Daniel Deimel
Lucas Ferl
Christoph Gille
Anna Mühlen
Anne van Rießen
Hayal Schmitz
Lisa Scholten

OFFENE DROGEN-SZENEN IN NRW 2024

Einblicke in Lebenslagen, Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster

PABST

OFFENE DROGEN-SZENEN IN NRW 2024

Einblicke in Lebenslagen, Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster

Nutzer:innen- und Sozialraumforschung im Kontext Sozialer Arbeit | Band Nr. 14

PABST

ISBN 978-3-95853-973-0
978-3-95853-974-7 (ebook)
DOI 10.2440/0007

Autor:innen Daniel Deimel (*https://orcid.org/0000-0002-2661-9472)*
Lucas Ferl
Christoph Gille (*https://orcid.org/0000-0002-7276-4160)*
Anna Mühlen (*https://orcid.org/0009-0005-2000-0619)*
Anne van Rießen (*https://orcid.org/0000-0003-0103-8118)*
Hayal Schmitz
Lisa Scholten (*https://orcid.org/0000-0003-1450-9978*)

Hochschule Düsseldorf
University of Applied Sciences
HSD

ohm Technische Hochschule Nürnberg

Forschungsstelle
Nutzen Sozialraum Teilhabe
FNuST

Unterstützer:innen Die Arbeit an der Studie wurde unterstützt von Favour Daniel-Ajuzie und den Mitarbeiter:innen verschiedener Suchthilfeangebote in den vier Städten – in Düsseldorf insbesondere von aXept!, der Düsseldorfer Drogenhilfe und dem SKFM Düsseldorf, in Essen insbesondere von der Suchthilfe direkt, in Köln insbesondere vom Gesundheitsamt Köln und in Münster von Indro und der Bahnhofsmission.

Finanziert wurde die Studie durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Layout & Grafiken Charlotte Wielage | charlottewielage.com

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Verlag © 2025 Pabst Science Publishers · D-49525 Lengerich / Westfalen

www.pabst-publishers.com
pabst@pabst-publishers.com

INHALT

1. Einleitung **11**

2. Einführung in den Forschungsstand und zentrale Themen **13**

3. Forschungsdesign **16**

4. NRW-weite Ergebnisse **18**

4.1 Soziodemografie und Aspekte der Lebenslage 18

4.2 Substanzkonsum und Gesundheit 23

4.3 Zugänge und Nutzung von Angeboten und Bedarfe 28

Zugänge zu und Nutzung von Angeboten 28

Unterstützungsbedarfe 28

Aspekte, die Zugang und Nutzen strukturieren 30

Nicht-Nutzer:innen 34

5. Ergebnisse aus den vier Städten **37**

5.1 Düsseldorf **37**

5.1.1 Einführung 37

5.1.2 Soziodemografie und Aspekte der Lebenslage 38

5.1.3 Substanzkonsum und Gesundheit 42

5.1.4 Zugänge und Nutzung von Angeboten 45

Unterstützungsbedarfe 45

Aspekte, die Zugang und Nutzen strukturieren

5.2 Essen **51**

5.1.1 Einführung 51

5.2.2 Soziodemografie und Aspekte der Lebenslage 52

5.2.3 Substanzkonsum und Gesundheit 56

5.2.4 Zugänge und Nutzung von Angeboten 59

Unterstützungsbedarfe 59

Aspekte, die Zugang und Nutzen strukturieren 61

5.3 Köln **65**

5.3.1 Einführung 65

5.3.2 Soziodemografie und Aspekte der Lebenslage 66

5.3.3 Substanzkonsum und Gesundheit 70

5.3.4 Zugänge und Nutzung von Angeboten 73

Unterstützungsbedarfe 73

Aspekte, die Zugang und Nutzen strukturieren 75

5.4 Münster **79**

5.4.1 Einführung 79

5.4.2 Soziodemografie und Aspekte der Lebenslage 80

5.4.3 Substanzkonsum und Gesundheit 84

5.4.4 Zugänge und Nutzung von Angeboten 87

Unterstützungsbedarfe 87

Aspekte, die Zugang und Nutzen strukturieren 89

6. Zusammenfassung und Empfehlungen **92**

6.1 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse 92

6.1.1 Aspekte der Lebenslage 92

6.1.2 Aspekte des Substanzkonsums und der Gesundheitssituation 93

6.1.3 Aspekte des Zugangs und der Nutzung von Angeboten 94

6.2 Empfehlungen 95

Literatur **98**

Anhang **102**

Autor:innenhinweise **115**

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Befragungsorte in den vier Städten 17

Tabelle 2: Soziodemografische Angaben und Angaben zur Lebenslage des Gesamtsamples 21

Tabelle 3: Prävalenzen Substanzkonsum 24

Tabelle 4: Gesundheitliche Situation 27

Tabelle 5: Nutzung vom Hilfesystem nach Häufigkeit 29

Tabelle 6: Abfrage von Unterstützungsbedarfen 29

Tabelle 7: Vergleich Nicht-Nutzer:innen und Nutzer:innen von Angeboten 35

Tabelle 8: Soziodemografische Angaben und Angaben zur Lebenslage Düsseldorf 40

Tabelle 9: Substanzkonsum Düsseldorf 43

Tabelle 10: Bezug der Crack-Steine Düsseldorf 43

Tabelle 11: Gesundheitliche Situation Düsseldorf 44

Tabelle 12: Zugang zum Hilfesystem und Unterstützungsbedarfe Düsseldorf 46

Tabelle 13: Soziodemografische Angaben und Angaben zur Lebenslage Essen 54

Tabelle 14: Substanzkonsum Essen 57

Tabelle 15: Bezug der Crack-Steine Essen 57

Tabelle 16: Gesundheitliche Situation Essen 58

Tabelle 17: Zugang zum Hilfesystem und Unterstützungsbedarfe Essen 60

Tabelle 18: Soziodemografische Angaben und Angaben zur Lebenslage Köln 68

Tabelle 19: Substanzkonsum Köln 71

Tabelle 20: Bezug der Crack-Steine Köln 71

Tabelle 21: Gesundheitliche Situation Köln 72

Tabelle 22: Zugang zum Hilfesystem und Unterstützungsbedarfe Köln 74

Tabelle 23: Soziodemografische Angaben und Angaben zur Lebenslage Münster 82

Tabelle 24: Substanzkonsum Münster 85

Tabelle 25: Bezug der Crack-Steine Münster 85

Tabelle 26: Gesundheitliche Situation Münster 86

Tabelle 27: Zugang zum Hilfesystem und Unterstützungsbedarfe Münster 88

Tabelle 28: Befragte mit und ohne reguläres Einkommen im Vergleich 102

Tabelle 29: Obdachlose und nicht-obdachlose Personen im Vergleich 103

Tabelle 30: Infektionserkrankungen bei Personen mit und ohne Hafterfahrung im Vergleich 105

Tabelle 31: Konsumfrequenz Kokain und Heroin 105

Tabelle 32: Übersicht polyvalenter Konsum in den letzten 30 Tagen – Korrelationen 106

Tabelle 33: Orte des Substanzkonsum 108

Tabelle 34: Vergleich Konsument:innen mit häufigem und seltenem Crack-Konsum, ausgewählte Merkmale 108

Tabelle 35: Aussagen zum Crack-Konsum 109

Tabelle 36: Konsumorte in Düsseldorf 110

Tabelle 37: Konsumorte in Essen 110

Tabelle 38: Konsumorte in Köln 110

Tabelle 39: Konsumorte in Münster 110

Tabelle 40: Häufigkeit Nutzung Hilfesystem Düsseldorf 111

Tabelle 41: Häufigkeit Nutzung Hilfesystem Essen 111

Tabelle 42: Häufigkeit Nutzung Hilfesystem Köln 112

Tabelle 43: Häufigkeit Nutzung Hilfesystem Münster 112

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aspekte sozialer Ausschließung 19

Abbildung 2: 24-Stunden- und 30-Tage-Prävalenz Heroin- und Kokain-Konsum 23

Abbildung 3: Nutzenstrukturierende Aspekte 33

Abbildung 4: Ausgewählte Unterschiede zwischen Nichtnutzer:innen und Nutzer:innen 34

Abbildung 5: Bedeutung der Drogenszene im Alltag - Aufenthaltsdauer 104

Abbildung 6: Bedeutung der Drogenszene im Alltag - Dauer 104

Abbildung 7: Bedeutung der Drogenszene im Alltag - Cleankontakte 104

Abbildung 8: Verteilung Dauer von Inhaftierungen 105

Abbildung 9: Verteilung Dauer Crack-Konsum (in Jahren) 109

1. EINLEITUNG

Die öffentliche Diskussion über sogenannte offene Drogenszenen und auch die mediale Berichterstattung über diese Orte haben sich in der jüngsten Zeit verstärkt. Dieser Diskurs ist stark durch eine vermeintliche Sicherheitsdebatte geprägt. Orte, an denen offene Drogenszenen zu finden sind, werden durch die Mehrheitsgesellschaft als sogenannte Angsträume wahrgenommen und entsprechend markiert. Die Verelendung von drogenkonsumierenden Menschen ist stärker ausgeprägt und sichtbarer, als dies noch vor einigen Jahren der Fall war. Crack hat eine starke Verbreitung in offenen Drogenszenen erfahren und u. a. diese Substanz wird durch manche Medien als „Zombie-Droge" gelabelt, was zu einer Entmenschlichung der Drogenkonsument:innen führt. Die Folge dieser Berichterstattung sind eine Verstärkung von Diskriminierung und Ausgrenzung dieser Personengruppe. Als Reaktion auf diese Konflikte wird der Bedarf an mehr Kontrolle und repressiven Maßnahmen durch die Ordnungsbehörden lauter. Gleichzeitig wird die Debatte um die grundsätzliche Nutzung öffentlicher Räume geführt.

In den letzten zehn Jahren haben sich tatsächlich einige Faktoren verändert, die dazu geführt haben, dass sich die Situation von Menschen in offenen Drogenszenen stark gewandelt hat. Seit 2016 wird Europa mit hochreinem Kokain geflutet. Grund hierfür sind die veränderten Drogenmärkte. Sie haben zur Folge, dass in vielen offenen Drogenszenen die Konsument:innen dazu übergegangen sind, aus Kokain Crack zu kochen, um es dann zu rauchen. Diese Applikationsform ist mit erheblichen negativen körperlichen und psychischen Folgen für die Konsument:innen verbunden. Hinzu kommen gesellschaftliche Krisen der letzten Jahre: Die Lockdownphasen in der Corona-Pandemie waren für Menschen, die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße haben, sehr belastend. Einkommensmöglichkeiten wie z. B. das Sammeln von Pfandflaschen oder der Verkauf von Obdachlosenzeitungen sind weggefallen und Unterstützungsmöglichkeiten waren nicht oder nur sehr eingeschränkt verfügbar. Gleichzeit gehörten insbesondere opioidabhängige Menschen zu der Risikogruppe für einen schweren COVID-19-Verlauf. Stark betroffen sind Menschen in offenen Drogenszenen auch von den ausschließenden Dynamiken auf dem Wohnungsmarkt: In vielen Großstädten sind zu wenig bezahlbare Wohnungen verfügbar und es sind gerade Menschen mit geringen oder fehlenden Einkommen, mit Abhängigkeitserkrankungen oder solche, die schon wohnungslos sind, die in dieser Situation kaum noch Zugang zu Wohnraum erhalten. Der soziale Ausschluss verstärkt sich so. Schließlich sehen wir seit einigen Jahren einen deutlichen Anstieg an drogenbedingten Todesfällen. 2023 erreichte die Statistik mit 2.227 Toten einen noch nie zuvor erhobenen Höchststand.

Trotz der großen medialen, politischen und gesellschaftlichen Aufmerksamkeit existieren allerdings nur wenige Daten über die Lebenssituation und Unterstützungsbedarfe von Menschen in offenen Drogenszenen. Stattdessen dominieren Mythen und vereinfachende, stereotypisierende Darstellungen die Debatten. Solche Berichterstattungen haben eine entlastende Funktion, der Komplexität der Lebenslagen und fachlichen Auseinandersetzungen werden sie dagegen nur selten gerecht. Gleichfalls greifen sie kaum auf, welche Hilfestrukturen tatsächlich zu einer Verbesserung von Lebenssituationen und Konflikten in Sozialräumen führen. Ebenso selten existieren wissenschaftliche Evidenzen dazu, wie viele Menschen in offenen Drogenszenen durch Unterstützungsangebote erreicht werden und was den Nutzen dieser Angebote aus der Perspektive der Menschen strukturiert. Zugleich ist wenig darüber bekannt, warum drogenkonsumierende Menschen aus offenen Drogenszenen bestimmte Angebote nicht nutzen können, also welche strukturellen Barrieren es in den Versorgungssystemen gibt.

Die vorliegende Studie ist eine der ersten Untersuchungen dieser Art in Nordrhein-Westfalen, die solche empirisch fundierten Einblicke gibt. Sie fragt nach den Lebenslagen der Menschen in den offenen Drogenszenen, nach Substanzkonsum und gesundheitlichen Aspekten sowie nach dem Zugang und der Nutzung von Unterstützungsangeboten. Bei der Entwicklung der Erhebung haben wir uns auf vereinzelte Studien aus anderen Städten bezogen, darunter eine erste Drogenszene-Befragung in Köln aus dem Jahr 2023 und die Drogenszene-Studie in Frankfurt, die bereits seit 20 Jahren systematisch Daten zur Situation in der dort ansässigen Drogenszene erhebt und damit Pionierarbeit geleistet hat. Offene Drogenszenen verstehen wir als Lebensort von drogenkonsumierenden Menschen, der einerseits ein Risikoumfeld darstellt, in dem die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, einen drogenbedingten Schaden zu erleiden. Gleichzeitig sind die offenen Drogenszenen aber auch ein Raum, in dem drogenkonsumierende Menschen ihren Alltag gestalten, ihre

sozialen Kontakte unterhalten und ihre vielfältigen sozialen Ausschlüsse bearbeiten.

Bedanken möchten wir uns bei allen Menschen, die diese Studie ermöglicht haben: zunächst bei den Mitarbeiter:innen der Suchthilfeeinrichtungen in den vier Städten, die uns Zugang gewährt, bei der Umsetzung der Befragung unterstützt und sie damit überhaupt erst ermöglicht haben. Dazu zählen in Düsseldorf insbesondere die Mitarbeiter:innen von aXept!, der Düsseldorfer Drogenhilfe und des SKFM Düsseldorf, in Essen vor allem die Mitarbeiter:innen der Suchthilfe direkt, in Köln diejenigen vom Gesundheitsamt sowie in Münster von INDRO e. V. und der Bahnhofsmission. Umgesetzt wurde die Studie von den engagierten Mitarbeiter:innen der beiden beteiligten Hochschulen in Düsseldorf und Nürnberg. Ihrer intensiven und sorgfältigen Mitarbeit ist es zu verdanken, dass die Studie in dem kurzen halbjährigen Studienzeitraum umgesetzt werden konnte. Dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Nordrhein-Westfalen danken wir für die Finanzierung, die damit zum ersten Mal eine solche vergleichende empirische Einsicht für NRW ermöglicht hat. Schließlich möchten wir uns bei allen Teilnehmer:innen der Studie bedanken, die uns trotz der Kriminalisierung der Lebenssituation Einblicke in ihre Lebenslagen ge-geben haben. Fast alle haben nicht nur auf die vielen Fragen geantwortet, sondern auch ihre Einschätzungen zur lokalen Drogenpolitik und darüber hinaus geteilt. Diese Bereitwilligkeit und die differenzierten Einblicke zeigen, dass Menschen auch in einer häufig von Ausschlüssen geprägten Situation aktive Gestalter:innen ihres Lebens bleiben. Entsprechende Politiken und nicht eine weitere Skandalisierung oder Entmenschlichungen können auf lokaler, Landes- und Bundesebene dazu beitragen, dass sich ihre Lebenslagen stabilisieren sowie soziale Ausschlüsse und gesundheitliche Gefahren verringern.

Offene Drogenszenen

Offene Drogenszenen sind innerstädtische Gebiete, die durch eine hohe Konzentration von Drogenkonsument:innen und Drogenhandel gekennzeichnet sind. Sie sind Orte der Alltagsorganisation unter besonders prekären und kriminalisierten Bedingungen und ermöglichen Menschen ihr materielles Überleben und die Behandlung ihrer Abhängigkeitserkrankung. Zugleich bilden sie auch ein Risikoumfeld, in dem drogenbedingte Gefährdungen zunehmen.

Nutzer:innen und Nicht-Nutzer:innen

Unter Nutzer:innen verstehen wir in diesem Bericht Personen, die öffentlich bereitgestellte soziale Dienstleistungen nutzen können, z. B. Kontaktcafés, Drogenkonsumräume, Beratungs- oder Übernachtungsangebote. Unter Nicht-Nutzer:innen bezeichnen wir in diesem Bericht Personen, die solche Dienstleitungen (fast) nie nutzen können.

Wohn- und Obdachlosigkeit

Zu den wohnungslosen Personen zählen alle Menschen, die nicht über ein eigenes abgesichertes Recht zur Nutzung von Wohnraum verfügen. Wohnungslosigkeit ist deswegen ein Oberbegriff für verschiedene Wohnformen: Dazu zählen sowohl Personen, die z. B. in einem Wohnheim längerfristig untergebracht sind, Personen, die aus einer Notlage bei Freunden oder Bekannten übernachten, Personen in Notübernachtungen oder Personen, die im öffentlichen Raum übernachten. Zu den obdachlosen Personen zählen dagegen nur die Menschen, die in Notunterkünften oder in öffentlich zugänglichen Räumen übernachten (z. B. Hauseingängen, Kellern, leerstehenden Häusern, Parkhäusern, Friedhöfen, öffentlichen Grünflächen usw.). Als straßenobdachlos bezeichnen wir in diesem Bericht Menschen, die im öffentlich zugänglichen Raum übernachten.

2. EINFÜHRUNG IN DEN FORSCHUNGSSTAND UND ZENTRALE THEMEN

Offene Drogenszenen werden als innerstädtische Gebiete beschrieben, die durch eine hohe Konzentration von Drogenkonsument:innen und Drogenhandel in einem bestimmten geografischen Gebiet gekennzeichnet sind (Curtis/Wendel 2000). Diese Orte unterscheiden sich beträchtlich in Abhängigkeit von einer Reihe von Faktoren: der Art der verfügbaren Drogen, der Kontrolle über den Verkauf illegaler Substanzen sowie den spezifischen Orte, an denen Drogen verkauft und konsumiert werden (Fast et al. 2010). Die Menschen in den offenen Drogenszenen in NRW konsumieren insbesondere Heroin und Crack/Kokain, wobei sich der Konsum der einzelnen Personen stark unterscheiden kann. Als „variable Ensemble von Personen" (Werse/Kamphausen 2023: 15) werden sie von vielen verschiedenen Menschen aufgesucht: Menschen, die sich weitgehend aus der Szene gelöst haben, Menschen, die sich nur selten zur Drogenbeschaffung in die Szene begeben, sowie Menschen, die große Teile ihres Alltags in der Szene verbringen. Die Lebenslage vieler Personen in den offenen Szenen ist durch eine starke Prekarisierung gekennzeichnet. Es sind gerade obdachlose Menschen oder Menschen ohne reguläre Einkommen, für die die offenen Szenen Lebensmittelpunkte darstellen (s. u.). Einerseits werden offene Drogenszenen damit zu Orten der Alltagsorganisation unter besonders prekären und kriminalisierten Bedingungen (Streck 2019), in denen Menschen ihr materielles Überleben und die Behandlung ihrer Abhängigkeitserkrankung sicherstellen. Andererseits bilden sie ein Risikoumfeld: einen sozialen und physischen Raum, in dem eine Vielzahl von Faktoren zusammenwirken, welche die Wahrscheinlichkeit eines drogenbedingten Schadens erhöhen (Rhodes 2002).

Einen genaueren Einblick in die Lebenslage opioidkonsumierender Menschen geben **Szenebefragungen**. Als Besonderheit von Szenestudien kann gelten, dass sie auch solche Menschen erreichen, die öffentliche Institutionen und Angebote gar nicht oder selten nutzen können. Szenestudien ermöglichen deswegen einen umfangreicheren Eindruck als solche Erhebungen, die an die Einrichtungen angekoppelt sind, wie etwa die Jahresstatistiken der Konsumräume in NRW. Erfolgen sie als Wiederholungsbefragungen können sie Entwicklungen abbilden, und wenn sie zur Nutzung von Hilfesystemen befragen, geben sie wichtige Hinweise für die kommunale Sozialpolitik dahingehend, welche Einrichtungen wie gestaltet sein müssen, um Personen in den offenen Drogenszenen zu erreichen und ihre Lebenslage und ihren Gesundheitszustand zu stabilisieren und zu verbessern. In den NRW-Städten mangelt es bislang an einem systematischen Monitoring der offenen Drogenszenen. Damit fehlen klare wissenschaftliche Daten zu Substanzkonsum und Veränderungen der Konsummuster, zur Lebenslage allgemein und zum Zugang zu und zur Nutzung von unterstützenden Angeboten.

In Deutschland berichtet alleine die **Frankfurter Szenebefragung** regelmäßig über Drogengebrauchsmuster, Alltagsbewältigung, Gesundheitszustand und die Zugänge und Nutzung von Drogenhilfeeinrichtungen (zuletzt Werse/Kamphausen 2023). Sie weist Crack und Heroin als als die am häufigsten konsumierten Substanzen der Frankfurter Drogenszene aus, wobei der Crack-Konsums sowohl in den 24-Stunden-, Monats- als auch Jahresprävalenzen vor Heroin liegt. Crack ist in Frankfurt damit die vorwiegend konsumierte Substanz in der offenen Drogenszene. In der Befragung von 2022 geben 77 % der Befragten an, in den 24 Stunden vor der Befragung Crack konsumiert zu haben, in den letzten 30 Tagen sind es 89 % (ebd.: 30). Die Studie belegt die hohe Bedeutung des polyvalenten Konsums, also des gleichzeitigen Konsums von mehreren Substanzen. 44 % der in Frankfurt Befragten sind substituiert (ebd.: 58). Das liegt etwas unter dem Anteil der opioidabhängigen Menschen, die sich in Deutschland in einer opioidgestützten Substitutionsbehandlung befinden. Kraus et al. (2019) schätzen, dass in Deutschland rund 166.000 Menschen mit einer Opioidabhängigkeit leben; laut BfArM (2024) befanden sich davon rund 50 % in Substitutionsbehandlung. Zu den Wirkungen der Substitution konstatiert die Frankfurter Studie, dass Heroin von Nicht-Substituierten deutlich häufiger konsumiert wird als von Substituierten. Der Beikonsum von Heroin liegt in der Straßenszene bei unter 50 %, der Beikonsum von Crack (über 80 %) deutlich höher (Werse/Kamphausen 2023: 60).

Psychische Erkrankungen wie Depressionen (rund die Hälfte der Befragten), physische Erkrankungen (z. B. Hepatitis C bei rund 40 % und Abszesse bei rund 25 % der Befragten) oder die Erfahrung mit Überdosierungen (rund 60 %) belegen die gesundheitlichen Risiken, die mit dem Drogenkonsum einhergehen. Wie ebenfalls die Druck-Studie des RKI von 2016 belegt hat, weist auch die Frankfurter Befragung überdurchschnittlich häufig langjährige Hafterfahrungen auf. 76 % geben an, mindestens einmal in Haft gewesen zu sein. Die Personen mit Inhaftierungserfahrungen haben im Schnitt 4,8 Gefängnisaufenthalte erlebt und waren etwas mehr als viereinhalb Jahre (56 Monate) inhaftiert (ebd.: 46). 24 % der in 2022 Befragten waren nicht krankenversichert (ebd.: 51). In der Frankfurter Szenebefragung wird auch die Relevanz der niederschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen deutlich: So konsumiert eine Mehrheit intravenös in den Konsumräumen und nimmt die Angebote der Grundversorgung in Anspruch. Auch weitergehende Hilfen wie Beratungen, Unterkünfte oder Erwerbsarbeitsprojekte werden von vielen Szeneangehörigen in Anspruch genommen und der mobilen Sozialen Arbeit kommt eine besondere Rolle zu.

Während der Crack-Konsum in Nordrhein-Westfalen lange als Randerscheinung galt, hat bereits die erste **Kölner Szenenbefragung von 2023** (Deimel/Walter 2023) einen deutlichen Anteil von Crack-Konsumierenden nachgewiesen. Im Frühsommer 2023 gaben rund 21 % der Befragten an, in den letzten 24 Stunden Crack konsumiert zu haben, wobei hochfrequente Muster die Ausnahme darstellten. Heroin wurde von rund 65 % der Befragten in den letzten 24 Stunden konsumiert. 32 % der in Köln Befragten führten an, straßenobdachlos zu sein, 79 % waren wohnungslos und 21 % lebten in einer eigenen Wohnung. 55 % hatten bereits eine Drogenüberdosierung erlebt, 22 % waren nicht krankenversichert.

Die bestehenden Befragungen zeichnen nach, dass Menschen in offenen Drogenszenen aufgrund des Konsums illegalisierter Substanzen, aber auch wegen anderer Aspekte der Lebenslage häufig von Gefährdungen und Ausschlüssen betroffen sind. Die beschriebenen sozialen Ausschlüsse werden von den betroffenen Personen als Konsummotive und Rückfallrisiko beschrieben (Prepeliczay/Schmidt-Semisch 2021). Prekarisierte Lebenslagen steigern also das Risiko für drogenbedingte Schädigungen noch weiter (Rhodes 2002, 2009) und werden zu einem Kreislauf, aus dem das Entkommen nur schwer gelingt.

Die schwerwiegendste Gefahr stellt der drogenbedingte Tod dar. Deutschlandweit und auch in NRW wird über die letzten Jahre ein massiver **Anstieg der drogenbedingten Todesfälle** dokumentiert. So wurden im Jahr 2023 2.227 Drogentodesfälle in Deutschland erfasst. Das ist ein Anstieg um 11,9 % im Vergleich zum Vorjahr (1.990) und eine Verdopplung innerhalb der letzten zehn Jahre (Bundesdrogenbeauftragter 2024). Noch nie wurden in Deutschland so viele Tote durch illegalisierte Substanzen registriert – selbst nicht in den 1980er und 1990er Jahren, als Heroin in den Drogenszenen aufkam und eine Substitutionstherapie noch nicht in der Fläche etabliert war. Opioide bilden die Substanzklasse, die für einen Großteil der Drogentodesfälle verantwortlich ist. 2022 und 2023 waren bei ca. 60 % der Drogentodesfälle Opioide beteiligt (Neumeier et al. i. E.).

Zu den gestiegenen Zahlen tragen verschiedene Risikofaktoren bei. Zum einen sind es verschlechterte soziale Bedingungen, die Menschen in offenen Drogenszenen besonders treffen. Dazu zählen sowohl die Folgen der Corona-Pandemie, Inflation, Kriege und Migrationsbewegungen etc. (Deimel 2023) als auch insbesondere die Zunahme von Wohn- und Obdachlosigkeit in Deutschland (BMWSB 2025; Lotties 2023). Gerade in den Großstädten wächst die Wohnungsnot, deren schärfste Folgen in einer gestiegenen **Obdachlosigkeit** sichtbar werden. So hat die Stichtagserhebung zu Menschen mit dem Lebensmittelpunkt Straße im Oktober 2023 in Düsseldorf z. B. einen Anstieg um rund 80 % im Vergleich zu der Zählung in 2021 festgestellt (aXept! et al. 2024).

Zum anderen sind es Veränderungen am Drogenmarkt, die zu den höheren Todeszahlen beitragen. Der deutsche Drogenmarkt ist in den vergangenen Jahren durch eine massive Steigerung des Angebots an Kokain geprägt (EMCDDA 2023), die sich sowohl in der steigenden Menge an Kokain-Sicherstellungen in der EU als auch in dem hohen Reinheitsgrad des Kokains niederschlägt. So wurde 2022 in den EU-Mitgliedstaaten die Rekordmenge von 323 Tonnen Kokain beschlagnahmt (EUDA 2024). Diese Steigerung ist ebenso für den massiven **Anstieg des Crack-Konsums** verantwortlich, der unter anderem durch die nordrhein-westfälischen Drogenkonsumräumen berichtet wird (Suchkooperation NRW 2024; Kühnl et al. 2021). Im Bericht der Drogenkonsumräume wird weiter ausgeführt, dass es sich überwiegend um langjährige Drogenkonsumierende mit polyvalenten Konsummustern (Heroin und Kokain) handelt, die auf einen inhalativen Kokain-Konsum umgestiegen sind.

