

Abschlussbericht

Szenebefragung Mannheim

2021/2022

Bernd Werse, Gerrit Kamphausen und Maike Sinaed O'Reilly

Vorwort von Peter Schäfer und Carolin Käser

August 2022

gefördert durch die Stadt Mannheim (Jugendamt und Gesundheitsamt)

Inhalt

Vorwort	3
0 Zusammenfassung.....	5
1. Einleitung.....	8
2. Methode und Durchführung	9
3. Ergebnisse.....	11
3.1 Soziodemographische Daten.....	11
3.2 Substanzkonsum.....	13
3.3 Intravenöser Konsum, Risikoverhalten beim Konsum und Überdosen	16
3.4 Gesundheit, Substitution und Drogenhilfe.....	17
3.5 Fragen zu einem möglichen Konsumraum.....	20
3.5.1 Generelle Nutzungsabsicht.....	20
3.5.2 Mögliche Änderungen des Konsumverhaltens	21
3.5.3 Erfahrungen mit anderen Konsumräumen	22
3.5.4 Mögliche Gründe gegen Konsumraumnutzung	22
4. Diskussion.....	23
5. Danksagung	26

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Lebenszeitprävalenz gängiger Drogen (%).....	13
Abbildung 2: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz gängiger Drogen (%).....	14
Abbildung 3: Konsumhäufigkeit gängiger Drogen unter denjenigen, welche die jeweilige Substanz in den letzten 30 Tagen konsumiert haben (%).....	15
Tabelle 1: Nutzung der Angebote der Drogenhilfe (%).....	19

Vorwort

Liebe Bürger*innen Mannheims und Interessierte,

bereits seit 1999 gibt es erste dokumentierte Bedarfsmeldungen und Vorstöße hinsichtlich der Einrichtung eines Drogenkonsumraums für Mannheim. Jedoch standen damals die fehlenden gesetzlichen Voraussetzungen der Realisierung des Angebotes entgegen.

Insbesondere 2013 verschlimmerte sich die Situation durch eine auflebende Mannheimer Drogenszene mit individuellen und stadtgesellschaftlichen Auswirkungen. Dies hatte zur Folge, dass die bereits etablierten ordnungsrechtlichen Maßnahmen und sozialarbeiterischen Hilfeangebote im Rahmen der Suchthilfestrategie „Repression und Hilfe“ weiter ausgebaut wurden.

Die ergriffenen Unterstützungsangebote werden als bedarfsgerecht und notwendig eingeschätzt und sind heute noch ein wichtiger Bestandteil in der Suchthilfeversorgung, für die Klient*innen sowie die Stadtgesellschaft. Dennoch zeichnete sich 2018 – bereits vor der Corona-Pandemie – ab, dass die Grenzen des bisherigen Suchthilfeangebots erreicht sind und ein nennenswerter Mehrbedarf der Klient*innen nicht von den Fachkräften versorgt werden kann. Dies wurde auch in der Politik wahrgenommen, sodass zwei Mannheimer Parteien Prüfanträge hinsichtlich der Errichtung eines Drogenkonsumraums einreichten. Auch fand 2018 zu dieser Thematik ein komplexer europäischer Erfahrungsaustausch im Rahmen des EFUS-SolidIFY-Audits in Mannheim statt. Aufgrund der weiterhin fehlenden Rechtsverordnung, die die Einrichtung eines Drogenkonsumraums in Baden-Württemberg legitimiert, wurden entsprechende Bestrebungen auf kommunaler Ebene damals ausgesetzt.

Seit 2019 ermöglicht eine vorläufige Rechtsverordnung der Landesregierung Baden-Württemberg den Betrieb von Drogenkonsumräumen. Nach der dreijährigen Pilotphase wurde die Verordnung zum 26. Juli 2022 dauerhaft verlängert und bietet den interessierten baden-württembergischen Kommunen einen gesicherten Planungs- und Handlungsrahmen.

Mit dieser politischen Neuausrichtung und Perspektive sowie der anhaltenden Bedarfsmeldungen von Seiten der Suchthilfeeinrichtungen und Stadtteilakteure wurde 2019 die Projektarbeitsgruppe Konsumraum unter der Federführung der Kommunalen Suchtbeauftragten (KSB) reaktiviert. In diesem Rahmen entstand und besteht eine überaus konstruktive, engagierte und multiprofessionale Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteuren in Mannheim (Suchthilfe, Strafverfolgung, Suchtmedizin, Quartiersmanager*innen, Stadtverwaltung), um sich den Fragestellungen der politischen Prüfanträge fachlich zu stellen. Neben der fachlichen und lokalen

Expertise war es dem Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt ein Anliegen, die unmittelbaren Bedarfsmeldungen mithilfe von objektiv messbaren, wissenschaftlichen Daten einer neutralen Institution anzureichern und als Konzeptions- und Strategiegrundlage mit zu nutzen.

Dies ist im Rahmen eines Kooperationsprojekts mit dem Centre for Drug Research (CDR) der Goethe-Universität Frankfurt am Main gelungen. Für die stets gute Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Werse und Kolleg*innen möchten sich der Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt an dieser Stelle herzlichst bedanken.

Wir freuen uns außerordentlich, Ihnen nun die erste Szenebefragung für die Stadt Mannheim vorstellen zu können. Sie gibt vertiefende und differenzierte Einblicke in die Mannheimer Drogenszene und legt individuelle, konsumbedingte Gesundheitsrisiken und weiterreichende Bedarfe von suchterkrankten Menschen offen. Darüber hinaus werden auch stadtgesellschaftliche Auswirkungen und Bedarfe mit berücksichtigt. Die Szenebefragung liefert uns –als beauftragten und ausführenden Organen – wichtige Hinweise für eine zielgruppenspezifische und nachhaltige Weiterentwicklung der Suchtangebote Mannheims und soll auch Ihnen Einblicke in unser Tun ermöglichen.

Dr. Peter Schäfer

Fachbereichsleiter Jugendamt und Gesundheitsamt

Carolin Käser

Kommunale Suchtbeauftragte Mannheim

Mannheim, August 2022

0 Zusammenfassung

101 Drogen konsumierende Personen aus der ‚offenen Szene‘ in Mannheim wurden zwischen Dezember 2021 und Februar 2022 mittels eines Tablet-gestützten Fragebogens zu diversen Aspekten des Szenelebens befragt. Kontaktiert wurden die 76 Männer und 25 Frauen über Mitarbeiter*innen der Drogenhilfe, direkte Ansprache an Szenetreffpunkten oder Weitervermittlung durch bereits Interviewte.

Mehr als die Hälfte der durchschnittlich 45 Jahre alten, mehrheitlich ledigen Befragten haben eigene Kinder, die bis auf Einzelfälle nicht bei den Betreffenden selbst wohnen. Knapp ein Fünftel lebt in prekären Wohnverhältnissen; rund die Hälfte verfügt über eine eigene Wohnung. 82% wohnen in der Stadt Mannheim. Während rund drei von fünf einen Berufsabschluss haben, sind mehr als drei Viertel arbeitslos, im Schnitt seit fünf Jahren. Die Befragten besuchen durchschnittlich seit fast 12 Jahren die Mannheimer ‚Drogenszene‘. 71% waren mindestens einmal in Haft, die Mehrheit dieser Personen mindestens drei Jahre lang.

Größtenteils haben die Interviewpartner*innen Konsumerfahrungen mit einer Reihe (durchschnittlich rund neun) unterschiedlicher legaler und illegaler Drogen. Jeweils etwa die Hälfte hat in den zurückliegenden 24 Stunden Alkohol und/oder Cannabis konsumiert, jeweils rund ein Drittel Benzodiazepine oder Pregabalin (Lyrica®) und rund ein Viertel Heroin. Bei Kokain und Speed (Amphetamin) beträgt dieser Wert jeweils 12%; diese Substanzen wurden von insgesamt 40% bzw. 33% mindestens einmal im letzten Monat konsumiert. Auch bei Heroin und mit Abstrichen auch Benzodiazepinen gibt es erhebliche Anteile Befragter, die nicht täglich, aber mindestens monatlich konsumieren. Darüber hinaus spielen medizinische Opioide (u.a. Fentanyl), nicht verschriebene Substitutionsmittel und Crack eine (geringe) Rolle im Konsumgeschehen. In den letzten 24 Stunden wurden durchschnittlich 2,3, in den letzten 30 Tagen 3,9 verschiedene Substanzen konsumiert.

85% haben Erfahrungen mit intravenösem (i.v.) Drogenkonsum; 35% spritzen sich mindestens einmal pro Monat Substanzen, am häufigsten Kokain oder Heroin. 21% konsumieren täglich intravenös. Der weitaus größte Teil des i.v. Konsums findet in privaten Wohnungen statt, gefolgt von Parkhäusern, Straßen und Parks. Nahezu alle i.v. Konsumierenden sind beim Konsum zumindest manchmal alleine. Knapp die Hälfte benutzt Spritzen bzw. Kanülen mehr als einmal, etwa ein Viertel teilt zumindest gelegentlich Spritzenutensilien mit anderen.

Gut die Hälfte der Befragten hat mindestens einmal eine Überdosis erlitten, im Schnitt etwa vier Mal. Die mit Abstand am häufigsten genannte hauptverantwortliche Droge war Heroin, gefolgt von Kokain, Fentanyl und Benzodiazepinen. Der Konsum „zu vieler“ unterschiedlicher Substanzen wurde

als häufigster Grund für eine Überdosis genannt, gefolgt von unbekannter Drogenqualität. Nur rund die Hälfte der Betroffenen hatte bei ihrer letzten Überdosis professionelle Hilfe erhalten.

