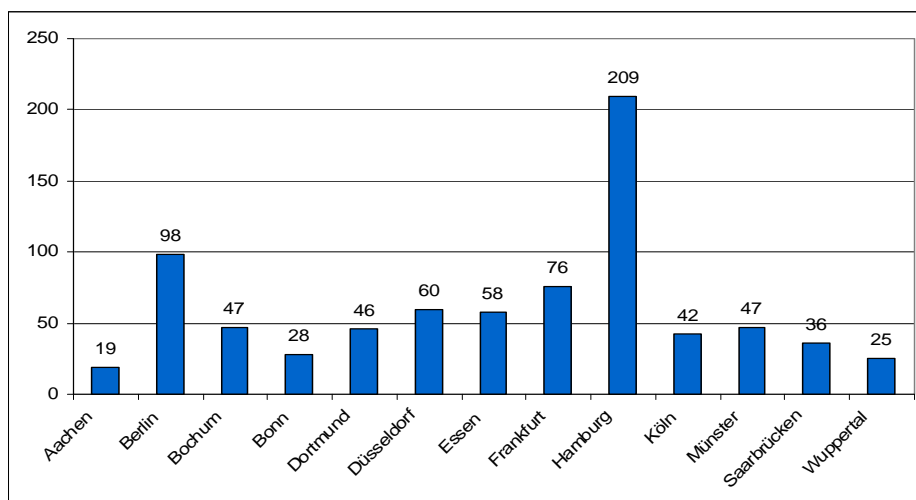
Es haben sich 16 Einrichtungen aus 13 Städten an der Befragung beteiligt (s. Abbildung 1); weitere Einrichtungen des AK Konsumraum konnten aus personellen oder organisa-

torischen Gründen nicht teilnehmen. Aufgrund zu geringer Fallzahlen können einzelne Fragestellungen nicht für alle Städte ausgewertet werden.

### 3.1 Die Untersuchungsgruppe

Von den 1430 verschickten Fragebögen sind 791 ausgefüllt, zurückgeschickt und analysiert worden. Es wurden keine Fragebögen von der Auswertung ausgeschlossen. In der folgenden Abbildung ist die Verteilung der zurückgesandten Fragebögen auf die einzelnen Städte dargestellt:

Abbildung 1: Anzahl der Befragten pro Stadt



In Hamburg haben sich die Einrichtungen *Drob Inn*, *Ragazza* und *Stay Alive* beteiligt, in Berlin *Fixpunkt* und *Vista*, in Frankfurt ausschließlich das *La Strada*<sup>2</sup>. In den anderen Städten gibt es jeweils lediglich einen Konsumraum.

Das Sample lässt sich folgendermaßen beschreiben:

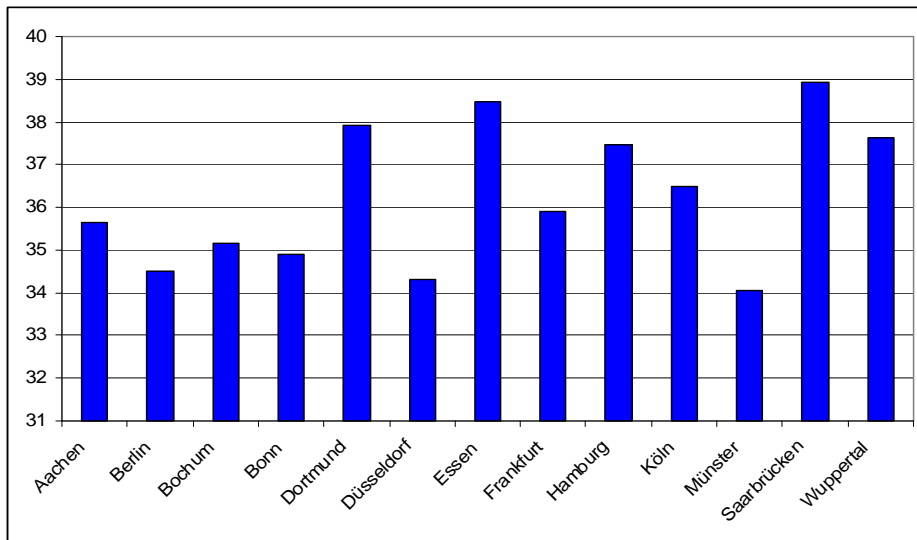
Ein Viertel der Befragten sind Frauen (24,9%).

Das Durchschnittsalter liegt bei 36,3 Jahren (Spannbreite 17-64).

---

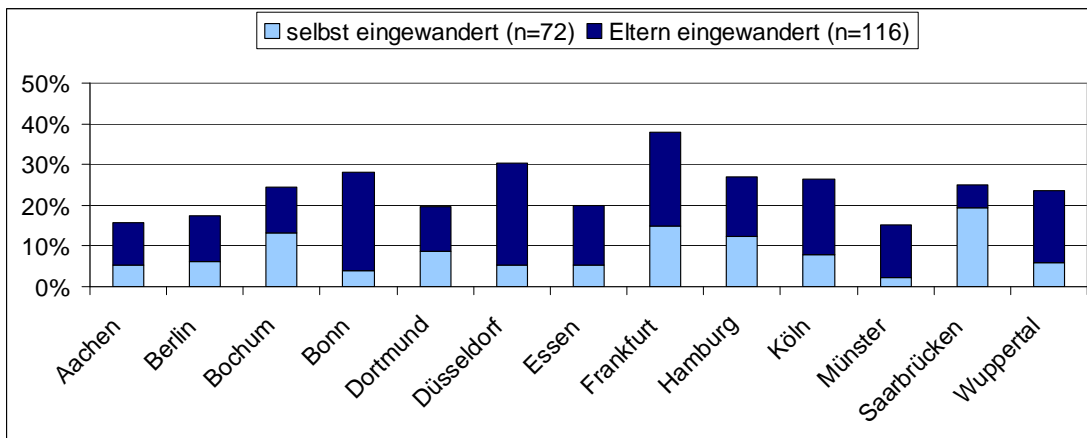
<sup>2</sup> Anders als für Berlin und Hamburg gilt demnach für Frankfurt, dass die Ergebnisse lediglich die Arbeit und das Klientel einer Einrichtung widerspiegeln.

**Abbildung 2: Durchschnittsalter nach Stadt (Angabe in Jahren)**



24,8% der Befragten haben einen Migrationshintergrund: 9,5% sind selbst eingewandert und 15,3% sind Migranten zweiter Generation. Bezogen auf die Städte zeigt sich, dass Frankfurt mit fast 40% den höchsten Anteil an Migranten zu verzeichnen hat, während Aachen, Berlin, Dortmund, Essen und Münster einen Anteil von unter 20% haben.

**Abbildung 3: Migrationshintergrund nach Stadt**



44,5% der Befragten haben Kinder; wobei größere geschlechterspezifische Unterschiede zu verzeichnen sind: 40% der Männer und 57,7% der Frauen haben Kinder. Die Männer haben im Mittel 0,6 Kinder (Spannbreite 0-11), die Frauen im Mittel 1,08 Kinder (Spannbreite 0-6). 12,6% der Befragten geben an, dass die Kinder bei ihnen selbst im Haushalt leben.

**Tabelle 1: Schulabschluss (N=773, Angaben in Prozent)**

Kein Schulabschluss	16,4
Sonderschulabschluss	2,3
Hauptschulabschluss	41,8
Realschulabschluss	27
Abitur/Fachabitur	12,4

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (81,2%) gibt an, einen Hauptschulabschluss oder aber höher qualifizierten Schulabschluss zu haben. Demgegenüber stehen 16,4% ohne Schulabschluss.

49% der Befragten haben eine abgeschlossene Berufsausbildung.

**Abbildung 4: Arbeitssituation (N=769, Angaben in Prozent)**

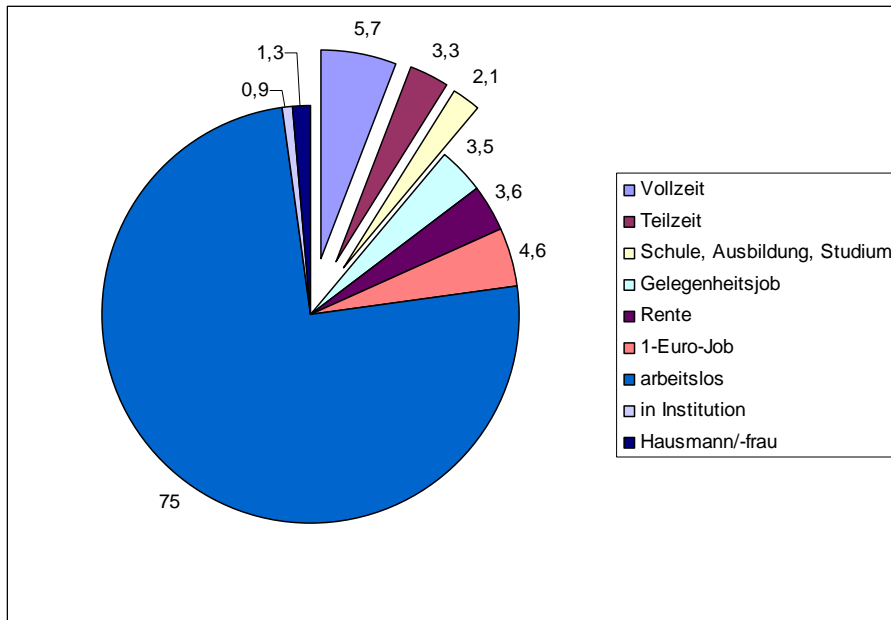


Abbildung 4 zeigt, dass lediglich 11,1% (die herausgehobenen Abschnitte) der Befragten sich in einem regulären Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnis befinden; 75% sind arbeitslos.

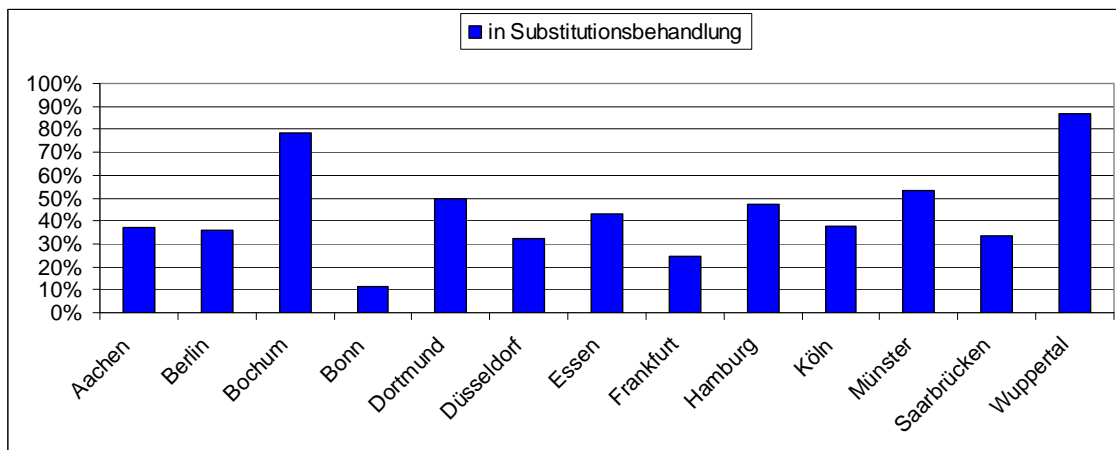
**Tabelle 2: Wohnsituation (N=772, Angaben in Prozent)**

Eigener Wohnraum	63,9
Freunde/Bekannte	11,0
Notunterkunft	10,0
Wohnprojekt	5,7
Straße	3,9
Institution	1,3
Hotel/Pension	1,0
Sonstiges	3,2

63,9% der Befragten geben an in eigenem Wohnraum (bzw. Wohnraum der Eltern, des Lebenspartners) zu leben. Demgegenüber steht über ein Drittel der Befragten, die derzeit über keine stabile Wohnsituation verfügen.

344 Befragte (44,7%) befinden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Substitutionsbehandlung. Von diesen werden 74,7% mit Methadon oder Polamidon substituiert, 15,1% mit Subutex oder Suboxone, der Rest (10,2%) auf Privatrezept (mit Methadon oder Buprenorphin) oder mit anderen Medikamenten. Die Dauer der Substitutionsbehandlung reicht bis zu 25 Jahre; im Mittel beträgt sie 51,5 Monate (Median<sup>3</sup> 28 Monate), wobei 14,5% der Substituierten sich erst bis zu 3 Monate in einer Substitutionsbehandlung befinden.

**Abbildung 5: Substituierte nach Stadt**



Die großen regionalen Unterschiede bezüglich der Zahl der Substituierten (Abbildung 5) lassen sich teilweise durch die unterschiedlichen Erhebungsmodalitäten erklären. So hat die Befragung teilweise in Konsumräumen, teilweise im näheren Umfeld von Konsumräumen oder auch anderen Einrichtungen stattgefunden. Aufgrund des Nutzungsverbot von Konsumräumen für Substitutionspatienten in den meisten Bundesländern, ist für manche Städte ein tatsächlich höherer Anteil Substituierter in der Szene zu vermuten (Bsp. Bonn). In einigen anderen Städten wurde die Befragung außerhalb des Konsumraums durchgeführt und somit eine andere Zielgruppe erreicht (Bsp. Wuppertal). Ein direkter Vergleich der Zahl der Substituierten zwischen den Städten ist daher kaum möglich.

Ein sehr hoher Anteil der Befragten hat Erfahrungen mit der Polizei vorzuweisen: 90,2% wurden schon mindestens einmal wegen unerlaubten Drogenbesitzes durch die Polizei überprüft (d.h. mindestens Personalienaufnahme); 40,1% der Befragten geben an

<sup>3</sup> Median = Zentralwert, bezeichnet die Mitte zwischen zwei Hälften, während der Mittelwert den Durchschnitt berechnet.

innerhalb der letzten 12 Monate von der Polizei überprüft worden zu sein. 78,3% der Befragten haben Hafterschaft.