Crack ist ein rauchbares Kokain-Derivat. Aufgrund der Applikationsform kommt es zu einem sehr schnell anfluteten Rauscherleben, welches nur wenige Minuten anhält. Wegen der hoch stimulierenden Wirkung führt Crack zu einer starken psychischen Abhängigkeit und geht häufig mit einer Vielzahl von Problemlagen einher, wie psychiatrischen Problemlagen (z. B. paranoiden

Ideen, Aggressivität und Depressivität) und einem schlechten körperlichen Allgemeinzustand (Haasen et al. 2002; Hößelbarth 2014). Da der Schlaf-wach-Rhythmus durch den Crack-Konsum gestört wird, sind die Konsument:innen teilweise mehrere Tage am Stück wach. Dies korrespondiert mit einer vermehrt auftretenden Wohnungs- und Obdachlosigkeit bei dieser Personengruppe (Thane et al. 2011; Deimel/Walter 2023). Aufgrund der psychischen Abhängigkeit und des hiermit einhergehend stark ausgeprägten Suchtdrucks können sich sogenannte Binge-Konsummuster entwickeln, bei denen pro Tag 20 – 30 Konsumeinheiten geraucht werden (Dworsky 2002). Da bisher keine Substitution von Kokain und seinen Derivaten existiert, stellen diese Veränderungen sowohl die Mitarbeiter:innen in der Suchthilfe, der Wohnungslosenhilfe, der psychiatrischen Versorgung als auch bei den Kommunen vor große Herausforderungen.

So berichten viele Einrichtungen z. B. von einer Zunahme von Konflikten und Aggressivität. Es herrschen eine Hektik und Schnelligkeit, die durch den Crack-Konsum produziert wird. Der anhaltende Crack-Konsum geht mit einem raschen physischen und psychischen Verfall einher. Dieser zeigt sich verstärkt durch Schlafmangel und Austrocknung der Schleimhäute, paranoide oder psychotische Zustände. Die Konsument:innen weisen eine hohe Rate an psychischer Komorbidität wie Angstzuständen, Depressionen, paranoiden Vorstellungen und Psychotizismus auf. Crack-Konsument:innen kommen nicht mehr in Notschlafstellen an, was mit einer erhöhten Rate an Straßenobdachlosigkeit einhergeht. Der Tag-wach-Rhythmus ist gestört. Die Hausordnungen der Einrichtungen passen nicht mehr zu den neuen Konsummustern der Adressat:innen. Durch das gemeinsame Nutzen von Crack-Pfeifen existiert ein erhöhtes Risiko von Infektionserkrankungen wie Hepatitis C-Infektionen (Dworsky 2002; Haasen et al. 2004; Thane et al. 2011).

Neben dem Anstieg von Crack-Konsum stellt auch das **Aufkommen von illegal produzierten synthetischen Opioiden** wie Fentanyl oder Nitazene ein Risiko dar. Diese Substanzen können in illegalen Laboren hergestellt werden, ohne dass hierfür Schlafmohn angebaut werden muss. Fentanyl und Nitazene sind deutlich potenter als Heroin. So liegt die letale (tödliche) Dosis von Heroin bei 200 mg, bei Fentanyl sind es dagegen nur 2 mg und Nitazene wirken sogar rund 500-mal so stark wie Heroin (Holland et al. 2024). Illegal produziertes Fentanyl ist eine Hauptursache für die Opioidkrise in den USA (Friedman/Shower 2023). Diese Substanzen sind vergleichbar leicht herzustellen, die Produktion ist günstig und das zu schmuggelnde Volumen deutlich geringer als bei Heroin, was es für die Händler:innen attraktiv macht. Sowohl die Europäische Drogenagentur EUDA (2024) als auch Interpol (Redaktionsnetzwerk Deutschland 2024) warnen vor dem Aufkommen von synthetischen Opioiden. Fentanyl konnte im Rahmen des RaFT-Projektes der Deutschen Aidshilfe in Heroin-Proben nachgewiesen werden (Kuban/Schäffer 2023). Andere synthetische Opioide wie Nitazine sind seit Herbst 2023 für einen Anstieg an Überdosierungen und Todesfällen in Dublin (HSE 2023) und Birmingham (Holland et al. 2023) verantwortlich.

Die angenommenen Verschiebungen auf den Drogenmärkten gehen mit einer deutlichen Steigerung der akuten gesundheitlichen Risiken einher, die sich in einer höheren Zahl an Drogentoten widerspiegeln können. Sie führen außerdem zu einer in den Drogenszenen massiven psychosozialen Verelendung der abhängigkeitserkrankten Personen. Die Veränderungen haben bei zentralen Akteuren bereits zu Forderungen nach einem schnellen und massiven Umbau des Drogenhilfesystems geführt, um die Risiken zu minimieren (akzept/DAH 2023).

3. FORSCHUNGSDESIGN

Die untersuchten Städte: Die vorliegende Studie stützt sich auf eine multizentrische Querschnittserhebung mit N = 525 Menschen, die sich in offenen Drogenszenen in vier Städten in NRW aufhalten. Die Daten wurden rund um die Drogenszenen in den Innenstädten von Düsseldorf (n = 204), Essen (n = 110), Köln (n = 120) und Münster (n = 91) erhoben. Mit Köln und Düsseldorf wurden Daten in den beiden größten Städten von NRW mit den umfangreichsten offenen Drogenszenen ermittelt. Mit Essen wurde darüber hinaus eine der großen Ruhrgebietsstädte ausgewählt, die wie Köln und Düsseldorf sowohl über ein differenziertes Hilfesystem als auch über eine bestehende, wenn auch kleinere Drogenszene verfügt. Schließlich wurde mit Münster eine kleinere Großstadt mit einer offenen Szene herangezogen, die insbesondere durch ihr breites ländliches Einzugsgebiet gekennzeichnet ist.

Alle vier ausgewählten Städte verfügen über jeweils mindestens einen Drogenkonsumraum und eine niederschwellige Kontakt- und Beratungsstelle. Diese Einrichtungen sind zentrale Unterstützungsangebote der Schadensreduzierung (Harm Reduction) und zentral für das Erreichen von Menschen, die illegalisierte Substanzen konsumieren. Sie werden in allen vier Städten durch weitere Angebote ergänzt, sowohl durch spezialisierte Angebote von Drogenhilfeeinrichtungen (z. B. Suchtberatungen, Betreutes Wohnen oder spezialisiertes Streetwork) als auch durch weitere Unterstützungsangebote, die für Menschen in offenen Drogenszenen relevant sein können (z. B. der Wohnungslosenhilfe oder einer unspezifischen Streetwork). Die Durchführung in den vier Städten erlaubt Aussagen zu übergreifenden Merkmalen sowie zu Unterschieden zwischen den Städten – sowohl was Lebenslage, Substanzkonsum als auch den Zugang zu Hilfsangeboten und deren Nutzung betrifft.

Der Fragebogen: Der Fragebogen enthielt insgesamt 55 Items zu drei Themenkomplexen. Unter den ersten Themenkomplex fallen Angaben zu soziodemografischen Daten und zur Lebenslage (u. a. Alter, Geschlecht, Nationalität und Aufenthalt, Wohnsituation, Einkommen, Krankenversicherungsstatus, Haft- und Kontrollerfahrungen) sowie Fragen zur Bedeutung der Drogenszene (Zugehörigkeit und Aufenthaltsdauer). Der zweite Themenkomplex beschäftigt sich mit dem Substanzkonsum und gesundheitlichen Risiken. Er beinhaltet Angaben zum Konsum in den vergangenen 24 Stunden und den vergangenen 30 Tagen (24-Stunden- und 30-Tage-Prävalenzen). Der Konsum von Kokain und Heroin wurde dabei hinsichtlich der Konsumform (intravenös oder inhalativ, also gespritzt oder geraucht) differenziert erhoben. Ferner wurden u. a. die Erfahrungen von Überdosierungen, die aktuelle Behandlung mit einer opioidgestützten Substitutionstherapie, HIV- und Hepatitis-C-Testungen und Infektionen ermittelt. In einem dritten Fragekomplex wurden Daten zum Zugang und zur Nutzung von unterstützenden Angeboten sowie zum psychosozialen Unterstützungsbedarf erhoben. Der Fragebogen schloss mit zwei offenen Fragen zu Erfahrungen mit den Unterstützungsangeboten in der jeweiligen Stadt sowie zu Wünschen an das Hilfesystem ab.

Die Durchführung der Befragung: Die Datenerhebung erfolgte als Paper-pencil-Befragung im öffentlichen Raum oder in niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe und fand vom 26.09. bis 18.12.2024 statt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden wurde mit Unterstützung von Sozialarbeiter:innen aus den niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtungen und den Streetworkangeboten in den jeweiligen Städten realisiert. Die Datenerhebung erfolgte auf freiwilliger Basis und mit informed consent. Die Studienteilnehmenden wurden über Ziele, Inhalte und Datenschutz informiert. Einzelne Fragen mussten nicht beantwortet werden und die Befragung konnte jederzeit abgebrochen werden. Allerdings haben nur neun Befragte davon Gebrauch gemacht. Da einzelne Fragen auch nicht beantwortet werden konnten, beziehen sich die Prozentangaben in den dargestellten Tabellen stets auf den Anteil der Personen, die die jeweiligen Items beantwortet haben, und in der Regel nicht auf das Gesamtsample von 525 Befragten. Die Befragungen dauerten zwischen zehn und 30 Minuten und im Mittel ungefähr 18 Minuten. Die erhobenen Daten wurden ausschließlich anonym erhoben und verarbeitet. Für die Teilnahme an der Erhebung wurde ein Incentive im Wert von zehn Euro in Form eines Supermarktgutscheins an die Studienteilnehmer:innen ausgegeben.

Im öffentlichen Raum wurden 362 Personen (69,0 %) befragt, in den niederschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe 163 Personen (31,0 %). Eine genaue Aufteilung der Zugänge in den verschiedenen Städten der folgenden *Tabelle 1* entnommen werden.

Die quantitative Auswertung: Die Befragungsdaten wurden von den Interviewer:innen in ein Online-Tool (SoSci Survey) eingegeben. Die Datenauswertung erfolgte mit IBM SPSS 29. Die statistische Auswertung

Tabelle 1: Befragungsorte in den vier Städten

	Düsseldorf		Essen		Köln		Münster		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
In Einrichtung	54	26,5	33	30,0	13	10,8	63	69,2	163	31,0
Drogenszene	150	73,5	77	70	107	89,2	28	30,8	362	69,0

fokussiert auf deskriptive Kennzahlen. In den Städtekapiteln wird dabei immer wieder vergleichend vorgegangen und werden die Werte der unterschiedlichen Städte gegenübergestellt. Bei Gruppenvergleichen mit einer ausreichenden Grundgesamtheit wurden ergänzend Signifikanztests von nominal skalierten Daten mithilfe eines Chi-Quadrat-Tests durchgeführt, z. B. zur Analyse der Nutzung von Angeboten (sie finden sich ausgewählt im Anhang). Das Signifikanzniveau wurde für alle Analysen bei $p < .05$ festgelegt. Bei signifikanten Ergebnissen erfolgte zudem die Ermittlung einer Effektstärke (Cramer`s Phi). Die Einordnung der Effektstärken fand nach Cohen statt (1988). Eine Effektstärke von .10 entspricht einem kleinen, .30 einem mittleren und .80 einem großen Effekt.

Die qualitative Auswertung: Die beiden offenen Fragen – eine zu Erfahrungen mit dem lokalen Hilfesystem und eine zu Wünschen an das lokale Hilfesystem – wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2018) ausgewertet. Als theoretisches Ausgangsmodell dienen die Erkenntnisse der Sozialpädagogischen Nutzer:innenforschung (Schaarschuch/Oelerich 2005; Schaarschuch/Oelerich 2020). Ausgangspunkt der Nutzer:innenforschung ist die neuere Dienstleistungstheorie, die der Prämisse folgt, dass soziale Dienstleistungen coproduziert werden. Damit verschiebt sich der Fokus von der Leistungserbringung eines Hilfeangebotes auf die Aneignungsprozesse: Nutzer:innen sozialer Dienstleistungen müssen sich die von den Professionellen erbrachten Dienstleistungen eigenständig aneignen und damit die reale Dienstleistung produzieren (Oelerich/Schaarschuch 2013: 86 f.) Eine Aneignung ist aber nur dann und lediglich in eigensinniger Weise möglich, wenn die konkreten Hilfsangebote über einen Gebrauchswert für jene verfügen, die diese Leistungen in Anspruch nehmen (müssen). Ausgangspunkt der Nutzer:innenforschung sind damit stets die (potenziellen) Nutzer:innen eines Hilfeangebotes, hier also jene Personen, die sich in offenen Drogenszenen aufhalten. Die Hilfsangebote müssen sich aus der Nutzer:innenperspektive daran messen lassen, inwieweit sie den Nutzenden Angebote zur Verfügung stellen, die sich als sinnvoll für ihre konkrete Lebenssituation erweisen. Der potenzielle Nutzen eines Hilfeangebotes ist dabei weder vorauszusetzen noch muss er mit den vorgegebenen institutionellen Zielsetzungen übereinstimmen. Außerdem gerät in den Blick, welche Faktoren einen Nutzen befördern und welche einen Nutzen verhindern. Auf dieser Basis entwickelt die Nutzer:innenforschung ein Analyseinstrumentarium, das sich kontinuierlich weiterentwickelt und ausdifferenziert hat, sowohl mit Blick auf den Nutzen und die Nutzung als auch die Bedeutung verschiedener Kontexte, in denen soziale Dienstleistungen stattfinden (Oelerich/Schaarschuch 2005; van Rießen 2020).

Für die Auswertung haben wir uns an den Erkenntnissen der Sozialpädagogischen Nutzer:innenforschung orientiert, sie aber für die Form der Befragung und die Zielrichtung der Untersuchung angepasst. Die zahlreichen Aussagen der Befragten wurden den deduktiven Kategorien „infrastruktureller Nutzen“, „materieller Nutzen“ und „personaler Nutzen“ zugeordnet und inhaltlich ausdifferenziert. Dabei wurden nutzenfördernde wie nutzenlimitierende Ausprägungen gefunden und zugeordnet. Induktiv wurden drei Ebenen erarbeitet, die den Nutzen strukturieren: die institutionelle Ebene, in der die konkreten Unterstützungsangebote verortet sind, die lokale Ebene, in der weitere Akteure und Bedingungen der jeweiligen Stadt thematisiert werden, sowie die gesellschaftlichen Bedingungen und Verhältnisse, wie Diskurse, Gesetze oder Großinstitutionen, die nutzenstrukturierend wirken.

Zu den Darstellungen: In den abgebildeten Tabellen bezieht sich N stets auf Angaben zur gesamten Stichprobe, n markiert Teilstichproben. Die Prozentangaben beziehen sich auf die jeweilige (Teil-)Stichprobe, stehen also im Verhältnis zu den gültigen Antworten des jeweiligen Items oder der jeweiligen Item-Batterie. Der Mittelwert M wird in Klammern durch die Standardabweichung SD ergänzt. Die Standardabweichung beschreibt die Streuung von Daten. Wenn das Durchschnittsalter einer Gruppe 44 Jahre beträgt und die Standardabweichung 10,5 Jahre ist, bedeutet das, dass die meisten Personen etwa 10,5 Jahre über oder unter dem Durchschnitt liegen. Weichen die Angaben in den Tabellen in Summe von 100 % ab, kann dies auf Rundungseffekte (eine Stelle nach dem Komma) und Item-Batterien mit Mehrfachantworten zurückzuführen sein. In den Kapiteln, die auf den offenen Fragen beruhen, werden Originalzitate der Befragten verwendet. In Klammern ist jeweils die Nummer des Fragebogens vermerkt.

4. NRW-WEITE ERGEBNISSE

Den oder die typische Angehörige der offenen Drogenszene gibt es nicht. Die befragten Personen weisen sehr unterschiedliche Merkmale auf: Ihr Alter reicht von 17 bis 78 Jahren, sie wohnen in eigenen Wohnungen, in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder im öffentlichen Raum. Einige gehen arbeiten, viele beziehen Bürgergeld oder aufgrund von Krankheit, Behinderung oder Alter Leistungen der Grundsicherung. Die Lebenslage eines Großteils der befragten Personen ist durch vielfältige Ausschlüsse gekennzeichnet; sie verfügen weder über eine Krankversicherung, einen gesicherten Schlafplatz noch irgendein regelmäßiges Einkommen. Andere leben dagegen relativ abgesichert in eigenen Wohnungen, mit festem Einkommen und Zugang zu medizinischen und sozialen Unterstützungsangeboten. Einige verfügen über eine Familie und Freund:innen außerhalb der Szene, die in ihrem Alltag eine große Rolle spielen, andere verbringen fast ihre gesamte Zeit in der Drogenszene. Auch die Konsummuster variieren enorm: Während einige mehrmals am Tag Kokain oder Heroin konsumieren, gelingt es anderen, viel seltener eine der Substanzen zu nehmen. Für einige stehen Substanzbeschaffung und -konsum im Mittelpunkt, wenn sie sich in der Szene aufhalten, andere suchen die Drogenszenen auf, um Kontakt zu Freund:innen und Bekannten zu halten, aber – u. a. durch die Unterstützung von Substitutionsbehandlungen – nicht mehr zum Opioidkonsum.

Wenn wir auf den folgenden Seiten statistische Merkmale und Ausprägungen präsentieren, soll das nicht den Blick auf die große Vielfalt der Menschen verstellen, für die die offenen Drogenszenen einen Teil ihres Lebens ausmachen. Jede Person, die sich hinter den Zahlen verbirgt, hat eine individuelle Geschichte, spezifische Merkmale und einen individuellen Umgang mit der Szene. Und anders als eine Querschnittserhebung suggeriert, befindet sich das Leben der befragten Menschen ständig in Bewegung. Schon morgen können ihre Position und Lebensführung anders aussehen als zum Zeitpunkt der Befragung.

4.1 SOZIODEMOGRAFIE UND ASPEKTE DER LEBENSLAGE

Alter & Geschlecht: Der Altersdurchschnitt der befragten Personen liegt bei 44 Jahren, mit einer Streuung von ± 10,5 Jahren (Standardabweichung „SD“, siehe *Tabelle 2*) um den Mittelwert. Die jüngste befragte Person ist 17 Jahre, die älteste 78 Jahre alt. 76,5 % der befragten Personen geben als Geschlechtsidentität männlich an, 22,5 % weiblich und 1,0 % divers (alle hier und im Folgenden gemachten Angaben: siehe *Tabelle 2*).

Nationalität & Aufenthalt: 69,6 % der Befragten verfügen über die deutsche Staatsangehörigkeit, 30,4 % über eine andere. Die ausländischen Staatsangehörigen geben 34 verschiedene Nationalitäten an, zwei Personen sind staatenlos. Mit 62 Personen (11,9 %) ist die Gruppe der EU-Ausländer:innen unter den Befragten die größte, darunter befinden sich 17 polnische und neun griechische Staatangehörige. Über die türkische Staatsangehörigkeit verfügen 17 Personen (3,3 %), über die marokkanische 16 Personen (3,1 %). Unter den Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit besitzen 61,0 % einen verfestigten Aufenthaltstitel (38,8 % einen unbefristeten und 22,7 % einen befristeten Aufenthalt), 13,6 % eine Duldung, 7,8 % keine Papiere und 17,5 % einen sonstigen Aufenthalt. Die weitaus größte Gruppe unter den Menschen ohne klare Aufenthaltstitel (keine Papiere oder sonstiger Aufenthalt) sind mit 71,8 % EU-Ausländer:innen. Unter den zwölf Personen ohne Papiere sind sieben Personen EU-Staatsangehörige, unter den 27 Personen mit sonstigen Aufenthaltstiteln sind es 21 Personen, die z. B. über die griechische, niederländische, lettische oder rumänische Staatsbürgerschaft verfügen. 11,0 % der Studienteilnehmer:innen weisen Fluchterfahrungen auf, darunter fast alle Personen mit afghanischer und iranischer sowie acht Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit.

Einkommen: 72,0 % der Befragten erhalten Bürgergeld, Sozialhilfe oder Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II oder SGB XII. 2,7 % erzielen Einkommen aus Erwerbsarbeit und 3,0 % aus Arbeitslosengeld I. 5,9 % verfügen über andere reguläre Einkommen, darunter fallen z. B. Minijobs (6 Personen), Pflegegeld

(5 Personen), Altersrenten (4 Personen), so genannte 1,50-Euro-Jobs (3 Personen) oder Kindergeld (3 Personen). Ein hoher Anteil der Befragten, mit 19,0 % fast ein Fünftel, verfügt über keinerlei reguläre Einkünfte und ist damit ausschließlich auf andere Einkünfte wie Almosen, Unterstützung von Familie und Bekannten, Einkünfte aus der Schattenwirtschaft oder Diebstähle angewiesen. Insgesamt geben 36,8 % der Befragten an, Pfandflaschen zu sammeln, 24,2 % erhalten Unterstützung durch Familie, Freund:innen oder Partner:innen. Etwas geringere Anteile, 19,8 % und 19,1 %, erzielen Einkommen durch Diebstähle oder Dealen. 2,5 % der Befragten (13 Personen) geben an, Einkünfte durch Sexarbeit zu generieren, darunter neun Frauen.

Vergleich Befragte mit und ohne reguläre Einkommen: Menschen ohne reguläre Einkommen zeichnen sich durch hohe Prekarität aus. Zum einen sind sie in deutlich höherem Maße auf Einkommen aus dem Sammeln von Pfandflaschen (59 % vs. 31,5 %), aus dem Betteln (39,0 % vs. 20,2 %), Diebstahl (36,0 % vs. 16,0 %), Dealen (23,0 % vs. 18,1 %) angewiesen als die Vergleichsgruppe (siehe *Tabelle 28* im Anhang). Zum anderen zeichnet sich diese Gruppe auch in anderen Aspekten durch einen hohen Ausschluss aus. 49,0 % (vs. 15,8 %) von ihnen sind straßenobdachlos, 21,0 % (vs. 15,8 %) leben in Notunterkünften und 97,0 % (vs. 56,8 %) sind wohnungslos. 54,3 % (vs. 24,7 %) verfügen über keinen sicheren Aufenthalt, 71,7 % (vs. 4,0 %) sind nicht krankenversichert.

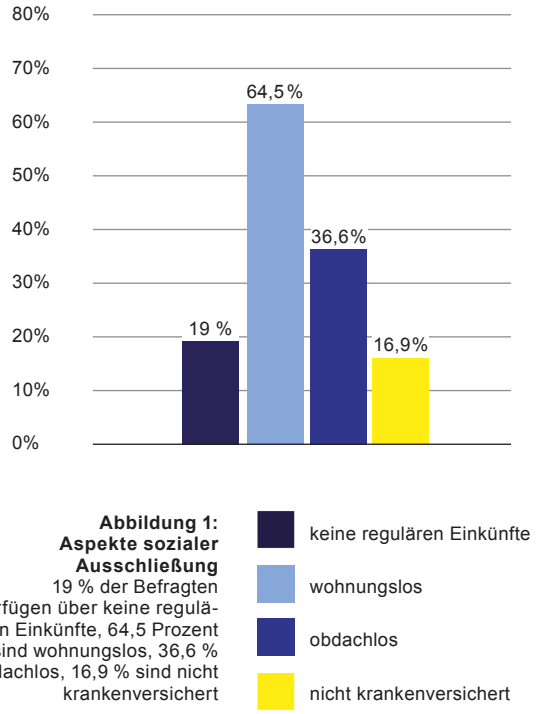


Abbildung 1: Aspekte sozialer Ausschließung
19 % der Befragten verfügen über keine regulären Einkünfte, 64,5 Prozent sind wohnungslos, 36,6 % obdachlos, 16,9 % sind nicht krankenversichert

Wohnsituation: Nur rund ein Drittel der interviewten Personen (35,5 %) leben in ihrer eigenen Wohnung. Fast zwei Drittel (64,5 %) sind dagegen zum Zeitpunkt der Befragung wohnungslos. Dazu zählen sowohl die 9,5 % der Befragten, die in dauerhaften Wohnprojekten untergebracht sind, weiterhin die 11,6 %, die als verdeckte Wohnungslose bei Partner:innen, Freund:innen oder Bekannten unterkommen, sowie die 36,6 %, die nach der FEANTSA Klassifikation als obdachlos gelten. Darunter fallen die 14,5 %, die überwiegend in Notunterkünften schlafen, und die 22,1 % der Befragten, die überwiegend im öffentlichen Raum übernachten (z. B. in Hauseingängen, Brückenunterführungen, Parkhäusern, Kellern oder Parks). Die wohnungslosen Personen sind gemittelt 3,9 Jahre wohnungslos – also bereits eine sehr lange Zeit. Der hohe Anteil an wohnungs- und obdachlosen Personen spiegelt sich auch im psychosozialen Unterstützungsbedarf der befragten Personen wider (siehe 4.3): Je nach Stadt lag der Anteil der Befragten, die angeben, einen Unterstützungsbedarf wegen ihrer Wohnsituation zu haben, zwischen 15,4 % in Münster und 46,7 % in Köln.

Vergleich obdachlose und nichtobdachlose Befragte: Bei der Gegenüberstellung von obdachlosen (n = 192, 36,6 %) und nichtobdachlosen (n = 333, 63,4 %) Menschen zeigt sich, dass die obdachlosen Personen auch in anderen Aspekten der Lebenslage häufiger von sozialem Ausschluss betroffen sind (siehe *Tabelle 29* im Anhang). Obdachlose Menschen verfügen deutlich häufiger über kein reguläres Einkommen (36,5 % vs. 9,0 %) und sind umso häufiger auf Nebeneinkünfte wie Pfandflaschen-Sammeln (52,1 % vs. 27,9 %), Betteln (35,9 % vs. 16,8 %) oder Diebstahl (26,0 % vs. 16,2 %) angewiesen. Die meisten abgefragten Hilfsangebote werden von obdachlosen Menschen häufiger in Anspruch genommen. Sie sind öfter auf die Essensausgabe angewiesen (81,1 % vs. 71,9 %) und nutzen Kontaktläden und Kontaktcafés häufiger als Rückzugsorte (83,2 % vs. 72,9 %). Auch Konsumräume (57,7 % vs. 40,6 %) werden von ihnen häufiger genutzt, was auf den Wegfall des privaten Raums zum sicheren Konsum zurückgeführt werden kann. Nur 1,0 % der Menschen ohne Obdach zählen zu den Nicht-Nutzer:innen (vs. 5,5 %, vgl. Kapitel 4.3). Trotz ihrer prekären Lage nehmen sie jedoch seltener Beratungsgespräche und Angebote der niedrigschwelligen medizinischen Versorgung in Anspruch. Sie sind häufiger nicht krankenversichert (34,9 % vs. 6,4 %) und öfter von einem unsicheren Aufenthaltsstatus betroffen (19,3 % vs. 6,6 %). Durch den vermehrten Aufenthalt im öffentlichen Raum sehen sich Menschen ohne Obdach einem höheren Kontrolldruck ausgesetzt und wurden in den letzten 30 Tagen im Durchschnitt 7,4-mal (vs. 4,3-mal) durch die Polizei oder das Ordnungsamt kontrolliert. Sie halten sich im

Schnitt drei Stunden pro Tag länger in den Drogenszenen auf (10,1 Stunden vs. 7,1 Stunden) und haben weniger Cleankontakte (4,5 vs. 6,4). Auffällig ist, dass sich obdachlose Menschen im Mittel seit 12,9 Jahren in den Drogenszenen aufhalten, während es bei Menschen mit Obdach im Schnitt 20,4 Jahre sind. Die Differenz von 7,5 Jahren sowie ein geringeres Durchschnittsalter (40,8 vs. 45,9 Jahre) könnten auf die erhöhte Mortalität von Menschen ohne Obdach hinweisen (Fazel et al. 2014), die sich aus den beschriebenen prekären Lebensumständen ableitet.