Viele Befragte hatten in den letzten drei Monaten gesundheitliche Beschwerden, darunter diverse körperliche wie auch psychische Symptome; auch Hepatitis C und in einigen Fällen HIV spielen eine gewisse Rolle. 70% befinden sich aktuell in Opioidsubstitution, durchschnittlich seit etwa neun Jahren. Rund ein Viertel der aktuellen Heroinkonsument*innen würden gerne mit Diamorphin substituiert werden.

94% der Befragten haben mindestens einmal in den letzten drei Monaten ein Drogenhilfeangebot genutzt, 74% auch wöchentlich, am häufigsten niedrigschwellige Angebote zur Überlebenshilfe, aber auch Beratungsgespräche und mit Abstrichen auch andere Formen von Beratung und Therapie.

Mit wenigen Ausnahmen halten die Interviewpartner*innen einen Drogenkonsumraum (DKR) für ein sinnvolles Angebot in Mannheim; 54% geben an, einen solchen auch selbst nutzen zu wollen. Aktuell intravenös Konsumierende würden einen DKR häufiger nutzen als andere, aber ein signifikanter Anteil würde dort auch andere Applikationsformen (nasal oder inhalativ) praktizieren. Rund die Hälfte derer mit Nutzungsabsicht würde täglich den Konsumraum aufsuchen. Eine Minderheit würde, wenn es einen DKR gäbe, auch andere Angebote der Drogenhilfe stärker nutzen.

Laut Angaben der Befragten würde sich bei Existenz eines Konsumraumes in den meisten Fällen nichts am Konsumverhalten ändern. Mehrheitlich wurde auf die Vorteile eines DKR verwiesen, v.a. was individuelle Sicherheit (u.a. vor Überdosen), bessere Hygiene sowie Reduktion des Konsums in der Öffentlichkeit angeht. Nur in Einzelfällen wurden negative Effekte eines DKR erwartet. Mehr als die Hälfte hat mindestens einmal einen Konsumraum in einer anderen Stadt, zumeist Frankfurt, genutzt. Dabei wurden weit überwiegend positive Erfahrungen gemacht. Als für eine DKR-Nutzung notwendige Bedingungen wurden am ehesten die Gewährleistung von Privatsphäre und Anonymität genannt; zudem sollte sich der Raum in zentraler Lage befinden, ohne Polizeikontrollen im direkten Umfeld. Ansonsten wäre neben dem Umstand, dass nicht aktuell i.v. konsumiert wird, für eine kleine Minderheit die Vorliebe für Konsum in der eigenen Wohnung ein Grund, einen DKR nicht zu nutzen.

Insgesamt handelt es sich bei den Befragten um eine vergleichsweise alte, mehrheitlich in prekären Lebensumständen befindliche Population mit einer starken Bindung an die Stadt Mannheim. Zwar konsumiert nur rund ein Drittel aktuell intravenös, dies aber weit überwiegend in unsicherer Umgebung, nicht selten auch ohne Gesellschaft, weshalb ein hohes Risiko für Überdosen besteht. Gleichzeitig wird nicht nur von den i.v. Konsumierenden eine hohe Bereitschaft signalisiert, einen

Drogenkonsumraum nutzen zu wollen, auch für andere Konsumformen. Dadurch wäre nicht nur eine Reduktion lebensbedrohlicher Notfälle, sondern auch eine Entlastung der Öffentlichkeit und ggf. auch eine höhere Nutzung von Hilfsangeboten zu erwarten.

1. Einleitung

Der vorliegende Bericht präsentiert und diskutiert die Ergebnisse einer quantitativen Befragung von 76 männlichen und 25 weiblichen Angehörigen der „Drogenszene“¹ in Mannheim. Wie im Vorwort erwähnt, ist die Befragung Teil eines Kooperationsprojektes der Stadt Mannheim mit dem Centre for Drug Research an der Frankfurter Goethe-Universität.

Wie in anderen Großstädten existiert auch in Mannheim ein Umfeld von marginalisierten, kompulsiven Drogenkonsumierenden, dem regelmäßig mediale, öffentliche und politische Aufmerksamkeit zu Teil wird. Mit Blick auf diese Zielgruppe existieren aktuell in Mannheim unterschiedliche Hilfsangebote, die innerhalb der städtischen Gremien regelmäßig Thema sind. Jedoch haben sich das Erscheinungsbild der Drogenszene, ihre Zusammensetzung und auch die dominanten Konsumgewohnheiten in jüngster Zeit gewandelt. Aufgrund der Veränderungen und den wenigen verfügbaren und belastbaren Daten sind einige nähere Spezifika dieses Umfeldes unklar, u.a. die Frage, welche Drogen in welchem Ausmaß, mit welchen Konsumformen und mit welchen Folgen konsumiert werden, sowie, welche (zusätzlichen) Bedarfe im Hinblick auf Hilfsangebote bestehen. Ziel des Kooperationsprojekts ist daher, die Mannheimer Drogenszene näher zu beschreiben und die spezifische Ausprägung der Szene vor Ort sowie ihre evtl. Besonderheiten zu eruieren. Durch dieses Vorgehen können gewandelte Bedarfe und Problemlagen innerhalb der Szene identifiziert werden. Das so generierte Wissen kann im Anschluss zu einer Weiterentwicklung und zur potenziellen Verbesserung der vorhandenen Hilfemaßnahmen beitragen. Von Interesse ist hier vor allem, inwiefern die Eröffnung eines Drogenkonsumraums sinnvoll sein könnte, aber auch die Frage nach etwaiger Ausweitung der Substitution etwa durch Diamorphin-Behandlung.

Insgesamt wurde so ein großer Datensatz generiert, der hier in Gänze vorgestellt wird, teils jedoch absichtlich kurzgehalten, um sich zielgerichtet auf die wichtigsten Resultate zu konzentrieren. Von besonderem Interesse sind dabei die soziodemographischen Daten, zentrale Kennzahlen des aktuellen individuellen Drogenkonsums der Teilnehmenden und dabei insbesondere des intravenösen Konsums, etwaiges Risikoverhaltens bei selbigem und eventuell erlebte Überdosierungen. Die Daten zur Substitutionsbehandlung, in der sich ein Großteil der Befragten befindet, sind ebenfalls detailliert enthalten.

¹ Der Einfachheit bzw. Kürze halber wird im Folgenden zumeist nur von der „Drogenszene“ die Rede sein. Damit gemeint sind jene Personengruppen, die sich häufig in der Öffentlichkeit aufhalten, u.a., um dort illegale Drogen zu konsumieren und die besonders häufig von prekären Lebensverhältnissen betroffen sind. Zu betonen ist, dass auch außerhalb dieses Umfeldes in der Stadt Mannheim illegale Drogen konsumiert werden.

Abschließend werden die präsentierten Daten diskutiert, insbesondere mit Blick auf die Sinnhaftigkeit etwaiger weiterer Maßnahmen für Drogenhilfe und Schadensminimierung.

2. Methode und Durchführung

Als Grundlage für das Erhebungsinstrument der Befragung diente die MoSyD-Szenebefragung², welche sich in Frankfurt bewährt hat. Der Fragebogen wurde überarbeitet und dabei an die lokalen Mannheimer Begebenheiten und die spezifische Fragestellung (u.a. Meinungsfragen zur subjektiven Sinnhaftigkeit von Drogenkonsumräumen, zum Interesse an einer Diamorphin-Substitution und zum allgemeinen Nutzungsverhalten der Drogenhilfeeinrichtungen) angepasst. Die Endversion des Fragebogens enthält circa 45 Frageblöcke mit bis zu fünfzehn Antwortkategorien. Die Fragebogenstruktur gliedert sich in mehrere Themenkategorien: Soziodemographische Charakteristika, aktuelle und vergangene Drogenkonsumgewohnheiten (Substanzen sowie Applikationsformen), Substitutionsstatus, konsumbezogenes Risikoverhalten (z.B. Spritzentausch), Nutzung der Hilfeeinrichtungen, subjektiver Gesundheitszustand, Erfahrungen mit Drogen-Überdosierungen und Meinungsfragen zu möglichen weiteren Hilfsangeboten.

Die Befragung wurde mittels eines digitalisierten Fragebogens auf Tablets durch fünf Personen durchgeführt, vier studentische Befragter*innen aus Mannheim sowie einer Mitarbeiterin des CDR. Die studentischen Mitarbeiter*innen, drei Frauen und ein Mann, erhielten im Vorfeld eine Schulung zum Aufbau des Fragebogens, den Zielen der Erhebung und zur Interviewtechnik, zudem erfolgte durch das Streetwork-Team des Drogenverein Mannheim (DVM) eine kurze Einführung zum räumlichen Aufenthalt der lokalen Drogenszene.