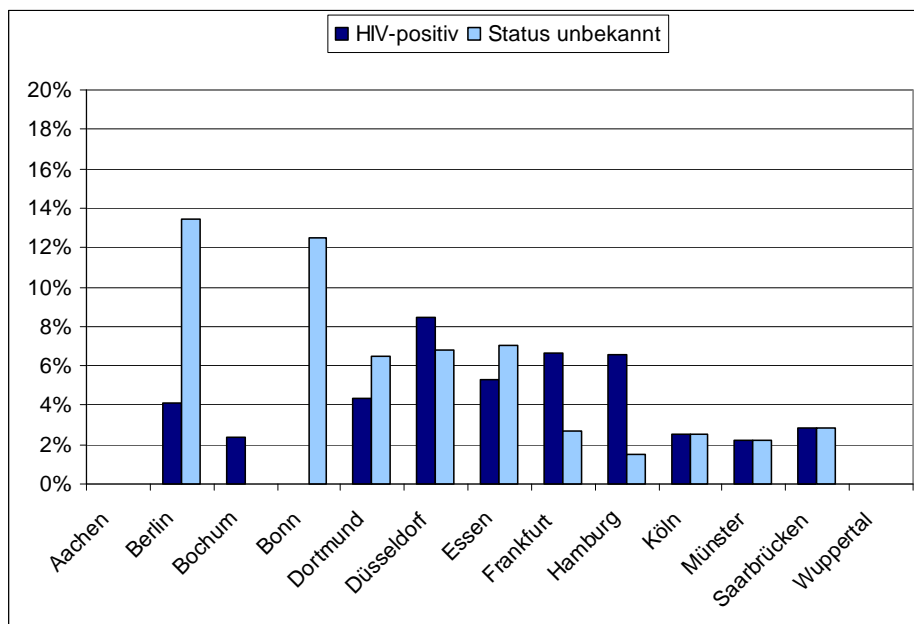
### 3.2 Gesundheit

Die von den Befragten angegebenen Infektionsraten für HIV und HCV stellen sich wie folgt dar:

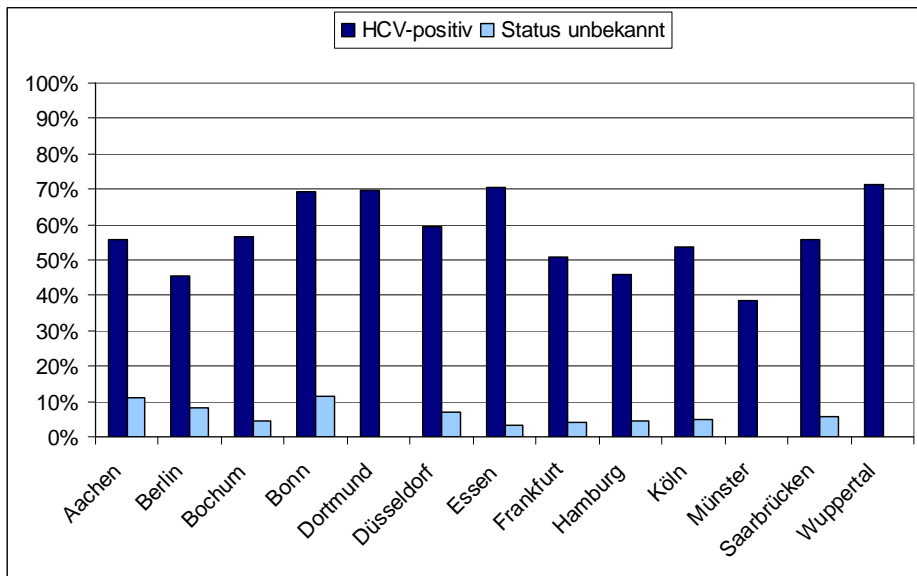
- HIV-Infektion 4,8%
- HCV-Infektion 53,4%

Aktuell befinden sich von denjenigen, die eine HCV-Infektion haben oder hatten (n=465), 11,2% in einer HCV-Behandlung, 21,5% haben eine solche beendet oder abgebrochen. In den einzelnen Städten stellt sich die Infektionsrate sowohl für HIV als auch für HCV noch einmal unterschiedlich dar, wie den Abbildungen 6 und 7 zu entnehmen ist. Die angegebenen Werte beziehen sich auf Selbstangaben der Konsumenten, vermutlich liegt die Dunkelziffer höher, da der Infektionsstatus häufig nicht bekannt ist bzw. unterschätzt wird oder ein Testergebnis bereits älter und somit nicht mehr aktuell ist.

Abbildung 6: HIV-Infektion nach Stadt



**Abbildung 7: HCV-Infektion nach Stadt**



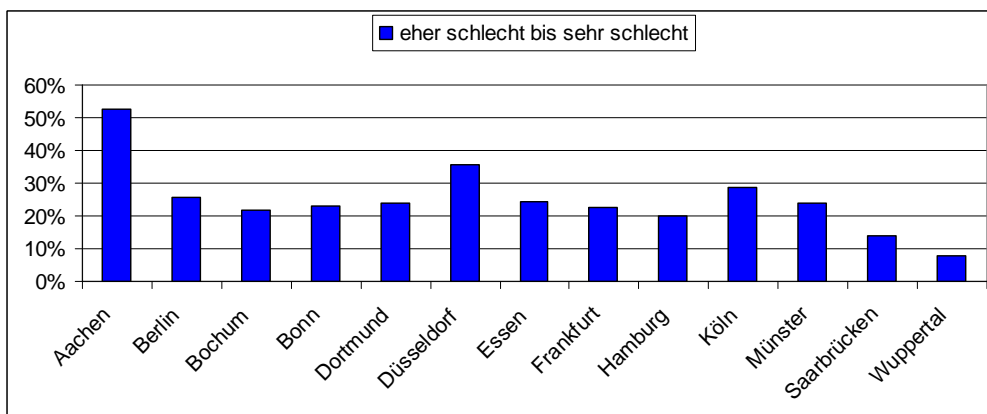
Der eigene körperliche und psychische Zustand wird von den Befragten wie folgt eingeschätzt:

**Tabelle 3: Körperlicher und psychischer Zustand (N=778, Angaben in Prozent)**

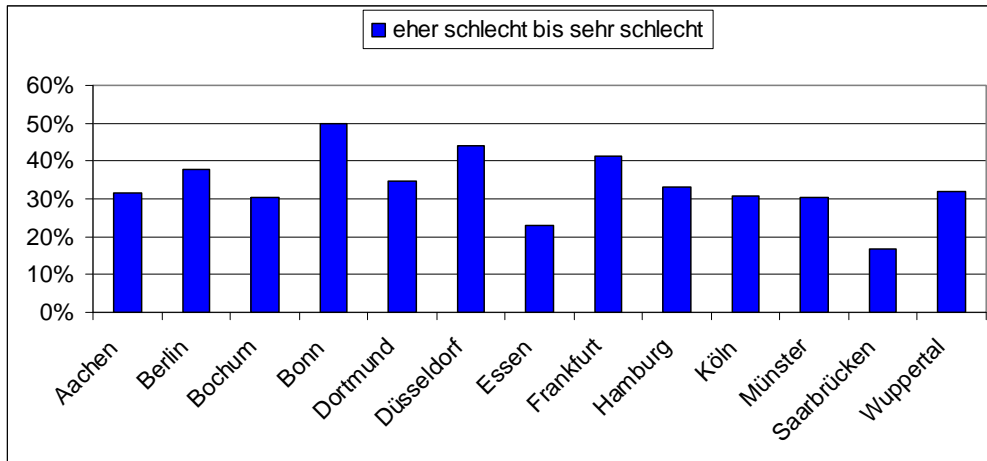
	Körperlicher Zustand	Psychischer Zustand
Sehr gut	6,9	4,2
Gut	34,7	24,5
Teils, teils	34,6	37,3
Eher schlecht	16,2	22,0
Sehr schlecht	7,6	12,0

Es fällt auf, dass der psychische Zustand insgesamt schlechter eingestuft wird als der körperliche Zustand. Im Vergleich der Städte zeigt sich folgendes Bild:

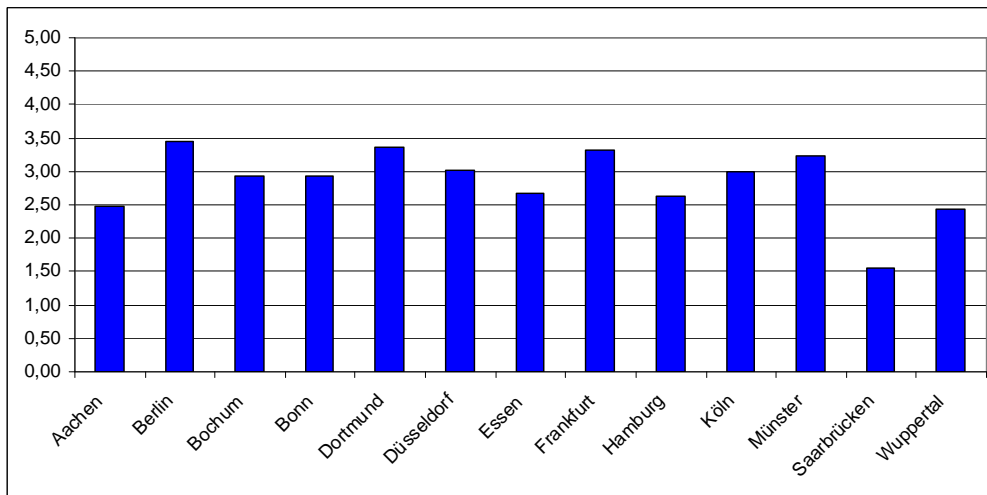
**Abbildung 8: Einschätzung des körperlichen Zustands nach Stadt**



**Abbildung 9: Einschätzung des psychischen Zustands nach Stadt**



**Abbildung 10: Anzahl Krankheitssymptome nach Stadt (Mittelwerte)**



Für die letzten 30 Tage vor der Befragung wurden folgende Krankheiten bzw. Symptome angegeben:

**Tabelle 4: Körperliche und psychische Probleme (Mehrfachnennungen, Angaben in Prozent)**

Schlafstörungen	63,3
Depressionen	52,1
Atembeschwerden	35,6
Magen-Darmbeschwerden	31,8
Angstzustände	30,7
Aggressivität	25,7
Abszesse, offene Wunden	18,3
Wunde Füße	12,6
Halluzinationen	12,6
Ekzeme	5,0
Überdosierung, Notfall	8,6
Epileptische Anfälle	7,0
Andere Beschwerden	10,3
Keine Probleme	9,4

Als weitere Beschwerden/Probleme wurden u.a. genannt (z.T. auch von mehreren Befragten): Albträume, Angst, Appetitlosigkeit, arbeitsbedingter Stress, Bandscheibenvorfall, Beziehungsprobleme, Borderline-Störung, Burn-out, Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Demotiviertheit, Einsamkeit, Entzugserscheinungen, Erkältung, Existenzängste, Fallhand, Gefühlsverlust, Geschlechtskrankheiten, Gliederschmerzen, Knochenschmerzen, Halsbeschwerden, Herzprobleme, Infektion am Knie, Juckreiz, keine subkutanen Venen wegen Methadoninjektion, Kopfschmerz, Krebs, Kreislaufprobleme, Melancholie, Migräne, Minderwertigkeitskomplexe, Nervenzuckungen, Panikattacken, Psychose, Rückenschmerzen, Schilddrüse, Schlafwandeln, Schweißausbrüche, Selbstverletzung, Sorgen wegen Familie, Stimmungsschwankungen, Suizidgedanken, Teilnahmslosigkeit, Tick, Trauer um verstorbenen Freund, Unruhe, Untergewicht, Wasser in Bein, Weinkrämpfe, Wirbelschäden, Zittern, Zähne, Zukunftsängste.

Auch bei diesen Nennungen fällt auf, dass es vielfach psychische Beschwerden sind, die von den Konsumenten genannt werden. Insgesamt weisen die Befragten hohe Raten an psychischen sowie körperlichen Problemen auf. Gleichwohl befinden sich 45,8% nicht in ärztlicher Behandlung. Von denen, die sich in ärztlicher Behandlung befinden (n=492), sind 56,3% beim Hausarzt bzw. substituierenden Arzt, 26% bei einem Arzt in einer Drogenhilfeeinrichtung, 8,5% in einer Klinik und 14,2% bei sonstigen Ärzten in Behandlung.

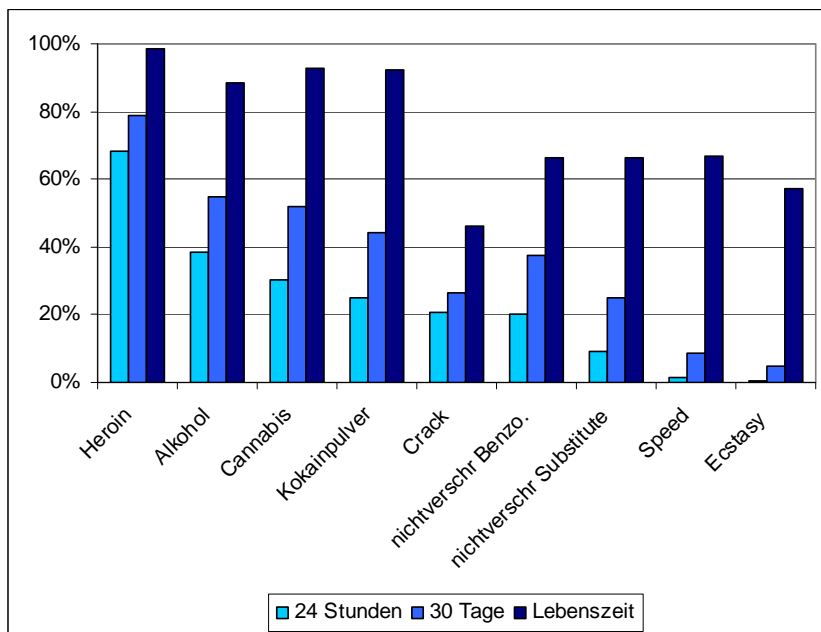
### **3.3 Konsummuster**

Die Konsumenten weisen unterschiedliche Konsummuster auf, sowohl was die Prävalenzen unterschiedlicher Drogen betrifft, als auch die Applikationsformen.

### 3.3.1 Prävalenz des Drogenkonsums

Die folgende Tabelle zeigt die Prävalenz des Konsums der einzelnen Substanzen jeweils für die letzten 24 Stunden, die letzten 30 Tage und Lebenszeit.

**Abbildung 11: Prävalenz Drogenkonsum**

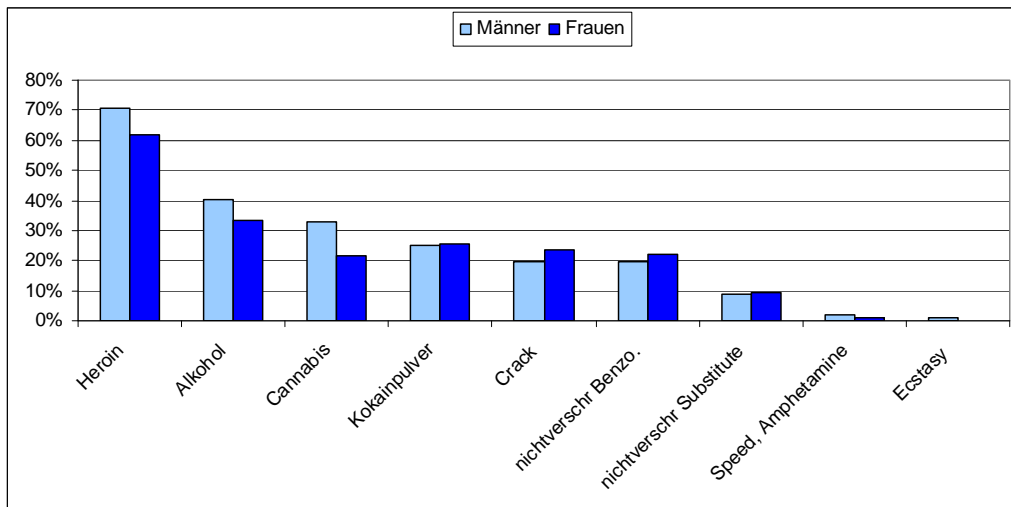


Im Mittel wurden 2,1 Substanzen in den letzten 24 Stunden konsumiert, in den letzten 30 Tagen waren es 3,2 Substanzen, wobei als Maximum 9 verschiedene Substanzen angegeben wurden.