Krankenversicherung: 16,9 % der Befragten geben an, zum Zeitpunkt der Befragung nicht krankenversichert zu sein. Diese Menschen haben einen erheblich erschwerten oder keinen Zugang zur suchtmedizinischen und psychiatrischen Versorgung. Unter ihnen verfügen 22,7 % (20 Personen) über die deutsche Nationalität und ein Drittel hat eine EU-Staatsangehörigkeit (29 Personen, 32,9 %). 44,3 % (39 Personen) sind Drittstaatsangehörige. Unter den nicht krankenversicherten Ausländer:innen verfügt rund die Hälfte (48,5 %) über einen unbefristeten oder befristeten Aufenthalt. Der Anteil der Menschen ohne klare Aufenthaltstitel (keine Papiere oder kein sonstiger Aufenthalt) liegt bei den Nicht-Krankenversicherten bei 30,7 %. Darunter bilden die EU-Bürger:innen mit rund drei Vierteln (74,1 %) die weitaus größte Gruppe. Der Anteil der geduldeten Menschen unter den Nicht-Krankenversicherten liegt dagegen nur bei 6,8 % (6 Personen).

Drogenszene als Alltag: Die Befragten verbringen große Teile des Tages in Drogenszenen – im Schnitt täglich 9,0 Stunden und knapp sechs (5,9) Tage die Woche (für die Verteilung siehe Anhang *Abbildung 5*). Im Mittel halten sich die Befragten seit 17,6 Jahren in Drogenszenen auf (siehe Anhang *Abbildung 6*) und haben 5,7 Cleankontakte in ihrem näheren Umfeld (siehe Anhang *Abbildung 7*).

Hafterfahrung und Kontrollerfahrung: Auf verschiedene Formen der Kriminalisierung von Personen in den offenen Drogenszenen weisen der sehr hohe Anteil der Befragten hin, die über Hafterfahrungen verfügen, und die langen Zeiten, in denen sie insgesamt in Haft waren. Über Hafterfahrung verfügten 79,6 % der befragten Personen. Die Befragten waren im Durchschnitt 3,9-mal inhaftiert, mit einer durchschnittlichen Gesamthaftzeit von 5,9 Jahren. 60,8 % der befragten Personen waren länger als zwei Jahre, 47,4 % mehr als vier Jahre und 19 % sogar mehr als zehn Jahre inhaftiert (siehe *Abbildung 8* im Anhang). Bei einem Gruppenvergleich der Personen mit Hafterfahrung gegenüber denen, die keine Hafterfahrung haben, wird ein Unterschied in der Belastung mit Hepatitis C (39,1 % vs. 32,9 %) und HIV (6,3 % vs. 0,8 %) deutlich (siehe *Tabelle 30* im Anhang), was die Ergebnisse der DRUCK 2.0-Studie untermauert. Mehr als die Hälfte (56,6 %) der Befragten wurde in den letzten 30 Tagen durch die Polizei oder das Ordnungsamt kontrolliert. Dabei wurden im Schnitt 5,7 Kontrollen durchgeführt.

Tabelle 2: Soziodemografische Angaben und Angaben zur Lebenslage des Gesamtsamples

(Die Zahl der antwortenden Personen unterscheidet sich je nach Frage; Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte, bei Einkünften Mehrfachantworten möglich)

	N	M (SD)
Alter	525	44 (10,5)
	N/n	**%**
Geschlecht	525	
Männlich	401	76,4
Weiblich	119	22,7
Divers	5	1,0
Nationalität	520	
Deutsch	362	69,6
EU-Staaten (polnisch 17; griechisch 9; litauisch 7; bulgarisch & italienisch je 6; lettisch 4; niederländisch, rumänisch & spanisch je 3; kroatisch 2; tschechisch & ungarisch je 1)	62	11,9
Türkisch	17	3,3
Marokkanisch	16	3,1
Iranisch	13	2,5
Afghanisch	11	2,1
Sonstige	39	7,5
Aufenthaltsstatus	155	
Unbefristeter Aufenthalt	60	38,7
Befristeter Aufenthalt	36	23,2
Duldung	21	13,5
Keine Papiere	12	7,7
Sonstiger Aufenthalt	26	16,8
Fluchterfahrung	58	11,1
Reguläre Einkünfte	525	
Erwerbsarbeit	14	2,7
Arbeitslosengeld I	16	3,0
Bürgergeld/Sozialhilfe/Grundrente	378	72,0
Asylbewerberleistungsgesetz	2	0,4
Andere Einkünfte	31	5,9
Keine regulären Einkünfte	100	19,0
Informelle Einkünfte	525	
Pfandflaschen sammeln	193	36,8
Unterstützung durch Familie, Freund:innen, Partner:in	127	24,2
Betteln	125	23,8
Diebstahl	104	19,8
Dealen	100	19,1
Verkauf von Straßenzeitungen	30	5,7
Sexarbeit	13	2,5

Überwiegender Übernachtungsort	524	
Eigene Wohnung	186	35,5
Wohnheim	50	9,5
Bei Freund:innen/Partner:in	61	11,6
Notschlafstelle	76	14,5
Draußen	116	22,1
Anderer Ort	35	6,7
	n	**M (SD)**
Durchschnittliche Dauer Wohnungslosigkeit in Jahren	315	3,9 (5,5)
	n	**%**
Krankenversicherung	521	
Krankenversichert	433	83,1
Nicht krankenversichert	88	16,96
Alltag Drogenszene	**n**	**M (SD)**
Aufenthalt seit Jahren	508	17,6 (12,6)
Aufenthalt Stunden/Tag	508	9,0 (7,8)
Aufenthalt Tage/Woche	514	5,9 (1,9)
Cleankontakte	509	5,7 (10,2)
Haft- und Kontrollerfahrung	524	
	n	**%**
Jemals inhaftiert	417	79,6
	n	**M (SD)**
Durchschnittliche Anzahl der Inhaftierungen	400	3,9 (3,1)
Durchschnittliche Dauer der Inhaftierungen in Jahren	416	5,9 (6,0)
Kontrollen durch Polizei/Ordnungsamt in den letzten 30 Tagen	297	5,7 (8,2)

4.2 SUBSTANZKONSUM UND GESUNDHEIT

Über alle untersuchten Städte hinweg ist Kokain/Crack die am häufigsten konsumierte Substanz in den offenen Drogenszenen. Das gilt sowohl für den Anteil der Personen, die in den letzten 24 Stunden Kokain/Crack konsumiert haben (24-Stunden-Prävalenz), als auch für den Anteil der Personen, die Kokain/Crack in den letzten 30 Tagen konsumiert haben (30-Tage-Prävalenz, siehe *Abbildung 2*) Heroin wird dagegen von einem deutlich geringen Anteil der Befragten konsumiert, sowohl mit Blick auf die letzten 24 Stunden als auch auf die letzten 30 Tage vor dem Befragungszeitpunkt.

24-Stunden-Prävalenzen: Insgesamt geben 63,8 % der Befragten an, in den letzten 24 Stunden Kokain konsumiert zu haben. Mehr als die Hälfte (55,8 %) konsumiert Kokain inhalativ – die Crack-Konsumierenden –, 13,1 % geben einen intravenösen Konsum von Kokain an. Heroin wurde in den vergangenen 24 Stunden von 36,2 % der Befragten konsumiert. Auch hier ist der inhalative Konsum stärker verbreitet. Rund ein Viertel (27,6 %) gibt an, Heroin geraucht zu haben, etwa ein Drittel (11,2 %) hat Heroin intravenös konsumiert. Alkohol und Cannabis wurden in den vergangenen 24 Stundenvon 52,6 % bzw. 45,0 % konsumiert, weitere Substanzen finden sich seltener. Fentanyl-Pflaster wurden von 1,3 % der Studienteilnehmer:innen geraucht oder ausgekocht, um so das darin enthaltene synthetische Opioid zu konsumieren (siehe *Tabelle 3*).

Zwischen den einzelnen Städten zeigen sich deutliche Unterschiede in den 24-Stunden-Prävalenzen des Substanzkonsums. Das gilt erstens für die Substanzen Kokain/Crack und Heroin. Am verbreitetsten ist der Konsum von Crack (inhalativer Kokain-Konsum) in den letzten 24 Stunden unter den Befragten in Düsseldorf mit 60,8 %, am geringsten in Essen mit 50,9 %. Für Heroin verhält es sich dagegen umgekehrt: In Essen konsumierten 37,7 % der Befragten in den letzten 24 Stunden Heroin inhalativ, in Düsseldorf dagegen 23,5 %. Der intravenöse Konsum von Heroin in den letzten 24 Stunden findet sich in Münster am seltensten (1,1 % der Befragten) und in Köln am häufigsten (25,0 % der Befragten). Zweitens zeigen sich deutliche Unterschiede im Verbreitungsgrad anderer Substanzen. So geben z. B. in Köln 29,2 % der Befragten an, in den letzten 24 Stunden Pregabalin konsumiert zu haben, in den anderen Städten liegen die Zahlen erheblich darunter. In Essen führen die Befragten dagegen rund zweimal häufiger als in den anderen Städten an, in den letzten 24 Stunden Amphetamine (20,0 %) oder Metamphetamine (4,5 %) konsumiert zu haben. Genauere Einblicke in die lokalen Unterschiede finden sich in Kapitel 5.

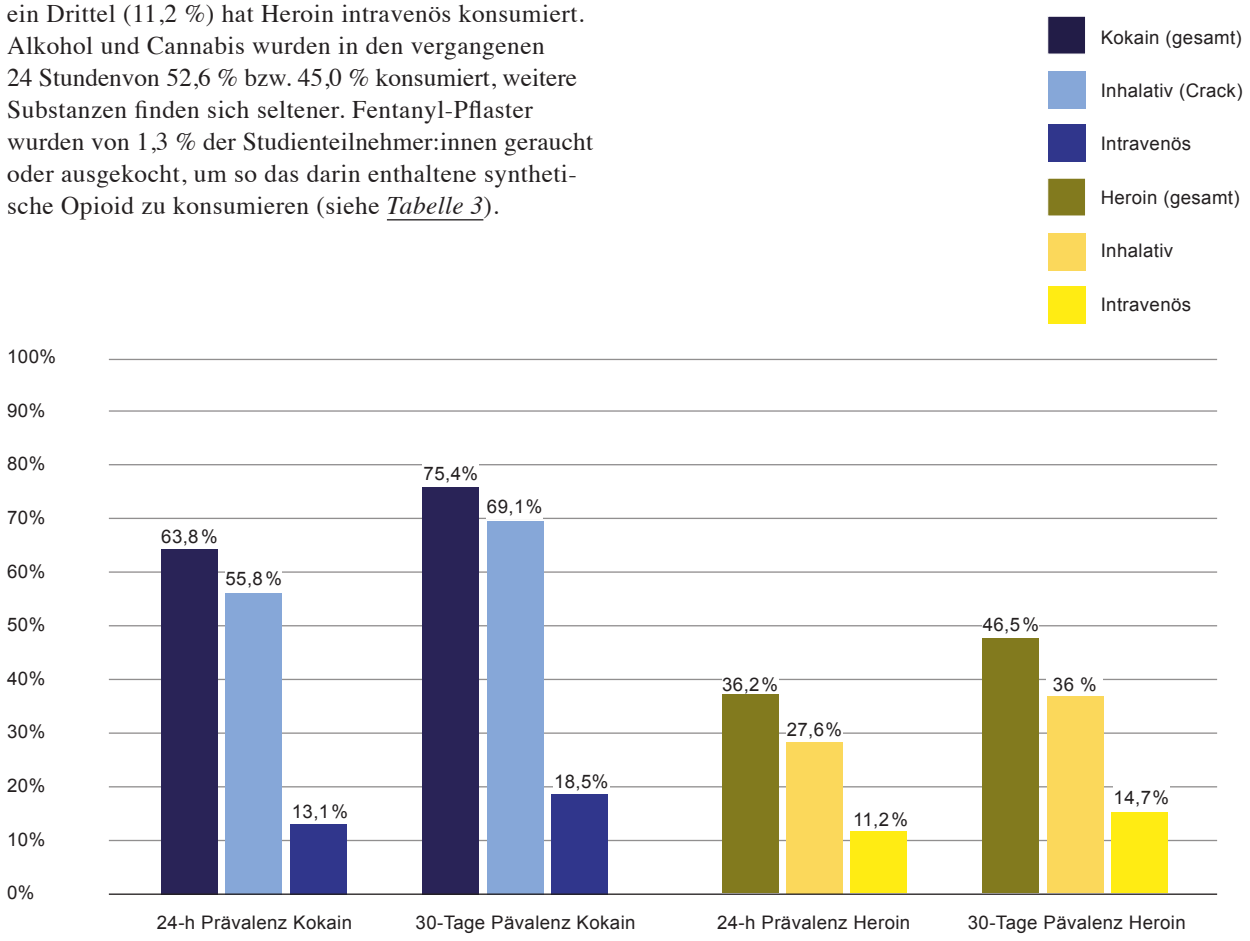


Abbildung 2: 24-Stunden- und 30-Tage-Prävalenz Heroin- und Kokain-Konsum
(N=525, Mehrfachantworten möglich)

Tabelle 3: Prävalenzen Substanzkonsum

(Mehrfachantworten möglich, bei Unterkategorien Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte)

	24-Stunden-Prävalenz		30-Tage-Prävalenz	
	n	**%**	**n**	**%**
Kokain	335	63,8	396	75,4
Inhalativ (Crack)	293	55,8	363	69,1
Intravenös	69	13,1	97	18,5
Heroin	190	36,2	244	46,5
Inhalativ	145	27,6	189	36,0
Intravenös	59	11,2	77	14,7
Alkohol	276	52,6	335	63,8
Cannabis	236	45,0	309	58,9
Benzodiazepine	94	17,9	146	27,8
Pregabalin	74	14,1	122	23,2
Amphetamine	60	11,4	92	17,5
Methamphetamin	14	2,7	22	4,2
Fentanyl-Pflaster (aufgekocht/geraucht)	7	1,3	25	4,8
	n	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
Durchschnittliche Anzahl der konsumierten Substanzen	525	2,7 (1,6)	518	3,6 (1,9)

Konsumfrequenzen: Im Mittelwert geben die Personen, die Heroin intravenös konsumieren, 4,3 Konsumeinheiten am Tag an, bei den inhalativen Konsument:innen von Heroin sind es 5,8 Einheiten am Tag. Der Vergleich mit Kokain verdeutlicht die starke psychische Abhängigkeit und den hohen Suchtdruck, die mit dem Kokainkonsum einhergehen können. In seiner inhalativen Applikationsform als Crack wird Kokain 9,5-mal am Tag und damit fast doppelt so häufig wie Heroin inhalativ konsumiert. Die höhere Standardabweichung von 12,9 (vs. 7,3) weist auf starke Ausreißer durch Binge-Konsument:innen hin. Auch in der intravenösen Applikation wird Kokain mit 5,3 Konsumeinheiten am Tag häufiger konsumiert als Heroin (siehe Tabelle 31 im Anhang).

30-Tage-Prävalenzen: Die 30-Tage-Prävalenzen liegen für alle Substanzen noch einmal deutlich höher. Der Anteil der Personen, die in den letzten 30 Tagen Kokain konsumiert haben, liegt bei 75,4 %. 69,1 % geben an, Kokain inhalativ – also als Crack – konsumiert zu haben, 18,5 % führen intravenösen Konsum an. 46,5 % der Befragten haben im letzten Monat Heroin konsumiert, 36,0 % inhalativ und 14,7 % intravenös. Die 30-Tage-Prävalenz für Cannabis liegt bei 58,9 %, der Anteil des angst- und schmerzlösenden Wirkstoffs Pregabalin bei 23,2 %. Der Anteil der Menschen, die angeben, Fentanyl konsumiert zu haben, liegt bei 4,8 %. Mit Blick auf den Konsum in den letzten 30 Tagen unterscheiden sich die Befragten der einzelnen Städte in ähnlicher Weise wie in der 24-Stunden-Prävalenz: vergleichsweise häufiger intravenöser Heroin-Konsum in Köln, seltener inhalativer Konsum von Crack und häufiger Amphetamin-Konsum in Essen. Genauere Angaben zu den Unterschieden zwischen den Städten finden sich in Kapitel 5.

Polyvalenter Konsum: Polyvalenter Konsum ist unter den Befragten der offenen Drogenszenen aller Städte die Regel. Im Durchschnitt wurden 2,7 unterschiedliche Substanzen in den letzten 24 Stunden unwd 3,6 unterschiedliche Substanzen in den letzten 30 Tagen konsumiert. Über eine Korrelationsmatrix (siehe *Tabelle 32* im Anhang) können Aussagen zu polyvalentem Konsum abgeleitet werden. Die Korrelationskoeffizienten können Werte von - 1 bis + 1 annehmen und deuten darauf hin, ob Substanzen seltener oder häufiger gemischt konsumiert werden. Mit Sternen versehene Werte deuten auf signifikante Unterschiede (* < 0,05; ** < 0,01) hin. Darüber wird etwa eine deutlicher Unterschied in den Applikationsformen erkennbar. Personen, die Heroin spritzen, spritzen auch häufiger Kokain (+ 0,589**) und Personen, die Heroin rauchen, rauchen häufiger Kokain (+ 0.162**). Andersherum wird das Rauchen von Heroin von Personen, die Kokain spritzen, gemieden (- 0,164**). Personen, die Heroin und oder Kokain unabhängig von der Applikationsform konsumieren, konsumieren häufiger nicht verschriebenes Methadon, Polamidon oder Buprenorphin (zwischen + 0,123** und + 0,188**) oder Fentanyl-Pflaster (zwischen + 0,101* und + 0,190**). Weiterhin auffällig ist, dass Kokain und Heroin deutlich weniger signifikant positive Korrelationen mit anderen Substanzen aufweisen als etwa Amphetamine, Benzodiazepine, Pregabalin oder Cannabis. Wer also Heroin oder Kokain konsumiert, fokussiert seinen Konsum hauptsächlich auf diese Substanzen, während andere Substanzen häufiger gemischt konsumiert werden. Dies verweist auf den hohen Suchtdruck, der mit dem Konsum von Heroin und Kokain einhergeht.

Konsumorte: In der vorliegenden Stichprobe werden die Substanzen mit 65,1 % am häufigsten draußen konsumiert, gefolgt von dem Konsum in privaten Räumen mit 41,0 % (siehe *Tabelle 33* im Anhang). Dahinter dienen der Drogenkonsumraum mit 31,4 % und öffentliche Gebäude mit 26,3 % als Konsumorte. Dass der Drogenkonsumraum als Ort zum sicheren Konsum vergleichsweise selten genutzt wird, kann als Hinweis darauf gelesen werden, dass die Attraktivität der Konsumräume noch gesteigert werden könnte, etwa durch höhere Kapazitäten und längere Öffnungszeiten (siehe 4.3).

Dauer des Crack-Konsums: Wegen der zunehmenden Ausbreitung von Crack gehen wir im folgenden Abschnitt etwas genauer auf Crack-Konsumierende und den Crack-Konsum ein. Dazu beginnen wir mit der Frage danach, seit wann die Befragten Crack konsumieren. Im Mittel geben die Studienteilnehmer:innen an, Crack seit etwas mehr als zwei Jahren (2,2) zu konsumieren (siehe *Abbildung 9* im Anhang). 45,4 % der Befragten konsumieren Crack seit weniger als einem Jahr, 23,6 % geben an, Crack bereits seit drei Jahren zu konsumieren. 4,0 % der Befragten konsumieren Crack seit acht Jahren oder länger.

Verfügbarkeit von Crack-Steinen: Die Drogenmärkte der vier Städte scheinen unterschiedlich strukturiert. Darauf gibt die jeweilige Verfügbarkeit von rauchfertigen Crack-Steinen einen Hinweis. Während in Münster und Düsseldorf 89,5 % bzw. 88,6 % der befragten Crack-Konsument:innen angeben, die Crack-Steine meistens oder immer direkt fertig von Dealern aus der Szene zu erhalten, sind es in Köln 71,1 % und in Essen nur 26,6 %. Umgekehrt verhält es sich in den vier Städten entsprechend mit den Anteilen derjenigen, die die Steine meistens oder immer selbst herstellen.

Crack-Konsummuster: Bei der Betrachtung von Aussagen zu Konsummustern werden Differenzen sichtbar, die für unterschiedliche Konsummuster sprechen: So stimmen 52,1 % der Befragten der Aussage ganz zu, so viel Crack zu konsumieren, wie sie bekommen können, während nur 15,4 % dieser Aussage nicht zustimmen. Gleichzeitig stimmen 36,4 % der Befragten der Aussage ganz zu, dass sie versuchen, den Crack-Konsum auf wenige Konsumeinheiten am Tag zu begrenzen. Lediglich 28,1 % der Befragten stimmen dieser Aussage nicht zu. 42,5 % stimmen ganz zu, dass sie regelmäßig Konsumpausen von mehreren Tagen im Monat einlegen, bei mehreren Wochen im Monat sind es nur noch 24,3 %. Die Daten zeigen einerseits, dass Crack offenbar mit einer starken psychischen Abhängigkeit einhergeht, viele Konsument:innen aber versuchen unmittelbar den Konsum zu begrenzen, Konsumpausen, die über einen längeren Zeitraum andauern, jedoch seltener werden (siehe *Tabelle 35* im Anhang).

Vergleich Personen mit häufigem und seltenem Crack-Konsum: Beim Vergleich von Menschen mit häufigem und seltenem Crack-Konsum blicken wir zunächst auf die Personen, die Crack häufig, d. h. täglich oder mehrmals die Woche, konsumieren. Im Gesamtsample macht diese Gruppe rund 60,0 % aus (59,9 %, 314 Personen). Ihnen stehen rund 40,0 % gegenüber (40,1 %, 210 Personen), die Crack seltener als einmal in der Woche oder gar nicht konsumieren (siehe *Tabelle 34* im Anhang). Im Vergleich der beiden Gruppen fällt auf, dass die Personen, die Crack häufig konsumieren, seltener in einer eigenen Wohnung (30,9 % gegenüber 42,4 %) und häufiger im öffentlichen Raum übernachten (26,0 % gegenüber 16,9 %). Auch beim Einkommen zeigen sich Unterschiede: Unter denjenigen, die Crack häufig konsumieren, verfügen 21,9 % über kein reguläres Einkommen; in der Vergleichsgruppe ist ihr Anteil mit 14,8 % deutlich geringer. Im Vergleich geben die

Personen mit häufigem Crack-Konsum an, öfter auf die delinquenten Praktiken Dealen (22,9 %) und Diebstahl (26,7 %) angewiesen zu sein, als Personen in der Vergleichsgruppe (Dealen: 13,3 %; Diebstahl: 9,5 %).

Mit 45,8 % liegt die 30-Tage-Prävalenz für inhalativen Heroin-Konsum unter den Personen, die Crack häufig konsumieren, deutlich über den 27,8 % derjenigen, die Crack selten oder nie konsumieren. Im Hinblick auf weiteren Konsum unterscheiden sich die beiden Gruppen kaum. Unterschiede zeigen sich hingegen mit Blick auf einige Gesundheitsdaten: Während 19,0 % der häufig Crack-Konsumierenden über keine Krankenversicherung verfügen, liegt ihr Anteil bei der Vergleichsgruppe mit 13,0 % deutlich niedriger. Der Anteil der Menschen, die angeben, noch nie auf HIV und Hepatitis C getestet zu sein, fällt unter den häufig Crack-Konsumierenden nur leicht höher aus. Der Anteil derjenigen in Substitutionsbehandlung liegt mit 44,4 % leicht über dem Anteil unter denjenigen, die Crack seltener oder nie konsumieren (37,7 %). Schließlich liegt der Anteil der Ausländer:innen unter den Personen, die Crack häufig konsumieren, mit 34,0 % etwas höher als unter denen, die Crack selten oder gar nicht konsumieren (22,6 %). Allerdings zeigt sich der Anteil der Menschen mit gesichertem Aufenthaltsstatus (unbefristeter oder befristeter Aufenthalt) unter den häufig Crack-Konsumierenden mit 22,6 % höher als unter denjenigen mit geringem oder keinem Crack-Konsum mit 11,9 %. Der Anteil derjenigen in ungesichertem Aufenthaltsstatus (Duldung, keine Papiere oder sonstiger Aufenthalt) ist dagegen etwa gleich (10,9 % gegenüber 11,4 %).

Drogennotfälle: Auf die erheblichen Gesundheitsgefahren, die mit dem Konsum verbunden sind, weist insbesondere der hohe Anteil derjenigen hin, die angeben, bereits eine Drogen-Überdosierung erlebt zu haben (siehe *Tabelle 4*). Mit 44,6 % hat fast jede zweite befragte Person mindestens eine drogenbedingte Überdosierung im Leben erlitten. Die durchschnittliche Zahl der erlebten Überdosierungen liegt bei 4,2. Unter den Befragten mit erlebten Überdosierungen geben 13,0 % an, dass sie mindestens einen Drogennotfall im Drogenkonsumraum erlebt haben. Hierbei unterscheiden sich die Anteile von Stadt zu Stadt deutlich: Während in Köln 23,0 % derjenigen, die eine Überdosierung angeben, mindestens einen Drogennotfall im Konsumraum erlebt haben, sind es in Düsseldorf lediglich 5,1 % (zu weiteren Unterschieden zwischen den Städten siehe Kapitel 5). Der Großteil der Überdosierungen findet allerdings im öffentlichen Raum statt: 62,3 % geben an, mindestens eine der Überdosierungen im öffentlichen Raum erlebt zu haben. 48,1 % haben eine Überdosierung in privaten Räumen erlebt. 9,1 % geben sonstige Orte an, darunter fallen u. a. Krankenhäuser, Notunterkünfte, Arbeitsstellen, Wohnungen der Eltern, öffentliche Transportmittel oder öffentliche Toiletten.

HIV- und Hepatitis C-Infektionen: Ein großer Anteil der Befragten gibt an, mindestens einmal auf eine HIV- oder Hepatitis C-Infektion getestet worden zu sein (siehe *Tabelle 4*). Jemals einen HIV-Test haben 88,8 % der Befragten gemacht, jemals einen Test auf Hepatitis C 89,6 %. Von den auf HIV getesteten Personen geben 5,4 % an, ein positives Resultat erhalten zu haben, von den auf Hepatitis C getesteten berichten 38,2 % von einer festgestellten Infektion. Wir können jedoch keine Angaben darüber machen, ob es sich hierbei um eine akute oder durchlaufende Hepatitis C-Infektion handelt. Jeweils rund 11 % der Befragten haben dagegen noch keinen HIV- oder Hepatitis-C-Test gemacht oder führen an, dass sie das nicht sicher wissen.

Vergleich von Befragten in Substitution mit nicht-substituierten Personen: Mit 57,9 % befand sich etwas mehr als die Hälfte der Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung in einer opioidgestützten Substitutionstherapie. Unter den Befragten in Substitutionsbehandlung liegen die Anteile derjenigen, die in den letzten 24 Stunden Heroin konsumiert haben (intravenös: 6,0 %; inhalativ 17,7 %), sehr deutlich unter denjenigen, die sich nicht in einer Substitutionsbehandlung befinden (intravenös: 17,5 %; inhalativ 41,9 %). Auch mit Blick auf die 30-Tage-Prävalenz zeigen sich Mittelwertunterschiede: Mindestens einmal in den vergangenen 30 Tagen haben 13,4 % der Substituierten Heroin intravenös konsumiert gegenüber 19,6 % der Nicht-Substituierten. Die 30-Tage-Prävalenz beim inhalativen Konsum von Heroin liegt unter den substituierten Befragten bei 32,3 % gegenüber 47,6 % bei den Nicht-Substituierten. Als eine wesentliche Schwelle erweist sich ein bestehender Krankenversicherungsschutz: Der Anteil der Nicht-Versicherten liegt bei den substituierten Personen lediglich bei 2,3 % bzw. sieben Personen (4 in Köln und 3 in Düsseldorf). Außerdem werden Personen, die nicht substituiert sind, von unterstützenden Angeboten deutlich seltener erreicht als Personen, die substituiert sind (siehe 4.3). Ein bestehender Krankenversicherungsschutz und niederschwellige Unterstützungsangebote scheinen also wesentliche Faktoren für den Weg in die Substitutionsbehandlung zu sein.