Die Kontaktaufnahme mit möglichen Interviewpartner*innen erfolgte entweder vermittelt über die Sozialarbeiter*innen des DVM oder im Café Anker sowie über die direkte Ansprache an sogenannten szenebekanntem Orten. Hier waren v.a. zwei Orte relevant: der sog. 'Taxistand' in der Nähe der Abendakademie und der Hanielpark. Die einzelnen Interviews fanden face-to-face statt und dauerten, je nach Zustand und Gesprächsbereitschaft des/der Interviewten, zwischen 30 und 45 Minuten. Jede*r Teilnehmende erhielt eine Aufwandsentschädigung in Höhe von fünf Euro. Der Erhebungszeitraum deckt ungefähr den Winter 2021/22 ab (02.12.21 – 18.02.22). Durch die SARS-CoV-2-Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen in den Hilfeeinrichtungen (Einschränkung des Cafébetriebes, limitierte Platzzahl) war es teils schwieriger, direkt in den Einrichtungen die zu

² Aktuell: Kamphausen, G. & Werse, B. (2021): [MoSyD Szenestudie 2020](#). Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt a.M.

befragenden Personen anzutreffen. Erschwerend kam zusätzlich hinzu, dass die Erhebung (anders als etwa die regelmäßige Frankfurter Szenebefragung) in der kalten Jahreszeit durchgeführt wurde. Die Kontaktaufnahme sowie die Durchführung der Interviews fand daher zum Großteil im Freien bei herausfordernden klimatischen Bedingungen statt. Häufig war es schwierig, einen geschützten Platz oder einen Innenraum zu finden, die Interviewer*innen konnten daher meist nur kurz, für eine oder zwei Stunden, Interviews durchführen. Da es mit Ausnahme tagesbedingter Schwankungen bei der Kontaktaufnahme zu keinen größeren Problemen kam, konnte die Befragung dennoch wie geplant durchgeführt werden. Zu verdanken ist dies auch dem Engagement der Streetworker*innen des DVM, die als „Türöffner“ fungierten, im Vorfeld unter ihren Klient*innen für die Befragung warben und durch ihre Beziehung zur Zielgruppe aktiv Hemmungen und Schwellen abbauen konnten. Die angetroffenen Personen waren in den meisten Fällen der Befragung gegenüber sehr aufgeschlossen und zeigten sich z.T. auch sehr interessiert. Motivierend war neben der Aufwandsentschädigung von 5 Euro auch die Möglichkeit mit einer 'neutralen' Person über den Szenealltag und die damit einhergehenden Belastungen zu sprechen. Probleme bei der Interviewdurchführung traten eher selten auf, etwa bei einzelnen besonders misstrauischen Personen aus der Szene. In einem Fall berichtete eine Interviewerin über anzügliche und sexualisierte Kommentare von männlichen Szenegängern, die von ihr als sehr unangenehm empfunden wurde. Hierbei handelt es sich jedoch rückblickend um einen Einzelfall, der von der Interviewerin sehr gut aufgefangen und bewältigt wurde.

Die angestrebte Fallzahl von 100 Interviews wurde mit 101 Personen sogar leicht übererfüllt. In aller Regel entspricht ein Prozentpunkt im Datensatz einer realen Person, in einzelnen Fällen kann es jedoch zu Abweichungen kommen bzw. durch Rundungen z.B. dazu kommen, dass eine Summe von Prozentzahlen rechnerisch 101% ergibt. Die Analyse der Daten wurde mit deskriptiver Statistik und bewährten statistischen Koeffizienten vorgenommen. Aufgrund der für eine quantitative Erhebung eher kleinen Stichprobe zeigten sich überwiegend keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Subgruppen; wenn dies dennoch der Fall war, ist dies im Text wiedergegeben. Verwendet wurde dabei der Chi²-Test zur Überprüfung von Verteilungsunterschieden sowie varianzanalytische Verfahren (ANOVA) zur Prüfung von Mittelwertunterschieden. Zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse ist jeweils der Wert des Koeffizienten und das Signifikanzniveau bzw. die Irrtumswahrscheinlichkeit angegeben. Dabei bedeutet eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ (*), dass die gefundenen Unterschiede zwischen Teilstichproben mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% kein Zufallsprodukt darstellen, also statistisch signifikant sind. Bei $p < 0,01$ (**) beträgt diese Wahrscheinlichkeit 99%, bei $p < 0,001$ (***) 99,9%. Erreicht ein Unterschied keine statistische Signifikanz, so wird dies mit n.s. gekennzeichnet.

Bei einigen Fragen (u.a. Meinungsfragen zu einem etwaigen Konsumraum sowie zur Diamorphin-Behandlung) wurden auch die qualitativen Daten im dazugehörigen Textfeld überblicksartig ausgewertet. Im Verlauf des gesamten Projektes wurden Genderaspekte berücksichtigt; bei wichtigen Kennzahlen wurden dabei auch statistische Geschlechtervergleiche vorgenommen. In einschlägigen Studien wird der Anteil von Frauen unter den Szenegänger*innen meist auf circa 25% geschätzt; dieses Verhältnis wurde auch in der Befragung berücksichtigt. Hinzugefügt werden muss jedoch, dass die Befragung aufgrund der standardisierten Erhebung lediglich Einblicke in geschlechtsspezifische Belastungen des Szenelebens bereiten kann.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu allen Fragen der Erhebung präsentiert. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den wichtigsten soziodemographischen Daten, den Angaben zum Substanzkonsum einschließlich intravenösem Konsum sowie zum Risikoverhalten beim Konsum und Überdosen, aber auch zur Substitution und der Nutzung der Angebote der Drogenhilfe in Mannheim.

3.1 Soziodemographische Daten

Insgesamt wurden 101 Personen befragt. Davon waren 76 männlich und 25 weiblich. Zum Zeitpunkt der Befragung betrug das Durchschnittsalter 45 Jahre (Median: ebenfalls 45 Jahre), die Altersspanne reicht von 29 bis 62 Jahre. Das Durchschnittsalter nach Geschlecht unterscheidet sich kaum: Männer waren zum Zeitpunkt der Befragung durchschnittlich 45 Jahre alt, Frauen ein Jahr jünger. Mit 55% ist der Großteil ledig, 19% in einer Partnerschaft, 15% geschieden und 8% verheiratet. Frauen sind signifikant häufiger verheiratet oder in einer Partnerschaft (52%) als Männer (18%; $\chi^2=13,0$; *). Etwas mehr als die Hälfte der Befragten hat eigene Kinder (56%). Die meisten Kinder (betrifft 37% aus der Gruppe der Teilnehmenden mit Kindern) sind zum Zeitpunkt der Befragung bereits erwachsen. Minderjährige Kinder leben meist beim anderen Elternteil (26% der Teilnehmenden mit Kindern), bei weiteren 12% leben die Kinder bei Verwandten, bei 7% sind sie im Heim sowie bei 2% bei Pflegeeltern untergebracht. Bei 11% sind mehrere Kinder auf unterschiedliche Weise untergebracht³. Zwei Befragte (4%) geben an, dass das Kind bei der Person selbst und der Kindsmutter lebt⁴.

³ Unter den Personen mit unterschiedlich untergebrachten Kindern gibt niemand an, dass eines der Kinder bei ihnen selbst leben würde.

⁴ Eine weitere Person nennt als sonstige Unterbringung „zu Hause“ (?).

Etwas mehr als die Hälfte (51%) der Teilnehmenden gibt an, aktuell in einer eigenen Wohnung zu leben, 11% sind obdachlos. 10% der Befragten leben gemeinsam mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin, 9% bei den Eltern, weitere 6% leben in einer Wohngemeinschaft, 5% bei Freund*innen (ohne eigenes Zimmer) und 4% im betreuten Wohnen. Unter den sonstigen Antworten gibt es eine Person in einer Notschlafstelle, zwei „beim Bruder“, einen in der Wohnung der Mutter, einen im Wohnheim und einen im „halbbetreuten Wohnen“. Insgesamt mindestens 17% der Befragten leben in Wohnverhältnissen, die als prekär beschrieben werden können (obdachlos, bei Freund*innen oder Notschlafstelle, plus evtl. einzelne „sonstige“). Keine der befragten Frauen gibt an, obdachlos zu sein (Männer: 15%); sie leben auch etwas häufiger in einer eigenen Wohnung (64% vs. 46%; n.s.). Für ein Viertel der Teilnehmenden hat sich die Wohnsituation während der Covid-19-Pandemie verschlechtert. Der gemeldete Wohnsitz ist weit überwiegend in Mannheim (82%). Insgesamt 12% sind im Umland gemeldet (Rhein-Neckar), davon am häufigsten in Rheinland-Pfalz (5%), gefolgt von Hessen (4%) und Baden-Württemberg (3%); 6% haben aktuell keinen gemeldeten Wohnsitz.

Die Mehrheit der Befragten (60%) hat einen Berufsabschluss in Form einer Ausbildung, eine Person hat ein abgeschlossenes Studium. Drei Personen haben keinen Berufsabschluss, zumal sie auch keinen Schulabschluss haben, weitere 12% haben nie eine Ausbildung begonnen und 19% haben eine solche im Verlauf abgebrochen. Lediglich 9% der Teilnehmenden sind zum Zeitpunkt der Befragung in einem Beschäftigungsverhältnis (weit überwiegend Teilzeitjobs), 8% in (Früh-) Rente; der weitaus größte Teil (76%) gibt an, arbeitslos zu sein; 7% verteilen sich auf diverse sonstige Angaben. Die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses bzw. der Arbeitslosigkeit variiert zwischen einem Monat und 36 Jahren, bei einer durchschnittlichen Dauer von 4,6 Jahren (Median 2 Jahre); bei den Arbeitslosen fällt der Wert mit 5,0 Jahren (nicht signifikant) höher aus als bei jenen mit Arbeit bzw. in Beschäftigungsmaßnahmen (2,6 Jahre).

Die Befragten besuchen die ‚Drogenszene‘ in Mannheim seit durchschnittlich 11,8 Jahren (Median 8 Jahre), bei einer Spannweite von weniger als einem Jahr bis zu 40 Jahren. Männer besuchen die Szene durchschnittlich signifikant länger als Frauen (13,3 vs. 7,2 Jahre, ANOVA F: 7,3**).