11,3% geben an, in den letzten 24 Stunden nicht konsumiert zu haben; für die letzten 30 Tage geben dies 5,8% der Befragten an.

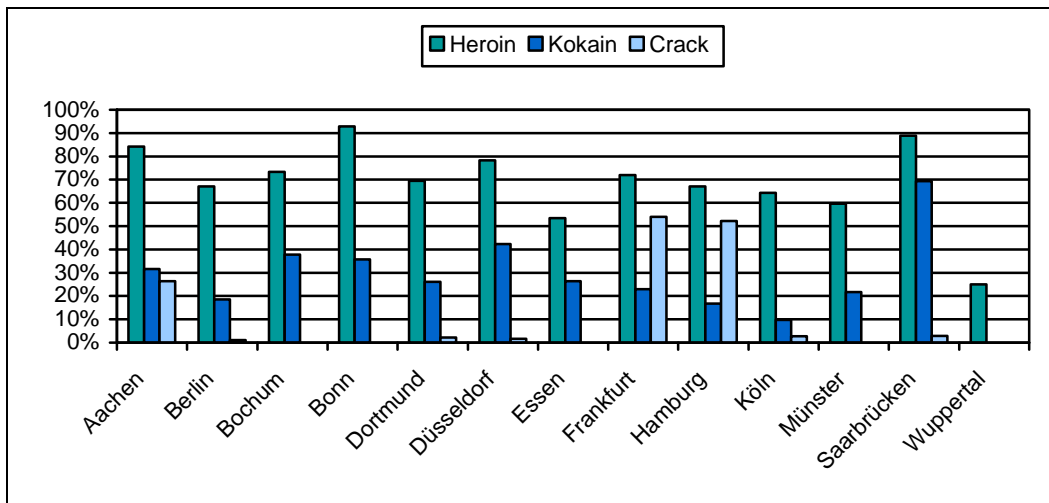
Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Konsumprävalenzen werden in der folgenden Abbildung dargestellt. Der Anteil der Männer ist jeweils bei Heroin, Alkohol und Cannabis höher als derjenige der Frauen. Frauen hingegen konsumieren etwas häufiger Kokain, Crack und nicht-verschriebene Benzodiazepine sowie Substitutionsmittel.

**Abbildung 12: Konsummuster von Männern und Frauen (24-Stunden-Prävalenz)**



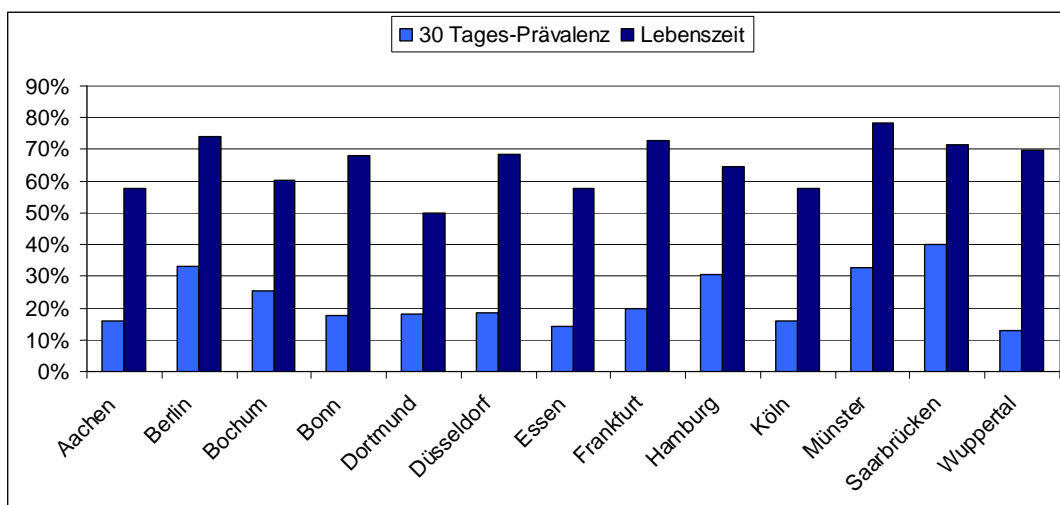
Die folgende Abbildung zeigt die 24-Stunden-Prävalenz für Heroin, Kokain und Crack, nach Städten differenziert. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die Stadt. Bei Aachen ist zu beachten, dass sich insgesamt nur 19 Befragte an der Szenebefragung beteiligt haben; der (vergleichsweise hohe) Anteil an Crackkonsumenten bezieht sich also auf lediglich 5 Personen.

**Abbildung 13: Heroin-, Kokain- und Crackkonsum nach Städten (24-Stunden-Prävalenz, Mehrfachnennungen)**



Die folgende Abbildung 14 zeigt die Konsumprävalenzen nicht-verschriebener Substitutionsmittel, nach Städten aufgeteilt. Die Lebenszeitprävalenz liegt in allen Städten recht hoch mit Werten zwischen 50% und knapp 80%, während für die letzten 30 Tage Berlin, Hamburg, Münster und Saarbrücken die höchsten Werte aufweisen.

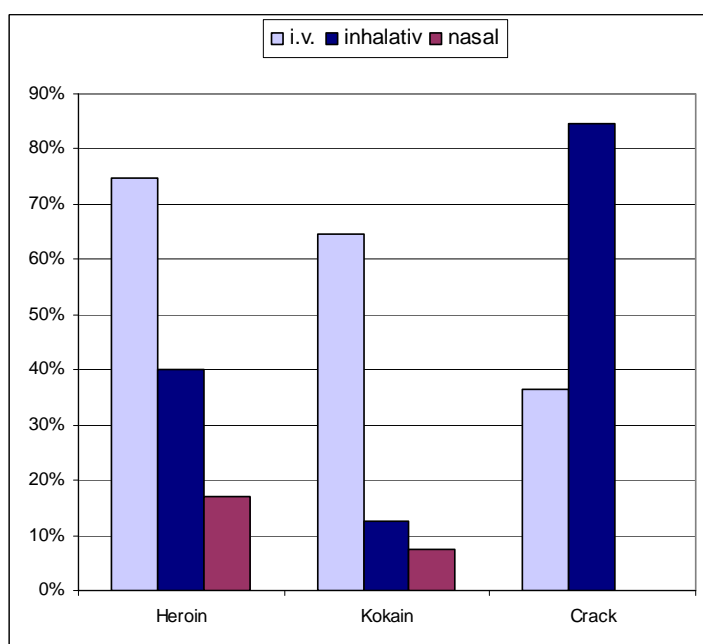
**Abbildung 14: Prävalenzen nicht-verschriebener Substitutionsmittel nach Städten**



### 3.3.2 Applikationsformen

Aus Abbildung 15 wird ersichtlich, dass der intravenöse Konsum die am häufigsten praktizierte Applikationsform ist. Dies gilt fast uneingeschränkt für die Substanzen Heroin und Kokain; auch wenn 40% der Befragten angeben, Heroin (ebenfalls) zu rauchen. Crack wird zwar überwiegend geraucht, aber von fast 40% der Befragten (auch) intravenös appliziert. Da es sich bei Crack um chemisch aufbereitetes Kokain handelt, das den inhalativen Konsum überhaupt erst ermöglichen soll, überrascht dieser hohe Anteil. Allerdings ist auch zu bedenken, dass Crack in Frankfurt und Hamburg die Szene dominiert und Kokain in Pulverform auf der Szene kaum mehr erhältlich ist.

**Abbildung 15: Konsumformen (24 Stunden Prävalenz, Mehrfachnennungen)**

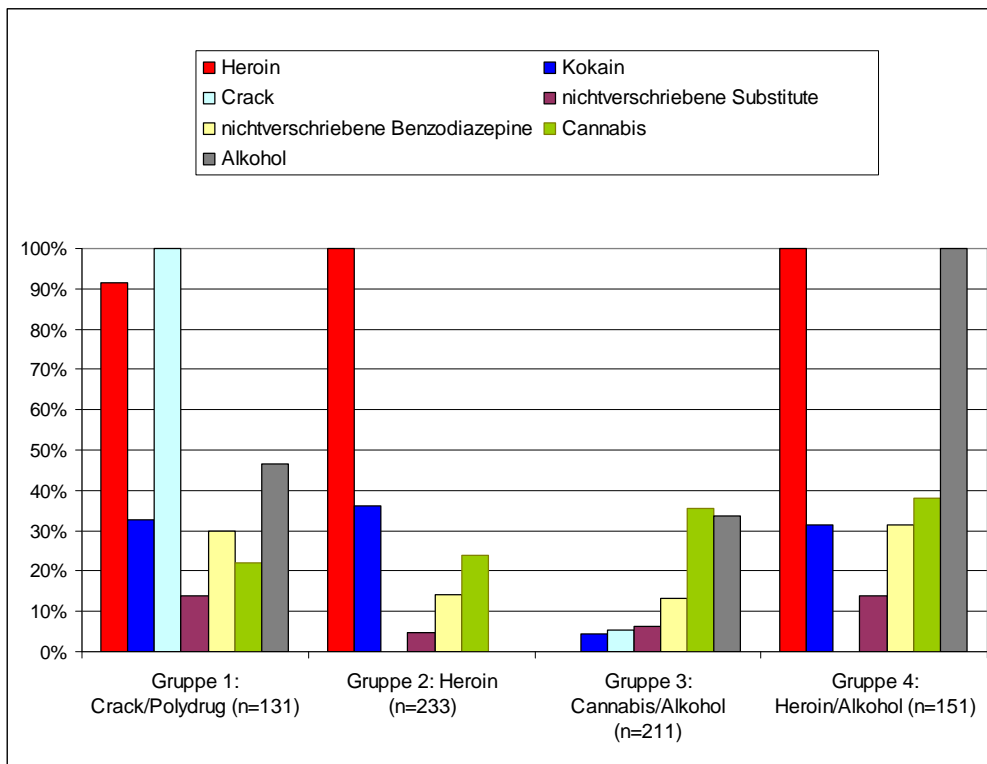


### 3.3.3 Konsumentengruppen

Mittels einer Clusteranalyse auf Grundlage der Angaben zur 24-Stunden-Prävalenz lassen sich vier Konsummuster/Konsumententypen herausstellen, die sich hinsichtlich der konsumierten Drogen unterscheiden (s. Abbildung 16).

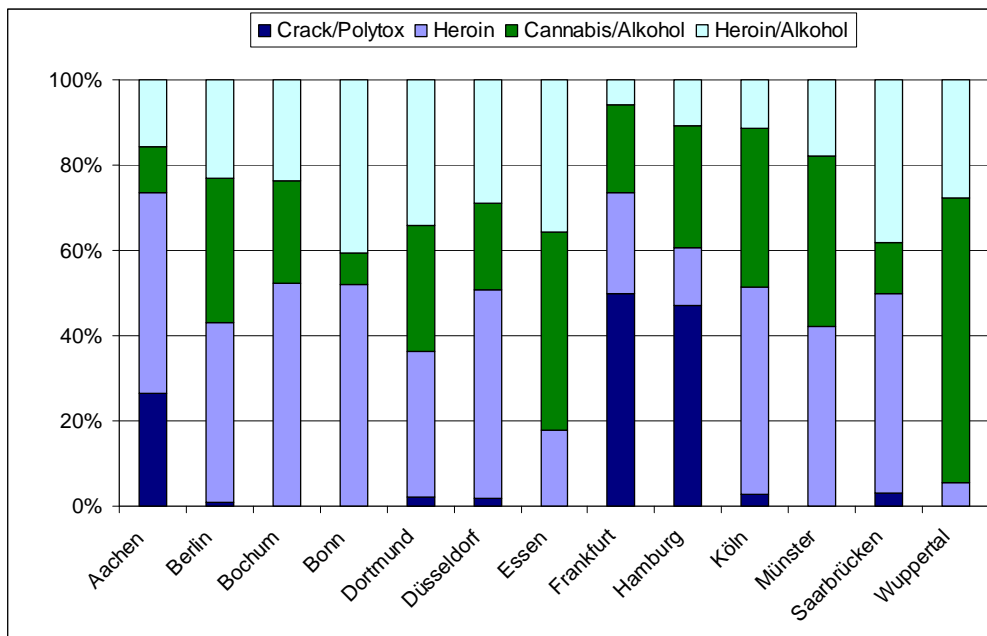
- **Gruppe 1** (Crack/Polydrug, n=131): 100% mit aktuellem Crackkonsum, dabei über 90% mit aktuellem Heroinkonsum, daneben Konsum vieler weiterer Substanzen (Alkohol, Kokain, Benzodiazepine usw.).
- **Gruppe 2** (Heroin, n= 233): 100% mit aktuellem Heroinkonsum, aber kein Konsum von Crack oder Alkohol.
- **Gruppe 3** (Cannabis/Alkohol, n=211): kein aktueller Heroin- oder Crackkonsum, vornehmlich Cannabis- und Alkoholkonsum.
- **Gruppe 4** (Heroin/Alkohol, n=151): 100% mit aktuellem Heroin- und Alkoholkonsum, aber kein Crackkonsum, daneben Konsum anderer Substanzen (ähnlich Gruppe 1).

Abbildung 16: Konsumgruppen nach Clusteranalyse



Betrachtet man die Verteilung dieser Gruppen in den einzelnen Städten, zeigen sich große stadtbezogene Unterschiede:

Abbildung 17: Konsummustergruppen nach Stadt



Crackkonsumenten finden sich fast ausschließlich in Frankfurt und Hamburg (z.T. noch in Aachen, Berlin, Dortmund, Düsseldorf, Köln und Saarbrücken, hier aber mit deutlich niedrigeren Prävalenzen und Nennungen zwischen 1 und 5 Personen). In Wuppertal und auch in Essen finden sich hohe Anteile von Konsumenten aus der Gruppe 3 (Cannabis/Alkohol). Die unterschiedliche Verteilung der Clustergruppen auf die einzelnen Städte ist teilweise auf die unterschiedlichen Interviewstandorte zurückzuführen; in Wuppertal wurde beispielsweise überwiegend außerhalb des Konsumraumes befragt.