Tabelle 4: Gesundheitliche Situation

(Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte, bei Orten Mehrfachnennungen möglich)

	n	%
Jemals drogenbedingte Überdosierung erlebt	231	44,6
	n	**M (SD)**
Durchschnittliche Anzahl von Überdosierungen	214	4,2 (6,1)
	n	%
Orte der Überdosierungen	231	
Öffentlicher Raum	144	62,3
Privater Raum	111	48,1
Drogenkonsumraum	30	13,0
Anderer Ort	21	9,1
HIV-Test	516	
Ja, in den letzten 12 Monaten	306	59,3
Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten	153	29,5
Nein	54	10,5
Ich weiß nicht	4	0,8
HIV-Testergebnis	459	
Negativ	430	93,7
Positiv	25	5,4
Unbekannt	4	0,9
Hepatitis-C-Test	517	
Ja, in den letzten 12 Monaten	310	60,0
Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten	153	29,6
Nein	47	9,1
Ich weiß nicht	7	1,4
Hepatitis-C-Testergebnis	463	
Negativ	280	60,5
Positiv	176	38,0
Unbekannt	7	1,5
Opioidgestützte Substitutionstherapie	300	57,9

4.3 ZUGÄNGE UND NUTZUNG VON ANGEBOTEN UND BEDARFE

Zugänge zu und Nutzung von Angeboten

Zugänge zu und Nutzung von Hilfsangeboten unterscheiden sich erheblich in den verschiedenen Städten. Sie sind zunächst davon abhängig, ob und in welcher Form solche Angebote überhaupt bestehen. Alle vier hier untersuchten Städte verfügen über Angebote, die für Menschen in offenen Drogenszenen relevant sein können. Dazu zählen in jeder Stadt eine oder mehrere Kontakt- und Beratungsstellen für drogenkonsumierende Menschen, ein Drogenkonsumraum, Angebote der Wohnungslosenhilfe wie Notunterkünfte und aufsuchende Streetwork. Einige Angebote bestehen aber nur in einzelnen Städten, z. B. aufsuchende medizinische Versorgung oder spezialisierte (Not-)Unterkünfte für drogenkonsumierende Personen. Außerdem gibt es deutliche Unterschiede in der Ausgestaltung der Angebote in den verschiedenen Städten, z. B. mit Blick auf Öffnungszeiten (etwa der Konsumräume), den Umfang des eingesetzten Personals (etwa in der Streetwork) oder zu erfüllende Bedingungen für die Inanspruchnahme von z. B. medizinischer Unterstützung. In der Folge haben Menschen in den offenen Drogenszenen sehr verschiedene Möglichkeiten, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.

An dieser Stelle soll zunächst allgemein in den Zugang zu und die Nutzung von Angeboten eingeführt werden, bevor in Kapitel 5 genauere Einblicke in jede einzelne Stadt gegeben werden. Am häufigsten erreichen niedrigschwellige Angebote der Grundversorgung die Befragten. Dazu zählen die niedrigschwelligen Kontaktläden, die über alle Städte hinweg von 70,1 % der Befragten mindestens einmal im Monat genutzt werden. Ähnliche Werte erreichen die Essensausgaben mit 68,8 %. Auch die Angebote der Schadensreduzierung (Harm Reduction) erreichen viele Befragte. Darunter fallen unter anderem die Vergabe von sterilen Konsumutensilien, die 35,2 % der Befragten mindestens einmal im Monat in Anspruch nehmen, und die Drogenkonsumräume, die von 38,3 % der Befragten mindestens einmal im Monat genutzt werden (siehe *Tabelle 5*).

Gleichzeitig zeigen sich erhebliche Unterschiede im Zugang zu und in der Nutzung von Angeboten. So erreichen z. B. Kontaktläden (von 57,8 % in Essen bis 90,1 % in Münster), Streetwork (von 6,7 % in Münster bis 63,5 % in Düsseldorf), Notunterkünfte (von 10,2 % in Essen bis 35,8 % in Düsseldorf) oder Drogenkonsumräume (von 20,2 % in Essen bis 61,3 % in Köln) jeweils einen sehr unterschiedlichen Anteil der Befragten. Die städtischen Unterschiede können auf drei wesentliche Ursachen zurückgeführt werden. Erstens wurden je nach den Gegebenheiten in den vier Städten unterschiedliche Feldzugänge genutzt, um möglichst viele drogenkonsumierende Menschen für die Befragung zu erreichen. So wurden z. B. in Münster die meisten Interviews im Kontaktladen durchgeführt und in Köln gab es eine sehr enge Kooperation mit der Streetwork während der Erhebung – ein Faktor, warum besonders viele Menschen erreicht wurden, die an diese spezifischen Angebote angebunden sind. Zweitens zeigen die Angaben zur Lebenslage, dass sich die Szenen aus Menschen mit unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen zusammensetzen. Wo, wie in Münster, vergleichsweise wenige Menschen nicht krankenversichert sind, müssen weniger medizinische Unterstützungsangebote außerhalb des regulären Gesundheitssystems in Anspruch genommen werden. Drittens verweisen die Mittelwertunterschiede auch auf unterschiedliche Angebotsstrukturen in den vier Städten. Wo es, wie in Düsseldorf, ein ausgebautes Angebot von Notunterkünften speziell für Menschen in den offenen Szenen gibt, können es auch mehr Menschen in Anspruch nehmen.

Unterstützungsbedarfe

In einer standardisierten Abfrage wurden die Studienteilnehmer:innen gefragt, in welchen Lebensbereichen sie Unterstützung benötigen. Ihnen standen zwölf Antwortmöglichkeiten und eine offene Kategorie zur Auswahl, eine Mehrfachantwort war möglich (*Tabelle 6*). In dieser standardisierten Abfrage geben die meisten Befragten an (35,6 %), dass sie Unterstützung beim Zugang zu Wohnraum benötigen. Das korrespondiert mit dem sehr hohen Anteil von zwei Dritteln unter den Befragten, die wohnungslos sind (64,5 %). Dieser Bedarf unterscheidet sich noch einmal deutlich von Stadt zu Stadt. In Köln und Düsseldorf geben mit 46,7 % und 41,2 % deutlich mehr Befragte einen Unterstützungsbedarf beim Thema Wohnen an als in Essen (30,0 %) oder Münster (15,4 %). Die Mittelwertdifferenzen stehen in klarem Bezug zu dem unterschiedlich hohen Anteil von Menschen mit eigenen Wohnungen bzw. in der Wohnungslosigkeit in den vier untersuchten Städten. Je höher der Anteil der Wohnungslosen, desto dringender bedürfen die Menschen Unterstützung beim Zugang zu einer Wohnung.
Das Thema Wohnen wird gefolgt von Bedarfen an einer Unterstützung beim Thema Finanzen und Schulden mit 28,6 %, bei Behördenangelegenheiten mit 23,8 %, bei gesundheitlichen Problemen mit 22,5 % und beim Thema Erwerbsarbeit und Beschäftigung mit 19,0 %. Erst dahinter folgen die Unterstützungsbedarfe für die Vermittlung in Entzugsbehandlungen

Tabelle 5: Nutzung vom Hilfesystem nach Häufigkeit

(Mehrfachantworten möglich, Abweichungen von 100 % in den Aufsummierungen Rundungseffekte)

		Nie	Seltener als einmal im Monat	Einmal/ mehrmals im Monat	Einmal/ mehrmals in der Woche	Täglich	Gesamt
Arbeitsprojekte	n	461	11	3	10	22	507
	%	90,9	2,2	0,6	2	4,3	100,0
Beratungsgespräche	n	225	69	98	103	13	508
	%	44,3	13,6	19,3	20,3	2,6	100,0
Drogenkonsumraum	n	270	44	39	76	80	509
	%	53	8,6	7,7	14,9	15,7	100,0
Essensausgabe	n	125	33	64	147	138	507
	%	24,7	6,5	12,6	29	27,2	100,0
Kontaktladen	n	120	34	59	144	159	516
	%	23,3	6,6	11,4	27,9	30,8	100,0
Medizinische Behandlung	n	312	74	59	28	40	513
	%	60,8	14,4	11,5	5,5	7,8	100,0
Rechtsberatung	n	438	46	14	8	0	506
	%	86,6	9,1	2,8	1,6	0	100,0
Spritzentausch/Vergabe von Konsumutensilien	n	300	29	45	46	87	507
	%	59,2	5,7	8,9	9,1	17,2	100,0
Streetwork	n	230	67	96	84	31	508
	%	45,3	13,2	18,9	16,5	6,1	100,0
Unterkunft/ Notschlafstelle	n	349	18	14	26	96	503
	%	69,4	3,6	2,8	5,2	19,1	100,0

Tabelle 6: Abfrage von Unterstützungsbedarfen

(Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte, Mehrfachnennungen möglich)

Unterstützungsbedarfe	**n**	**%**
Arbeit	100	19,0
Aufenthaltsfragen (Ausländeramt)	45	8,6
Behördenangelegenheiten (z. B. Krankenversicherung, Sozialamt)	125	23,8
Familie/Partnerschaft/soziale Beziehungen	36	6,9
Finanzen/Schulden	150	28,6
Gesundheitliche Probleme	118	22,5
Polizei/Gericht/Staatsanwaltschaft	65	12,4
Ruhe- und Schlafraum am Tag	80	15,2
Vermittlung in Entgiftung	76	14,5
Vermittlung in Substitutionstherapie	31	5,9
Vermittlung in Suchttherapie	56	10,7
Wohnen	187	35,6
Bei etwas anderem	40	7,6

(14,5 %), Suchttherapie (10,7 %) und oipioidgestützter Substitutionstherapie (5,9 %). Für die Befragten stehen also die sozialen Ausschlüsse ihrer Lebenslagen im Vordergrund, erst danach folgen die suchtmedizinischen und -therapeutischen Bedarfe.

Aspekte, die Zugang und Nutzen strukturieren

Durch die offenen Antwortkategorien lassen sich ergänzende Erkenntnisse über Aspekte gewinnen, die den Zugang, Nutzen und Nicht-Nutzen der Angebote für die Befragten strukturieren. Über das Gesamtsample hinweg liegen Antworten von 92,0 % der befragten Personen in den offenen Antwortkategorien vor – ein erstaunlich hoher Wert, der davon zeugt, dass die Befragten ein Interesse daran haben, ihre Erfahrungen mit dem lokalen Hilfesystem mitzuteilen.

Auf Basis der Sozialpädagogischen Nutzerforschung (siehe Kapitel 3) extrahieren wir drei Aspekte, die den Nutzen bestehender Hilfsangebote strukturieren. Es handelt sich dabei um den infrastrukturellen, den materiellen und den personalen Aspekt. Je nach Ausprägung, können sie den Nutzen der lokalen Unterstützungsangebote fördern oder limitieren.

- **Infrastruktureller Aspekt:** das Vorhandensein eines Angebots, unabhängig davon, ob es in Anspruch genommen wird oder nicht; Aspekte, die den Zugang erlauben oder vereinfachen wie Öffnungszeiten, Kapazitäten, Mehrsprachigkeit, Flexibilität usw.
- **Materieller Aspekt:** konkrete gegenständliche Unterstützungen wie Verpflegung, Schlafplatz, Medikamente, aber auch instrumentelle Unterstützungen, wie z. B. Fachkenntnis, Orientierung, Begleitungen usw.
- **Personaler Aspekt:** bezogen auf die Beziehung zwischen Mitarbeiter:innen und Nutzer:in eines Hilfsangebotes, insbesondere Anerkennung, Sicherheit, Kontrolle usw.

Diese Aspekte beziehen sich auf die konkreten Hilfsangebote und sind damit auf der institutionellen Ebene angesiedelt. Zugang und Nutzen werden daneben auf zwei weiteren Ebenen strukturiert: der lokalen Ebene und der gesellschaftlichen Ebene. Auch die Bedingungen auf diesen Ebenen können den Nutzen der Unterstützungsangebote limitieren oder fördern.

- **Institutionelle Ebene:** die lokalen Unterstützungsangebote, die konkret zugängliche Hilfelandschaft
- **Lokale Ebene:** der Sozialraum der Stadt mit den verschiedenen Akteuren und Feldern
- **Gesellschaftliche Ebene:** die gesellschaftlichen Bedingungen und Verhältnisse, Diskurse, Gesetze und Großinstitutionen wie Arbeits- und Wohnungsmarkt

Institutionelle Ebene: Wir beginnen mit der Analyse auf der institutionellen Ebene, bezogen auf die die Studienteilnehmer:innen konkret befragt wurden. Sie stellt den Schwerpunkt der Analyse dar. Dabei überwiegen die nutzenfördernden Aspekte deutlich in den Darstellungen der Befragten. Etwa 144 Personen geben vorwiegend oder ausschließlich positive Aspekte an und werten die Angebote als (eher) unterstützend für das eigene Leben. Diesen Einschätzungen stehen 53 Personen gegenüber, deren Erfahrungen mit dem lokalen Hilfesystem (eher) negativ ausfallen, hier lassen sich primär nutzenlimitierende Aspekte vermuten. Weitere 20 Personen formulieren weniger deutlich positionierte Beobachtungen. Daneben finden sich weitere nutzenfördernde und nutzenlimitierende Aussagen in einzelnen Aussagen, auch wenn sie in ihrer Gesamtheit eher negativ bzw. positiv ausfallen.

Infrastruktureller Nutzen: Zunächst betonen viele Befragte das Vorhandensein von unterstützenden Angeboten. Dass es die Angebote gibt, wird von vielen Befragten positiv bewertet, also unabhängig davon, ob sie tatsächlich genutzt werden oder nicht. Schon die Möglichkeit, Angebote in Anspruch nehmen zu können, erweist sich als Nutzen für die Befragten.

> *„Bin froh, dass es das gibt, und weiß es sehr zu schätzen. Ohne diese Organisationen wären die meisten schon tot.“ (287)*

> *„Es ist schön, dass sich jemand kümmert und mit jemandem redet. Gut, dass Termine auch in verschiedenen Anlaufstellen möglich sind. Es ist allgemein gut, dass es das Hilfesystem besteht.“ (196)*

> *„Es gibt viele verschiedene Problematiken und es werden viel Hilfe angeboten, diese muss man jedoch selbst annehmen.“ (088)*

Dabei wird die mögliche Inanspruchnahme durch weitere Faktoren gefördert: Der Nutzen wird z. B. durch gute Öffnungszeiten, barrierefreie Zugänge, Kommunikation in mehreren Sprachen, Kostenfreiheit und ausreichend vorhandene Kapazitäten gefördert. Die Streetwork spielt für den Zugang zu weiteren Angeboten eine besonders wichtige Rolle in vielen Erfahrungen und wird von mehreren Befragten erwähnt Betont wird häufig auch die Vielfalt von Angeboten, die verschiedene Bedarfe der je individuellen Lebenslage abdecken.

„Gut: Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der Angebote. In offenen Angeboten wird einem auch ohne Termin geholfen." (551)

„Mit den Streetworkern mache ich gute Erfahrungen." (431)

Nutzenlimitierende infrastrukturelle Aspekte: Es finden sich aber auch eine ganze Reihe nutzenlimitierende infrastruktureller Aspekte, die differenziert geschildert werden. Dazu zählen z. B. unflexible Öffnungszeiten und Öffnungszeiten, die nicht an die Lebensrealität der Befragten angepasst sind. Genannt werden unter anderem das frühe Verlassen-Müssen von Notschlafstellen, geschlossene Konsumräume an Wochenenden oder Beratungstermine am frühen Morgen. Darüber hinaus äußern die Befragten den Wunsch nach einem Ausbau spezifischer Angebote, insbesondere für Frauen, sowie therapeutische, sozialpsychiatrische und medizinische Hilfen, die auch unter Berücksichtigung von Konsum nutzbar sind. Ein weiteres potenzielles infrastrukturelles Hindernis stellt der mangelnde Informationsstand über bestehende Hilfsangebote dar – manche wissen nicht, welche Unterstützung für ihr Anliegen passend wäre. Einige Personen meiden Hilfsangebote gezielt, da sie dort auf andere Szeneangehörige treffen, mit denen sie negative Erfahrungen gemacht haben. Abschließend wird berichtet, dass manche Angebote nur eingeschränkt nutzbar sind, da sie nicht ausreichend barrierefrei oder für Menschen mit Hund nicht zugänglich sind.

„Zu wenige Hilfen, unpassende Uhrzeiten oder Termin bereits belegt. Es sind gute Hilfen, aber zu wenig, nicht rund um die Uhr. Mehr Mitarbeiter, drei Schichten. Sonntags hat nichts geöffnet, muss einen Tag warten, damit ich essen kann." (264)

„Es gibt hier zu wenig Angebote und die, die es gibt, sind nicht barrierefrei. Man wird weggeschafft. Der Drogenkonsumraum und das Café sind zu weit weg, ich komme da nicht hin. Und es ist nicht barrierefrei. Die Notunterkunft ist schlecht, ich komme nicht rein mit meinem Rollstuhl, die bekommen 1400 € für nichts pro Zimmer." (565)

Materieller Nutzen: Sehr viele Befragte berichten von nutzenfördernden materiellen Aspekten. In zahlreichen Aussagen wird auf die vielfältigen Überlebenshilfen hingewiesen, dazu zählen u. a. Verpflegung, Kleiderspenden, Dusch- und Waschmöglichkeiten. Auch die Substitutionsoptionen werden häufig genannt.

„Es ist gut, dass es die Essensausgabe, Spendenklamotten und Unterstützung oder allgemein Hilfsangebote gibt." (203)

„Seit ich die Beratung in Anspruch genommen habe, komme ich klar. Jeder für sich. Mir hilft das Diamorphin gut." (114)

„Ich bin dankbar, dass es überhaupt Substitution gibt." (194)

Nicht zuletzt sind es auch der Schutz und die Ruhe, die die Angebote für viele Befragte mit sich bringen und die einen Gegenpol zum Stress und zu den Gefahren auf der Straße bedeuten.

„Es gibt den Konsumraum, da hat man seine Ruhe." (475)

„Konsumraum ist echt toll. Kann in Ruhe konsumieren, man hat ne halbe Stunde Zeit." (150)

Förderlich ist es zudem, wenn sich Mitarbeiter:innen gut im Hilfesystem auskennen und die richtigen Hinweise z. B. zu bestimmten Angeboten, rechtlichen Vorgaben oder behördlichen Wegen geben können. Unterstützung bei der Bewältigung von Behördenangelegenheiten steht dabei häufig im Mittelpunkt.

„Notschlafstellen ist Köln sehr gut aufgestellt. man wird vermittelt, wenn man nichts bekommt. Die ganz niedrigschwellige Hilfe ist da und auch gut." (159)

„Du kannst anrufen, die suchen dir Adressen raus und fahren doch sogar da hin, wenn du z. B. zur Entgiftung möchtest." (79)

„Die Streetworker sind gut, haben mir geholfen, meine Geldstrafe zu überweisen." (442)

Nutzenlimitierende materielle Aspekte: Gleichwohl berichten die Befragten sowohl vom hohen bürokratischen Aufwand bei bestimmten Hilfsangeboten, der dem materiellen Nutzen entgegensteht, als auch vom Fehlen grundlegender existenzieller Hilfen. Insbesondere bei der Wohnungssuche wünschen sich die Befragten verstärkt Unterstützung.

„Mies, ganz mies, viel zu viel Bürokratie." (408)

„Ämtergänge gehen schneller, durch die Organisationen geht es schneller zum Sachbearbeiter, die halten einen selbst für inkompetent." (257)

„Gerade würde ich Hilfe wollen, habe große Probleme mit der Wohnungssuche, wegen meiner Schufa." (450)

Als besonders einschränkend empfinden die Befragten die Regelungen mancher Einrichtungen, die sie häufig als wenig nachvollziehbar wahrnehmen und die bei Verstößen oft dazu führen, dass Betroffene dauerhaft von Unterstützungsangeboten ausgeschlossen werden.

„Dabei müssten die Regeln im Bewo oder anders besser abgestimmt werden. Es gibt zu schnelle Hausverbote, wenn man konsumieren muss, sind diese nicht gerecht." (193)

Personaler Nutzen: Viele Befragten betonen, dass sie von Mitarbeiter:innen als Mensch anerkannt werden und ihnen Wertschätzung entgegengebracht wird. Die vielen Nennungen dazu verweisen auf das Stigma, das Drogengebrauchende erfahren und von dem die Befragten ebenfalls berichten. Umso wichtiger ist es für sie, dass die Hilfsangebote einen Schutzraum vor den Belastungen eines diskriminierungsvollen Alltags anbieten und die Mitarbeitenden respektvoll auftreten.

„Ich bin zufrieden, ich habe mich noch nie wahrgenommen gefühlt, aber hier in der Einrichtung" ja." (593)

„Man ist gut aufgehoben Drogenberatung und Streetwork." (324)

Die befragten Personen schildern, dass sie im Hilfesystem auf Mitarbeitende treffen, die sich durch den Einsatz für die eigenen Anliegen auszeichnen. Besonders im zwischenmenschlichen Kontakt wird der höfliche Umgang wahrgenommen, Viele berichten von einem respektvollen Kontakt, der scheinbar dazu beiträgt, dass sich die Nutzer:innen ernst genommen und gut unterstützt fühlen.

„Jemand ist da, wenn man es braucht, und die informieren sich, wenn die mal was nicht wissen. Bin zufrieden mit den Beratungsangeboten, dem Programm und dem Umgang, der ist auf Augenhöhe." (213)

„Ich finde gut, dass ich Hilfe bekomme, wenn ich Probleme habe. Die Sozis zeigen grade in den Cafés vollen Einsatz. Beratung kann ich immer bekommen." (168)

Nutzenlimitierende personale Aspekte: Manche Befragte berichten im Umkehrschluss, dass sie nicht als Menschen gesehen werden und ihnen keine Wertschätzung entgegengebracht wird. Sie fühlen sich durch Mitarbeitende nicht ernstgenommen oder falsch verstanden. Darüber hinaus geben ein paar Befragte stark hierarchische Beziehung als nutzenlimitierend an oder auch paternalistische Vorgaben.

„Die Sozialarbeiterinnen sind nicht nett, die reden von oben herab und nicht auf Augenhöhe." (170)

„Auf einer Seite ist es Hilfe bekommen, dabei gibt es Maßnahmen und Regeln, die keinen Sinn haben. Es gehen viel Gerüchte rum. Ungefragt wird einfach in die Privatsphäre eingegriffen, die Autonomie wird nicht beachtet, es wird nicht auf Augenhöhe kommuniziert, per du." (224)

„Im [Einrichtungsname] sind die Mitarbeiter diktatorisch. Ich bin da rausgeschmissen worden." (091)

Einige Befragte erleben es als nutzenlimitierend, dass sich Mitarbeiter:innen nicht für die individuellen Bedürfnisse einsetzen oder überarbeitet oder überfordert seien. Schließlich empfinden sie es als nutzenlimitierend, wenn konkrete Ansprechpersonen fehlen oder diese zu häufig wechseln. Häufige Fluktuationen unter Mitarbeiter:innen ist ein Aspekt, der von vielen Befragten genannt wird.

„Die MitarbeiterInnen sind total lustlos und unmotiviert." (185)

„Zu viel Wechsel der Sozialarbeiter. Man wird oft angeschrien und abwertend behandelt." (465)

„Es sind schon tolerante Mitarbeiter, aber es gibt immer einen stetigen Wechsel, viele sind nicht professionell genug." (240)

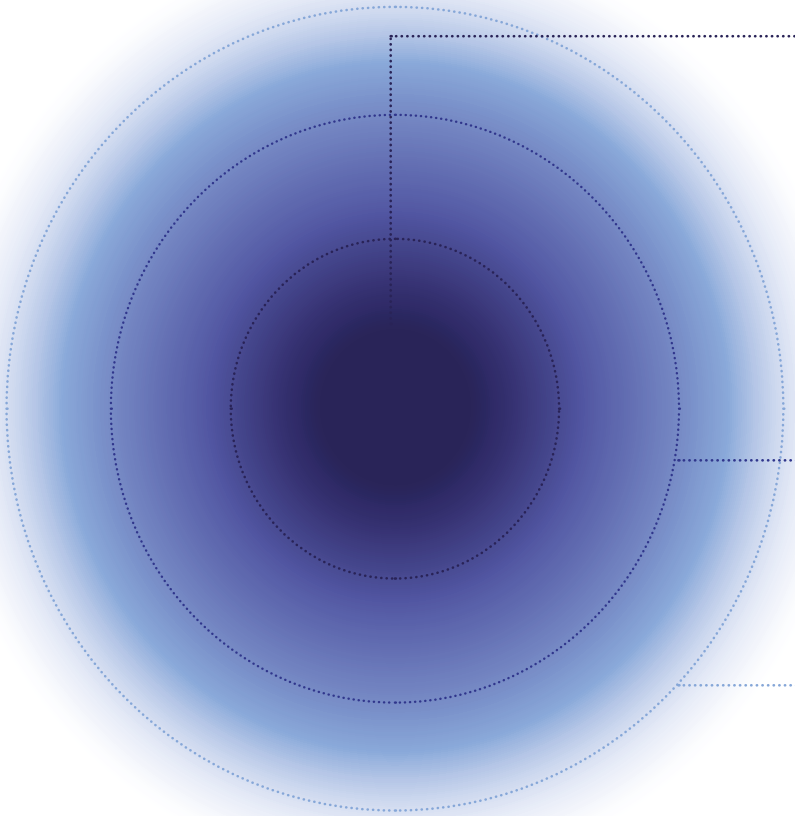
Nutzenlimitierende lokale Aspekte: Viele Befragte beziehen sich in ihren Antworten nicht nur auf das lokale Hilfesystem, sondern auch auf allgemeinere lokale Vorgänge, Akteure und Felder. Dabei spielen vor allem nutzenlimitierende Erfahrungen eine Rolle. So erleben die Befragten die Kontrollen im öffentlichen Raum durch Ordnungsamt, Polizei oder Verkehrsverbünde stark negativ, manche erfahren sie als Diskriminierung.

„Du wirst zu viel von Polizei und Ordnungsamt kontrolliert, das geht in den letzten Wochen richtig durch mit denen. Du brauchst nur ne Bierflasche oder ne Tüte von der Streetwork in der Hand zu haben, da wirst du schon durchsucht. Das sind diese ganzen Vorurteile." (137)

Eng damit verknüpft ist die Gestaltung öffentlicher Orte, an denen sich die Szene aufhält. Einige Befragte geben an, sich dort unwillkommen zu fühlen oder diese Bereiche zu meiden – gerade dann, wenn sie eine Neugestaltung erfahren. Die vermeintliche Verschönerung erweist sich dann für viele als nutzenlimitierend – die Befragten erleben es als Vertreibung.

„Die haben die Platte gebaut ganz neu - scheißdingen. Früher war besser mit den Büschen drum herum. Der alte Platz war schön mit `nem großen Springbrunnen, Wasserspiele. Ist alles zu viel Beton und zu wenig drum herum, ist sehr durchsichtig, das ist so gewollt denke ich." (80)

„Schlimm ist die Vertreibung vom Worringer und der Umgang von Ordnungsdiensten." (205)



Institutionelle Ebene

Infrastruktureller Aspekt
z. B.: Kapazität, Spezifität, Öffnungszeiten, Barrierefreiheit

Materieller Aspekt
z. B.: Überlebenssicherung, Schutz, Orientierung

Personaler Aspekt
z. B.: gekannt sein, anerkennt werden, Stabilität

Lokale Ebene

z. B.: kommunaler Wohnungsmarkt, kommunale Sozial- und Ordnungspolitik …

Gesellschaftliche Ebene

z. B.: nationale Drogenpolitik, Gesundheitspolitik, Krankheitsverständnis, Kriminalisierung …

Abbildung 3: Nutzenstrukturierende Aspekte

Nutzenlimitierende gesellschaftliche Aspekte: Auch größere Zusammenhänge werden von den Befragten erörtert, mit wenigen Ausnahmen ebenfalls vor allem solche, die als nutzenlimitierend erfahren werden. Schließlich weisen mehrere Befragte auch auf den Widerspruch zwischen ordnungsrechtlichen Maßnahmen und Kriminalisierung von Konsum und den schadensreduzierenden Absichten der Unterstützungsangebote hin – ein Widerspruch, aus dem es mit der derzeitigen Gesetzeslage kaum ein Entkommen gibt:

> *„Ich finde, das ist hier der falsche Platz mitten in der Stadt. die sollen mal irgendetwas finden, ein Park, wo wir unsere Ruhe haben. Das ist ganz schlimm hier mit der Polizei. Die Dealer sollen weg, aber es sind ja auch die Konsumenten, die dran glauben müssen.“ (158)*

Ein zentrales Anliegen ist für viele der fehlende Wohnraum in allen untersuchten Städten, der als essenziell für die eigene Lebensführung betrachtet wird. Dabei handelt es sich um eine Struktur, die die lokalen Akteure noch einmal deutlich übersteigt, der Wohnungsmarkt ist lange kein lokales Phänomen mehr.