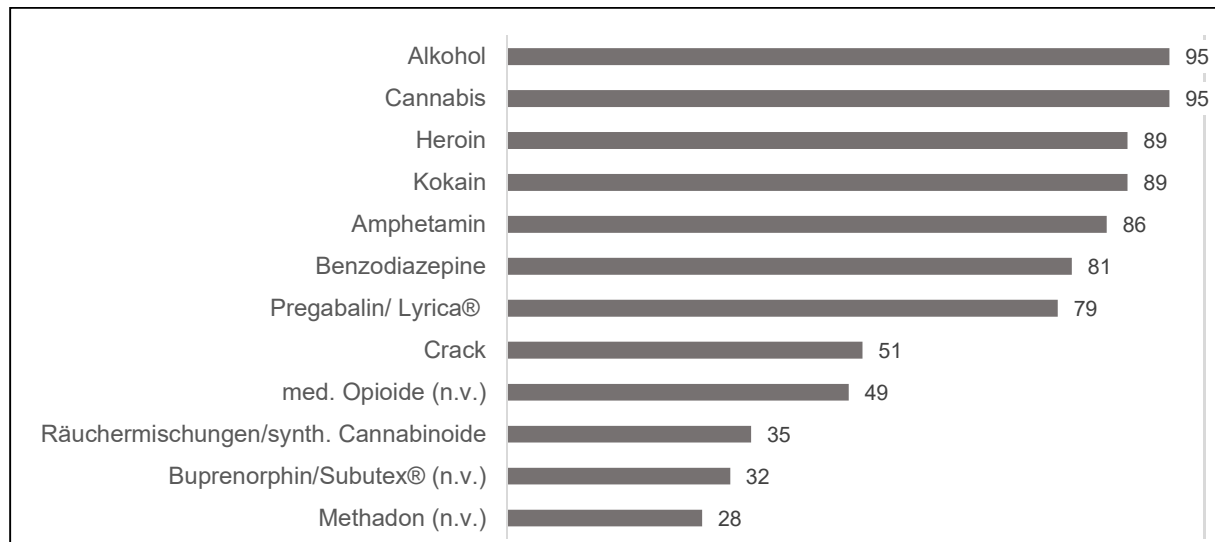
Der Großteil der Befragten hat Hafterfahrungen. 29% waren noch nie inhaftiert, die restlichen 71% zwischen einmal und 20 Mal. Im Schnitt beträgt die individuell-kumulative Dauer der Hafterfahrung 66,9 Monate, also rund 5 ½ Jahre (Median: 38 Monate, also gut drei Jahre). Der Höchstwert beträgt 280 Monate (mehr als 23 Jahre) Haft. Dabei unterscheidet sich die Häufigkeit der Inhaftierung nicht signifikant nach Geschlechtszugehörigkeit, wohl aber die Dauer: männliche Befragte waren signifikant länger inhaftiert als weibliche (75,4 vs. 32,0 Monate, ANOVA F: 4,1*).

3.2 Substanzkonsum

Das mittlere Alter beim Erstkonsum illegaler Drogen liegt bei 17,4 Jahren (Median 15 Jahre), bei einer Spanne von acht bis 53 Jahren. Der Beginn des intravenösen Konsums liegt bei 23,9 Jahren (Median 21 Jahre), bei einer Spanne von 13 bis 53 Jahre.

Die Lebenszeitprävalenz⁵, also die Konsumerfahrung, deckt eine Vielzahl von Drogen ab; in absteigender Reihenfolge sind dies: Alkohol und Cannabis (je 95%), Heroin und Kokain (je 89%), Amphetamin (86%), Benzodiazepine (81%), Pregabalin/Lyrica® (79%), Crack (51%), nicht verschriebene medizinische Opioide (49%), Räuchermischungen bzw. synthetische Cannabinoide (35%), nicht verschriebene Substitutionsmittel (Buprenorphin/Subutex® 32%, Methadon 28%), Methamphetamin (27%), „Badesalze“ u. ä. stimulierende neue psychoaktive Substanzen (11%) sowie Designer-Benzodiazepine (9%); siehe auch Abbildung 1. Die meisten Befragten haben also Konsumerfahrungen mit einer ganzen Reihe von illegalen Drogen und psychoaktiv wirkenden Medikamenten. Hierbei ist anzumerken, dass diverse Substanzen, die erfahrungsgemäß im Konsumalltag ‚harter Szenen‘ kaum eine Rolle spielen (etwa LSD, MDMA, Ketamin oder psychoaktive Pilze), nicht abgefragt wurden. Unter den insgesamt 15 abgefragten Drogenarten (inkl. „sonstige“) haben die Befragten durchschnittlich 8,4 mindestens einmal konsumiert (Median: 9).

Abbildung 1: Lebenszeitprävalenz gängiger Drogen (%)

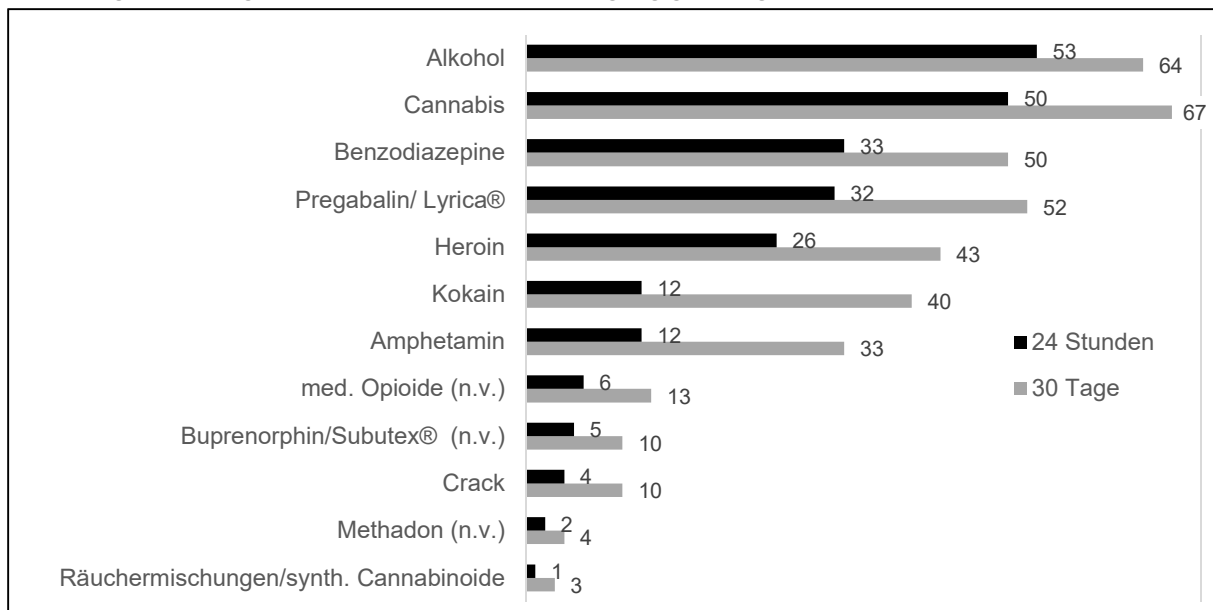


Aus den Kennzahlen zur 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz lässt sich auf aktuellen Konsum schließen. Cannabis ist die während der letzten 30 Tage vor Befragung am häufigsten verwendete

⁵ Die Lebenszeitprävalenz erfasst alle Drogen, die mindestens einmal im Leben konsumiert wurden. Der Wert bildet somit auch evtl. lange zurückliegenden und nicht zwangsläufig den aktuellen Drogenkonsum ab.

Droge (67%), gefolgt von Alkohol (64%), Pregabalin (52%) und Benzodiazepinen (50%). Dahinter folgen Heroin (43%), Kokain (40%) und Amphetamin (33%). Medizinische Opioide (13%) und Crack (10%) spielen beim aktuellen, zumindest gelegentlichen Gebrauch nur eine geringe Rolle (siehe auch Abbildung 2).

Abbildung 2: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz gängiger Drogen (%)

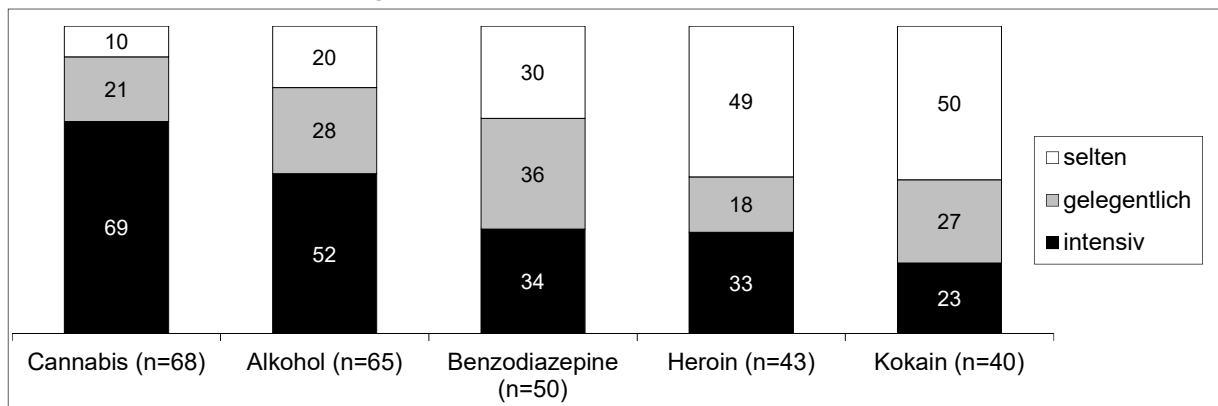


Alkohol ist die während der letzten 24 Stunden vor Befragung am häufigsten verwendete Droge (53%), gefolgt von Cannabis (50%). Benzodiazepine (33%) und Pregabalin (32%) haben im Vergleich zur 30-Tages-Prävalenz die Plätze getauscht, wiederum gefolgt von Heroin (26%), Kokain (12%) und Amphetamin (12%). Medizinische Opioide (6%), nicht verschriebenes Buprenorphin (5%), Crack (4%), nicht verschriebenes Methadon (2%) und Räuchermischungen (1%) wurden hingegen nur von wenigen in den letzten 24 Stunden gebraucht. Im Hinblick auf 24-Stunden- und 30-Tages-Prävalenz sämtlicher Substanzen zeigt sich nur in einem Fall ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern: die befragten Männer haben in den letzten 30 Tagen häufiger Benzodiazepine konsumiert als die interviewten Frauen (55% vs. 32%; $\text{Chi}^2=4,1^*$). In den letzten 30 Tagen haben die Interviewpartner*innen durchschnittlich 3,9 unterschiedliche Drogen konsumiert (Median: 4), in den letzten 24 Stunden 2,3 verschiedene Drogen (Median: 2). Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht signifikant voneinander.