Hinsichtlich der verschiedenen Konsumentengruppen sind folgende Merkmale festzustellen:

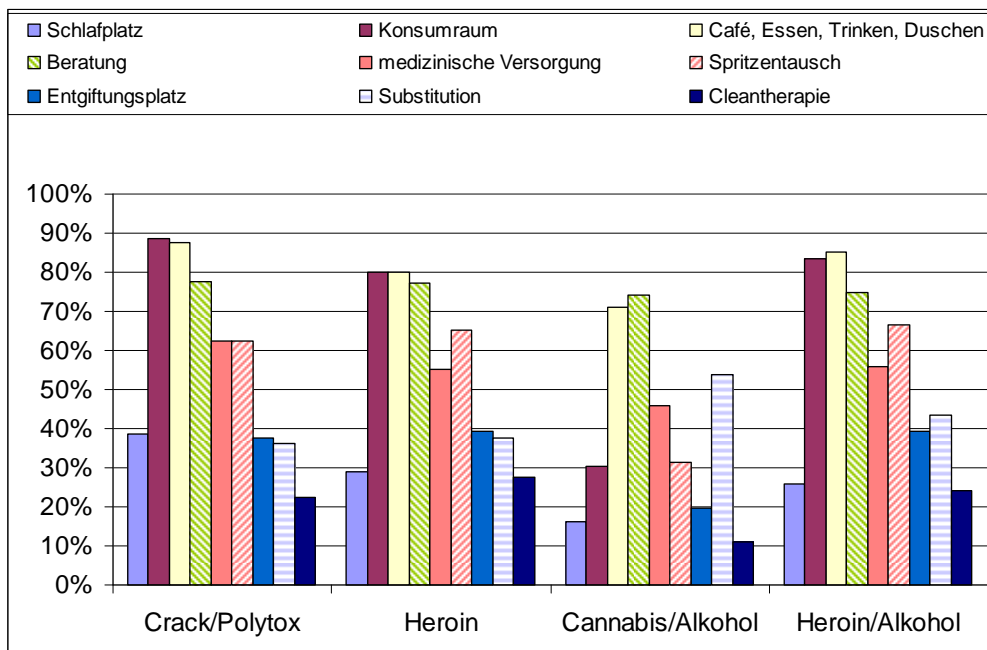
- In den beiden Heroingruppen (2 und 4) ist ein höherer Männeranteil zu finden, am höchsten in der Gruppe Heroin/Alkohol (4).
- Das durchschnittliche Alter in der Cannabis/Alkohol-Gruppe ist mit 38,8 Jahren deutlich höher als das Durchschnittsalter in den anderen Gruppen. Die Heroingruppe mit 34,9 Jahren am jüngsten.
- Die Heroingruppe (2) berichtet am wenigsten Krankheiten/Symptome (durchschnittlich 2,8), die Crack/Polydrug-Gruppe (1) am meisten (durchschnittlich 3,4).
- Hepatitis C ist in der Heroin/Alkohol-Gruppe (4) am häufigsten.
- Die Cannabis/Alkohol-Gruppe (3) weist am häufigsten stabile Wohnsituationen und reguläre Arbeitsverhältnisse auf, die Crack/Polydrug-Gruppe (1) am seltensten.

Die starke Besetzung der Cannabis/Alkohol-Gruppe, die ein Viertel des gesamten Samples umfasst, überrascht. Es stellt sich die Frage, was diese Gruppe der (zumindest aktuell) Heroinabstinenten, die neben den „weichen“ Drogen Alkohol und Cannabis kei-

nen nennenswerten Konsum anderer Substanzen betreiben, an die offene Drogenszene bindet, zudem 43% dieser Gruppe angeben, sich nicht oder nur selten „auf der Szene“ aufzuhalten. Ein großer Teil dieser Gruppe (71%) befindet sich in Substitution. Dies zeigt den hohen Bedarf dieser Konsumentengruppe an Hilfsangeboten ebenso wie die anscheinend fehlenden sozialen Kontakte außerhalb der Szene sowie Möglichkeiten, sich an anderen Orten aufzuhalten.

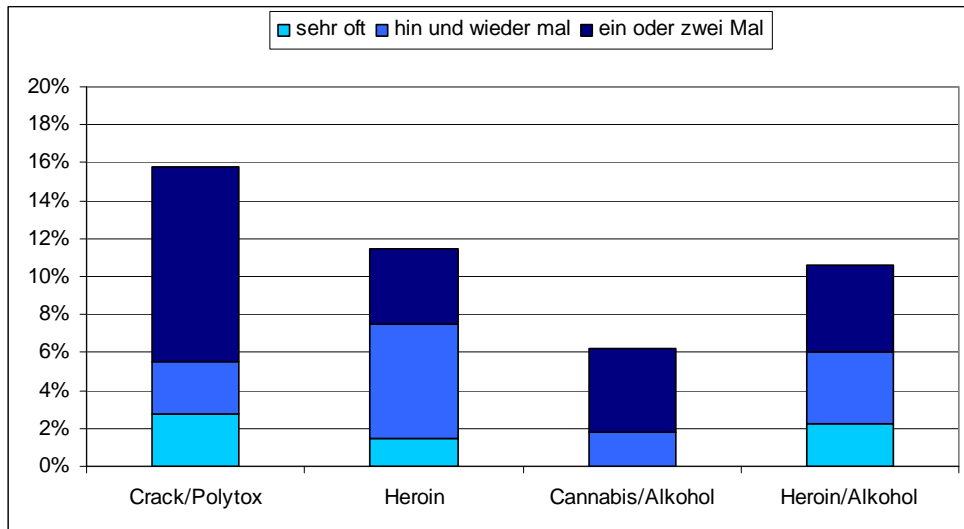
Auf die Frage, welche Hilfsangebote den Befragten wichtig sind, werden generell über alle vier Clustergruppen hinweg der Konsumraum und das Café mit Versorgungsangeboten als das wichtigste Angebot benannt. Mit kleinem Abstand folgen Nennungen der unterschiedlichen Beratungsangebote. Medizinische Versorgung und Spritzentausch werden ebenfalls von über 50% der Befragten als wichtig empfunden. Lediglich die Befragten der Cannabis/Alkohol-Gruppe (3) geben an, weniger an Spritzentausch, Konsumräumen und der medizinischen Versorgung interessiert zu sein.

**Abbildung 18: Wichtigkeit der Hilfsangebote nach Konsumgruppen (Mehrfachnennungen)**



Vergleicht man die vier in der Clusteranalyse gebildeten Gruppen hinsichtlich ihres Risikoverhaltens (Abbildung 19), zeigt sich erwartungsgemäß, dass die Cannabis/Alkoholgruppe (3) am ehesten konsequent ein Safer-Use-Verhalten zeigt; wobei in dieser Clustergruppe der Anteil der intravenös Drogengebrauchenden am geringsten ist.

**Abbildung 19: Spritzen- oder Utensilien-Teilen nach Konsumgruppe (30-Tages-Prävalenz)**

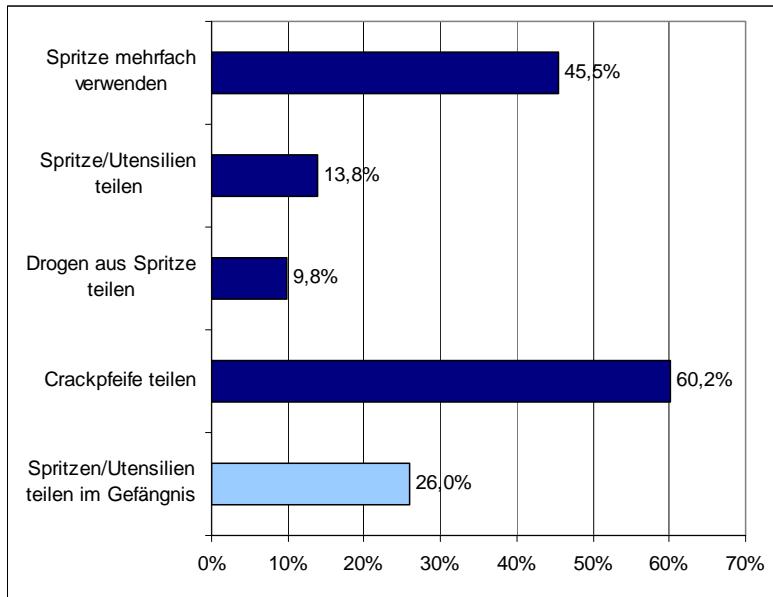


Diese Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen finden sich ebenfalls für das Teilen von Drogen aus einer Spritze, allerdings auf insgesamt geringerem Niveau (ohne Abbildung), das Verhältnis der Gruppen ist dabei dem der Abbildung 19 sehr ähnlich.

### 3.4 Risikoverhalten

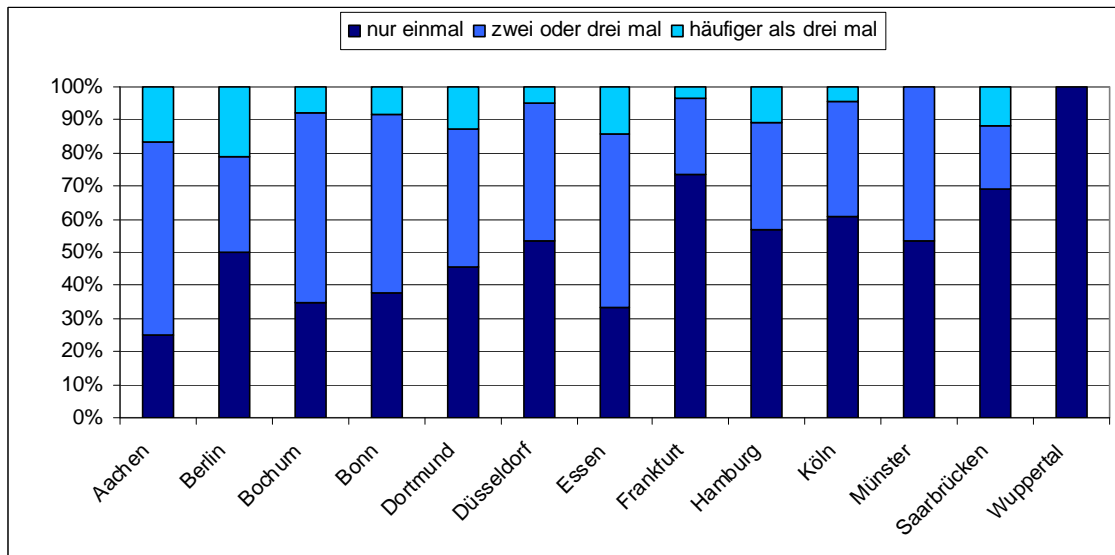
Das Teilen von Spritzen bzw. Spritzutensilien findet in einem erheblichen Maße Anwendung. Im Strafvollzug ist dieses Risikoverhalten erwartungsgemäß häufiger, da weniger Spritzen und Utensilien zur Verfügung stehen. Die Prozentangaben in den folgenden Abbildungen beziehen sich jeweils auf die Personen, die intravenös konsumieren bzw. Crack rauchen. Bei den Angaben zum Risikoverhalten im Gefängnis wurden nur die Antworten derjenigen Befragten berücksichtigt, die bereits im Gefängnis waren und dort konsumiert haben.

**Abbildung 20: Risikoverhalten (30-Tages-Prävalenz)**



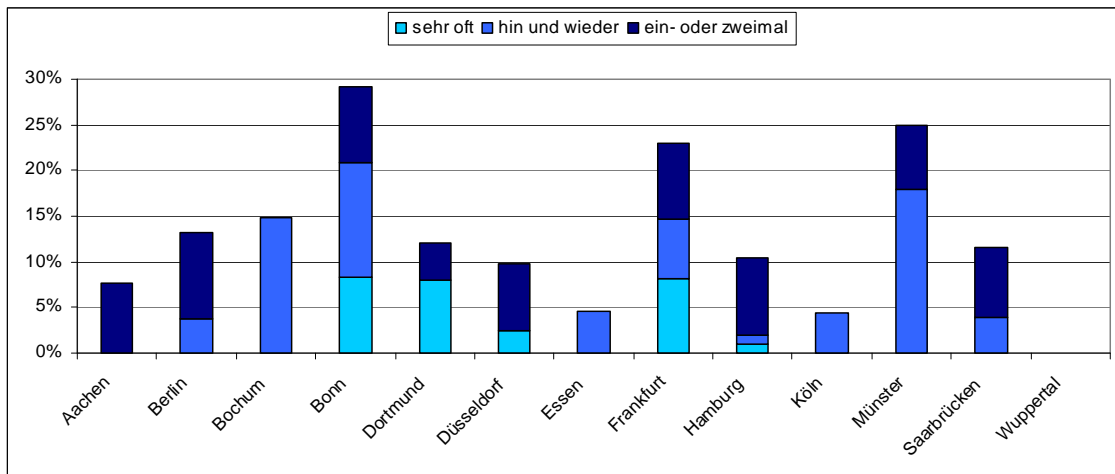
Das Teilen der Crackpfeife mit anderen Konsumenten ist unter Crackrauchern weit verbreitet. Im Städtevergleich zeigen sich teilweise große Unterschiede im Risikoverhalten, wie die folgenden Abbildungen (Abbildungen 21-24) zeigen:

**Abbildung 21: Verwendungshäufigkeit von Spritzen nach Städten (30-Tages-Prävalenz)**

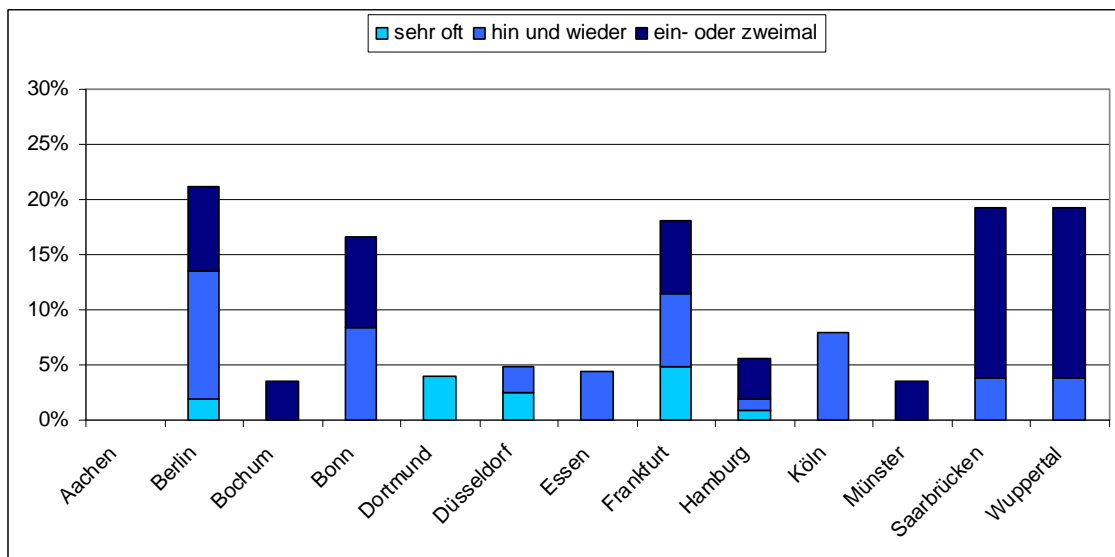


In den Abbildungen 21-23 werden nur die Befragten berücksichtigt, die angeben, Drogen intravenös zu applizieren, so dass sich die Prozentangaben für jede Stadt auf 100 Prozent addieren. Zum Teil handelt es sich jedoch um relativ kleine Gesamtheiten, so dass die Prozentangaben sehr groß wirken, die absoluten Zahlen jedoch in einigen Städten gering sind.