> *„Wenn ich eine Wohnung hätte, dann läuft alles. Es wird viel gemacht, man kann sich helfen lassen. Alleine ist das nicht möglich. Wie soll man arbeiten ohne Wohnung? Man ist immer auf andere angewiesen.“ (482)*

Erfahrungen wie diese tragen dazu bei, dass einige Befragte sozialchauvinistische Einordnungen vornehmen und eine in ihren Augen ungerechte Verteilung kritisieren. „Begrenzte“ Hilfsangebote würden nicht immer die „richtigen“ Personen erreichen, sondern „falsche“ Gruppen bevorzugt werden. Soziale Rechte für andere werden dann als Ursache für die eigenen Exklusionen herangezogen – in rechtspopulistischen Zeiten eine einfach verfügbare Rationalisierung.

Schließlich berichten einige Befragte auch von dem Stigma, das mit Abhängigkeitserkrankungen und dem Leben in der offenen Drogenszene einhergeht. Die sowohl antizipierten als auch erlebten Vorverurteilungen durch andere gehen mit Scham bei den Befragten einher – einer der gravierendsten nutzenlimitierenden Faktoren, weil dadurch die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten erschwert wird.

> *„Zu wenig Annahme der Menschen selbst. Keine festen Ansprechpartner. Es gibt einen Mehr-Bedarf an Hilfen. Manchmal werden Hilfen aus Scham nicht genutzt.“ (209)*

Nicht-Nutzer:innen

Durch die Anlage der Studie als Szenebefragung werden auch solche Menschen erreicht, die Angebote der Suchthilfe oder anderer Einrichtungen nicht in Anspruch nehmen, von solchen Angeboten nicht erreicht werden oder für die keine (passenden) Angebote bestehen (Nicht-Nutzer:innen). Aussagen über diese Gruppe sind besonders interessant, weil sie einerseits auf Lücken in der Angebotsstruktur oder auf die unpassende Ausgestaltung von Angeboten andererseits hinweisen können. Des Weiteren liefern sie auch Hinweise, welche Risiken mit dem Nicht-Erreichen verbunden sind. Im folgenden Abschnitt soll deswegen über das gesamte Sample hinweg ein Einblick in die Gruppe derjenigen gegeben werden, die kaum oder gar nicht von Angeboten erreicht werden.

Zur Unterscheidung von Nutzer:innen und Nicht-Nutzer:innen sozialer Einrichtungen haben wir verschiedene Angaben aus der Befragung verwendet. Als Nicht-Nutzer:innen bezeichnen wir im Folgenden die Personen, die die niederschwelligen Kontakt- und Beratungsstellen sowie die Konsumräume seltener als einmal im Monat oder nie in Anspruch nehmen, sich nicht in einer Substitutionsbehandlung befinden und darüber hinaus nicht in einer Notunterkunft übernachten. Bei einer häufigeren Inanspruchnahme der niederschwelligen Angebote bzw. einer bestehenden Substitutionsbehandlung oder der Unterbringung in einer Notunterkunft gehen wir davon aus, dass ein grundsätzlicher Zugang zum Hilfesystem besteht. Das schließt nicht aus, dass dennoch massive Ausschlüsse vorliegen, die aber im Folgenden nicht in der Kategorie der Nicht-Nutzer:innen abgebildet werden. Im Gesamtsample machte die Gruppe der Nicht-Nutzer:innen einen Anteil von 10,5 % (n = 50) aus. In Essen fallen 23 Personen (19,2 %) in die Kategorie, in Düsseldorf 18 (8,8 %), in Köln sieben (6,4 %) und in Münster zwei (2,2 %).

Die Gruppe der Nicht-Nutzer:innen weist eine Reihe von Merkmalen auf, die sie von den anderen Befragten unterscheiden (siehe *Tabelle 7*). Insbesondere zeichnen sich Nicht-Nutzer:innen durch einen noch erhöhten vielfältigen sozialen Ausschluss aus. Sie übernachten mehr als doppelt so häufig im öffentlichen Raum (46,0 % gegenüber 19,6 %) und verfügen doppelt so häufig über kein reguläres Einkommen (38,0 % gegenüber 17,1 %). Da sie ebenfalls seltener finanzielle Unterstützung von Familie, Freund:innen oder Bekannten erhalten (16,0 % gegenüber 25,1 %) sind sie entsprechend häufiger auf andere informelle Einkommensarten angewiesen. Im Vergleich fallen vor allem Betteln (32,0 % gegenüber 22,9 %) und Flaschensammeln (32,0 % gegenüber 22,9 %) ins Gewicht, die delinquenten Praktiken weisen dagegen kaum Unterschiede auf.

Bei der 30-Tage-Prävalenz unterscheiden sich die Nicht-Nutzer:innen nur mit Blick auf den inhalativen

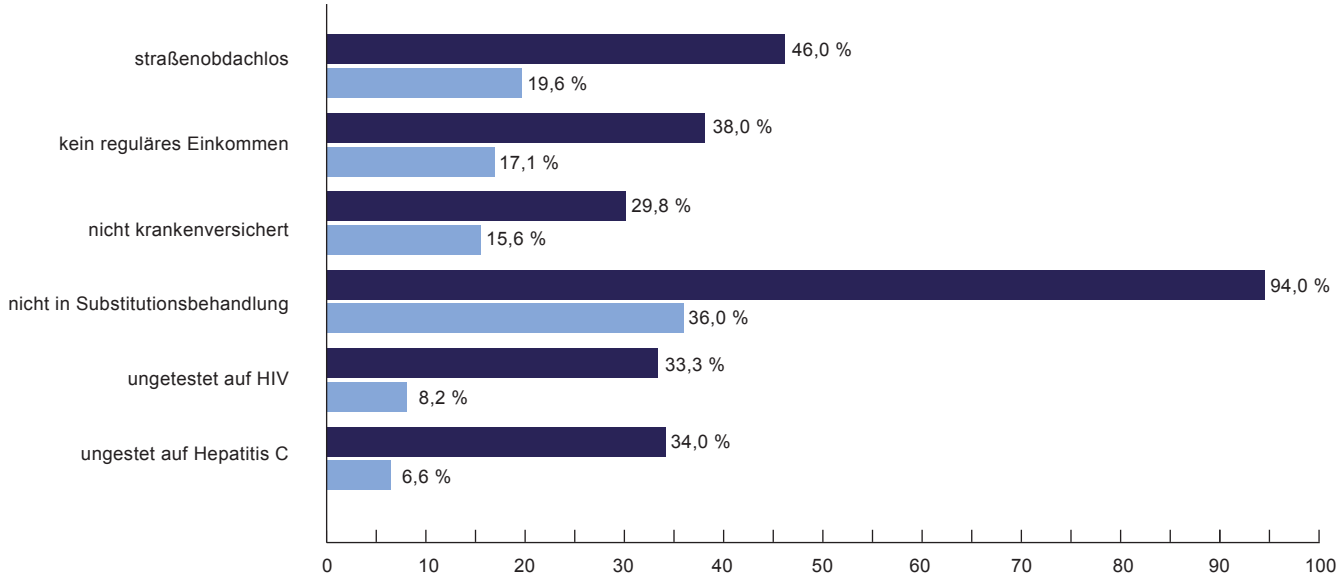


Abbildung 4: Ausgewählte Unterschiede zwischen Nichtnutzer:innen und Nutzer:innen
(Die Zahl der antwortenden Personen unterscheidet sich je nach Frage)

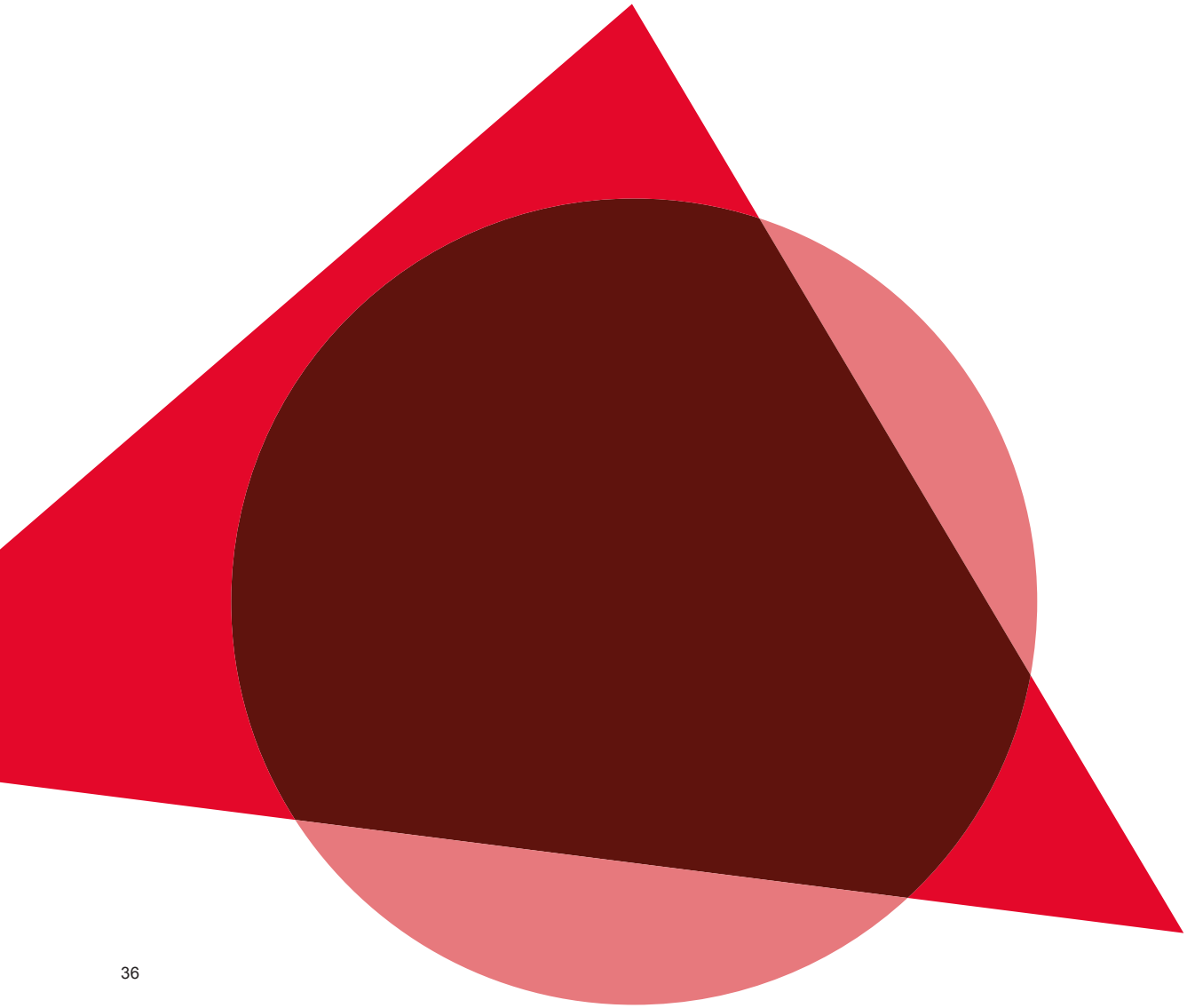
Heroin-Konsum, der bei ihnen häufiger zu finden ist (55,6 % im Vergleich zu 34,5 %). Deutlicher sind die Unterschiede bezogen auf gesundheitliche Aspekte: 29,8 % der Nicht-Nutzer:innen sind nicht krankenversichert und damit etwa doppelt so häufig wie diejenigen, die durch Angebote erreicht werden. Bei ihnen liegt der Anteil bei 15,6 %. Die Nicht-Nutzer:innen sind viermal seltener auf HIV und fünfmal seltener auf Hepatitis C getestet. Auffällig ist, dass mit 68,1 % ein geringerer Anteil der Nicht-Nutzer:innen Hafterfahrung aufweist als die Nutzer:innen mit 81,4 %. Die durchschnittliche Haftlänge beträgt dagegen bei beiden Gruppen 5,9 Jahre.

Resümierend handelt es sich bei den Nicht-Nutzer:innen um eine besonders vulnerable Gruppe, die deutlich häufiger von Obdachlosigkeit, fehlendem regulären Einkommen und fehlendem Krankenversicherungsschutz betroffen ist. Darüber hinaus weist sie klare Anzeichen größerer gesundheitlicher Gefährdungen auf, etwa durch geringere Testungen und kaum vorhandene Substitutionsbehandlungen. Mit dem Erreichen von Personen in der offenen Drogenszene durch unterstützende Angebote verringern sich dagegen die sozialen und gesundheitlichen Gefahren deutlich.

Tabelle 7: Vergleich Nicht-Nutzer:innen und Nutzer:innen von Angeboten

(Bei Einkommen und Prävalenzen Mehrfachantworten möglich, Abweichungen von 100 Rundungseffekte)

	Nicht-Nutzer:innen		**Nutzer:innen**	
	n	%	n	%
Wohnsituation				
Eigene Wohnung	13	26,0	173	36,4
Bei Freund:innen/Partnern etc.	7	14,0	54	11,4
Draußen	23	46,0	93	19,6
Anderer Ort	7	14,0	28	5,9
Einkommen				
Bürgergeld/Grundsicherung	27	54,0	351	73,9
Kein reguläres Einkommen	19	38,0	81	17,1
Unterstützung Familie/Freund:innen/Bekannte	8	16,0	119	25,1
Flaschensammeln	6	26,1	15	17,2
Betteln	16	32,0	109	22,9
Diebstahl	12	24,0	92	19,4
Dealen	0	0	9	10,3
30-Tage-Prävalenzen Substanzkonsum				
Kokain inhalativ	34	73,9	329	74,1
Heroin intravenös	5	11,1	72	15,2
Heroin inhalativ	25	55,6	164	34,5
Gesundheit				
Nicht krankenversichert	14	29,8	74	15,6
Keine Testung auf HIV	15	33,3	39	8,2
Keine Testung auf Hepatitis C	16	34,0	31	6,6
Inhaftierung				
Jemals inhaftiert	32	68,1	384	81,4
Mittelwert Dauer Inhaftierung	32	5,9 Jahre	384	5,9 Jahre



5. ERGEBNISSE AUS DEN VIER STÄDTEN

5.1 DÜSSELDORF

5.1.1 Einführung

Düsseldorf, die Landeshauptstadt von Nordrhein-Westfalen, zählt zum 31.12.2023 655.717 Einwohner:innen (Stadt Düsseldorf 2024: 2). Hilfsangebote, die sich an Menschen aus der offenen Drogenszene richten, sind Bausteine innerhalb des Rahmenkonzepts „Hilfe für Menschen mit Opioidabhängigkeit“ der Stadt Düsseldorf. Ein zentrales Angebot ist das integrierte Hilfezentrum der Düsseldorfer Drogenhilfe e. V. an der Erkrather Straße. Dort befindet sich ein Drogenkonsumraum mit fünf Konsumplätzen für den intravenösen Konsum, vier variablen Expressplätzen und weiteren zehn Plätzen nur für den inhalativen Konsum. Die wöchentliche Öffnungszeit des DKR beträgt 70,5 Stunden, an den Werktagen hat der DKR zwölf Stunden geöffnet und den Wochenendtagen rund fünf Stunden (Suchtkooperation NRW 2024: 42). Die angeschlossene Kontakt- und Beratungsstelle hält Angebote der Grundversorgung (Aufenthalt, Essen, Duschen etc.) und der Schadensreduzierung (Konsummaterialien, psychosoziale Beratung, eine drogentherapeutische Ambulanz mit Wundversorgung und medizinischer Sprechstunde) bereit. Eine extern betriebene Substitutionsambulanz befindet sich im selben Gebäude, außerdem ist dort eine Notschlafstelle untergebracht, die an 365 Tagen 20 Schlafplätze für wohnungslose Drogenabhängige anbietet. Im Jahr 2024 nahmen 899 Personen den DKR in Anspruch. Ein zweites dezentrales integriertes Drogenhilfezentrum befindet sich etwas außerhalb des Zentrums in der Flurstraße und wird vom SKFM betrieben. Dieses Zentrum hält zwar keinen Konsumraum bereit, aber ebenfalls eine niederschwellige Kontakt- und Beratungsstelle, Angebote der Grundversorgung, Beschäftigungsangebote und eine extern betriebene Substitutionspraxis (Gille et al. 2023).

Für die offene Drogenszene besonders relevant sind in Düsseldorf die Streetwork-Angebote, die von verschiedenen Trägern (aXept!, Caritas, Diakonie, Düsseldorfer Drogenhilfe, Flingern mobil, fifty-fifty, franzfreunde, SKFM) umgesetzt werden und sich auch an Personen aus der Drogenszene richten. An allen Werktagen werden jeweils rund 19 Stunden durch aufsuchende Arbeit abgedeckt, jeweils mit einer Besetzung von zwei Personen; vereinzelt gehen Träger auch an den Wochenenden der Streetwork nach. Daneben besteht wochentags ein aufsuchendes, medizinisches Angebot von Care24 und ein Gutennachtbus mit Angeboten der Grundversorgung. Die niederschwelligen medizinischen Angebote der Drogenhilfe, von Care 24 und eine ärztliche Beratung im Gesundheitsamt sowie der medizinische Notfallfonds stehen auch Menschen ohne Krankenversicherung offen.

Düsseldorf hält mehrere Notschlafstellen und weitere Unterkünfte der Wohnungslosenhilfe bereit. Ein Großteil dieser Einrichtungen befindet sich in der Innenstadt. Die meisten Einrichtungen haben an 365 Tagen im Jahr geöffnet und die Tagesöffnungszeiten variieren von ganztägig bis zu Öffnungszeiten zwischen den Abend- und Morgenstunden. Einige der Notunterkünfte richten sich an spezifische Zielgruppen: etwa die Ariadne, eine Notunterkunft für Frauen, der KnacKPunkt und das SleepIn, Notübernachtungen für Mädchen und junge Menschen, und eine Notschlafstelle, die ausdrücklich auch EU-Bürger:innen, Menschen mit Hunden und Paare aufnimmt. Eine Besonderheit stellt die Niedrigschwellige Unterbringungs- und Beratungsstelle (NUB) mit rund 40 Plätzen dar, welche sich direkt an wohnungslose Personen mit Abhängigkeitserkrankungen richtet, die sich in der offenen Drogenszene in Düsseldorf aufhalten, und die einen niederschwelligen Zugang, u. a. ohne Ausweisdokumente, ermöglicht (van Rießen et al. 2024).

Hinsichtlich der Szene ist in Düsseldorf eine starke Konzentration rund um den Düsseldorfer Hauptbahnhof erkennbar. Ein zentraler Ort der Drogenszene ist der ca. 500 Meter entfernte Worringer Platz. Nach einer großangelegten Räumung einer in der Nähe be-

findlichen brachliegenden Baugrube (‚Grand Central') ist der Worringer Platz für die offene Drogenszene als Aufenthaltsort in 2024 noch wichtiger geworden. Drei mobile Kontaktbusse richteten sich direkt an Menschen in der offenen Drogenszene und befinden sich an fünf Tagen in der Woche auf dem Platz, um niederschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote anzubieten. Fußläufig in wenigen Minuten erreichbar sind die Düsseldorfer Drogenhilfe sowie mehrere Substitutionspraxen und die Diamorphinvergabe. Vereinzelt finden sich im Zentrum auch einige andere Plätze, an denen sich Menschen aus der offenen Drogenszene aufhalten, und die ebenfalls von den mobilen Kontaktbussen angefahren werden.

Die Befragungen fanden in Düsseldorf zwischen dem 20.09.2024 und 18.12.2024 statt. Befragt wurden insgesamt 204 Personen. Der Großteil, 150 Personen, wurde im öffentlichen Raum befragt (73,5 %) – hier vor allem am Worringer Platz oder am Hauptbahnhof/Konrad-Adenauer-Platz bzw. in deren Nähe, beispielsweise an der Bendemannstraße, der Flurstraße oder Roßstraße. Daneben wurden 54 Personen (26,5 %) in Einrichtungen befragt, vor allem in den Kontaktcafés der beiden integrierten Drogenhilfezentren und einer Kontakt- und Beratungsstelle für Frauen. Bei den Erhebungen wurde das Forschungsteam von Mitarbeiter:innen einer Streetworkorganisation und aus den stationären Einrichtungen unterstützt. Die Befragungen im öffentlichen Raum fanden in Erhebungsteams mit zwei Personen statt, entweder zusammengesetzt aus einer/einem Mitarbeiter:in der Streetworkorganisation aXept! und einer/einem Hochschul-Mitarbeiter:in oder bestehend aus zwei Hochschul-Mitarbeiter:innen. In den Einrichtungen wurden die Erhebungen in der Regel von einer Person aus dem Forschungsteam durchgeführt.

5.1.2 Soziodemografie und Aspekte der Lebenslage

Alter & Geschlecht: Der Altersdurchschnitt der Befragten in Düsseldorf liegt bei 45 Jahren, die jüngste befragte Person ist 19, die älteste 78 Jahre alt. 71,1 % der Befragten geben eine männliche, 27,9 % eine weibliche sowie 1,0 % eine diverse Geschlechtsidentität an. Im Vergleich zu den anderen Städten liegt der Anteil der Frauen unter den Befragten in Düsseldorf am höchsten (alle hier und im Folgenden getroffenen Angaben: siehe *Tabelle 8*).

Meldeort: Insgesamt sind 81,4 % der Befragten in Düsseldorf gemeldet, 14,2 % an einem anderen Ort. Weitere 4,4 % sind zum Zeitpunkt der Befragung an keinem Ort gemeldet. Von den 38 Personen, die nicht in Düsseldorf gemeldet sind, geben 32 Personen (84,2 %) an, dass sich ihr Lebensmittelpunkt in der Landeshauptstadt befindet. Im Schnitt leben diese Menschen schon ein Jahr und neun Monate in Düsseldorf.

Nationalität & Aufenthalt: Von den befragten Personen geben 61,5 % an, die deutsche Staatsbürgerschaft zu besitzen, 38,5 % haben keine deutsche Staatsbürgerschaft. Damit ist der Anteil der Nicht-Deutschen unter den Befragten im Vergleich zur nichtdeutschen Düsseldorfer Stadtbevölkerung mit 24,5 % deutlich erhöht. Der Anteil der EU-Bürger:innen unter den ausländischen Befragten liegt etwas unter der Hälfte (44,1 %), die der Drittstaatsangehörigen leicht darüber (55,9 %). Die 77 Personen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft verteilen sich auf 26 Nationalitäten, größere Gruppen kommen aus Marokko (13 Personen), Griechenland und Polen (je 6 Personen), Italien, Litauen und Lettland (je 4 Personen). Unter den nichtdeutschen Befragten im Sample verfügen 53,6 % über einen verfestigten Aufenthalt. Davon haben rund zwei Drittel einen unbefristeten und ein Drittel einen befristeten Aufenthalt. Unter den 47,4 % ohne gefestigten Aufenthalt befinden sich 22,2 % mit einer Duldung, 25,0 % ohne gültige Papiere und mit 52,8 % mehr als die Hälfte in einem anderen Status. Unter den 28 Personen mit unklarem Aufenthaltsstatus (ohne Papiere und sonstigem Status) sind 22 EU-Bürger:innen vorhanden. Wie in den anderen Städten auch, ist die Frage des ungefestigten Aufenthaltes vor allem eine für EU-Bürger:innen. Insgesamt geben 12,4 % (25 Personen) aller Befragten an, eine Fluchterfahrung zu haben, drei davon haben die deutsche Staatsbürgerschaft.

Wohnsituation: 30,4 % der Befragten führen an, in der letzten Woche überwiegend in der eigenen Wohnung geschlafen zu haben, 65,2 % sind wohnungslos. Dazu zählen die 10,8 %, die zu den verdeckten Wohnungslosen zählen und bei Bekannten oder Partner:innen schlafen, sowie die 12,7 %, die dauerhaft in Wohneinrichtungen untergebracht sind. Düsseldorf weist daneben mit 41,7 % einen sehr hohen Anteil an obdachlosen Personen unter den Befragten auf, die eine Teilgruppe der Wohnungslosen ausmachen. Zu ihnen zählen die 45 Personen (22,1 %), die in Notunterkünften übernachten – das ist mit Abstand der höchste Anteil unter allen Städten. 40 Personen (19,6 %) müssen im öffentlichen Raum übernachten, sie sind straßenobdachlos. Der hohe Anteil an obdachlosen Menschen verweist, wie in Köln, auf einen angespannten Wohnungsmarkt. Gleichzeitig schafft es Düsseldorf, mit spezifischen Angeboten für drogengebrauchende Menschen deutlich mehr Menschen in Notunterkünften unterzubringen als die anderen Städte. Wie im Gesamtsample sind die wohnungslosen Personen mit rund vier Jahren bereits sehr lange wohnungslos.

Einkommen: In Düsseldorf geben 63,7 % der Befragten an, Bürgergeld/Grundsicherung zu erhalten. Bei knapp unter 10 % liegt Anzahl der Personen, die Einkommen aus Erwerbsarbeit (2,9 %) oder Arbeitslosengeld I (5,9 %) erzielen. Mit 25,0 % gibt ein Viertel der Befragten an, keine regulären Einkünfte zu erhalten. Das ist der höchste Anteil im Vergleich aller NRW-Städte. Diese 51 Personen sind vollständig auf informelle Einkünfte angewiesen.

Krankenversicherung: Unter den befragten Personen in Düsseldorf sind knapp vier Fünftel (79,6 %) krankenversichert. Ein Fünftel (20,4 %, 41 Personen) ist nicht krankenversichert. Darunter befinden sich 13 EU-Bürger:innen und sieben Deutsche; sie machen etwa die Hälfte der Nicht-Krankenversicherten aus.

Aufenthalt Drogenszene: Für einen großen Teil der Befragten stellt die Szene ihren Lebensmittelpunkt dar. Im Schnitt befinden sie sich bereits 17,8 Jahre in der Drogenszene (von wenigen Monaten bis zu 45 Jahren) und halten sich durchschnittlich an rund sechs Tagen in der Woche etwa neun Stunden in ihr auf.

Hafterfahrung: 81,1 % der Befragten geben an, bereits mindestens einmal inhaftiert gewesen zu sein. Dabei lag die Anzahl der Inhaftierungen im Schnitt bei etwas unter vier Jahren (3,8) und die durchschnittliche Haftdauer bei knapp sechs Jahren (5,8).

Kontrollerfahrung: Auf die Frage, ob die Studienteilnehmer:innen im letzten Monat von der Polizei oder dem Ordnungsamt kontrolliert wurden, antworten 63,9 % mit ja. Im Schnitt wurden sie 6,5-mal kontrolliert, wobei deutliche Unterschiede zwischen den Befragten bestehen.

Die Szenebefragung in Düsseldorf zeigt, dass ein großer Anteil der Menschen erhebliche soziale Ausgrenzungen erfährt. Auch im Vergleich zu den anderen Städten ist der Anteil der Menschen ohne reguläre Einkünfte, in Obdachlosigkeit und ohne Krankenversicherung noch einmal erhöht.