Mindestens 30% der Befragten haben Konsumerfahrung mit Fentanyl⁶. Dabei handelt es sich zumeist um selbst oder bereits vorab zerteilte Pflaster (47% bzw. 20% dieser kleinen Teilgruppe), fertig präparierte Lösung (17%) oder Pulver (7%). Nach der häufigsten Konsumform gefragt, geben 52% der 27 Personen, die hier eine Angabe machten, intravenösen Gebrauch an, gefolgt von Rauchen (19%), nasalem (11%) und oralem Konsum (7%).

Im Fall von Alkohol, Cannabis, Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepinen wurde zusätzlich nach der Häufigkeit des Konsums gefragt: mit „intensiv“ ist im Folgendem (nahezu) täglicher Konsum, mit „gelegentlich“ ein- oder mehrmals wöchentlicher Gebrauch und mit „selten“ weniger als einmal wöchentlicher Konsum bezeichnet. Abbildung 3 enthält die Resultate jeweils für diejenigen, welche die jeweilige Substanz mindestens einmal in den letzten 30 Tagen konsumiert haben (Crack wurde wegen der sehr niedrigen Fallzahl, n=10, hier nicht berücksichtigt). Demnach liegt bei Cannabis mit 69% der höchste Anteil täglich Konsumierender unter den aktuellen Konsument*innen vor. Bei Alkohol beträgt dieser Anteil 52%, bei Benzodiazepinen und Heroin jeweils rund ein Drittel und bei Kokain 23%. Heroin und Kokain werden von jeweils rund der Hälfte der aktuell Konsumierenden nur selten konsumiert (siehe Abb. 3).

Abbildung 3: Konsumhäufigkeit gängiger Drogen unter denjenigen, welche die jeweilige Substanz in den letzten 30 Tagen konsumiert haben (%)



Zudem wurden die Applikationsformen für unterschiedliche Substanzen erfasst. Unter den aktuellen Heroinkonsument*innen, die dazu eine Angabe machten (n=33), wurde am häufigsten „spritzen“

⁶ Hier enthielt der Fragebogen leider einen Fehler: es wurde nicht explizit nach der Prävalenz gefragt, weshalb Fentanyl-Konsum vermutlich zumeist unter „medizinische Opiode“ (s.o.) subsumiert wurde. Aus den Antworten zu den Fragen zu Darreichungs- und Konsumform lässt sich allerdings ein Mindestwert für die Lebenszeitprävalenz ableiten; die 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz dürfte maximal so hoch sein wie die für „medizinische Opiode“.

(46%) und „sniefen“ (39%) genannt („spritzen und anderes“ 9%, sonstige 6%). In der entsprechenden Teilgruppe der Kokainkonsumierenden (n=29) sind die am meisten angewendeten Konsumformen ebenfalls „spritzen“ (59%) und „sniefen“ (17%; „spritzen und anderes“ 14%; sonstige 10%). In der Gruppe der Benzodiazepin-Konsumierenden (n=47) geben bis auf eine Ausnahme („spritzen und anderes“) alle an, diese Substanzen oral einzunehmen (98%)

3.3 Intravenöser Konsum, Risikoverhalten beim Konsum und Überdosen

Intravenöser Konsum wurde von insgesamt 85% der Befragten mindestens einmal im Leben praktiziert (Frauen: 76%, Männer: 88%; n.s.). 35% konsumieren auch aktuell i.v., also mindestens einmal pro Monat (Frauen: 28%, Männer: 37%; n.s.), 21% täglich. Aktuell intravenös Konsumierende wurden zudem gefragt, welche Substanzen im Vormonat i.v. konsumiert wurden. Hier wurde am häufigsten Kokain (66%), Heroin (54%), Amphetamin (20%) sowie Heroin-Kokain-Gemisch („Cocktail“, 14%) genannt. Einige andere Substanzen und eine Mischung (Methadon, Buprenorphin, Fentanyl, Cocktail Heroin und Benzodiazepine) werden nur von je einer Person gespritzt.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich konkret auf die Teilgruppe der aktuell intravenös Konsumierenden (n=35). Als Orte für den i.v. Konsum werden Privaträume (83%) angegeben, für 66% ist dies der häufigste Ort für intravenösen Konsum. Parkhäuser (68%) werden ebenfalls vergleichsweise häufig genannt (20% häufigster Ort), während Konsum auf der Straße selbst von knapp der Hälfte der Befragten mit aktuellem Konsum angegeben wird (46%); für 11% ist dies der häufigste Ort des i.v. Konsums. Konsum in Parks wird von gut einem Drittel dieser Teilgruppe angegeben (34%, 3% häufigster Ort).

Unter den 35 Personen, die aktuell intravenös gebrauchen, injizieren 40% nicht täglich. 15% konsumieren mindestens viermal täglich intravenös, 17% dreimal täglich, 20% zweimal täglich und 9% einmal täglich. Von denjenigen 14 Personen, die zwar aktuell intravenös konsumieren, dies aber nicht täglich tun, konsumieren sechs Personen auch seltener als wöchentlich, die übrigen acht zwischen ein- und viermal pro Woche.

17% aus der Teilgruppe der aktuell intravenös Konsumierenden (n=35) sind beim Konsum generell alleine, 26% meistens alleine, 23% teilweise alleine, teilweise auch nicht (halb-halb), 31% sind meistens nicht alleine und 3% (n=1) sind nie alleine beim i.v. Konsum. Aus der Teilgruppe von insgesamt 16 Personen mit Kindern und aktuellem intravenösen Konsum gaben zwei Personen an, auch in Anwesenheit von Kindern zu konsumieren (eine Befragte „regelmäßig“, ein Befragter „selten“).

Das subjektive Sicherheitsgefühl bei i.v. Konsum empfinden 49% als sicher, 24% eher sicher, 12% eher unsicher und 15% unsicher. Risikoverhalten bei intravenösem Konsum drückt sich unter anderem in der Häufigkeit der Benutzung einer Nadel aus: 51% benutzen eine Kanüle nur einmal, 43% benutzen eine Nadel zwei- oder dreimal, und 6% häufiger als dreimal. Gemeinsame Benutzung von Spritzen und/oder Spritzenutensilien wurde von 74% in den letzten zwölf Monaten gar nicht praktiziert, 6% haben dies in diesem Zeitraum ein- oder zweimal getan und 20% „hin und wieder“.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (n=51) hatte bereits mindestens einmal im Leben eine Überdosis. Im Schnitt gaben diejenigen mit Überdosiserfahrung 4,4 Überdosen an (Median: 3)⁷. Heroin wurde mit Abstand am häufigsten als „hauptverantwortliche Substanz“ genannt (48%), gefolgt von „Drogenmix“, Kokain und Fentanyl (jeweils 10%) sowie Benzodiazepine und sonstige Medikamente (jeweils 6%). Bemerkenswert ist hier die Anzahl von 5 Personen, die Fentanyl als hauptverantwortliche Substanz angeben – eine Droge, die im Konsumalltag (vermutlich) eine geringe Rolle spielt. Meistens wurden am Tag der Überdosis auch andere Substanzen konsumiert: auf die Frage hin, welche Drogen am besagten Tag genommen wurden, liegt wiederum Heroin auf dem ersten Rang (62%), gefolgt von Benzodiazepinen (22%), Kokain, Fentanyl (jeweils 16%), Alkohol (14%), Cannabis, sonstigen Medikamenten (jeweils 12%) und Methadon (4%). Daher wird auch als häufigster Grund für letzte Überdosis „zu viele Drogen gleichzeitig“ genannt (34%), gefolgt von „unbekannte Drogenqualität“ (24%), „nach längerer Cleanzeit zu viel genommen“ (10%), „schlechte Tagesverfassung“ (8%) und Suizidabsicht (6%). Auf die Frage, wer bei der letzten Überdosis Hilfe leistete (Mehrfachantworten), wurde am häufigsten ein Notarzt bzw. eine Notärztin genannt (48%), gefolgt von anderen Gebraucher*innen (28%) und nicht konsumierenden Bekannten (12%). 14% erhielten keine Hilfe, 10% gaben hier „weiß nicht mehr“ und 12% „sonstige“ an; eine Person hatte von einem/einer Mitarbeiter*in aus der Drogenhilfe Hilfe erhalten.

20% hatten eine Überdosis in den letzten drei Jahren; diese Personen wurden auch nach Situation und Ort der letzten Überdosis gefragt: 45% waren dabei alleine; 55% hatten in Privatwohnungen und 30% auf der Straße konsumiert, als sie die letzte Überdosis hatten.