**Abbildung 22: Gemeinsames Nutzen von Spritzen oder Utensilien (30-Tages-Prävalenz)**



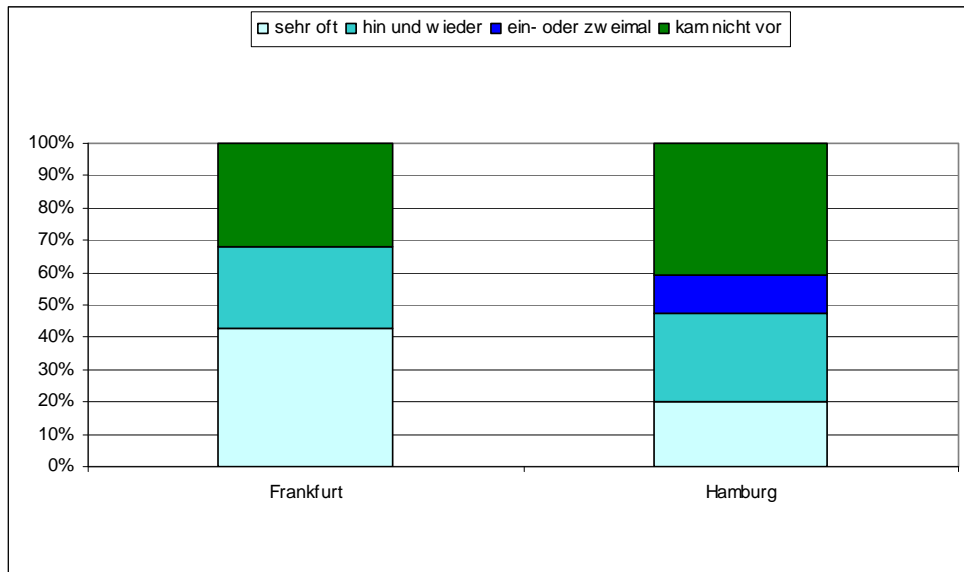
**Abbildung 23: Drogen aus einer Spritze mit anderen geteilt (30-Tages-Prävalenz)**



Hinsichtlich der gemeinsamen Nutzung von Spritzen und Spritzenutensilien sowie dem Teilen von Drogen aus einer Spritze zeigen sich zum Teil größere Unterschiede zwischen den Städten. Die gewählte Darstellungsform darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Antwort „kam gar nicht vor“ von der überwiegenden Mehrheit der Befragten (70-100%) angegeben wurde.

Ein Vergleich der beiden Städte mit häufigem Crack-Konsum, Frankfurt und Hamburg, zeigt, dass die gemeinsame Nutzung von Pfeifen in Frankfurt (n=28) häufiger ist als in Hamburg (n=110). Die anderen Städte mit Crackkonsum wurden auf Grund der geringen Fallzahlen (jeweils n=1 in Aachen und Düsseldorf) in dieser Abbildung nicht berücksichtigt.

**Abbildung 24: Gemeinsame Nutzung der Crackpfeife**



Im Gegensatz zu Hamburg ist der Konsum von Crack in dem Frankfurter Konsumraum La Strada nicht möglich. Das schlechtere Safer-Use-Verhalten der Befragten aus Frankfurt kann insofern durch eine zwangsläufig schlechtere Aufklärung der Konsumenten über die Risiken der gemeinsamen Nutzung von Crackpfeifen erklärt werden. Da in Frankfurt der Crackkonsum somit häufiger außerhalb der Räumlichkeiten der Drogenhilfe stattfindet, haben es die Mitarbeiter der Einrichtung vor Ort schwerer entsprechende Safer-Use-Tipps zu erteilen.

### 3.5 Hilfebedarf und Hilfenutzung

Die Befragten geben eine Vielzahl von Gründen an, warum sie sich auf der Szene aufhalten.

**Tabelle 5: Gründe für den Aufenthalt auf der Szene (Mehrfachnennungen, Angaben in Prozent)**

um Drogen zu kaufen	69,6
um Leute zu treffen	62,6
um Drogen zu konsumieren	56,8
aus Langeweile	39,6
um Geschäfte abzuwickeln	23,4
weiß nicht, wo ich sonst hingehen könnte	21,7
um Drogen zu verkaufen	21,7
um Dienste anzubieten	9,1
sonstiges	6,7

Die Gründe „Drogen kaufen bzw. konsumieren“ und „Leute treffen“ dominieren. Außerdem geben 27,7% der Befragten an, sich nicht oder sehr selten auf der Szene aufzuhalten.

Differenziert man diese Angaben nach den beteiligten Städten (Abbildung 25), zeigen sich nahezu keine Unterschiede: Auf unterschiedlich hohem Niveau stellen Drogenkauf, Drogenkonsum und das Treffen von Leuten/Bekanntem die vorrangigen Motive für den Aufenthalt in der Offenen Drogenszene dar. Beachtet man zudem die relativ häufigen Nennungen des Motivs „aus Langeweile“ und „weiß nicht, wo ich sonst hingehen könnte“, wird die Vermutung bestärkt, dass viele Befragte aufgrund der langjährigen Fokussierung ihres Lebensmittelpunkts auf die Drogenszene keine sozialen Kontakte außerhalb dieser Szene vorweisen können. Dieser Umstand erscheint insbesondere dann bedeutend, wenn die Befragten in Substitutionsbehandlung sind.

**Abbildung 25: Gründe für Szeneaufenthalt nach Stadt (Mehrfachnennungen, Angaben in Prozent)**

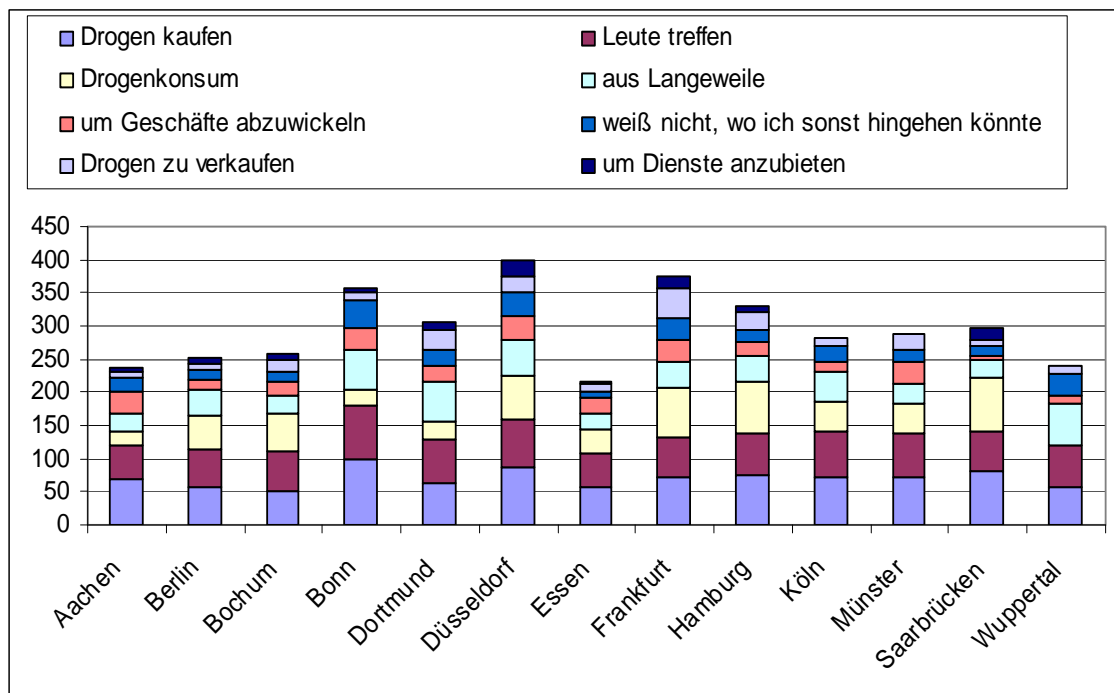
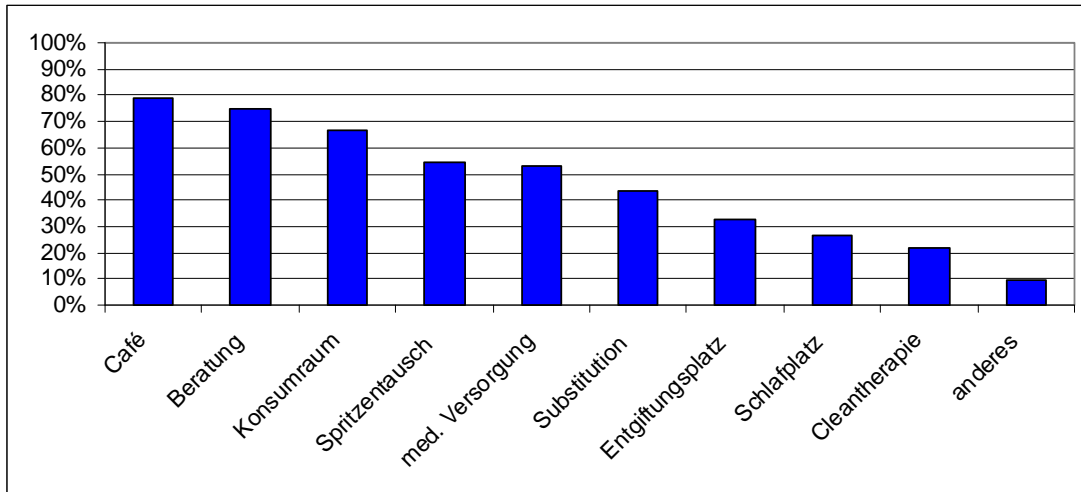


Abbildung 26 gibt die Einschätzung der Befragten nach der Wichtigkeit der unterschiedlichen Hilfeangebote der Einrichtungen wieder.

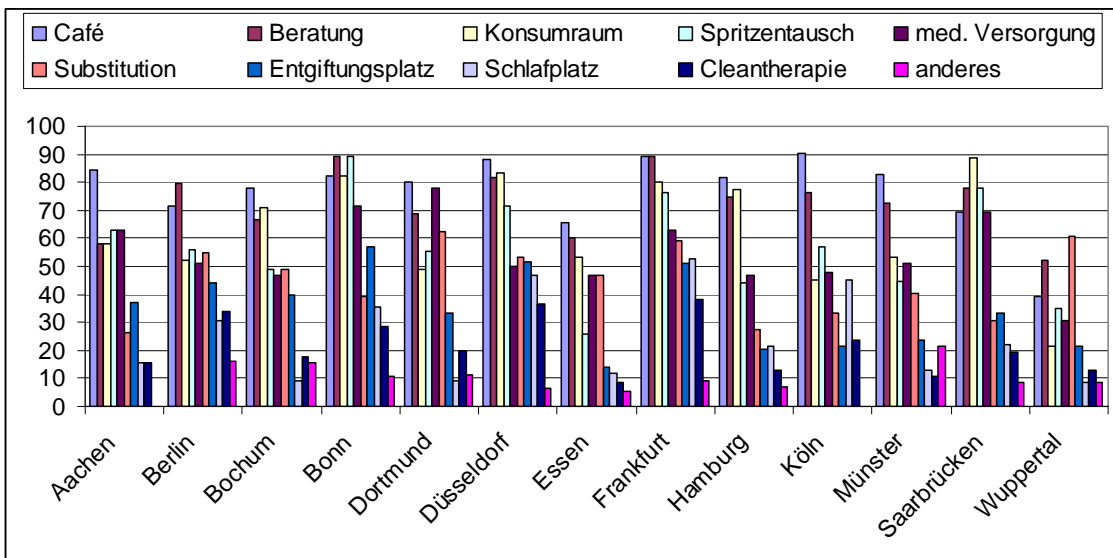
**Abbildung 26: Wichtigkeit von Hilfeangeboten (Mehrfachnennungen)**



Das Café mit den Versorgungsmöglichkeiten und Überlebenshilfen sowie Beratung werden als wichtigste Hilfsangebote benannt, gefolgt von Konsumraum, Spritzentausch und medizinischer Versorgung sowie Substitution, während Entgiftung, das Angebot an Schlafplätzen und Cleantherapie seltener genannt werden.

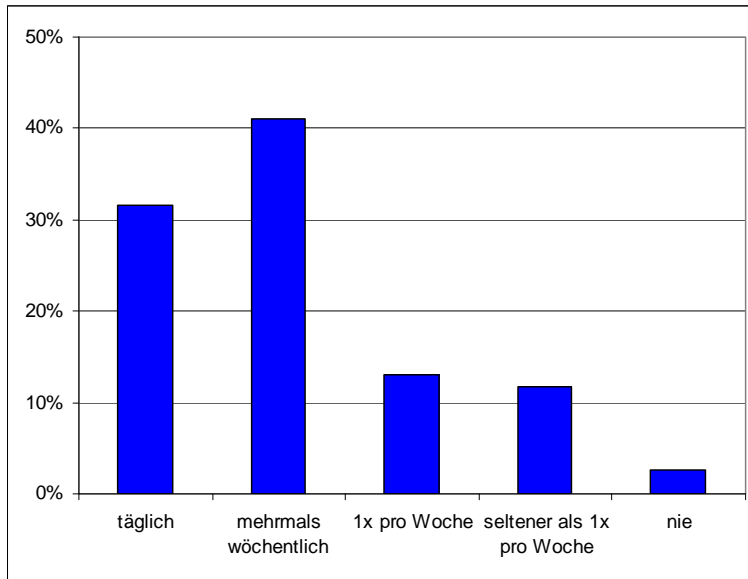
Diese Rangfolge hat auch im Wesentlichen Bestand, wenn die Antworten nach Städten differenziert betrachtet werden (Abbildung 27).