Tabelle 8: Soziodemografische Angaben und Angaben zur Lebenslage Düsseldorf

(Die Zahl der antwortenden Personen unterscheidet sich je nach Frage; Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte, bei Einkünften Mehrfachantworten möglich)

	n	**M (SD)**
Alter	204	45,2 (9,6)
	n	%
Geschlecht	204	
Männlich	145	71,1
Weiblich	57	27,9
Divers	2	1,0
	n	**%**
Meldeort & Lebensmittelpunkt	204	
Düsseldorf	166	81,4
Ein anderer Ort	29	14,2
Nicht gemeldet	9	4,4
Lebensmittelpunkt Düsseldorf, wenn nicht Meldeort	32	15,7
	n	**M (SD)**
Dauer Lebensmittelpunkt Düsseldorf in Jahren	29	1,8 (2,0)
Nationalität & Aufenthalt	200	
Deutsch	123	61,5
Andere	77	38,5
EU-Bürger:innen	34	17,0
Drittstaaten	42	21,0
Staatenlos	1	0,5
Unbefristeter Aufenthalt	24	11,8
Befristeter Aufenthalt	16	7,8
Duldung	8	3,9
Keine Papiere	9	4,4
Sonstiger Aufenthalt	19	9,3
Fluchterfahrung	25	12,4
Wohnsituation	204	
Eigene Wohnung	62	30,4
Bei Freund:innen/Partner:in	22	10,8
Wohnheim	26	12,7
Notschlafstelle	45	22,1
Draußen	40	19,6
Anderer Ort (z. B. JVA, Entgiftung, Eltern)	9	4,4
	n	**M (SD)**
Durchschnittliche Dauer Wohnungslosigkeit in Jahren	136	4,1 (5,8)

	n	%
Reguläre Einkommen	204	
Erwerbsarbeit (Voll- oder Teilzeit)	6	2,9
Arbeitslosengeld I	12	5,9
Bürgergeld/Grundsicherung	130	63,7
Asylbewerberleistungsgesetz	/	/
Sonstige Einkünfte	11	5,4
Keine regulären Einkünfte	51	25,0
Informelle Einkommen	204	
Sexarbeit	4	2,0
Verkauf Straßenzeitung	19	9,3
Betteln	39	19,1
Pfandflaschen sammeln	77	37,7
Unterstützung Familie/Freund:innen	43	21,1
Dealen	43	21,1
Diebstahl	42	20,6
Andere Einkünfte	20	9,8
Krankenversicherung	160	79,6
Aufenthalt Drogenszene		
Aufenthaltsdauer in Jahren	194	17,8 (13,0)
Aufenthaltsdauer in Tagen in der Woche	196	6,0 (1,9)
Aufenthaltsdauer in Stunden am Tag	194	8,6 (8,0)
Anzahl wichtiger Cleankontakte im sozialen Umfeld	196	6,2 (10,4)
Hafterfahrung		
Jemals inhaftiert	166	81,8
	n	**M (SD)**
Anzahl Inhaftierungen	162	3,8 (3,0)
Dauer Inhaftierungen in Jahren	166	3,2 (3,1)
Kontrollerfahrung	**n**	**%**
Kontrollerfahrung im letzten Monat	129	63,9
	n	**M (SD)**
Anzahl der Kontrollen im letzten Monat	122	6,5 (8,9)

5.1.3 Substanzkonsum und Gesundheit

Substanzen & Konsumformen: Crack ist die Substanz, die in der Düsseldorfer Drogenszene am häufigsten konsumiert wird. Etwa drei Viertel (72,5 %) der Befragten geben an, Crack in den vergangenen 30 Tagen, und rund 60,8 % in den vergangenen 24 Stunden konsumiert zu haben. Im Vergleich der Städte liegt der Anteil der Crack-User:innen bei der 24-Stunden-Prävalenz in Düsseldorf am höchsten, mit Blick auf die 30-Tage-Prävalenz zeigt sich der Wert mit 74,7 % nur in Münster leicht höher. Dass Crack die Szene schon stark durchdrungen hat, verdeutlicht sich auch in einem anderen Wert: 88,8 % der Crack-Konsumierenden geben an, meistens bzw. immer bereits fertige Crack-Steine zu beziehen – ein Hinweis auf einen weit entwickelten Markt; in allen anderen Städten liegt dieser Wert niedriger (alle hier und im Folgenden getätigten Angaben: siehe *Tabelle 9* und *Tabelle 10*).

Heroin wird dagegen etwas seltener konsumiert: 30,4 % (inhalativ) bzw. 12,7 % (intravenös) geben an, die Substanz in den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben, 23,5 % (inhalativ) und 10,3 % (intravenös) haben Heroin in den letzten 24 Stunden konsumiert. Weitere Ergebnisse zu 30-Tage-Prävalenzen zeigen, dass in Düsseldorf zudem die Substanzen Alkohol (70,6 %), Cannabis (60,8 %) und Benzodiazepine (28,9 %) häufiger konsumiert werden. Fast keine Hinweise finden sich dagegen auf Fentanyl-Konsum, von dem nur zwei Befragte berichten. Insgesamt überwiegen auch in Düsseldorf polyvalente Konsummuster.

Konsumorte: In Düsseldorf zeichnen sich in Bezug auf die Konsumorte keine außergewöhnlichen Kennzahlen im Vergleich zu anderen Städten ab (siehe *Tabelle 36* im Anhang). 70,6 % der Befragten konsumieren ihre Drogen draußen, gefolgt von 41,7 %, die ihre Drogen in privaten Räumen zu sich nehmen. Der Drogenkonsumraum wird mit 29,4 % geringfügig häufiger als öffentliche Gebäude mit 23,5 % zum Konsum genutzt.

Drogennotfälle: Fast die Hälfte aller Befragten (49,0 %) gibt an, mindesten einmal eine Überdosis erlebt zu haben; die durchschnittliche Anzahl der Überdosierungen liegt bei 3,5. Die meisten unter diesen Befragten führen an, Überdosierungen draußen erlebt zu haben (69,7 %). Im Vergleich zu den anderen Städten liegt dieser Anteil am höchsten. Dagegen geben nur fünf Befragte (5,1 %) an, eine Überdosierung im Drogenkonsumraum erlebt zu haben. Dieser Anteil ist der niedrigste unter den untersuchten Städten, in Köln liegt der Anteil viermal so hoch. Im Vergleich zeigt sich auch die Zahl der Personen, die den Konsumraum nutzen, in Düsseldorf als am niedrigsten (siehe 5.1.4).

In der Zusammenschau geben die Zahlen einen Hinweis darauf, dass der Drogenkonsumraum u. a. durch seine etwas weitere Entfernung zur untersuchten Szene und den höheren Anteil von Crack-Konsumierenden nur noch einen geringeren Anteil von Konsumierenden erreicht und seine Schutzfunktion lediglich zum Teil erfüllen kann (alle hier und im Folgenden getätigten Angaben: siehe *Tabelle 11*).

HIV & Hepatitis C: In Düsseldorf haben sich 89,5 % der Befragten schon einmal auf HIV testen lassen, 61,6 % davon in den letzten zwölf Monaten. Bei 5,6 % war das Ergebnis positiv. Auf Hepatitis C sind 88,5 % der Befragten getestet, 61,0 % in den vergangenen zwölf Monaten. Bei 42,2 % der Getesteten lag eine Hepatitis C-Infektion vor. Die Testraten und Ergebnisse sind damit in Düsseldorf mit den Ergebnissen in den anderen Städten vergleichbar.

Substitution: Knapp 60 % der Befragten in Düsseldorf (59,3 %) befinden sich in einer Substitutionsbehandlung. Das ist ein recht hoher Anteil, nur in Münster liegt er noch höher. Der hohe Wert gibt auch einen Hinweis auf das ausgebaute und dichte System niederschwelliger Substitutionsangebote, die sich u. a. direkt in den integrierten Hilfezentren befinden.

Im Vergleich der Städte weisen die Zahlen zu dem Drogenkonsum und der gesundheitlichen Situation einige Auffälligkeiten auf: Zum einen ist die Düsseldorfer Drogenszene am deutlichsten von Crack-Konsum geprägt, der Heroin-Konsum ist dagegen im Vergleich eher gering. Während der Drogenkonsumraum nur noch für einen Teil der Szene seine Schutzfunktion ausüben kann, gibt der vergleichsweise hohe Anteil an substituierten Befragten Hinweise auf das umfangreiche und niederschwellige System von Substitutionsangeboten.

Tabelle 9: Substanzkonsum Düsseldorf

(Mehrfachantworten möglich, bei Unterkategorien Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte)

	24-Stunden-Prävalenz		30-Tage-Prävalenz	
	n	%	n	%
Kokain	139	68,1	161	83,4
Inhalativ (Crack)	124	60,8	148	72,5
Intravenös	21	10,3	30	14,7
Heroin	64	31,4	83	43,9
Inhalativ	48	23,5	62	30,4
Intravenös	21	10,3	26	12,7
Alkohol	121	59,3	144	70,6
Cannabis	100	49,0	124	60,8
Benzodiazepine	41	20,1	59	28,9
Pregabalin	29	14,2	45	22,1
Amphetamine	19	9,3	29	14,2
Methamphetamin	5	2,5	8	3,9
Fentanyl-Pflaster (aufgekocht/geraucht)	/	/	2	1,0
Nicht verschriebenes Methadon u. Ä.	8	3,9	20	9,8
Weitere Substanzen	17	8,3	16	7,8
	n	M (SD)	n	M (SD)
Durchschnittliche Anzahl der konsumierten Substanzen	204	2,7 (1,4)	204	3,6 (1,6)

Tabelle 10: Bezug der Crack-Steine Düsseldorf

(Anteile unter den Crack-Konsumierenden; Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte)

	nie		selten		meistens		immer	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vom Dealer / Drogenszene	8	5,4	9	6,0	36	24,2	96	64,4
Ich bereite die Steine selber zu	86	58,9	26	17,8	25	17,1	9	6,2
Ich verkaufe selber Crack-Steine	108	74,0	21	14,4	12	8,2	5	3,4

Tabelle 11: Gesundheitliche Situation Düsseldorf

(Bei Orten Mehrfachnennungen möglich; sonst Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte)

	n	%
Überdosierungen		
Jemals eine drogenbedingte Überdosierung erlebt	99	49,0
	n	**M (SD)**
Durchschnittliche Anzahl bisheriger Überdosierungen	89	3,5 (4,6)
	n	%
Orte der Überdosierungen		
Privater Raum	49	49,5
Öffentlicher Raum	69	69,7
Drogenkonsumraum	5	5,1
Anderer Ort	7	7,1
HIV-Test		
Ja, in den letzten 12 Monaten	122	61,6
Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten	55	27,8
Nein	20	10,1
Ich weiß nicht	1	0,5
HIV-Testergebnis		
Negativ	167	93,8
Positiv	10	5,6
Unbekannt	1	0,6
Hepatitis-C-Test		
Ja, in den letzten 12 Monaten	122	61,0
Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten	55	27,5
Nein	21	10,5
Ich weiß nicht	2	1,0
Hepatitis-C-Testergebnis		
Negativ	99	55,9
Positiv	75	42,4
Unbekannt	3	1,7
Opioidgestützte Substitutionstherapie	118	59,3
Krankenversicherung	160	79,6

5.1.4 Zugänge und Nutzung von Angeboten

Zugänge zu und Nutzung von Angeboten

Ein Großteil der Befragten in Düsseldorf wird durch bestehende Hilfsangebote erreicht. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede im Zugang zu den verschiedenen Angeboten. Am häufigsten werden die Kontaktläden in Anspruch genommen: 75,8 % der Befragten geben an, sie mindestens einmal im letzten Monat genutzt zu haben, 38,9 % (77 Personen) nutzen sie sogar täglich. Danach folgen die Essensausgaben und der Kontakt mit der Streetwork, die von 73,4 % bzw. 63,5 % mindestens einmal im Monat und von 60 bzw. 24 Personen täglich genutzt werden. Niedrigschwellige Angebote der Überlebenssicherung werden also besonders häufig in Anspruch genommen (alle hier und im Folgenden gemachten Angaben siehe *Tabelle 12* und *Tabelle 40* im Anhang).

Beratungsgespräche (38,6 %) und den Drogenkonsumraum (33,0 %) nutzen rund ein Drittel der Befragten. Ein besonders hoher Anteil der Befragten in Düsseldorf nimmt Notschlafstellen in Anspruch: 35,8 % geben an, sie mindestens einmal im letzten Monat genutzt zu haben. Arbeitsprojekte können mit 6,4 % im letzten Monat nur von einem relativ kleinen Anteil der Befragten genutzt werden.

Im Vergleich der NRW-Städte lassen sich die hohen Quoten bei der Nutzung von Kontaktläden, Streetwork und Notunterkünften durch die Angebotsstruktur erklären. Düsseldorf verfügt sowohl über zwei Kontaktläden in der Nähe von Szeneorten, ein ausgebautes Streetwork-System, das die konzentrierte Szene regelmäßig aufsucht, und ein im Vergleich einzigartiges Angebot an Notunterkünften, die sich direkt an die Zielgruppe richten. Mit Blick auf die Nutzung des Drogenkonsumraums liegt Düsseldorf im Vergleich zu den anderen Städten im eher niedrigen Bereich, in Köln (61,3 %) und Münster (41,1 %) wird er von einem größeren Anteil der Szene genutzt. Auch dabei dürfte die Angebotsstruktur eine Rolle spielen, da Düsseldorf im Vergleich zu Köln nur über einen Konsumraum verfügt. Zugleich könnte die Inanspruchnahme des Konsumraums durch den sehr hohen Anteil an Crack-Konsument:innen reduziert sein. Crack-Konsum erfolgt noch schneller und unmittelbarerer, (z. T. mehrere) hundert Meter zum Konsumraum können dann bereits eine erhebliche Barriere für die Nutzung darstellen.

Unterstützungsbedarfe

Der größte Anteil der Befragten in Düsseldorf gibt an, Unterstützung beim Zugang zu Wohnraum zu benötigen (41,2 %, siehe *Tabelle 12*). Nur in Köln liegt dieser Wert noch einmal etwas höher. Dieser hohe Anteil geht in Düsseldorf wie auch in Köln mit sehr hohen Anteilen wohnungsloser Menschen und sehr niedrigen mit eigenen Wohnungen einher. Der angezeigte Bedarf macht deutlich, dass sich die soziale Situation im Wesentlichen über die Verfügbarkeit einer eigenen Wohnung bestimmt.

34,8 % der Befragten nennen Unterstützungsbedarf beim Thema Finanzen und Schulden, jeweils 27,9 % geben an, Unterstützung bei den gesundheitlichen Problemen und Behördenangelegenheiten zu benötigen. Im Vergleich zu den anderen Städten ist mit 25,0 % der Anteil der Befragten hoch, die einen Ruhe- und Schlafraum am Tag als Bedarf angeben, was ggf. auf den hohen Anteil an Crack-Konsumierenden und Wohnungslosen unter den Befragten der Landeshauptstadt zurückzuführen ist.

Tabelle 12: Zugang zum Hilfesystem und Unterstützungsbedarfe Düsseldorf

(Mehrfachantworten möglich)

Nutzung von Hilfsangeboten im letzten Monat	n	%
Arbeitsprojekte	12	6,4
Beratungsgespräche	73	38,6
Drogenkonsumraum	63	33,0
Essensausgabe	138	73,4
Kontaktladen	150	75,8
Medizinische Behandlung	60	30,9
Rechtsberatung	10	5,3
Spritzentausch/Vergabe von Konsumutensilien	60	31,9
Streetwork	120	63,5
Unterkunft/Notschlafstelle	67	35,8
Unterstützungsbedarfe		
Arbeit	48	23,5
Aufenthaltsfragen	24	11,8
Behördenangelegenheiten	58	28,4
Familie/Partnerschaft/soziale Beziehungen	17	8,3
Finanzen/Schulden	69	33,8
Gesundheitliche Probleme	57	27,9
Polizei/Gericht/Staatsanwaltschaft	44	21,6
Ruhe- und Schlafraum am Tag	51	25,0
Vermittlung in Entgiftung	35	17,2
Vermittlung in Substitutionstherapie	9	4,4
Vermittlung in Suchttherapie	25	12,3
Wohnen	84	41,2
Bei etwas anderem	14	6,9

Aspekte, die Zugang und Nutzen strukturieren

Aus den Antworten auf die offenen Fragen zu Erfahrungen mit und Wünschen an das Hilfesystem in der jeweiligen Stadt lassen sich Aspekte identifizieren, die den Zugang, Nutzen und Nicht-Nutzen der Angebote für die Befragten strukturieren. In Düsseldorf liegen insgesamt Antworten von 179 Personen (87,7 %) auf die offenen Fragen vor. Darunter werden viele (eher) gute Erfahrungen mit dem Hilfesystem in der Stadt geschildert (n = 45). Dass verschiedene Angebote in der Stadt genutzt werden können, wird positiv hervorgehoben.

„Ich finde das Hilfesystem hier umfangreich. Wenn man Hilfe braucht, kann man sie kriegen." (102)

Infrastruktureller Nutzen: Dabei stellt sich der Nutzen mancher Angebote (etwa der Kontaktläden oder Substitutionstherapie) bereits darüber ein, dass die Angebote bestehen – unabhängig davon, ob sie konkret genutzt werden. Alleine die Möglichkeit, diese Angebote nutzen zu können, zieht schon einen infrastrukturellen Nutzen nach sich. Der infrastrukturelle Nutzen wird außerdem dadurch geprägt, dass Mitarbeitende gut erreichbar sind oder bestimmte Sprachen sprechen und das Hilfesystem dadurch erst zugänglich gemacht wird. In den offenen Antworten wird außerdem der niederschwellige Ansatz vieler Angebote positiv erwähnt. Insbesondere die Streetwork wird mehrmals positiv genannt.

„Es ist schön, dass sich jemand kümmert und mit jemandem redet. Gut, dass Termine auch in verschiedenen Anlaufstellen möglich sind. Es ist allgemein gut, dass es das Hilfesystem besteht." (196)

„Gut ist, dass überhaupt Hilfe angeboten wird und diese niederschwellig sind." (113)

„Ich bin froh, dass es Streetwork oder so Hilfseinrichtungen gibt." (193)

Materieller Nutzen: Wie bereits in den Angaben zu dem Zugang und der Nutzung des Hilfesystems (siehe Tabelle 12) spielen auch in den offenen Rückmeldungen die Überlebenshilfen und damit der materielle Nutzen (Essensausgaben, Schlafmöglichkeiten, Kleiderausgaben, Substitutionsbehandlungen etc.) eine besondere Rolle. Förderlich ist es zudem, wenn sich die Mitarbeiter:innen gut im Hilfesystem auskennen und die richtigen Hinweise z. B. zu Angeboten unterstützender Leistungen geben können.

„Ich habe eher gute Erfahrungen. Wenn man sich kümmert und will, gibt es Ansprechpartner. Wenn ich z. B. jetzt einen Pflegegrad will, weil ich im Rollstuhl sitze. Ich bespreche das dann mit der Sozialarbeiterin im Betreuten Wohnen." (104)

„Jemand ist da, wenn man es braucht, und die informieren sich, wenn die mal was nicht wissen." (213)

Personaler Nutzen: Daneben werden die Angebote insbesondere über den Respekt strukturiert, der den Befragten entgegengebracht wird – den personalen Nutzen: Die Mitarbeiter:innen „hören zu", „kümmern sich", man kann mit ihnen „reden". In Düsseldorf gibt eine besonders große Anzahl (n = 20) positive Rückmeldungen zu den Mitarbeiter:innen und zum bestehenden Respekt vor der Lebenslage der Befragten. Geschätzt werden Offenheit, Vertrautheit oder Freundlichkeit in den Gesprächen sowie die Anerkennung, die die Personen erhalten.

„Man wird als Mensch anerkannt und akzeptiert." (230)

„Ich habe eine gute Betreuerin. Sie ist immer einsatzbereit, um jede Tageszeit. Vorher sind viele Versuche gescheitert. Für gute Arbeit brauch man Vertrauen, aber auch Distanz und die Erwartungen müssen an der Lebenslage angepasst werden." (220)

Nutzenlimitierende infrastrukturelle Aspekte: Die nutzenfördernden werden durch nutzenlimitierende Faktoren gespiegelt, die insbesondere in negativen Erfahrungen (n = 26) zum Ausdruck kommen, die den Zugang und Nutzen des Unterstützungssystems erschweren. Auf der infrastrukturellen Ebene wird darauf hingewiesen, dass Kapazitäten und Öffnungszeiten nicht ausreichen oder lange Wartezeiten bestehen.

„Zu wenige Hilfen, unpassende Uhrzeiten oder Termin bereits belegt. Es sind gute Hilfen, aber zu wenig, nicht rund um die Uhr. Mehr Mitarbeiter, drei Schichten. Sonntags hat nichts geöffnet, muss einen Tag warten, damit ich essen kann." (264)

„Überall zu lange Wartefristen, das ist anstrengend, besonders die vielen Absagen." (235)

Die Befragten beobachten außerdem unzureichende personelle Ressourcen, welche dazu führen, dass für Beratungen zu wenig Zeit zur Verfügung steht oder weiterführende Hilfen ausbleiben.

„Positiv ist allgemein die Hilfe und Unterstützung, aber die haben nie Zeit, immer nur kurz." (247)

Auf der institutionellen Ebene limitieren zudem Vorschriften in den einzelnen Einrichtungen den Nutzen und es gibt kritische Rückmeldungen über „zu viele“, unpassende oder undurchsichtige Regelungen.

„Dabei müssten die Regeln im [Name des Angebotes] oder anders besser abgestimmt werden. Es gibt zu schnelle Hausverbote, wenn man konsumieren muss, sind diese nicht gerecht.“ (193)

„Wenig Hilfen, strenge nicht nachvollziehbare Regeln.“ (302)

Nutzenlimitierende personale Aspekte: Auf der personalen Ebene erleben es einige Befragte als hinderlich, dass es keine festen Ansprechpersonen gibt und so Vertrauen und Wissen über die Lebenslage nicht aufgebaut werden können. Einige Befragte erleben außerdem Abwertungen und Abweisungen durch Mitarbeiter:innen oder stark asymmetrische Beziehungen, die den Nutzen der Angebote limitieren.

„Es ist personenabhängig, ob gute Hilfe gegeben ist. Unterschiedlich nach Einrichtung, ob man sich geborgen oder verloren fühlt.“ (256)

„Ungefragt wird einfach in die Privatsphäre eingegriffen, die Autonomie wird nicht beachtet, es wird nicht auf Augenhöhe kommuniziert, per du.“ (224)

Nutzenlimitierende lokale Aspekte: Ähnlich verhält es sich mit den häufigen ordnungsbehördlichen Kontrollen, die von den Befragten als negativ, manchmal auch als diskriminierend, erlebt werden.

„Du wirst zu viel von Polizei und Ordnungsamt kontrolliert, das geht in den letzten Wochen richtig durch mit denen. Du brauchst nur `ne Bierflasche oder `ne Tüte von der Streetworkorganisation in der Hand zu haben, da wirst du schon durchsucht. Das sind diese ganzen Vorurteile.“ (137)

Nutzenlimitierende gesellschaftliche Aspekte: Schließlich werden die lokalen Unterstützungsangebote durch überregionale politische und gesellschaftliche Faktoren limitiert. Auf einer allgemeinen, also nicht lokalen politischen Ebene wird kritisiert, dass die staatliche Finanzierung von Hilfsangeboten zu gering sei oder sich die geförderten Programme zu wenig an der Lebenswelt der Menschen orientierten. Einzig positiv wird die Legalisierung von Cannabis bewertet. Außerdem berichten die Befragten von den gesellschaftlichen Abwertungen, die sie erfahren und die zu Ausschlüssen, Scham und Nichtinanspruchnahme von bestehenden Unterstützungsangeboten führen.

„Ich finde es gut, dass sich jemand um uns kümmert und dass wir akzeptiert werden. Jedoch werden wir von der Gesellschaft immer schlecht behandelt, die sehen uns als Dreck.“ (165)

„Zu wenig Annahme der Menschen selbst. Keine festen Ansprechpartner. Es gibt einen Mehr-Bedarf an Hilfen. Manchmal werden Hilfen aus Scham nicht genutzt.“ (209)

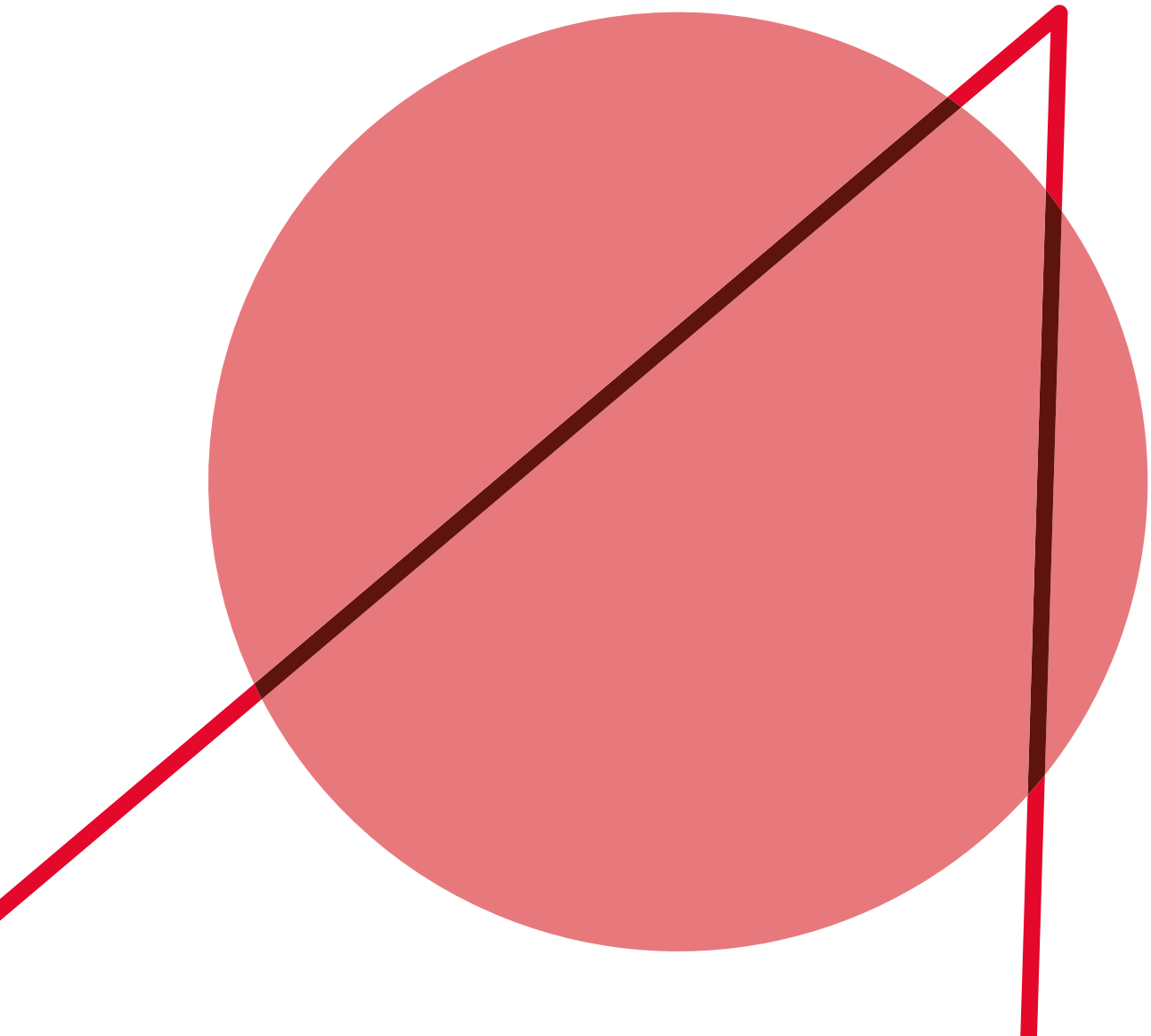
Außerdem werden die unterstützenden Angebote durch Ausschlüsse anderer gesellschaftlicher Teilsysteme begrenzt. Mit Blick auf Düsseldorf trifft dies vor allem auf das Thema Wohnraum zu. Die angespannte Lage auf dem Wohnungsmarkt und der fehlende Wohnraum werden von einer großen Anzahl der Befragten thematisiert und als Faktor angegeben, der sich negativ auf ihre Lebenssituation auswirkt. Auf die Frage, was sich die Menschen wünschen, antwortete ein Großteil, dass sie sich mehr Hilfe und Unterstützung bei diesem Thema und insbesondere eigenen Wohnraum wünschen.