3.4 Gesundheit, Substitution und Drogenhilfe

Den eigenen Gesundheitszustand schätzen 7% aller Befragten als „sehr gut“ ein, weitere 44% geben „gut“ an, 30% „weniger gut“, 17% „schlecht“ und 3% „sehr schlecht“. Die große Mehrheit der Befragten

⁷ Ein Befragter gab hier mit 200 einen stark überhöhten (wenngleich nicht komplett auszuschließenden) Wert an; wird dieser mit einberechnet, erhöht sich der Durchschnittswert auf 8,2 Überdosiserfahrungen (Median: 3).

ist krankenversichert (96%). 88% der Befragten haben mindestens einmal im Leben einen negativen HIV-Test gemacht, 4% sind HIV-positiv. Die Mehrheit der HIV-Tests ist relativ aktuell (79% zwischen 2020 und 2022). Knapp zwei Drittel (62%) wurden mindestens einmal positiv auf Hepatitis C getestet. Aus dieser Teilgruppe sind 21% wegen Hepatitis C in Behandlung⁸. Für den Zeitraum der vergangenen drei Monate geben die Teilnehmenden eine Vielzahl weiterer gesundheitlicher Probleme an. Am häufigsten werden Depressionen (55%), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (52%) und Lungen-Bronchien-Erkrankungen (46%) genannt, gefolgt von Magen-/Darmbeschwerden (40%), Erkältung/Grippe (23%), Zahnschmerzen (20%), Abszessen (15%) und epileptischen Anfällen (10%). Drei der vier HIV-positiven Befragten berichten über aktuelle Beschwerden im Zusammenhang mit AIDS. Am häufigsten behandelt wurden epileptische Anfälle (70% der Betroffenen), Abszesse (47% der Betroffenen) und AIDS (alle Betroffenen) – hier ist zu beachten, dass es sich um sehr kleine Teilgruppen handelt (s.o.).

Zum Zeitpunkt der Befragung waren 70% der Befragten in Substitution (Frauen: 76%, Männer: 68%; n.s.), davon werden die meisten (51%) mit Polamidon substituiert, weitere 24% mit Methadon, 21% mit Buprenorphin (Subutex®) und 4% mit Morphin (Substitol®). Im Schnitt werden die Betroffenen seit 9 Jahren substituiert (Median: 6,25 Jahre). 63% der Substituierten erhalten ihre Medikation von einem/einer niedergelassenen Arzt/Ärztin, 37% von einer Substitutionsambulanz.

Aus der Gruppe der Befragten mit aktuellem intravenösen Konsum werden acht Personen (23%) aktuell nicht substituiert; der Rest wird, ebenfalls zu circa je einem Viertel, entweder mit Methadon, Polamidon oder Buprenorphin substituiert.

Die aktuell Nicht-Substituierten wurden zudem nach früheren Substitutionsbehandlungen gefragt: 19 Personen (63% der Nicht-Substituierten) haben nie eine begonnen (wobei zu beachten ist, dass vermutlich nicht bei allen eine Indikation für eine Substitutionsbehandlung vorliegt), neun Befragte (30%) haben eine Behandlung selbst abgebrochen und bei zwei Personen (7%) wurde die Behandlung von medizinischer Seite abgebrochen.

Unter denjenigen 33 Personen, die mindestens einmal im Monat Heroin konsumieren, wünschen sich acht Personen Zugang zu einer Diamorphin-Behandlung; eine davon weiß jedoch nicht, wie sich dies auf die laufende Bewährungsstrafe auswirken würde. Als Grund für den Wunsch, eine solche Behandlung aufzunehmen, wird zum Beispiel „weniger Nebenwirkungen“ genannt. Als Grund gegen eine Aufnahme wurde beispielsweise genannt, dass „man zweimal am Tag hin muss“. Eine Person gab an, selbst nicht intravenös zu konsumieren, aber dass Diamorphin-Behandlung „für andere

⁸ Hier ist zu beachten, dass es seit Jahren erfolgreiche antivirale Therapien gegen Hepatitis C gibt, womit die eher niedrige Quote aktuell Behandelter zum Teil erklärbar sein dürfte: Nicht wenige dürften ihre Behandlung bereits abgeschlossen haben.

Konsumenten wichtig“ sei. Weitere fünf sind sich unsicher bzw. unentschlossen, einer Person ist das Angebot nicht bekannt.

Tabelle 1 zeigt die Nutzung der Angebote der Drogenhilfe vor Ort in Mannheim. Die Fragen bezogen sich einerseits auf die generelle Nutzung der Hilfeinrichtungen in den zurückliegenden drei Monaten, andererseits wurde zudem die Nutzungsfrequenz erfasst; Tab. 1 enthält die mindestens wöchentlich Nutzenden. Demnach wird der Kontaktladen von den Befragten am meisten genutzt; auch persönliche Beratungsgespräche und aufsuchende Sozialarbeit („Streetwork“) sind häufig in Anspruch genommene Angebote, gefolgt von Essensangeboten, Substitutionsbegleitung, Rechtsberatung, Spritzentausch und medizinischer Behandlung. Weitere Angebote werden jeweils von geringeren Anteilen der Befragten genutzt, erreichen aber durchaus nennenswerte Anteile, etwa diverse Therapieangebote (siehe Tab. 1). Niedrigschwellige Angebote zur alltäglichen Hilfe werden nicht nur generell von vielen Szeneangehörigen genutzt, sondern weisen ebenfalls relativ hohe Werte für die häufige Nutzung (mindestens wöchentlich) auf, wie in Tabelle 1 ersichtlich. Insgesamt geben 94% an, mindestens eines der Angebote in den letzten drei Monaten genutzt zu haben; 74% haben mindestens ein Drogenhilfeangebot wöchentlich genutzt und 38% nutzen täglich mindestens ein Angebot.

Tabelle 1: Nutzung der Angebote der Drogenhilfe (%)

	Mindestens einmal/letzte 3 Monate	Mindestens einmal/ Woche
Kontaktladen	74	49
Beratungsgespräche	66	28
Streetwork/mobile Soziale Arbeit	64	39
Essen	51	34
Substitutionsbegleitung	49	35
Rechtsberatung	34	9
Spritzentausch	30	18
Medizinische Behandlung	26	9
Entgiftung	21	1
Arbeitsprojekte	12	6
Ambulante Therapie	10	3
Stationäre Therapie	8	1
Unterkunft/Schlafplatz	7	4
Übergangseinrichtung	2	2

3.5 Fragen zu einem möglichen Konsumraum

3.5.1 Generelle Nutzungsabsicht

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, sich „für sich selbst“ einen Drogenkonsumraum (DKR) vor Ort zu wünschen (54%) und fast alle „für andere“ (93%). Lediglich 6% der Befragten sind der Meinung, ein Konsumraum sei nicht nötig. Deutlich mehr aktuell i.v. Konsumierende geben an, einen DKR selbst nutzen zu wollen (33 von 35 bzw. 94%) als Befragte ohne aktuellen intravenösen Konsum; unter diesen 66 Befragten beabsichtigen aber immerhin auch 21 Personen bzw. 32%, einen Konsumraum zu nutzen ($\text{Chi}^2=35,9^{***}$). Es zeigen sich keine signifikanten Geschlechterunterschiede bei der Nutzungsabsicht.

Unter denjenigen, die den Raum nutzen würden, würden ihn 30% für jeden Konsumvorgang nutzen, 17% mindestens einmal täglich, weitere 30% regelmäßig, aber nicht täglich und 15% ab und zu („weiß nicht“ 9%). Auch hier zeigt sich ein gewisser, wenn auch nicht signifikanter Unterschied zwischen Konsument*innengruppen: 39% der aktuellen i.v. Gebraucher*innen und 14% derer ohne intravenösen Konsum geben an, einen DKR für jeden Konsum nutzen zu wollen. Nicht i.v. Konsumierende geben aber immerhin zu 19% an, einen Konsumraum mindestens einmal am Tag nutzen zu wollen (i.v. Konsumierende: 19%) und 38%, den DKR regelmäßig, aber nicht täglich zu nutzen (i.v. Konsumierende: 24%).

Die Teilnehmenden, die eine Nutzungsabsicht für einen Drogenkonsumraum angaben, wurden auch danach gefragt, für welche Konsumarten sie sich Konsumplätze in einem DKR wünschen (unabhängig davon, ob sie selbst diese Konsumart praktizieren): auch hier dominiert der intravenöse Konsum (83%), gefolgt vom nasalen (50%) und inhalativen Konsum (33%). Bei dieser Frage unterscheiden sich die Konsument*innengruppen nur im Hinblick auf i.v. Konsum: dieser wurde von allen bis auf einen intravenös Konsumierenden (97%) angegeben sowie von 62% der nicht aktuell i.v. Konsumierenden ($\text{Chi}^2=11,4; **$). Die übrigen Applikationsformen werden von beiden Gruppen etwa in gleichem Maße gewünscht.

Die Frage, ob sich ihr eigenes Nutzungsverhalten der Angebote der Drogenhilfe ändern würde, wenn es einen Konsumraum gäbe, wird von einer relativen Mehrheit der Befragten, die zuvor eine generelle DKR-Nutzungsabsicht angegeben hatten, verneint (42%). Fast ebenso viele geben an, sie würden den Konsumraum nutzen (37%), und 20% geben darüber hinaus an, auch andere Angebote öfter nutzen zu wollen.