**Abbildung 27: Wichtigkeit von Hilfeangeboten nach Stadt (Angaben in Prozent)**

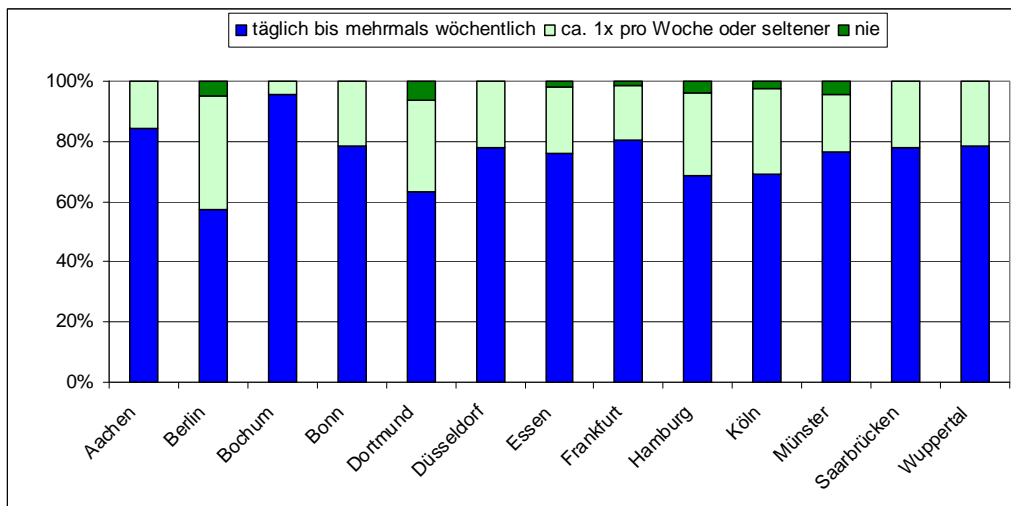


Die Befragten sind überwiegend regelmäßige Besucher der jeweiligen Einrichtung:

**Abbildung 28: Häufigkeit des Besuchs der Einrichtung**



**Abbildung 29: Häufigkeit des Besuchs der Einrichtung nach Stadt**



Bei den Angaben zum Besuch der Einrichtung ist zu bedenken, dass in einigen Städten nicht nur Besucher der Einrichtung, sondern auch Konsumenten in der Offenen Szene sowie Besucher anderer Einrichtungen befragt wurden, so dass ein direkter Städtevergleich hier und auch bei den Abbildungen 32 und 34 zur Konsumraumnutzung aufgrund der unterschiedlichen Befragungspopulation nicht möglich ist.

Abbildung 30: Besuch anderer Einrichtungen

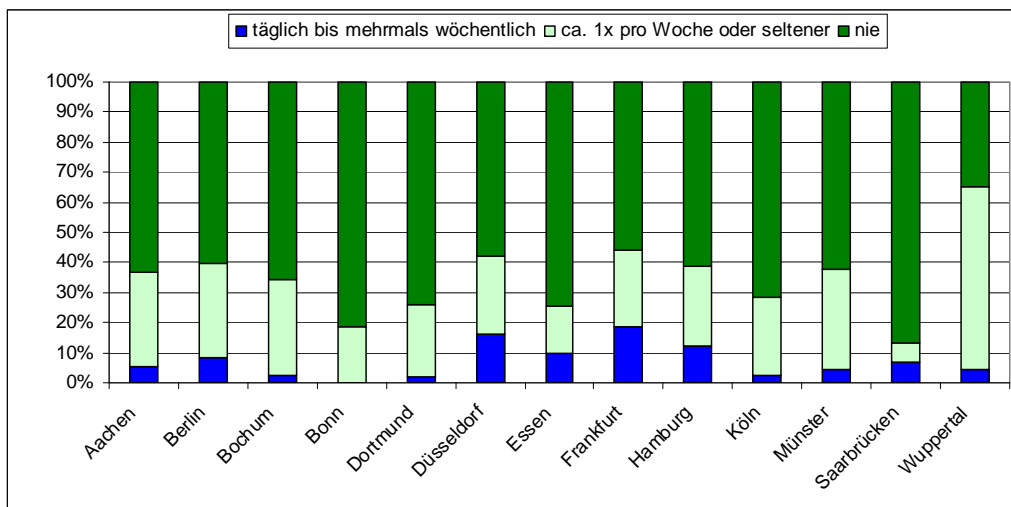
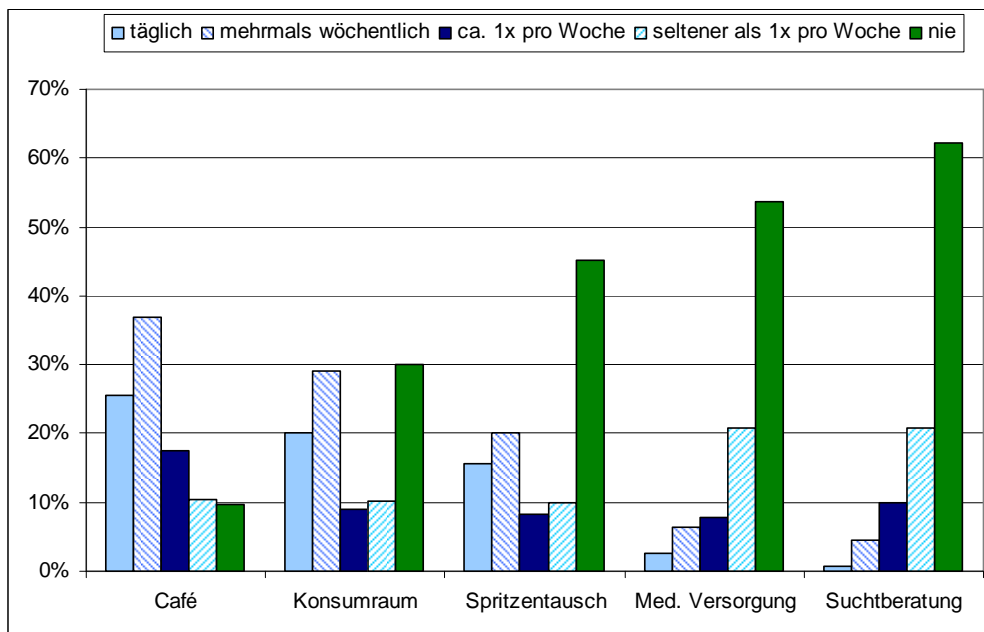


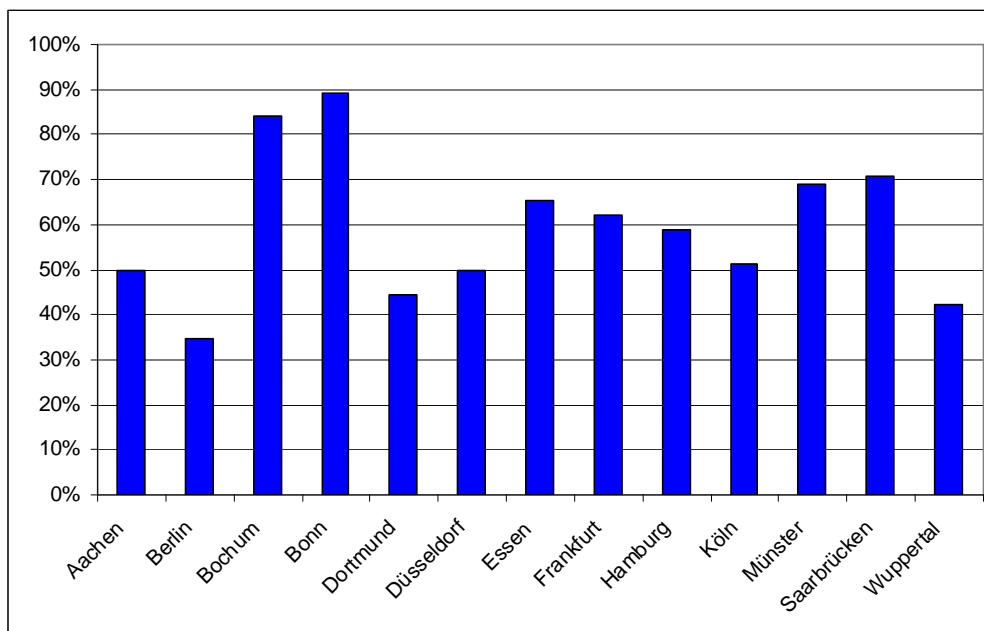
Abbildung 31: Nutzung der Hilfsangebote



Es ist auffällig, dass die tatsächliche Nutzung unterschiedlicher Hilfsangebote nicht in jedem Fall mit der Beurteilung ihrer Wichtigkeit (siehe Abbildungen 26 und 27) übereinstimmt. Dies trifft vor allem auf die Nutzung der medizinischen Versorgung und die unterschiedlichen Beratungsangebote zu, bei denen die tatsächliche Inanspruchnahme deutlich niedriger ist als das Urteil über die Wichtigkeit der Angebote vermuten ließe. Allerdings ist hier auch zu bedenken, dass insbesondere eine intensivere Beratung und medizinische Hilfe seltener benötigt werden, und somit evtl. aus der 30-Tagesprävalenz dieser Angaben herausfallen. Zudem kann es zu dem Begriff Beratung unterschiedliche Interpretationen geben; für einige kann hiermit ein Beratungsgespräch z.B. im Café gemeint sein, andere verbinden damit einen fest vereinbarten und längeren Termin.

Bezogen auf die Nutzung von Beratung in den einzelnen Städten, ergibt sich folgendes Bild:

**Abbildung 32: Nutzung von Beratung (30-Tages-Prävalenz)**

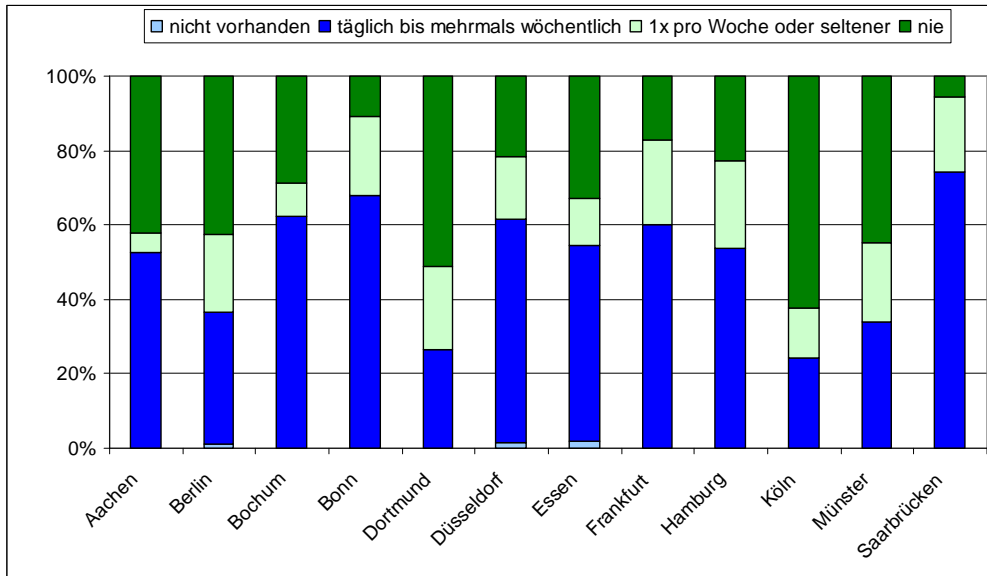


Das Café mit den dazugehörigen niedrighschwelligten Angeboten wie Essen, Trinken, Duschen etc. nimmt in vielen Städten einen sehr wichtigen Stellenwert für die Konsumenten ein. Bezogen auf die letzten 30 Tage gaben zwischen 82% (Saarbrücken) und 100% (Aachen) in den einzelnen Städten eine Nutzung dieser Angebote an. Spritzen-tausch wird in den meisten Städten ebenfalls regelmäßig in Anspruch genommen, hier liegt die 30-Tages-Prävalenz zwischen 29% (Essen) und 93% (Bonn).

Medizinische Versorgung in den befragenden Einrichtungen wird hingegen seltener in Anspruch genommen (zwischen 6% (Frankfurt) und 67% (Dortmund) in den letzten 30 Tagen), was zum Einen an der selteneren Notwendigkeit medizinischer Konsultation liegen mag, zum Anderen daran, dass nicht alle Einrichtungen regelmäßig medizinische Versorgung anbieten.

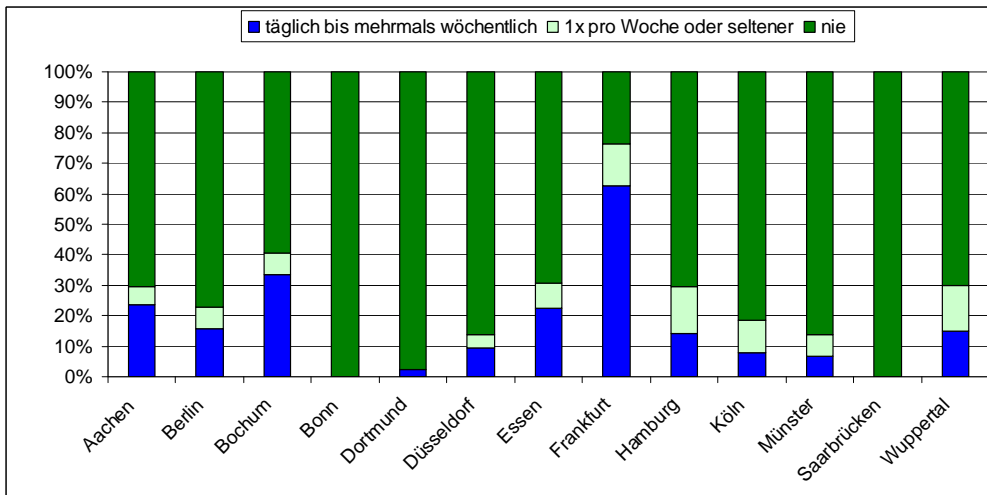
Die Nutzung von Konsumräumen stellt für einen Großteil der Konsumenten einen wichtigen Teil ihrer Hilfenutzung dar. In den meisten Städten wird der Konsumraum regelmäßig aufgesucht, lediglich in Aachen, Berlin, Dortmund, Köln und Münster geben jeweils über 40% der Befragten an, nie den Konsumraum zu nutzen.

**Abbildung 33: Nutzung des Konsumraumes**



Die folgende Abbildung 34 zeigt die Nutzung anderer Konsumräume<sup>4</sup> außerhalb der befragenden Einrichtung. Erwartungsgemäß werden in den meisten Städten andere Konsumräume eher selten aufgesucht, da es nur in wenigen Städten (Berlin, Frankfurt, Hamburg) mehr als einen Konsumraum gibt. Lediglich in Frankfurt geben die Befragten an, regelmäßig weitere Konsumräume aufzusuchen.