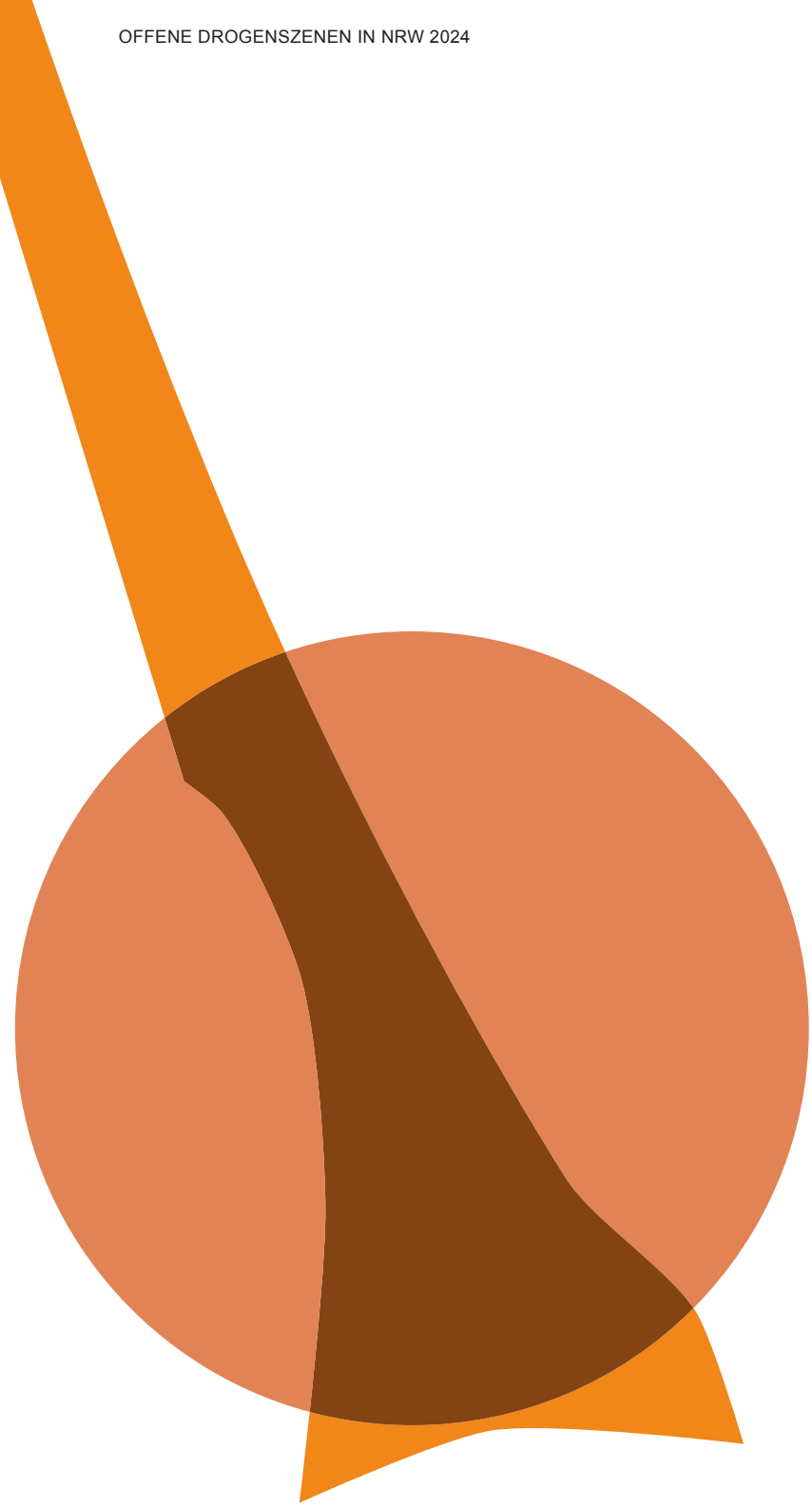
„Es gibt keine Anschlüsse, um sich in das Leben zu integrieren z. B. keine Wohnung.“ (148)

„Eine Wohnung, Bürgergeld bekommen, Krankenversicherung, damit alles anfangen kann.“ (320)

„Eine Wohnung und keine Drogen mehr zu nehmen.“ (252)

„Mehr Wohnungen und Hilfen bei der Wohnungssuche. Mehr Sicherheit vor Dealern. In Ruhe zu kochen und zu schlafen.“ (233)





5.2 ESSEN

5.2.1 Einführung

Essen, zentrale Großstadt in der Mitte des Ruhrgebiets, zählt zum 31.12.2024 597.066 Einwohner:innen (Stadt Essen 2025: 5). Angebote, die sich unmittelbar an Menschen in der offenen Drogenszene richten, sind das Kontakt- und Beratungscafé und der im gleichen Gebäude am westlichen Rand der Innenstadt gelegene Drogenkonsumraum der Suchthilfe direkt Essen. Ergänzt werden diese Angebote durch die Möglichkeit zur Substitutionsbehandlung im gleichen Gebäude sowie einem weiteren, nahegelegenen Gebäude. Im Jahr 2023 waren dort rund 330 Personen in der Behandlung (Suchthilfe direkt 2024: 18). Die Suchthilfe direkt hält außerdem Angebote der psychosozialen und Suchtberatung vor, erreichte 2023 67 Personen mit dem Angebot des Betreuten Wohnens und insgesamt 128 Menschen mit Beschäftigungs- und Arbeitsangeboten (Suchthilfe direkt 2024: 21, 36 f.). Außerdem betreibt die Suchthilfe eine Notschlafstelle mit zwölf regulären Plätzen und drei Notfallbetten. Die Schlafstelle befindet sich im gleichen Gebäude und öffnet jeden Tag um 19:00 Uhr und schließt um 8:00 Uhr. Im Essener Konsumraum werden 13 Konsumplätze vorgehalten, acht Plätze für den intravenösen und fünf Plätze für den inhalativen Konsum. Der Konsumraum ist 61 Wochenstunden geöffnet, mit täglichen Betriebszeiten in der Woche von zehn Stunden sowie an den Wochenenden und Feiertagen von fünfeinhalb Stunden. Monatlich nutzen etwa 150 Personen den Konsumraum (Suchtkooperation NRW 2024: 44). In 2023 fanden von 24.327 Konsumvorgängen 15.280, also rund 63,0 %, inhalativ statt. In den letzten Jahren verzeichnet der Konsumraum einen leichten Anstieg des inhalativen Konsums und einen deutlichen Rückgang von injizierten Konsumeinheiten (Suchthilfe direkt 2024: 24 f.). Im Jahr 2023 nutzten 451 verschiedene Personen den Konsumraum (Suchthilfe direkt 2024: 25). In 2025 wird das Angebot der Suchthilfe direkt durch eine Diamorphinvergabe ergänzt, die ebenfalls im gleichen Gebäude eingerichtet wird; zum Zeitpunkt der Befragung war sie aber noch nicht in Betrieb.

Sowohl Mitarbeiter:innen der Suchthilfe direkt als auch von Caritas und Diakonie sind insbesondere in der Essener Innenstadt, aber auch in anderen Stadtteilen (z. B. Nordviertel, Altenessen und andere) als Street-worker:innen unterwegs. Die Mitarbeiter:innen der Suchthilfe direkt arbeiten wöchentlich rund 50 Stunden aufsuchend. Diese Stunden teilen sich durch Streetwork der Einrichtung und dem Kooperationsprojekt „Eins und Eins macht Drei“ mit dem LVR Essen auf, indem gezielt Menschen mit Suchterkrankung und psychischer Auffälligkeit in prekären Lebenslagen aufgesucht werden (Suchthilfe direkt 2023). Im Jahr 2025 wird das Team der Suchthilfe direkt mit zwei weiteren Mitarbeiter:innen für Streetwork Tätigkeiten besetzt, zum Zeitpunkt der Befragung war das noch nicht umgesetzt. Ein aufsuchendes medizinisches Angebot bietet ein Arztmobil, das täglich an drei verschiedenen Standorten Menschen berät und behandelt, ohne dass eine Krankenversicherung nötig ist (GSE 2016: 1).

Notunterkünfte, die sich nicht speziell an Drogenkonsumierende Menschen wenden, werden vom ASW Essen, Caritasverband, Diakoniewerk und CVJM Essen Sozialwerk vorgehalten. Eine Notunterkunft für männliche Personen befindet sich im Westviertel, die Notschlafstelle Raum 58 für Jugendliche bis 21 Jahre liegt im Nordviertel der Stadt (Stadt Essen o. J.). Spezifische Angebote für Frauen werden von Bella Donna angeboten. Neben Online- und Drogenberatung bietet Bella Donna flexible Hilfen für suchtbelastete Familien, ambulant betreutes Wohnen und Beratungsangebote für Frauen in der Beschaffungsprostitution an (Bella Donna o. J.) Eine Notschlafstelle für Frauen findet sich in Essen- Kray, in einiger Entfernung von der Innenstadt (Stadt Essen o. J.).

Die Szene verteilt sich in der Essener Innenstadt über eine vergleichsweise große Fläche. Insbesondere verschiedene Parkhäuser und Freiflächen an der östlichen Seite der Innenstadt dienen als Treffpunkte, daneben bieten aber auch weitere Flächen, Parkhäuser und Brachen

an der nördlichen und westliche Seite Raum für die Szene. Im Vergleich zu den anderen drei Städten ist die Drogenszene kaum an einem Ort konzentriert und bietet die Innenstadt, in der sich die Geschäfte und Gewerbe in den letzten Jahrzehnten deutlich verringert haben, relativ viele Freiflächen. Auch die Parkhäuser sind in der Regel weniger belegt als in den drei anderen untersuchten Städten. Im Herbst 2024, etwa zum Zeitpunkt der Erhebung, hat die Stadt Essen Kontrollen und Überwachung in der Innenstadt noch einmal deutlich verstärkt, u. a. durch die Einrichtung einer polizeilichen Videoüberwachung rund um die Marktkirche, die Aufstockung von Polizeikräften in der Innenstadt und zusätzliche ordnungsrechtliche Streifen. Das Nebeneinander von polizeilichen und ordnungsrechtlichen Kräften sowie von privaten Sicherheitsdiensten, die durch die Einzelhändler:innen u. a. in der Rathausgalerie und auf dem Kennedyplatz eingesetzt werden, sorgt im Vergleich für ein außerordentlich hohes Aufkommen von Sicherheitspersonal. Mit ihren zahlreichen Freiräumen bietet die Essener Innenstadt den Menschen in der offenen Szene aber viele Ausweichräume. Wird an einem Ort kontrolliert und repressiv aufgetreten, können sich die Menschen an einem anderen Ort neu finden.

Die Befragungen in Essen fanden zwischen dem 07.11.2023 und dem 18.12.2024 statt. Insgesamt wurden 110 Personen befragt, davon 69 % im öffentlichen Raum und 31,0 % in Einrichtungen. Die Befragungen in den Einrichtungen wurden in Essen in der Kontakt- und Beratungsstelle der Suchthilfe direkt durchgeführt und von Mitarbeiter:innen der Suchthilfe direkt unterstützt. Die Befragungen im öffentlichen Raum wurden vorwiegend in den öffentlichen Parkhäusern der östlichen Innenstadt sowie an zwei Plätzen in der Innenstadt sowie den jeweils umliegenden Straßenzügen und sowohl mit Unterstützung der Streetworker:innen der Suchthilfe direkt als auch eigenständig durch das Forschungsteam durchgeführt.

5.2.2 Soziodemografie und Aspekte der Lebenslage

Alter & Geschlecht: Der Altersdurchschnitt der befragten Personen in Essen liegt bei 43,1 Jahren. Die jüngste befragte Person ist 18 Jahre alt, die älteste 73 Jahre. Von den 110 befragten Personen in Essen geben 82,7 % eine männliche, 15,5 % eine weibliche und 1,8 % eine diverse Geschlechtsidentität an. Damit findet sich unter den Befragten in Essen ein ausgesprochen hoher Männeranteil – ein Zeichen, dass die öffentliche Szene deutlich stärker von Männern dominiert ist als in anderen Städten (alle hier und im Folgenden getroffenen Angaben: siehe *Tabelle 13*).

Meldeort: 88,1 % der Befragten geben an, dass sie in Essen gemeldet sind. Unter den 13 Personen, die nicht in Essen gemeldet sind, führen zwölf an, dass sich ihr Lebensmittelpunkt in Essen befindet – also fast alle. Diese Menschen leben zwischen zwei Monaten und 50 Jahren vorwiegend in Essen. Im Mittelwert geben diese Personen an, 2,8 Jahre in Essen zu leben.

Nationalität & Aufenthalt: 73,6 % der Befragten haben die deutsche Staatsangehörigkeit und 26,3 % eine andere (fehlende 0,1 % sind ein Rundungseffekt). Der Anteil der Ausländer:innen unter den Essener Befragten ist damit im Vergleich zur Stadtbevölkerung nur leicht überproportional, der ausländische Anteil der Stadtbevölkerung liegt Ende des Jahres 2024 bei 20,5 %. Der Anteil der EU-Bürger:innen unter den ausländischen Befragten liegt bei einem Drittel (34,5 %), die der Drittstaatsangehörigen bei 62,0 %. Unter den 18 Drittstaatsangehörigen befinden sich fünf türkische und fünf iranische Staatsbürger:innen, alle anderen sind seltener vertreten. Unter den Personen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit verfügen insgesamt 13 über einen verfestigten Aufenthalt (7 unbefristet und 6 befristet), über einen unsicheren Aufenthalt (Duldung, keine Papiere und Sonstiges) 14 Personen. Unter die Personen mit unsicherem Aufenthalt fallen fünf EU-Bürger:innen und die staatenlose Person. 13,6 % der Befragten geben an, eine Fluchterfahrung zu haben, darunter vier Personen mit deutscher Nationalität.

Wohnsituation: 44,5 % der Essener Befragten leben in einer eigenen Wohnung, ebenso viele sind wohnungslos. 26,3 % sind obdachlos, dazu zählen die 22,7 %, die angeben, vorwiegend im Freien zu schlafen. Unter dem Anteil derjenigen, die einen anderen Schlafplatz nennen (10,9 %), geben mehrere Personen an, in der letzten Woche vorwiegend in der JVA oder Entgiftung geschlafen zu haben. Der Anteil der Obdach- und Wohnungslosen liegt also eigentlich noch höher. Im NRW-Vergleich zeigt sich der Anteil der Menschen mit einer eigenen Wohnung etwas über dem Schnitt und der Anteil der obdachlosen Personen etwas niedriger. Insbesondere im Vergleich mit Köln und Düsseldorf scheint der Wohnungsmarkt in Essen für Personen in den offenen Drogenszenen noch durchlässiger zu sein. Auffällig ist dagegen außerdem, dass im Vergleich mit den anderen Städten nur wenige Menschen in Notunterkünften unterkommen – ein Zeichen, dass das Angebot hier nicht ausreichend ist oder wesentliche Barrieren für die Inanspruchnahme bestehen.

Einkommen: Mit 20,9 % verfügt auch in Essen ein hoher Anteil über keine regulären Einkünfte. Für diese Gruppe sind die irregulären Einkünfte besonders bedeutsam. Betteln (47,8 %, 11 Personen) und Pfand-

flaschen-Sammeln (39,1 %, 9 Personen) sind die wichtigsten Einkommensquellen in dieser Gruppe, deutlich dahinter liegt der Diebstahl (21,7 %, 5 Personen). Unter den Personen mit anderen Einkommen befinden sich in Essen insbesondere fünf Personen, die angeben, einer Arbeitsgelegenheit (so genannter 1,50-Euro-Job) nachzugehen.

Krankenversicherung: 15,5 % der Befragten in Essen geben an, dass sie nicht krankenversichert sind. Unter ihnen finden sich vier Personen mit deutscher und vier Personen mit EU-Staatsangehörigkeit sowie fünf Personen mit befristeten oder unbefristeten Aufenthaltstiteln. Nur zwei Personen kommen aus Drittstaaten, verfügen über keinen gesicherten Aufenthaltstitel und sind nicht krankenversichert.

Aufenthalt Drogenszene: Wie im Gesamtsample stellt die Drogenszene für den Großteil der Befragten ihren Lebensmittelpunkt dar. Im Schnitt sind die Essener Befragten bereits seit 20 Jahren in der Drogenszene unterwegs und verbringen dort sehr viele Stunden (im Schnitt mehr als acht, wobei es hier viele Ausreißer nach oben und unten gibt) an fast jedem Tag der Woche.

Hafterfahrung: Wie im Gesamtsample haben ebenso in Essen vier Fünftel der Befragten Hafterfahrungen, sowohl die durchschnittliche Zahl der Haftaufenthalte als auch die Anzahl der in Haft verbrachten Jahre liegen mit 4,5 Aufenthalten und 6,8 Jahren über dem Schnitt im Gesamtsample.

Kontrollerfahrung: Rund die Hälfte (46,4 %) der befragten Personen in Essen sind im letzten Monat durch Polizei oder Ordnungsamt kontrolliert worden, im Schnitt wurden diese Personen rund 7-mal kontrolliert. Wie in den anderen Städten, sind die repressiven ordnungspolitischen Maßnahmen damit in der Szene deutlich spürbar und konzentrieren sich auf einen Teil der Personen.

Tabelle 13: Soziodemografische Angaben und Angaben zur Lebenslage Essen

(Die Zahl der antwortenden Personen unterscheidet sich je nach Frage; Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte, bei Einkünften Mehrfachantworten möglich)

	N	**M (SD)**
Alter	110	43,1 (10,0)
	n	%
Geschlecht	110	
Männlich	91	82,7
Weiblich	17	15,5
Divers	2	1,8
	n	**%**
Meldeort & Lebensmittelpunkt	109	
Essen	96	88,1
Ein anderer Ort	8	7,3
Nicht gemeldet	5	4,6
Lebensmittelpunkt Essen, wenn nicht Meldeort	12	11,0
	n	**M (SD)**
Dauer Lebensmittelpunkt Essen in Jahren	12	2,6 (2,7)
Nationalität & Aufenthalt	110	
Deutsch	81	73,6
Andere	29	26,3
EU-Bürger:innen	10	9,1
Drittstaaten	18	16,4
Staatenlos	1	0,9
Unbefristeter Aufenthalt	7	6,4
Befristeter Aufenthalt	6	5,4
Duldung	6	5,4
Keine Papiere	1	0,9
Sonstiger Aufenthalt	7	6,4
Fluchterfahrung	15	13,6
Wohnsituation	110	
Eigene Wohnung	49	44,5
Bei Freund:innen/Partner:in	17	15,5
Wohnheim	3	2,7
Notschlafstelle	4	3,6
Draußen	25	22,7
Anderer Ort (z. B. JVA, Entgiftung, Eltern)	12	10,9
	n	**M (SD)**
Durchschnittliche Dauer Wohnungslosigkeit in Jahren	57	2,66 (3,99)

	n	%
Reguläre Einkommen	110	
Erwerbsarbeit (Voll- oder Teilzeit)	3	2,7
Arbeitslosengeld I	2	1,8
Bürgergeld/Grundsicherung	79	71,8
Asylbewerberleistungsgesetz	/	/
Sonstige Einkünfte	4	3,6
Keine regulären Einkünfte	22	20,0
Informelle Einkommen	110	
Sexarbeit	1	0,9
Verkauf Straßenzeitung	2	1,8
Betteln	20	18,2
Pfandflaschen sammeln	21	19,1
Unterstützung Familie/Freund:innen	16	14,5
Dealen	9	8,2
Diebstahl	15	13,6
Andere Einkünfte	20	28,2
Krankenversicherung	93	84,5
Aufenthalt Drogenszene		
Aufenthaltsdauer in Jahren	106	19,7 (11,6)
Aufenthaltsdauer in Tagen in der Woche	108	6,4 (1,6)
Aufenthaltsdauer in Stunden am Tag	108	8,6 (7,9)
Anzahl wichtiger Cleankontakte im sozialen Umfeld	107	6,4 (11,4)
Hafterfahrung		
Jemals inhaftiert	87	79,1
	n	**M (SD)**
Anzahl Inhaftierungen	86	4,5 (3,6)
Dauer Inhaftierungen in Jahren	86	2,7 (2,7)
Kontrollerfahrung	**n**	**%**
Kontrollerfahrung im letzten Monat	51	46,4
	n	**M (SD)**
Anzahl der Kontrollen im letzten Monat	51	7,1 (9,5)

5.2.3 Substanzkonsum und Gesundheit

Substanzen & Konsumformen: Auch in Essen stellt Crack in der offenen Drogenszene sowohl mit Blick auf die 24-Stunden- (50,9 %) als auch die 30-Tage-Prävalenz (55,5 %) die am häufigsten konsumierte Substanz dar. Im Vergleich zu den anderen Städten spielt Heroin aber in Essen eine stärkere Rolle. 49,1 % der Befragten geben an, Heroin in den letzten 30 Tagen inhalativ und 8,2 % intravenös konsumiert zu haben. Damit liegt der Anteil der Heroin-Konsumierenden deutlich über den Anteilen in den anderen Städten. Dass der lokale Drogenmarkt im Vergleich noch geringer von Crack durchzogen ist, darauf gibt auch der Bezug der Crack-Steine einen Hinweis. In Essen liegt der Anteil derjenigen Crack-Konsument:innen, die immer oder meistens fertige Crack-Steine von Dealern beziehen (26,6 %), deutlich unter den Anteilen in den anderen Städten, wo bereits bis zu 90 % der Befragten fertige Steine kaufen (alle hier und im Folgenden getätigten Angaben: siehe *Tabelle 14* und *Tabelle 15*).

Mit Blick auf andere Substanzen fällt ein höherer Konsum von Amphetaminen auf, der in Essen rund doppelt so häufig als in den anderen Städten anzutreffen ist. Wie in den anderen Städten finden sich auch in Essen bereits Hinweise auf den Konsum von Fentanyl, drei Personen geben an, den Wirkstoff in den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben. Unter den sonstigen konsumierten Substanzen finden sich eine Vielzahl an genannten Substanzen, darunter Benzodiazepane, Ketamin, LSD, Lachgas oder Revortril, aber keine auffällig häufigen Nennungen.

Konsumorte: Bei den in Essen genutzten Konsumorten zeichnen sich im Städtevergleich einige Besonderheiten ab. So werden private Räume mit 50,0 % vom größten Anteil der Befragten als Konsumort genutzt – im Städtevergleich das höchste Niveau. Im Gegenzug wird draußen nur von 41,8 % als Konsumort genutzt – der im Städtevergleich niedrigste Wert. Ebenfalls einen Höchstwert markiert der Konsumort der öffentlichen Gebäude mit 30,9 %. Der Drogenkonsumraum wird mit 19,1 % im Städtevergleich am wenigsten genutzt. Diese Werte weisen zum einen auf den höheren Anteil an Personen mit eigenem Wohnraum und zum anderen auf die Bedeutung der öffentlichen Parkhäuser hin. Auch die vermehrten ordnungspolitischen Anstrengungen der Stadt mögen eine Rolle spielen. Sie haben allerdings nicht dazu geführt, dass die befragten Personen den Drogenkonsumraum häufiger nutzen (siehe *Tabelle 37* im Anhang).

Drogennotfälle: 40,4 % der Befragten in Essen geben an, bereits mindestens einmal eine Überdosis erlebt zu haben; im Schnitt haben diese Befragten mehr als dreimal eine Überdosis erfahren. Wie im Gesamtsample haben die meisten Befragten Überdosierungen in privaten Räumen und in der Öffentlichkeit durchlaufen, nur etwa ein Fünftel (19,1 %) hat einen Drogennotfall im vergleichsweise sicheren Umfeld eines Drogenkonsumraums erlebt. In allen anderen Städten liegt dieser Anteil um mindestens 50 % höher (alle hier und im Folgenden gemachten Angaben: siehe *Tabelle 16*).

HIV & Hepatitis C: In Essen geben 17,7 % der Befragten an, noch nie auf HIV getestet worden zu sein und 15,5 % niemals einen Hepatitis-C-Test gemacht zu haben. Der Anteil liegt hier höher als in den anderen Städten. Unter den ungetesteten Personen befinden sich besonders viele Nicht-Nutzer:innen (siehe Kapitel 4.3) – ein deutlicher Hinweis, dass der Zugang zu unterstützenden Angeboten und die Quote getesteter Personen zusammenhängen. Die Zahl der festgestellten Infektionen liegt mit 3,3 % (HIV) und 37,6 % (HEP-C) ähnlich hoch wie im Gesamtsample.

Substitution: 52,7 % der in Essen befragten Personen befinden sich in Substitutionsbehandlung, das ist der niedrigste Anteil im Vergleich der vier Städte und etwas mehr als fünf Prozentpunkte unter dem Durchschnitt im Gesamtsample. Eine besondere Barriere dürfte hier ein fehlender Krankenversicherungsschutz darstellen. Unter den Nicht-Substituierten befinden sich alle Personen ohne Krankenversicherungsschutz, die in Essen befragt wurden. Der Anteil der Nichtversicherten macht ein Drittel der Nicht-Substituierten aus, während im Essener Gesamtsample nur 15,5 % angeben, nicht krankenversichert zu sein.

Tabelle 14: Substanzkonsum Essen

(Mehrfachantworten möglich, bei Unterkategorien Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte)

	24-Stunden-Prävalenz		30-Tage-Prävalenz	
	n	%	n	%
Kokain	65	59,1	70	69,3
Inhalativ (Crack)	56	50,9	61	55,5
Intravenös	11	10,0	13	11,8
Heroin	45	40,9	59	59,0
Inhalativ	41	37,3	54	49,1
Intravenös	7	6,4	9	8,2
Alkohol	51	46,4	62	56,4
Cannabis	53	48,2	67	60,9
Benzodiazepine	15	13,6	26	23,6
Pregabalin	7	6,4	15	13,6
Amphetamine	22	20,0	27	24,5
Methamphetamin	5	4,5	5	4,5
Fentanyl-Pflaster (aufgekocht/geraucht)	2	1,8	4	3,6
Nicht verschriebenes Methadon u. Ä.	2	1,8	10	9,1
Weitere Substanzen	13	11,8	17	15,5
	n	M (SD)	n	M (SD)
Durchschnittliche Anzahl der konsumierten Substanzen	110	2,61 (1,70)	110	3,46 (2,01)

Tabelle 15: Bezug der Crack-Steine Essen

(Anteile unter den Crack-Konsumierenden; Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte)

	nie		selten		meistens		immer	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vom Dealer / Drogenszene	39	60,9	8	12,5	3	4,7	14	21,9
Ich bereite die Steine selber zu	13	20,3	1	1,6	8	12,5	42	65,6
Ich verkaufe selber Crack-Steine	58	90,6	3	4,7	1	1,6	2	3,1

Tabelle 16: Gesundheitliche Situation Essen

(Bei Orten Mehrfachnennungen möglich; sonst Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte)

	n	%
Überdosierungen		
Jemals eine drogenbedingte Überdosierung erlebt	44	40,4
	n	**M (SD)**
Durchschnittliche Anzahl bisheriger Überdosierungen	43	3,3 (3,1)
	n	%
Orte der Überdosierungen		
Draußen	46	41,8
Privater Raum	55	50,0
Öffentlicher Raum	34	30,9
Drogenkonsumraum	21	19,1
Anderer Ort	4	3,6
HIV-Test		
Ja, in den letzten 12 Monaten	63	57,3
Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten	28	25,5
Nein	19	17,3
Ich weiß nicht	/	/
HIV-Testergebnis		
Negativ	88	96,7
Positiv	3	3,3
Unbekannt	/	/
Hepatitis-C-Test		
Ja, in den letzten 12 Monaten	59	53,6
Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten	34	30,9
Nein	17	15,5
Ich weiß nicht	/	/
Hepatitis-C-Testergebnis		
Negativ	57	61,3
Positiv	35	37,6
Unbekannt	1	1,1
Opioidgestützte Substitutionstherapie	58	52,7
Krankenversicherung	93	84,5

5.2.4 Zugänge und Nutzung von Angeboten

Zugänge zu und Nutzung von Angeboten

Wie in den anderen Städten erreichen auch in Essen die bestehenden Unterstützungsangebote einen Großteil der Menschen in der offenen Drogenszene. So werden Essensausgaben von 58,2 % und der Kontaktladen von 57,8 % mindestens einmal im Monat genutzt, täglich werden sie von 23,6 % und 31,2 % in Anspruch genommen. Bei anderen Nutzungszahlen liegen die Anteile in Essen aber zum Teil deutlich unter denen in anderen Städten. So begegnen in Essen 30,0 % der Befragten der Streetwork mindestens einmal im Monat. In Düsseldorf (63,5 %) und Köln (43,7 %) liegen die Quoten deutlich höher, ein klarer Hinweis auf die geringeren Kapazitäten der Streetwork in Essen. Möglicherweise ist der geringe Kontakt mit der Streetwork eine der Ursachen für die niedrige Nutzung des Konsumraums. In Essen geben 22,2 % der Befragten an, den Konsumraum mindestens einmal im Monat zu nutzen, 7,3 % führen an, ihn täglich zu besuchen. Auch hier liegen die Anteile in den anderen Städten höher (Köln: 61,3 %, Düsseldorf 33,0 %). Außerdem liegen DKR und Kontakcafé im Vergleich etwas weiter weg von den Orten der offenen Drogenszene als in den anderen drei Städten – eine Distanz, die sich insbesondere beim Konsum des schnell und kurz wirkenden Cracks schon als Barriere erweisen kann. Auswirken dürften sich die seltenen Kontakte mit der Streetwork und die geringeren Nutzungsquoten des DKR auch in einem relativ niedrigen Anteil (19,1 %) von Menschen, die Safer-use-Utensilien in Anspruch nehmen (alle hier und im Folgenden gemachten Angaben siehe *Tabelle 17* und *Tabelle 41* im Anhang).