3.5.2 Mögliche Änderungen des Konsumverhaltens

Alle Interviewpartner*innen wurden mittels einer offenen Frage danach gefragt, ob sich ihr eigenes Konsumverhalten ändern würde, wenn es einen DKR gäbe und was sich ansonsten für sie ändern würde. Die Mehrzahl der Befragten äußert sich so, dass sich an ihrem eigenen Konsumverhalten vermutlich nichts ändern würde, es aber zu positiven Veränderungen käme. Bei insgesamt 37% lassen die Antworten darauf schließen, dass Konsum im DKR eine deutliche Verbesserung gegenüber der aktuellen Situation darstellen würde, vor allem, weil im Drogenkonsumraum subjektiv und objektiv mehr Sicherheit gegeben wäre und Hilfe, insbesondere im Fall einer Überdosis, sofort verfügbar wäre („man fühlt sich sicher, gerade ich, der sowieso Angst hat“, „Weniger Überdosen. Menschen sterben in Garagen, ich habe eine Frau zurückholen müssen“). Als weiterer Vorteil wird genannt, dass durch einen Drogenkonsumraum weniger Konsum in der Öffentlichkeit stattfände und somit auch die Risiken für Außenstehende reduziert wären („Sauberkeit, weniger Spritzen liegen rum, Ansteckungsgefahr“, „ich würde nicht mehr in der Öffentlichkeit konsumieren“). Nicht selten werden beide Argumente verknüpft („Hygiene, Sauberkeit, mehr Zeit für Konsum und damit sicherer Konsum, keine Angst vor Polizei“, „Kontrolle, Sicherheit vor Überdosis, weniger an öffentlichen Orten, Konsumverhalten Häufigkeit gleich, sauberes Besteck“). 19% nennen ähnliche Argumente, erwähnen aber, dass ein DKR für sie nicht relevant wäre („Hilfe für die anderen, weniger Überdosen, Hilfe bei Notfällen“, „bei mir selbst würde sich nichts ändern, aber für andere sehe ich Bedarf: keine Spritzen mehr auf der Straße, weniger Gefahr für Kinder“). Hinzu kommen vier Befragte, die sich undifferenziert positiv äußerten und drei, die sich explizit einen positiven Einfluss auf ihren Konsum erhoffen („ja, in dem Sinn, dass ich weniger nehme und würde vielleicht aufhören können“). 17% geben ohne nähere Erläuterung an, dass sich an ihrem Konsum nichts ändern würde. Insgesamt 18% machten entweder keine Angabe oder sehen keine Notwendigkeit für einen DKR, ohne dies zu begründen. Lediglich drei Personen äußern sich klar negativ, etwa: „jeder weiß wo man sich Drogen spritzen kann, wäre eine Gefahr für Neulinge, die dann erfahren, wo man sich was spritzen kann, höchstens für Alt-Junkies, würde Ärger geben vor dem Druckraum (Streit und Auseinandersetzung)“. Vereinzelt gab es ambivalente Äußerungen auf diese Frage, etwa „halte nichts von einem Konsumraum, aber das Stadtbild würde sich ändern, wenn nicht mehr auf der Straße konsumiert wird. Die Polizei in Mannheim würde nicht den Konsumraum unterstützen.“ Solche skeptischen Äußerungen sind aber die Ausnahme; insgesamt stehen rund zwei Dritteln positiver Äußerungen nur fünf (5%) (eher) negative Meinungen gegenüber.

3.5.3 Erfahrungen mit anderen Konsumräumen

58% aller Befragten haben bereits mindestens einmal einen Konsumraum in einer anderen Stadt genutzt. Weit überwiegend handelte es sich dabei (u.a.) um einen DKR in Frankfurt (54% bzw. n=54)⁹. Drei Befragte hatten den Konsumraum in Karlsruhe und jeweils zwei den in Saarbrücken oder den in Aachen genutzt. Weitere zwei Befragte geben jeweils „Hamburg und Bremen“, einer Basel und ein anderer diverse DKR (Köln, Duisburg, Berlin, Leiden/NL) an. Ein Befragter behauptet, einen DKR in München besucht zu haben (dort existiert solch ein Angebot nicht).

Diejenigen mit DKR-Erfahrung wurden gefragt, ob es etwas gäbe, was ihnen in diesen Konsumräumen gut bzw. nicht gut gefallen hat, sowie was man in Mannheim genauso oder besser machen könnte. Auch hier werden nahezu ausschließlich positive Äußerungen getätigt, am häufigsten im Zusammenhang damit, dass es sich um einen geschützten Ort abseits der Straße handelt, in dem für alles gesorgt sei und in dem der Konsum sicher und entspannt stattfinden kann („gemütlich, man muss sich nicht verstecken“, „fühlte mich wohl und sicher“; n=20). Zehn Befragte heben vor allem die zur Verfügung stehende Hilfe hervor, mit der Todesfälle verhindert werden. Weitere fünf nennen den zwischenmenschlichen Aspekt („Die Sozialarbeiter stehen hinter den Konsumenten“, „man ist Junkie aber trotzdem Mensch“); darüber hinaus gab es sieben positive Meldungen ohne Begründung und ein Befragter betont die Anonymität. Explizite Kritik wurde nur einmal geäußert („es hat gestunken, war laut“).

Einzelne Anregungen für einen möglichen Mannheimer Konsumraum als Konsequenz aus der Erfahrung aus anderen DKR betreffen die Vermeidung von Ansammlungen, das Verhindern von Dealen im unmittelbaren Umfeld sowie Drug-Checking bzw. Substanzmonitoring in der Einrichtung. Ein Befragter erwartet, dass die Anonymität gewährleistet wird und kein Ausweis vorgezeigt werden sollte und einer erhofft sich „gute Betreuung, aber kein falsches Sicherheitsgefühl vermitteln, was zu starkem Konsum verleiten könnte“.

3.5.4 Mögliche Gründe gegen Konsumraumnutzung

Schließlich wurden die Interviewten mittels einer offenen Frage nach Gründen für eine etwaige Nicht-Nutzung des Konsumraums gefragt. Dabei ist zu beachten, dass aufgrund der Antworten teilweise nicht klar zu unterscheiden ist, ob es sich um generelle Gründe handelt, wegen derer der/die Betreffende den DKR nicht nutzen würde (und ob er/sie dann gänzlich oder nur teilweise auf eine Nutzung verzichten würde), oder ob die Betreffenden nur unter den genannten Bedingungen auf eine Nutzung

⁹ Es waren Mehrfachnennungen möglich; zudem wurden Antworten aus dem offenen „Sonstige“-Antwortfeld, teils mit mehreren Nennungen, mit ausgewertet.

verzichten würden. Insgesamt 24 Befragte geben explizit an, dass sie sich keine Gründe für eine Nichtnutzung vorstellen können („was Besseres könnte es nicht geben“, „warte schon lange auf einen Konsumraum“). Ansonsten gibt es 9 Antworten, die sich auf eine (mögliche) fehlende Anonymität und Privatheit beziehen (etwa wenn der Raum „zu viele Fenster hat; der Raum sollte zur Nutzung so anonym wie möglich gestaltet werden“). Sechs Personen geben bei dieser Frage an, dass sie nicht intravenös konsumieren, und fünf, dass sie lieber in ihrer eigenen Wohnung konsumieren. Jeweils drei nennen das Risiko eines Polizeizugriffs, die Entfernung/schlechte Lage, etwaigen Stress mit anderen Konsumierenden sowie den Umstand, dass sie nicht mehr konsumieren. Einzelne Nennungen beziehen sich u.a. auf (mangelnde) Hygiene, (unzureichende) Regeln, Lautstärke, mögliche Dealer im Umfeld oder Bettelnde vor dem DKR.

Unter denjenigen, die sich eindeutig auf eine ‚Wenn-Bedingung‘ für ihre Nicht-Nutzung bezogen, gibt es vier, die hier „Clean-Phasen“ bzw. Zeiten ohne i.v. Konsum nennen und jeweils drei, die mögliche Polizeikontrollen im DKR-Umfeld, etwaige aggressive Stimmung/Gewalt oder „wenn ich alleine sein möchte“ angeben. Einzelnennungen beziehen sich hier u.a. auf Diebstahl, Betteln, Dealen, zu viele Regeln, Diskriminierung und Nähe zu anderen mit offenen Nadeln. Alle diese möglichen individuellen oder strukturellen Gründe für eine Nichtnutzung (wie auch vermutlich viele der eingangs genannten) wären indes unwirksam, wenn die genannten Faktoren nicht gegeben wären.

4. Diskussion

Der Schwerpunkt der Ergebnisdiskussion liegt auf der Fragestellung nach den örtlichen Bedarfen an Drogenkonsumräumen für marginalisierte Drogenkonsument*innen sowie den notwendigen Umsetzungskriterien. Grundlage dafür sind einerseits die präsentierten Ergebnisse bezüglich des Drogenkonsumverhaltens und anderen Charakteristika der Drogenszene in Mannheim, andererseits die Resultate der Meinungsfragen zu einem möglichen DKR. Drogenkonsumräume stellen ein Angebot der integrierten und niedrigschwelligen Drogenhilfe dar, das heute in vielen deutschen Städten mit Erfolg betrieben wird.

Ausgangspunkt ist die Beforschung der bestehenden Drogenszene einer Großstadt mit gut 300.000 Einwohnern innerhalb eines mittelgroßen Ballungsraums, die auf den ersten Blick keine klar erkennbaren besonderen Charakteristika aufweist. Der Frage, ob Bedarf besteht, das bisherige städtische Ensemble von Angeboten der Sozialen Arbeit um Konsumräume zu erweitern, kann man sich mittels unterschiedlicher Ergebnisse aus der Erhebung nähern.

Bereits in den soziodemographischen Angaben finden sich wichtige Hinweise: das Durchschnittsalter ist für Konsumierende ‚harter‘ Drogen relativ hoch; zugleich liegt sehr oft eine prekäre sozialökonomische Situation vor, während eine vergleichsweise starke regionale Bindung der Befragten an die Stadt Mannheim vorliegt.