**Abbildung 34: Besuch anderer Konsumräume nach Stadt**

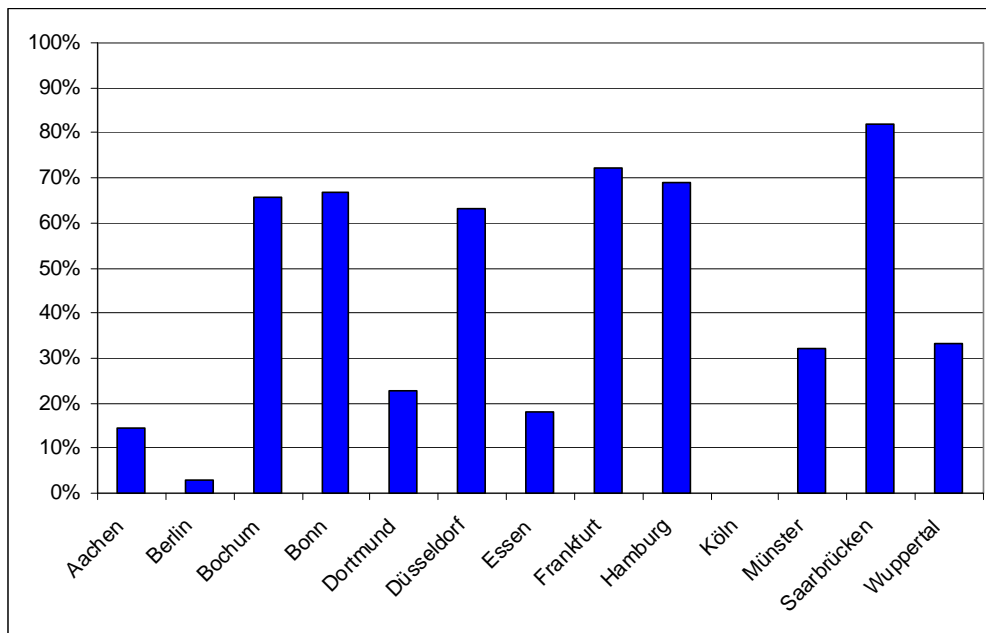


Die Nutzung von Konsumräumen durch Substituierte wird in den Städten sehr unterschiedlich angegeben (Abbildung 34). In den meisten Bundesländern ist Substituierten

<sup>4</sup> In Wuppertal ist hiermit überwiegend der Wuppertaler Konsumraum gemeint: Da die Befragung vor allem in einer anderen niedrigschwelligen Einrichtung durchgeführt wurde, taucht der Konsumraum als „andere Einrichtung“ auf, s.a. Abbildung 30.

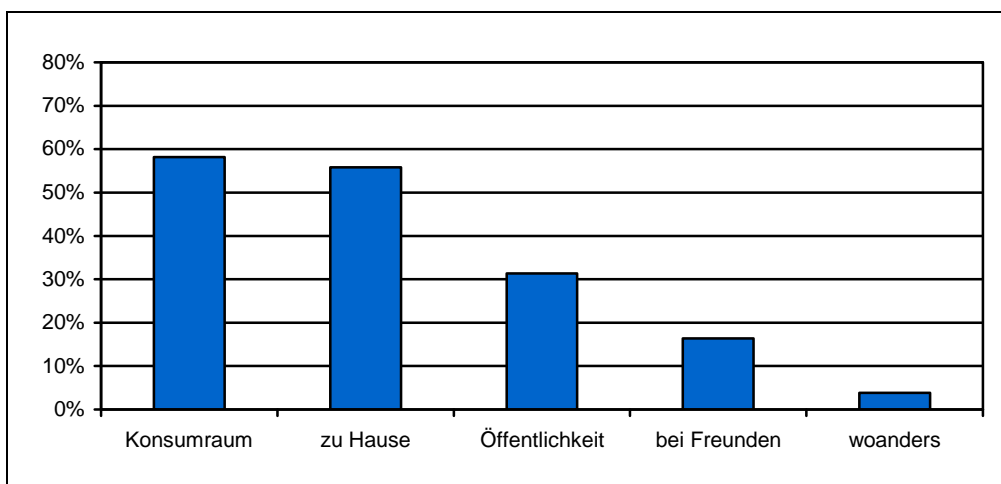
der Zugang zum Konsumraum nicht gestattet. Die folgende Abbildung zeigt jedoch, dass diese Gruppe durchaus Bedarf an diesem Angebot hat, denn Beikonsum gehört insbesondere zu Beginn der Substitutionsbehandlung zur Realität der Konsumenten dazu. Durch das Konsumraumverbot für diese Gruppe sind sie somit eines wichtigen Angebots beraubt.

**Abbildung 35: Nutzung von Konsumräumen durch Substituierte (30-Tagesprävalenz)**



Befragt nach den Orten, an denen sie konsumieren, geben die Befragten den Konsumraum am häufigsten an:

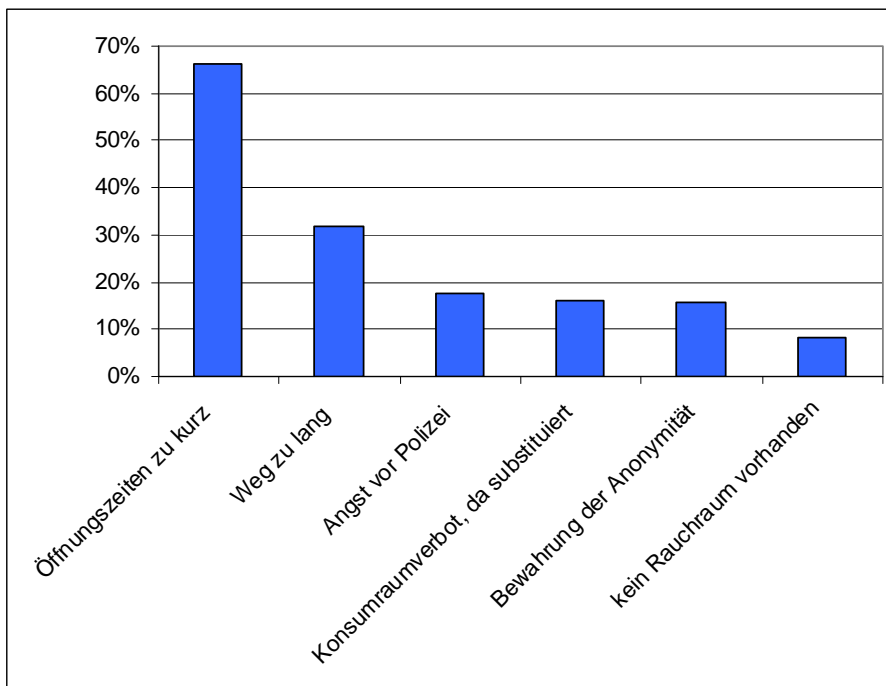
**Abbildung 36: Orte des Konsums (24-Stunden-Prävalenz, Mehrfachnennungen)**



Die überwiegende Mehrheit der Befragten gibt an, innerhalb der letzten 24 Stunden im Konsumraum oder in Privaträumen (zu Hause, bei Freunden) konsumiert zu haben. Ein knappes Drittel der Befragten (31%) gibt an, in der Öffentlichkeit konsumiert zu haben.

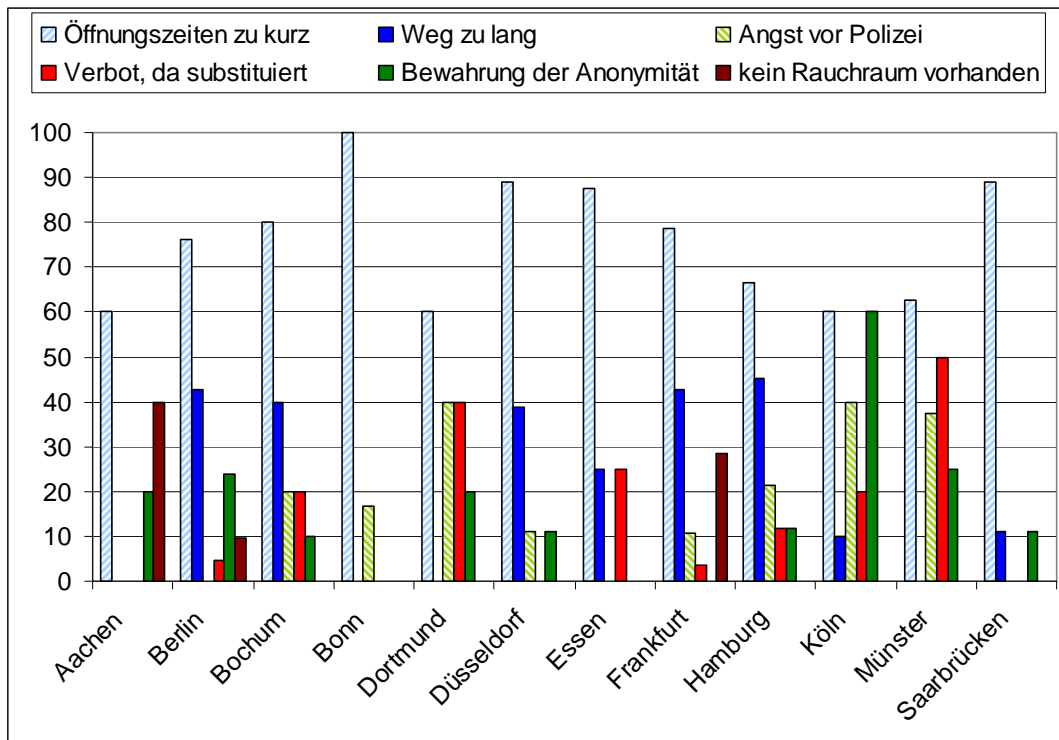
Die genannten Gründe für einen Konsum in der Öffentlichkeit sind in Abbildung 37 dargestellt. Dabei beziehen sich einige der Antworten auf die vor Ort vorhandenen Konsumräume, so werden die zu kurzen Öffnungszeiten der Konsumräume als häufigster Grund (von knapp zwei Dritteln) für öffentlichen Konsum angegeben, der Weg in die Einrichtung wird von knapp einem Drittel als zu lang empfunden. Angst vor der Polizei, ein Konsumraumverbot aufgrund der Substitutionsbehandlung sowie der Wunsch nach Anonymität (die in den meisten Konsumräumen nicht gegeben ist) werden jeweils von rund 15-20% angegeben, ein nicht vorhandener Rauchraum nur von rund 8%.

**Abbildung 37: Gründe für öffentlichen Konsum (24-Stunden-Prävalenz, Mehrfachnennungen)**



Bezogen auf die einzelnen Städte, ergibt sich das folgende Bild:

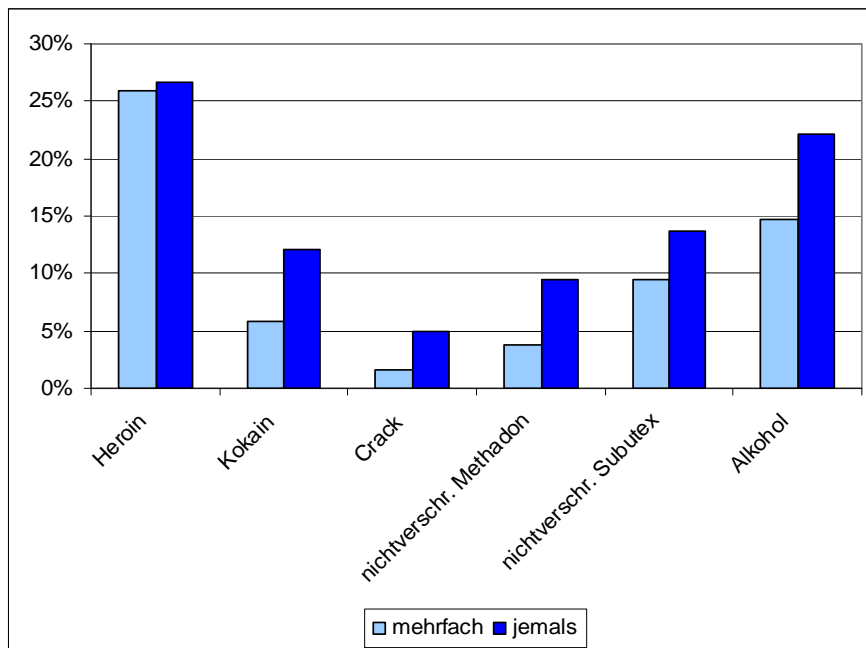
**Abbildung 38: Grund für öffentlichen Konsum nach Stadt (24 Stunden Prävalenz, Mehrfachnennungen)**



### 3.6 Konsum in Haft

604 Befragte (78,3%) haben Hafterfahrung. Diejenigen mit Hafterfahrung waren im Mittel 51 Monate inhaftiert (Median 36, Maximum 24 Jahre), wobei sich die Gesamthaftzeit im Mittel auf 3,8 (Median 3) verschiedene Inhaftierungen verteilt. Weniger als ein Drittel der Befragten (29,5%) mit Hafterfahrung geben an, in Haft substituiert (Langzeitsubstitution, keine Entgiftung) worden zu sein.

Abbildung 39: Drogenkonsum in Haft (Mehrfachnennungen)



Über ein Viertel der Befragten mit Hafterfahrung gibt an, während der Haft (jemals bzw. mehrfach) Heroin konsumiert zu haben. Annähernd so hohe Werte sind ansonsten nur noch in Bezug auf Alkohol zu verzeichnen. Andere Substanzen wurden nur von einem geringen Anteil der Befragten während der Haft konsumiert, wobei nichtverschriebene Substitutionsmittel hier im Gegensatz zu dem Konsum außerhalb der Haft eine größere Rolle spielen als Kokain oder Crack.

#### 4 Fazit

Durch die Szenebefragung 2008 wurden insgesamt 791 Zugehörige der Offenen Drogenszene in 13 bundesdeutschen Städten über 16 Einrichtungen der Drogenhilfe erreicht. Die standardisierte Befragung mittels eines umfassenden Fragebogens wurde zwischen Mai und Juli 2008 von Mitarbeitern der jeweiligen Einrichtungen durchgeführt. Nahezu Dreiviertel aller Befragten (72,6%) geben an, die jeweilige Einrichtung täglich bis mehrmals wöchentlich zu besuchen, was eine aussagekräftige Auswahl darstellt.

Bezüglich der in der Szenebefragung Erreichten ergeben sich dennoch einige Einschränkungen, die Folgen für die Repräsentativität der Ergebnisse haben können: Aufgrund des großen Umfangs des Fragebogens ist es denkbar, dass bestimmte Gruppen unterrepräsentiert sind, insbesondere jüngere und/oder Crackraucher ebenso wie Menschen mit geringen Deutschkenntnissen, während z.B. Substituierte oder psychosozial

stabilere Konsumenten überrepräsentiert sein können. Die Länge des Interviews stellt große Anforderungen z.B. an Geduld und Konzentration der Befragten, die bestimmte Gruppen besser meistern als andere.