Deutlichere Hinweise auf den Bedarf nach einem Konsumraum zeigen sich anhand der Konsumkennzahlen der Teilnehmenden, insbesondere hinsichtlich der Häufigkeit und Art des intravenösen (i.v.) Konsums und des Mischkonsums: eine große Mehrheit hat Erfahrungen mit i.v. Konsum, mehr als ein Drittel konsumiert aktuell intravenös. Ein spezifischeres Risiko stellt die gewisse Häufigkeit des intravenösen Konsums von Kokain und, in geringem Maße, auch kokainhaltigen „Cocktails“ dar. Bemerkenswert ist auch der Umstand, dass ein erheblicher Anteil ‚harte Drogen‘ wie Heroin oder Kokain nicht täglich, aber mindestens monatlich konsumiert sowie, dass zwei von fünf aktuell intravenös Konsumierenden nicht täglich Drogen spritzen. Gerade nach Phasen des Nichtkonsums (und schwankender Wirkstoffgehalte) ist die Gefahr einer Überdosis besonders hoch, insbesondere, wenn Mischkonsum betrieben wird. Letzteres zeigt sich in den Daten auch darin, dass „zu viele Drogen gleichzeitig“ der am häufigsten genannte Grund für eine erlebte Überdosis war. Ohnehin deutet der Umstand, dass rund die Hälfte der Interviewten mindestens eine Überdosis erlebt hat, und zwar durchschnittlich mehr als vier Mal, auf eine Notwendigkeit zusätzlicher Maßnahmen zur Notfallprophylaxe hin.

Vor allem aber findet i.v. Konsum regelmäßig in hochriskanten Settings statt: Was die Konsumorte betrifft, so werden mit Privaträumen, Parkhäusern und öffentlichem Raum praktisch ausschließlich unsichere Umgebungen genutzt; zudem findet i.v. Konsum in einem erheblichen Teil der Fälle alleine statt, sodass im Fall einer Überdosis niemand helfen könnte. Einen weiteren Unsicherheitsfaktor stellt der Umstand dar, dass nicht selten intravenöser Beikonsum zur Substitution betrieben wird. Alle diese Angaben weisen auf einen örtlichen Bedarf nach einem Konsumraum in Mannheim hin, zumal es sich um Risiken handelt, die zumeist einer Supervision und gegebenenfalls einer sozialpädagogischen Beratung bedürfen.

Eine Mehrheit der Befragten gibt an, Konsumräume in Mannheim generell nutzen zu wollen. Erhebliche Anteile davon würden nicht (nur) i.v. Konsum, sondern auch nasalen oder inhalativen Gebrauch dort ausüben. Angesichts der Angaben zur beabsichtigten Konsumhäufigkeit kann davon ausgegangen werden, dass ein erheblicher Teil des intravenösen Konsums und ein nennenswerter Anteil anderer Konsumarten im DKR stattfinden würde. Dabei nimmt eine große Mehrheit der Befragten an, dass sich ihre Konsummuster nicht ändern würden, der Konsumraum aber für mehr Sicherheit sorgen würde; einige äußerten sogar die Hoffnung, bei Existenz eines DKR moderatere

Gebrauchsmuster entwickeln zu können. Nur in Einzelfällen wurde befürchtet, ein Konsumraum könne konsumfördernde Wirkung auf den Befragten selbst oder andere haben. Für einen Teil der potenziellen Nutzer*innen wäre ein DKR auch ein Anlass, andere Hilfsangebote stärker zu nutzen.

Ein Teil der Befragten verfügt über Erfahrungen mit der Nutzung von Konsumräumen in anderen Städten (weit überwiegend Frankfurt). Diese Erfahrungen werden in den meisten Fällen als positiv geschildert. Folgerichtigerweise wurden auch nur selten generelle Gründe gegen eine Nutzung eines DKR genannt: teils konsumieren die Befragten ohnehin nicht intravenös, teils wurden bei bestimmten Bedingungen hypothetische Gründe gegen einen Konsum im Konsumraum genannt. Wenn ausreichend Privatheit am Konsumplatz, keine Polizeizugriffe im unmittelbaren Umfeld, eine zentrale Lage, gute Hygienebedingungen und Schutz vor Aggressionen anderer Konsument*innen im Konsumraum gewährleistet werden können, ist von einer hohen Nutzungsmotivation der Zielgruppe auszugehen. Das einzige nennenswerte zu adressierende Problem bei Einrichtung eines Konsumraums wäre der geringe Anteil derjenigen i.v. Konsumierenden, die einen DKR deswegen nicht nutzen würden, weil sie lieber in ihrer eigenen Wohnung konsumieren. Hier wäre noch eine gewisse Aufklärungsarbeit über Risiken gerade bei alleine ausgeübtem Konsum zu leisten. Bei der Einrichtung eines Drogenkonsumraums sollte zudem darauf geachtet werden, Privatheit beim Konsum zu ermöglichen, um auch Drogenkonsumierenden mit eigener Wohnung zu einer Nutzung des Drogenkonsumraums zu motivieren.

Darüber hinaus sind positive Sekundäreffekte zu erwarten: da die Hilfeeinrichtungen nicht mehr zum Konsum verlassen werden müssen, kann zum Beispiel von längeren Aufenthaltszeiten der Klient*innen in den Hilfeeinrichtungen, möglicherweise auch von steigenden Besucherzahlen ausgegangen werden. Zudem bietet ein Drogenkonsumraum neuen Nutzer*innengruppen, die etwa bisher ausschließlich den Spritzenautomaten nutzen, einen Anreiz, die Einrichtungen zu betreten. Daher ist auch insgesamt von verbesserten Betreuungs- und Beratungsmöglichkeiten auszugehen. Ein solcher Effekt ist insbesondere dadurch zu erwarten, dass das Konsumverhalten vor Ort beobachtet werden kann und gleichzeitig eine Steigerung des Vertrauens innerhalb von Beziehungen zwischen Mitarbeiter*innen und Klient*innen zu erwarten ist. Dies kann in Einzelfällen auch zu einem Transfer innerhalb verschiedener Einrichtungen des Hilfesystems führen, etwa der Vermittlung von Übernachtungsmöglichkeiten, dem Beginn oder der Verbesserung einer Substitutionsbehandlung oder einer stationären Rehabilitation. Um die sozialpädagogische Begleitung und die ausstiegsorientierte Beratung bei steigender Besucher*innenanzahl, Nutzungsfrequenz und Verweildauer zu gewährleisten, müsste ggf. mit einigem zeitlichen Abstand die personelle Ausstattung der Hilfeeinrichtungen evaluiert und evtl. angepasst werden.

Mit Blick auf den geringeren Konsum in der Öffentlichkeit kann mit Eröffnung eines DKR auch mit weniger Strafverfahren gerechnet werden. Diese können für die Betroffenen existenzbedrohend sein und verursachen gleichzeitig nicht zu vernachlässigende Kosten in öffentlichen Haushalten. Ein Mehrwert durch schadensminimierende Angebote ergibt sich auch aus einer möglicherweise sinkenden Anzahl der Überdosen mit Todesfolge, zumindest jedoch einem gebremsten Anstieg, aus einem gesteigerten subjektiven Sicherheitsgefühl aufgrund weniger öffentlich sichtbaren Konsums und durch eine Entlastung von Notfallmediziner*innen, die, wenn sie zu einer Überdosis in einem Konsumraum gerufen werden, bereits (ungefähr) wissen, was für ein Fall sie erwartet.

Abgesehen von den Daten zur möglichen DKR-Nutzung ergibt sich aus den Daten zur potenziellen Aufnahme einer Diamorphin-Behandlung in Mannheim, dass diese für weitere Patient*innen hilfreich sein könnte. In der Gruppe der aktiv Konsumierenden deuten die Resultate aber auch auf eine verbreitete Unwissenheit über dieses Angebot hin; hier wäre spätestens bei der Einführung noch mehr Aufklärungsarbeit zu leisten.

Die Einrichtung von Konsumräumen in Mannheim könnte also diverse Vorteile bringen, von deutlich verringertem Risiko beim Konsum selbst über eine Entlastung des öffentlichen Raumes, weniger Strafverfahren und verändertes Nutzungsverhalten aller Angebote bzw. Einrichtungen bis hin zu verbesserten sozialarbeiterischen Betreuungsverhältnissen.

5. Danksagung

Das Team des Centre for Drug Research an der Frankfurter Goethe-Universität bedankt sich bei allen an dieser Studie Beteiligten: Dies betrifft zunächst unseren Kooperationspartnern der Stadt Mannheim mit der Kommunalen Suchtbeauftragten Carolin Käser, der Leiterin des Referats "Jugendhilfeplanung und Gesundheitsplanung" Kathrin Heinrich sowie Dr. Peter Schäfer, dem Leiter des Fachbereichs Jugendamt und Gesundheitsamt. Ein Dank gilt zudem der Projektarbeitsgruppe Drogenkonsumraum mit sämtlichen, relevanten Beteiligten aus Strafverfolgung, Suchthilfe, städtischen Fachbereichen und Quartiersmanager*innen. Insbesondere der Geschäftsführer Philipp Gerber des Drogenverein Mannheim und der leitende Oberarzt Prof. Dr. Bernd Lenz der Substitutionsambulanz des ZI Mannheim waren eine große Hilfe bei der Fragebogenkonzeption. Besonderer Dank gilt auch allen Mitarbeiter*innen des Kontaktladens, des Café Anker und des Streetwork für die Unterstützung sowohl im Vorfeld als auch während der Befragung. Vielen Dank auch an die aus Mannheim rekrutierten studentischen Hilfskräfte Felix Hellbach, Louisa Mielentz, Duygu Özkan und Melanie Schmid für die sehr zuverlässige Durchführung der Erhebung unter schwierigen Bedingungen. Und

nicht zuletzt sei den 101 Personen, die bereit waren, sich zu diversen Aspekten eigenen Substanzkonsums und ‚Szenelebens‘ befragen zu lassen, herzlich gedankt.