Einige Items der Szenebefragung sind aufgrund der regional unterschiedlichen Ausgestaltung der Angebote der teilnehmenden Einrichtungen nicht überregional zu vergleichen. Bei der Auswertung der entsprechenden Items wurde auf die jeweiligen Probleme hingewiesen.

Von den 791 befragten Personen sind ein knappes Viertel weiblich (24,9 %), ein in etwa ebenso hoher Anteil der Befragten (24,6 %) hat einen Migrationshintergrund. Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 36,3 Jahre. Nur 11,1 % der Befragten sind zum Zeitpunkt der Befragung in einem regulären Beschäftigungsverhältnis. Über ein Drittel der erreichten Personen lebt in einer instabilen Wohnsituation.

Die gesundheitliche Situation der Befragten stellt sich wie folgt dar: Der Anteil der Befragten mit einer bekannten HIV-Infektion beträgt 4,8%, wobei die Anteile der Befragten in den Städten Düsseldorf, Frankfurt und Hamburg mit jeweils über 6% am höchsten liegen. Der Anteil der Befragten mit einer HCV-Infektion beträgt 53,4%. Hier stehen vor allem die Städte Bonn, Dortmund, Essen und Wuppertal heraus mit einem jeweiligen Anteil von knapp bzw. über 70% der Erreichten.

Der eigene psychische Zustand wird von nahezu allen Befragten schlechter beurteilt als der körperliche Zustand. Dieses Verhältnis gilt mit Ausnahme von Aachen und Essen für alle Städte.

Die Befragten nannten im Mittel 2,6 Krankheitssymptome. Schlafstörungen (63,3%) und Depressionen (52,1%) wurden dabei am häufigsten genannt, gefolgt von Atembeschwerden (35,6%), Magen-Darmbeschwerden (31,8%), Angstzuständen (30,7%) und Aggressivität (25,7%). Alle übrigen Krankheitssymptome werden von weniger als einem Viertel der Befragten genannt. Erfreulich stellt sich dar, dass nur eine Minderheit der Befragten von Symptomen betroffen zu sein scheinen, die auf die Nutzung unsauberer Spritzbestecks zurückführbar sind (Abszesse, offene Wunden – 18,3%). Auch Überdosierungen werden nur von einer kleinen Minderheit berichtet (8,6%). Andererseits gibt nicht einmal jeder Zehnte an, keine gesundheitlichen Probleme zu haben (9,4%).

Ein überraschendes Ergebnis ist der hohe Anteil der Substituierten (43%) unter den Befragten. Auch wenn ein Teil dieser Substituierten (14,5%) erst seit kurzer Zeit substituiert wird, bedarf der Umstand Erklärung, dass über niedrighschwellige Einrichtungen der Drogenhilfe (darunter auch Konsumräume) eine große Anzahl an substituierten Patienten erreicht wurde. Zum einen ließe sich vermuten, dass die Gruppe der Substituierten deshalb so stark in der Szenebefragung repräsentiert ist, da sie den oben beschriebenen Anforderungen, an einer 30 bis 45-minütigen Befragung teilzunehmen, am ehesten gerecht werden. Zum anderen ließe sich mutmaßen, dass der Anteil der Substituierten auf der Offenen Drogenszene tatsächlich dem hier angegebenen Wert entspricht. Der Auf-

enthalt in szenenahen Einrichtungen und der fortdauernde (Bei-) Konsum von Alkohol und Cannabis sind ein Anzeichen dafür, dass eine vollkommene Loslösung von der „Szene“ den Substitutionspatienten (noch) nicht möglich ist, da der regelmäßige Szeneaufenthalt Stabilität im Alltag verleiht und außerhalb dieser Szene häufig kaum soziale Kontakte bestehen. Der Handlungszwang der Drogenbeschaffung, der zuvor das Alltagshandeln strukturiert hat, entfällt, aber die Gewohnheit, sich im vertrauten Umfeld innerhalb der Subgruppe aufzuhalten, wird beibehalten, und auch der Hilfebedarf ist bei dieser Gruppe weiterhin vorhanden, auch nach niedrigschwelligen Angeboten.

Diese Mutmaßungen lassen sich auf Grundlage der vorliegenden Daten weder ausschließen noch bestätigen; vermutlich treffen beide genannten Gründe teilweise zu.

Unabhängig dieser Erklärungsversuche konnte durch die statistische Bildung von Clustergruppen gezeigt werden, dass eine der hier gebildeten Gruppen (Gruppe 3), welche vor allem aus Substituierten besteht, die hauptsächlich Cannabis und Alkohol konsumieren, allen übrigen Befragten in sozialen Bereichen überlegen ist. Die Vorteile zeigen sich insbesondere in Hinblick auf die Arbeits- und Wohnsituation. Bezüglich ihrer gesundheitlichen Situation unterscheidet sich die Gruppe nicht von den übrigen Befragten. Ferner lassen sich Unterschiede hinsichtlich der genutzten Hilfeangebote ausmachen. Die Befragten, die der Gruppe 3 zuzuordnen sind, nutzen erwartungsgemäß die Konsumräume selten, geben aber an, vor allem Café und Beratung zu benötigen.

Schließlich zeigt der hohe Anteil an Substituierten, dass auch diese Gruppe von niedrigschwelliger Hilfe erreicht wird und ein Hilfebedarf über die psychosozialen Begleitmaßnahmen der Substitutionsbehandlung hinaus besteht. Aus dieser Perspektive ist das in vielen Bundesländern bestehende Verbot, welches Substituierten den Zugang zu Konsumräumen verwehrt, kritisch zu hinterfragen.

Zur Ermittlung aktuell vorherrschender Konsummuster wurden die 24-Stunden-, die Monats- sowie die Lebenszeitprävalenz für folgende Substanzen ermittelt: Heroin, Kokainpulver, Crack, nicht-verschriebenes Substitutionsmittel, nicht-verschriebene Benzodiazepine, Speed/Amphetamine, Cannabis, Alkohol, Ecstasy (MDMA etc.). Die Gruppe der Befragten zeigt dabei sehr unterschiedliche Konsummuster. Heroin ist nach wie vor die gebräuchlichste Droge innerhalb der Offenen Drogenszene, während Crack nur in Hamburg und Frankfurt in nennenswertem Umfang konsumiert wird. Nach Heroin weisen die Substanzen Alkohol, Cannabis, Kokainpulver, Crack, nicht-verschriebene Benzodiazepine, nicht-verschriebene Substitutionsmittel, Speed und Ecstasy die höchsten Konsumprävalenzen auf (in der genannten Rangfolge).

Intravenöser Konsum ist die bevorzugte Konsumform, sowohl bei Heroin als auch bei Kokainpulver. Crack wird überwiegend geraucht, doch ebenfalls häufig injiziert.

Das Risikoverhalten liegt insgesamt auf einem hohen Niveau. Das gilt sowohl hinsichtlich des gemeinsamen Gebrauchs von Spritzen und Spritzenutensilien sowie dem Teilen von Drogen aus einer Spritze, wobei insbesondere der mehrfache Gebrauch der Spritze

(durch ein- und dieselbe Person) und das Teilen der Crackpfeife (unter mehreren Personen) häufig praktiziert werden. Vor allem letztere Praxis wird von einem sehr hohen Anteil der Befragten berichtet (60,2%). Angesichts des Wissens um eine mögliche Übertragung des Hepatitis C Virus' über diesen Weg und der hohen HCV-Prävalenzraten innerhalb der Stichprobe, erscheint hier eine konsequente Aufklärungsarbeit dringend notwendig.

Für den Strafvollzug ist erwartungsgemäß über ein noch höheres Maß an riskanten Konsumgewohnheiten berichtet worden. Auch gibt es einige regionale Unterschiede, so wird aus Frankfurt ein häufigeres Risikoverhalten berichtet, was mit dem höheren Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund zusammenhängen könnte. Migranten können (z.B. infolge von Verständigungsproblemen) möglicherweise nicht in gleichem Maße von Safer-Use-Botschaften erreicht werden. Trotz umfassender Safer-Use-Angebote wie Sprizentausch und Konsumräumen gibt es also weiterhin Handlungsbedarf, risikoarme und schadensminimierende Konsumpraktiken zu vermitteln.

Bei den Themen Hilfebedarf und Hilfenutzung ist auffällig, dass die geäußerten Bedarfe und die tatsächliche Inanspruchnahme auseinander fallen. Als wichtigste Hilfeangebote werden Café, Beratung, Konsumräume, Sprizentausch, medizinische Versorgung, Substitution, Entgiftung, Schlafplätze und Cleantherapie benannt (in dieser Rangfolge). Betrachtet man die tatsächliche Inanspruchnahme wird die Rangliste vom Besuch von Cafés/Kontaktläden angeführt; 62,5% geben an, dieses Angebot täglich bis mehrfach wöchentlich zu nutzen. Es folgen die Nutzung von Konsumräumen (49,1% tägliche bzw. mehrfach wöchentliche Besucher), Sprizentauschprogrammen und der medizinischen Versorgung. Die im Fragebogen vorgesehene Differenzierung diverser Beratungsangebote (Suchtberatung, Schuldenberatung, Rechtsberatung und sonstige Beratung) hat sich als nur bedingt sinnvoll erwiesen. In der praktischen Arbeit lassen sich scheinbar die Beratungsthemen nicht klar voneinander abgrenzen, zudem ist es möglich, dass „Beratung“ unterschiedlich definiert wird.

Betrachtet man die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Hilfsangebote differenziert nach Städten, so zeigen sich hinsichtlich der Nutzung der Cafés/Kontaktläden kaum nennenswerte Unterschiede. Die regelmäßige Inanspruchnahme der Konsumräume hingegen variiert zum Teil erheblich von Stadt zu Stadt. Den höchsten Anteil an regelmäßigen Konsumraumnutzern haben demnach die Städte Saarbrücken (74,3%) und Bonn (67,9%) zu verzeichnen. Demgegenüber sind nur ca. 40% der Befragten aus Köln und Dortmund regelmäßige Konsumraumnutzer. Ob diese Differenzen jedoch allgemeingültige Aussagekraft haben oder auf die spezifische Auswahl (Rekrutierungssituation) der Befragungsteilnehmer zurückzuführen ist, lässt sich auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht mit Gewissheit sagen.

Zur Konsumraumnutzung in Frankfurt ist auf eine städtespezifische Besonderheit hinzuweisen: in Frankfurt war nur das *La Strada* (Träger: AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.) an der Szenebefragung beteiligt, die Antworten für Frankfurt beziehen sich also lediglich

auf das La Strada. Da weitere Konsumräume in der Stadt existieren, ist der Anteil der Besucher „anderer Konsumräume“ hoch.

Entsprechend der großen Inanspruchnahme der Konsumräume geben 58% der Befragten an, innerhalb der letzten 24 Stunden dort konsumiert zu haben. 56% haben innerhalb dieses Zeitraumes (auch) zu Hause bzw. 16% bei Freunden konsumiert. Ein knappes Drittel der Befragten (31%), gibt an, (auch) in der Öffentlichkeit konsumiert zu haben. Die zu kurzen Öffnungszeiten der Konsumräume werden hierfür als wichtigster Grund benannt. Hier wäre eine mögliche Konsequenz, die Öffnungszeiten zu verlängern, andererseits zeigen die Ergebnisse, dass auch bei fast durchgängigen Öffnungszeiten (in Hamburg) dennoch öffentlicher Konsum stattfindet.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass mit der Szenebefragung 2008 ein erfolgreicher Versuch unternommen wurde, erstmalig bundesweit Daten zu praktizierten Konsummustern, Safer-Use-Verhalten, gesundheitlichen Aspekten des Drogengebrauchs, Hilfebedarfen, strafrechtlichen Konsequenzen des Drogengebrauchs zu erheben und auszuwerten.

Die Ergebnisse zeugen von den positiven Effekten der Arbeit der Drogenhilfe, weisen an manchen Punkten aber zugleich auch auf die Notwendigkeit fortdauernder Anstrengungen zur Sicherung des gesunden Überlebens der Drogenkonsumenten hin.

## Literatur

- Prinzleve, M., Martens, M.-S., Haasen, C. (2004): Alles nur noch Crack? Mythen und Fakten zum Crackkonsum am Beispiel der "offenen Drogenszene" in Hamburg, Stadtteil St. Georg. In: Stöver, H., Prinzleve, M. (Hrsg.): Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote, Freiburg im Breisgau; Lambertus; S. 179-88.
- Prinzleve, M., Müller O., Werse, B., Bernard, C. (2005): MoSyd Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main: Centre for Drug Research, Frankfurt.
- Vertheim, U., Haasen C., Prinzleve, M., Degkwitz, P., Krausz, M. (2001): Cocaine use and the utilisation of drug help services by consumers of the open drug scene in Hamburg. *European Addiction Research* 7(4):176-83.
- Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P., Vertheim, U. (2001): Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Großstädten. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Zurhold, H., Müller, O. (Hrsg.) (2007): Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie aus Frankfurt am Main. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

## Danksagung

Die Autoren danken der Deutschen Aidshilfe e.V. für die finanzielle Unterstützung sowie den folgenden Trägern der Drogenhilfe für die finanzielle und personelle Unterstützung bei der Durchführung der Szenebefragung:

Suchthilfe Aachen, Caritas

Fixpunkt e.V., Berlin

Vista gGmbH, Berlin

Krisenhilfe e.V., Bochum

Verein für Gefährdete e.V. –VfG, Bonn

Café Kick, AIDS-Hilfe Dortmund

Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.

Suchthilfe direkt Essen gGmbH

La Strada, AIDS-Hilfe Frankfurt/a.M.

Jugendhilfe e.V. Hamburg

Ragazza e.V., Hamburg

Fixpunkt STEP gGmbH, Hannover

SKM-Drogenhilfe e.V., Köln

INDRO e.V., Münster

Drogenhilfezentrum Saarbrücken gGmbH

Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e. V., Wuppertal.

Kontaktadressen:

<b>Arbeitskreis Konsumraum</b> <a href="http://www.konsumraum.de/">http://www.konsumraum.de/</a>	<b>Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD)</b>
Jürgen Klee AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. La Strada Drogenhilfe & Prävention Mainzer Landstraße 93 60329 Frankfurt am Main Tel.: 069 / 23 10 20 Fax: 069 / 23 10 04 Mail: lastrada@frankfurt.aidshilfe.de	Katja Thane Postfach 20 17 31 20207 Hamburg Tel. 040 / 7410 57906 Fax 040 / 7410 58351 email: k.thane@uke.uni-hamburg.de www.isd-hamburg.de