Außerdem fällt die geringere Anzahl von Menschen auf, die Angebote der Wohnungslosenhilfe nutzen (10,2 %). Zwar liegt der Anteil der Menschen, die in einer eigenen Wohnung übernachten, rund 15 Prozentpunkte höher als in Düsseldorf oder Köln; unter den wohnungslosen Personen zeigt sich der Anteil der Menschen, die in Wohnprojekten und Notunterkünften unterkommen, aber in allen drei anderen Städten höher als in Essen. Ein Hinweis, dass in Essen geringere Kapazitäten – auch von spezialisierten Angeboten für die Zielgruppe – bestehen und ggf. andere Barrieren (z. B. strengere Zugangs- oder Aufenthaltsregeln) eine Nutzung verhindern. In der Konsequenz liegt der Anteil der straßenobdachlosen Menschen unter den Wohnungslosen höher als in den anderen Städten.

Bei der Inanspruchnahme von Arbeitsprojekten fällt der Anteil mit 12,7 % dagegen höher als in den drei Vergleichsstädten aus. Auch hier liegt der Zusammenhang mit der Angebotsstruktur der Stadt nahe: In Essen finden sich mehr und einfachere Zugänge in Arbeitsgelegenheiten als in den anderen Städten. Das Angebot bildet sich in der erhöhten Quote der Menschen ab, die Arbeitsgelegenheiten nutzen können.

Unterstützungsbedarfe

Bei den Unterstützungsbedarfen unterscheiden sich die Befragten in Essen nur geringfügig von den Befragten in den anderen Städten und dem Gesamtsample. Auch in Essen ist der Bedarf, der am häufigsten genannt wird, mit rund 30 % Unterstützung beim Zugang zu Wohnraum. Der Bedarf liegt hier unter den Werten in Düsseldorf und Köln, was mit dem höheren Anteil von Menschen zusammenhängen dürfte, die in eigenen Wohnungen leben. Dennoch zeigt der hohe Bedarf auch hier, dass die Absicherung von Wohnen prioritär ist.

Tabelle 17: Zugang zum Hilfesystem und Unterstützungsbedarfe Essen

(Mehrfachantworten möglich)

Nutzung von Hilfsangeboten im letzten Monat	n	%
Arbeitsprojekte	14	12,7
Beratungsgespräche	47	42,7
Drogenkonsumraum	22	20,2
Essensausgabe	64	58,2
Kontaktladen	63	57,8
Medizinische Behandlung	15	13,6
Rechtsberatung	4	3,6
Spritzentausch/Vergabe von Konsumutensilien	21	19,1
Streetwork	33	30,0
Unterkunft/Notschlafstelle	11	10,2
Unterstützungsbedarf		
Arbeit	18	16,4
Aufenthaltsfragen	12	10,9
Behördenangelegenheiten	26	23,6
Familie/Partnerschaft/soziale Beziehungen	7	6,4
Finanzen/Schulden	30	27,3
Gesundheitliche Probleme	23	20,9
Polizei/Gericht/Staatsanwaltschaft	10	9,1
Ruhe- und Schlafraum am Tag	16	14,5
Vermittlung in Entgiftung	17	15,5
Vermittlung in Substitutionstherapie	9	8,2
Vermittlung in Suchttherapie	12	10,9
Wohnen	33	30,0
Bei etwas anderem	8	7,3

Aspekte, die Zugang und Nutzen strukturieren

Auch in Essen lassen sich aus den Antworten auf die offenen Fragen zu Erfahrungen mit und Wünschen an das Hilfesystem Aspekte identifizieren, die den Zugang, den Nutzen und Nicht-Nutzen der Angebote für die Befragten strukturieren. In Essen liegen insgesamt Antworten von 107 Personen auf die offenen Fragen vor – und damit fast dem gesamten Teilsample (97,3 %). Es werden sehr viele (eher) gute Erfahrungen mit dem Hilfesystem in der Stadt geschildert (n = 33).

„Bis jetzt nur gute Erfahrungen." (279)

Infrastruktureller Nutzen: Ein infrastruktureller Nutzen besteht bereits durch das Vorhandensein von Angeboten und die damit bestehende Möglichkeit, das Angebot nutzen zu können – unabhängig davon, ob es tatsächlich in Anspruch genommen wird. Niederschwellige Angebote öffnen dabei Zugänge und machen es leichter, Angebote tatsächlich zu nutzen.

„Gut, dass es solche Einrichtungen für uns gibt, dass ist wichtig für uns." (592)

„Es sind gute Sachen am Start. Man kriegt Hilfe, wenn man sie braucht, ist flächendeckend." (325)

Materieller Nutzen: Auch in Essen wird der materielle Nutzen von bestehenden Angeboten besonders hervorgehoben. Für viele Befragte sind insbesondere die bestehenden Überlebenshilfen hoch relevant (genannt werden u. a. Verpflegung, Übernachtungsangebote, Kleidung oder Medikamente). Daneben werden auch die Substitutionsprogramme als nutzenfördernd erlebt.

„Es gibt aber genug Möglichkeiten, um zu duschen oder Anziehsachen, solche Hilfen kriegen wir viel." (486)

„Wenn man nach Hilfe fragt, wird einem bei der Subsitutionsambulanz geholfen." (270)

Personaler Nutzen: Ein besonders wichtiger nutzenfördernder Faktor ist auch in Essen der Respekt, der den Befragten entgegengebracht wird – der personale Nutzen. Das beginnt dabei, dass man von den Mitarbeiter:innen als Person gekannt und anerkannt ist, dass sich der Kontakt insgesamt durch Wertschätzung und Höflichkeit auszeichnet und sich die Mitarbeiter:innen schließlich für die Anliegen der Befragten einsetzen.

„Man ist gut aufgehoben bei Drogenberatung und Streetwork." (324)

„Keine negativen Erfahrungen, man wird ernst genommen und trifft insgesamt auf engagierte Mitarbeiter." (561)

Nutzenlimitierende infrastrukturelle Aspekte: Die nutzenlimitierenden Faktoren stellen die Kehrseite dar und werden z. B. in den neun Rückmeldungen zum lokalen Unterstützungssystem deutlich, in denen von grundsätzlich schlechten Erfahrungen berichtet wird. Auf der Ebene der Infrastruktur beginnt das mit dem generellen Fehlen von Angeboten bzw. von spezifischen Angeboten, z. B. kurzfristigen Therapieplätzen. Ebenso wirken sich unpassende bzw. unflexible Rahmenbedingungen nutzenlimitierend aus, wie z. B. unzureichende Öffnungszeiten, Regeln wie das Verbot des Mitführens von Haus-tieren oder fehlende Barrierefreiheiten.

„Es gibt hier zu wenig Angebote und die, die es gibt, sind nicht barrierefrei. […] Der Drogenkonsumraum und das Café sind zu weit weg, ich komme da nicht hin." (565)

Zudem wird von bürokratischen Hürden innerhalb des Hilfsangebote berichtet. Dabei geht es um einen (zu) hohen bürokratischen Aufwand oder darum, dass bspw. Briefe, wichtige Dokumente oder Unterlagen nicht ankommen bzw. verloren gehen. Auch berichten Befragte, dass sie Einrichtungen nicht in Anspruch nehmen, weil sie Kontakte zur Szene vermeiden wollten.

„90 % gut. Ist nicht schnell genug. Viele Anträge, die Verantwortung wird immer verschoben, zu viele Vermittlungen." (474)

„Bürokratie braucht zu lange." (471)

Nutzenlimitierende personale Aspekte: Auf der personalen Ebene wirkt es sich nutzenlimitierend aus, wenn sich Mitarbeiter:innen respektlos verhalten oder sich nicht ausreichend für die eigenen Anliegen einsetzen. Berichtet wird etwa von nichtwertschätzendem, diskriminierendem und paternalistischem Verhalten. Ähnlich wie in Düsseldorf zeigt sich auch in Essen, dass sich das Fehlen von festen Ansprechpersonen oder der Wechsel von Bezugspersonen nutzenlimitierend auswirken kann, weil dann Vertrauen und Wissen über die Lebenslage immer wieder neu aufgebaut werden müssen.

„Vorurteile gegenüber Konsumenten im System, z. B. Krankenhäuser." (411)

„Zu viel Wechsel der Sozialarbeiter. Man wird oft angeschrieben und abwertend behandelt. Bei Verweigerung von Tabletten oder anderen Kleinigkeiten gibt es direkten Rausschmiss." (465)

„Es fehlen richtige Ansprechpartner, man wird immer von A nach B geschickt." (544)

„Viele Mitarbeiter kündigen, die sind überfordert, dann werden Briefe oder Informationen nicht weitergegeben. Es gibt zu wenig Angebote, zu viele Menschen sind bedürftig. Es braucht gute Vermittlungs- und Unterstützungsangebote in Haft. Man kommt raus und sitzt mit Suchtdruck, ohne Krankenversicherung oder Wohnung auf der Straße.“ (461)

Nutzenlimitierende gesellschaftliche Aspekte: Auch in Essen geben Befragte Hinweise auf überregionale nutzenlimitierende Faktoren. Mehrere benennen den Ausschluss auf dem Wohnungsmarkt, auch finden sich Aussagen dazu, dass sich Hilfen generell nicht an den Lebenslagen der Menschen orientierten. Schließlich weisen mehrere Befragte darauf hin, dass Abhängigkeitserkrankte in der Gesellschaft generell abgewertet sind und dass Unterstützungsangebote in der Folge auch aus Scham nicht in Anspruch genommen würden.

„Wenn ich eine Wohnung hätte, dann läuft alles. Es wird viel gemacht, man kann sich helfen lassen. Alleine so ist das nicht möglich. Wie soll man arbeiten ohne Wohnung? Man ist immer auf andere angewiesen. Man kann sich nichts Schönes kaufen oder allgemein sich etwas anschaffen.“ (482)

„Werden abgestempelt, die sagen, wir kommen nicht von allein oder wir haben nur Drogen im Kopf.“ (481)

„Negativ ist [… eine] zweitklassige Behandlung bei Behörden von Süchtigen.“ (559)

5.3 KÖLN

5.3.1 Einführung

Köln ist die größte Stadt in NRW und zählte zum 31. Dezember 2023 insgesamt 1.095.520 Einwohner:innen (Stadt Köln 2024: 2). In Köln haben sich einige Einrichtungen der niedrigschwelligen Sucht- und Wohnungslosenhilfe um die offene Szene aufgebaut. Aktuell gibt es in Köln zwei Drogenkonsumräume. Der Konsumraum am Kölner Neumarkt ist an das Gesundheitsamt angebunden. Er bietet insgesamt zwölf Konsumplätze, jeweils sechs für den intravenösen und sechs für den inhalativen Konsum. Mit einer wöchentlichen Öffnungszeit von 61,5 Stunden war der Raum werktags zwischen 7,5 und zwölf Stunden zugänglich, blieb jedoch an Sonn- und Feiertagen geschlossen. Nach der Befragung wurden die Öffnungszeiten des Drogenkonsumraums deutlich ausgeweitet, insbesondere in den Abendstunden. An Werktagen ist er zu Beginn des Jahres 2025 in der Regel von 8:00 bis 23:00 Uhr geöffnet, damit hat sich die wöchentliche Gesamtöffnungszeit auf 80,5 Stunden erhöht, Im Jahr 2023 nutzten im Monat durchschnittlich 1.068 Personen dieses Angebot, wobei 3.017 Konsumvorgänge gezählt wurden (Suchtkooperation NRW 2024: 48). An den Konsumraum des Gesundheitsamtes ist ein sehr kleiner Kontaktladen angeschlossen. Die Nutzer:innen haben dort die Möglichkeit, sich mit Getränken und Essen zu versorgen sowie den mobilen medizinischen Dienst in Anspruch zu nehmen. Auf der gegenüberliegenden Straßenseite des Drogenkonsumraums befindet sich eine Substitutionsambulanz als gemeinsame Einrichtung vom Gesundheitsamt der Stadt und der Drogenhilfe Köln. Neben der Behandlung mit den gängigen Substituten wie Methadon und Buprenorphin besteht dort auch die Möglichkeit einer diamorphin-gestützten Therapie. Insgesamt stehen in der Ambulanz 280 Behandlungsplätze zur Verfügung. Ein weiterer Konsumraum am Kölner Hauptbahnhof ist in das Kontakt-Café des Sozialdienst Katholischer Männer (SKM) integriert. Mit einer wöchentlichen Betriebszeit von 50,25 Stunden, verteilt auf tägliche Intervalle zwischen 4,5 und 8,25 Stunden, wird dieser Raum monatlich von etwa 34 Personen für den intravenösen Konsum genutzt, wobei insgesamt rund 880 Konsumvorgänge registriert wurden (Suchtkooperation NRW 2024: 46). Im Jahr 2024 wurde der Konsumraum erweitert und verfügt nun über sechs Konsumplätze, die flexibel sowohl für den intravenösen als auch inhalativen Konsum genutzt werden können. Ein dritter Drogenkonsumraum im Stadtteil Köln Kalk befindet sich im Aufbau, hatte aber zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht geöffnet.

Neben dem Kontaktladen am Bahnhofsvorplatz betreibt der SKM zwei weitere Kontaktläden in Ehrenfeld und Kalk, daneben bestehen das Kontakt- und Gesundheitszentrum Café Victoria der Drogenhilfe Köln sowie zwei Anlaufstellen von Vision e. V. in Kalk und Meschenich und das Café Mäc-Up vom SKF für Mädchen und Frauen als spezifische Kontaktstellen für Abhängigkeitserkrankte. Das Aufsuchende Suchtclearing (ASC) ist eine Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt und den drei Suchthilfeträgern SKM Köln, Drogenhilfe Köln und Vision. Die Mitarbeitenden sind im Rahmen der aufsuchenden Sozialarbeit in der offenen Drogenszene unterwegs. Das ASC übernimmt für drogenabhängige Menschen hauptsächlich eine Vermittlungsfunktion. Der Mobile Medizinische Dienst des Gesundheitsamtes hält Sprechstunden in sozialen Einrichtungen der Wohnungs-, Sucht- und Jugendhilfe ab. Ein Versicherungsnachweis ist hierfür nicht erforderlich, so dass auch Menschen medizinische Unterstützung erhalten, die vom regulären Gesundheitssystem nicht erfasst werden.

Die offene Drogenszene erstreckt sich in Köln hauptsächlich ausgehend vom Neumarkt in die naheliegenden Straßen und U-Bahnstationen (Appelhofplatz und Friesenplatz). Vergleichsweise kleinere Szeneorte sind am Hauptbahnhof, Ebertplatz, Wiener Platz in Köln Mülheim und in Köln Kalk vorzufinden. Die offene Szene in der Kölner Innenstadt um den Neumarkt herum ist die präsenteste und größte offene Drogenszene in Köln. Der jüngste Anstieg des Crack-Konsums führt

zu einer Verschärfung der Konflikte im öffentlichen Raum. Diese Entwicklung wird besonders in der lokalen Medienberichterstattung aufgegriffen.

Die Befragung in Köln fand zwischen dem 09.10.2024 und dem 28.11.2024 statt. Insgesamt wurden 120 Personen befragt, davon 10,8 % in Einrichtungen und 89,2 % im öffentlichen Raum. Die Befragungen innerhalb der Einrichtung wurden in einem Vorraum des Konsumraums des Gesundheitsamtes durchgeführt. Die Befragungen im öffentlichen Raum wurden durch das Team des Aufsuchenden Suchtclearings des Gesundheitsamtes begleitet und meistens durch eine, gelegentlich zwei Personen aus dem Forschungsteam durchgeführt. Die meisten Personen wurden direkt am Neumarkt erreicht (n = 47), ebenfalls befragt wurde im Josef-Haubrich-Hof, im Cecilienhof, an der Mauritiuskirche sowie an den U-Bahn-Stationen Apellhofplatz, Friesenplatz und Rudolfplatz. Die Befragung konzentrierte sich damit auf die offene Drogenszene rund um den Neumarkt. Aussagen zu den anderen Drogenszenen rund um den Hauptbahnhof, Ebertplatz, in Kalk oder in Mühlheim können damit nicht getroffen werden.

5.3.2 Soziodemografie und Aspekte der Lebenslage

Alter & Geschlecht: In Köln liegt das Durchschnittsalter der Befragten bei 40,5 Jahren. Die Altersgruppe reicht von der jüngsten befragten Person mit 17 Jahren bis zur ältesten mit 64 Jahren. Von den insgesamt 120 Befragten gaben 75,8 % eine männliche, 23,3 % eine weibliche und 0,8 % eine diverse Geschlechtsidentität an (alle hier und im Folgenden getroffenen Angaben: siehe *Tabelle 18*).

Meldeort: Von den befragten Personen geben 82,9 % an, in Köln gemeldet zu sein. Insgesamt sind 20 Personen nicht in Köln gemeldet, sechs von ihnen führen an, nirgends gemeldet zu sein, von den 14 anderen geben fast alle (12 Personen) an, dass die Stadt ihren Lebensmittelpunkt darstellt. Diese Personen leben zwischen einem Monat und 35 Jahren vorwiegend in Köln, im Mittelwert leben sie seit etwas über anderthalb Jahren in der Stadt.

Nationalität & Aufenthalt: 72,5 % der befragten Personen besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft, 27,5 % eine andere Staatsangehörigkeit. Damit zeigt sich der Anteil der Ausländer:innen im Sample nur leicht über dem Anteil der Ausländer:innen in der Stadtbevölkerung, die Ende 2023 bei 20,9 % lag (Stadt Köln 2024: 2). Der Anteil der EU-Bürger:innen unter den ausländischen Befragten befindet sich bei einem guten Viertel (27,3 %), die der Drittstaatsangehörigen bei knapp drei Vierteln (72,7 %). Unter den ausländischen Befragten sind am häufigsten Menschen mit türkischer (7 Personen), afghanischer und iranischer (je 5 Personen) und polnischer (4 Personen) Nationalität anzutreffen. Von den befragten Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit verfügen über drei Viertel (78,9 %) über einen gesicherten Aufenthaltsstatus (14 mit unbefristeter und 12 mit befristeter Aufenthaltserlaubnis). Nur 21,1 % geben einen unsicheren Aufenthaltsstatus an (5 Personen mit Duldung und 1 Person ohne Papiere). 10,0 % der Befragten berichten davon, Fluchterfahrung zu haben, darunter eine Person mit deutscher Nationalität. Im Vergleich mit den anderen Städten weist Köln einen geringeren Anteil an EU-Bürger:innen sowohl mit Blick auf alle Befragten als auch unter den ausländischen Befragten auf und vergleichsweise viele Menschen mit gesichertem Aufenthaltsstatus.

Wohnsituation: 26,9 % der befragten Personen in Köln geben an, in der letzten Woche überwiegend in der eigenen Wohnung geschlafen zu haben, 63,9 % sind wohnungslos. Dazu zählen die 8,4 %, die zu den verdeckten Wohnungslosen zählen und bei Bekannten oder Partner:innen schlafen, sowie die 12,6 %, die dauerhaft in Wohneinrichtungen leben. Auch dazu gehört die Gruppe der obdachlosen Personen, zu denen die 8,4 % rechnen, die überwiegend in Notunterkünften übernachtet haben, sowie die 34,5 %, die überwiegend im öffentlichen Raum geschlafen haben. Köln weist mit weitem Abstand die größte Gruppe straßenobdachloser Menschen unter den Befragten auf, in Düsseldorf und Essen liegt der Anteil mit 22,1 % und 22,7 % deutlich darunter. Unter denjenigen, die einen anderen Schlafplatz angeben (9,2 %), führen mehrere Personen an, in Krankenhäusern (im Rahmen einer Behandlung oder Entgiftung) oder verlassenen Gebäuden geschlafen zu haben. Der Anteil der Obdach- und Wohnungslosen liegt also wahrscheinlich noch höher. Der hohe Anteil an wohnungslosen Menschen insgesamt und an straßenobdachlosen Menschen im Besonderen weist auf zwei Aspekte hin: den Ausschluss von Personen aus der offenen Drogenszene aus dem regulären Wohnungsmarkt in Köln einerseits und andererseits ein Wohnungslosenhilfesystem, das diesen Ausschluss nicht ausreichend auffangen kann. Wohnungslosigkeit verfestigt sich so immer weiter, worauf auch die lange Durchschnittsdauer der Wohnungslosigkeit hinweist: Im Schnitt sind die Befragten in Köln bereits seit über dreieinhalb Jahren wohnungslos.

Einkommen: 80,8 % der befragten Personen beziehen Bürgergeld oder Grundsicherungsleistungen, 7,5 % geben sonstige Einkünfte an und zählen dazu z. B. Pflegegeld, Krankengeld, Kindergeld oder Einnahmen aus einem Minijob. Zudem bezieht jeweils eine Person

Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, Arbeitslosengeld I oder Einkommen aus einer regulären Erwerbstätigkeit. 15,0 % der Befragten verfügen über keinerlei reguläre Einkünfte und sind vollständig auf informelle Einkommensquellen angewiesen. Nur in dieser Untergruppe sammeln zwei Drittel Pfandflaschen, begeht rund die Hälfte Diebstähle oder bettelt; rund ein Drittel dealt und ein noch etwas geringerer Anteil erhält Unterstützung durch Familie oder Freund:innen.

Krankenversicherung: 16,8 % der Befragten in Köln (20 Personen) geben an, dass sie nicht krankenversichert sind. Unter den nichtversicherten Personen befinden sich acht mit deutscher Staatsangehörigkeit, vier mit EU-Staatsangehörigkeit; unter den übrigen acht Personen verfügen vier über einen befristeten und eine Person über einen unbefristeten Aufenthaltstitel. Im Städtevergleich ist der Anteil der nichtversicherten Personen in Köln ähnlich hoch wie im Gesamtsample.

Aufenthalt Drogenszene: Auch in Köln stellt die offene Drogenszene für einen Großteil der Befragten den Lebensmittelpunkt dar. Zum Zeitpunkt der Befragung gehören die Personen bereits seit durchschnittlich 13,8 Jahren der offenen Szene an und verbringen dort einen großen Teil ihrer Zeit. Im Mittelwert geben die Befragten an, 6,2 von sieben Tagen der Woche in der Szene zu sein und jeweils 10,6 Stunden dort zu verbringen.

Hafterfahrung: Wie in den anderen Städten hat auch unter den Kölner Befragten ein großer Anteil Hafterfahrung; 80,5 % geben an, mindestens einmal im Leben inhaftiert gewesen zu sein. Der Mittelwert der Inhaftierungen liegt bei 3,9 und die durchschnittliche Gesamtdauer der Inhaftierungen bei 5,7 Jahren. In diesem Punkt unterscheiden sich die erhobenen Werte in Köln nicht von denen anderer Städte.

Kontrollerfahrung: 58,0 %, und somit mehr als die Hälfte der Befragten, sind im Monat vor der Befragung mindestens einmal von der Polizei oder dem Ordnungsamt kontrolliert worden, im Mittel wird von 5,2 Kontrollen berichtet. Alle Städte berichten von ähnlich hohen Werten, es ist davon auszugehen, dass sich ordnungspolitische Maßnahmen auf Personen der offenen Drogenszene konzentrieren.

Tabelle 18: Soziodemografische Angaben und Angaben zur Lebenslage Köln

(Die Zahl der antwortenden Personen unterscheidet sich je nach Frage; Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte, bei Einkünften Mehrfachantworten möglich)

	n	**M (SD)**
Alter	120	40,5 (11,0)
	n	%
Geschlecht	120	
Männlich	91	75,8
Weiblich	28	23,3
Divers	1	0,8
	n	**%**
Meldeort & Lebensmittelpunkt	117	
Köln	97	82,9
Ein anderer Ort	14	12,0
Nicht gemeldet	6	5,1
Lebensmittelpunkt Köln, wenn nicht Meldeort	12	10,3
	n	**M (SD)**
Dauer Lebensmittelpunkt Köln in Jahren	12	1,6 (1,9)
Nationalität & Aufenthalt	120	
Deutsch	87	72,5
Andere	33	27,5
EU-Bürger:innen	9	7,7
Drittstaaten	24	20,0
Staatenlos	/	/
Unbefristeter Aufenthalt	14	11,7
Befristeter Aufenthalt	12	10,0
Duldung	5	4,2
Keine Papiere	1	0,8
Sonstiger Aufenthalt	/	/
Fluchterfahrung	13	10,8
Wohnsituation	119	
Eigene Wohnung	32	26,9
Bei Freund:innen/Partner:in	10	8,4
Wohnheim	15	12,6
Notschlafstelle	15	8,4
Draußen	41	34,5
Anderer Ort (z. B. JVA, Entgiftung, Eltern)	11	9,2
	n	**M (SD)**
Durchschnittliche Dauer Wohnungslosigkeit in Jahren	78	3,6 (5,1)

	n	%
Reguläre Einkommen	120	
Erwerbsarbeit (Voll- oder Teilzeit)	1	0,8
Arbeitslosengeld I	1	0,8
Bürgergeld/Grundsicherung	97	80,8
Asylbewerberleistungsgesetz	1	0,8
Sonstige Einkünfte	9	7,5
Keine regulären Einkünfte	18	15,0
Informelle Einkommen	120	
Sexarbeit	8	6,7
Verkauf Straßenzeitung	9	7,5
Betteln	43	35,8
Pfandflaschen sammeln	60	50,0
Unterstützung Familie/Freund:innen	40	33,3
Dealen	33	27,5
Diebstahl	31	25,8
Andere Einkünfte	8	6,7
Krankenversicherung	99	83,2
Aufenthalt Drogenszene		
Aufenthaltsdauer in Jahren	118	13,8 (12,0)
Aufenthaltsdauer in Tagen in der Woche	119	6,2 (1,6)
Aufenthaltsdauer in Stunden am Tag	116	10,6 (7,9)
Anzahl wichtiger Cleankontakte im sozialen Umfeld	116	3,7 (5,5)
Hafterfahrung		
Jemals inhaftiert	95	80,5
	n	**M (SD)**
Anzahl Inhaftierungen	85	3,9 (3,1)
Dauer Inhaftierungen in Jahren	95	5,7 (5,9)
Kontrollerfahrung	**n**	**%**
Kontrollerfahrung im letzten Monat	69	58,0
	n	**M (SD)**
Anzahl der Kontrollen im letzten Monat	69	5,2 (7,9)

5.3.3 Substanzkonsum und Gesundheit

Substanzen & Konsumformen: In Köln ist Crack die mit Abstand am häufigsten konsumierte Substanz – sowohl mit Blick auf die 24-Stunden-Prävalenz mit 54,2 % als auch auf die 30-Tage-Prävalenz mit 71,7 %. In der 24-Stunden-Prävalenz liegen die Anteile des Crack-Konsums in Köln hinter denen von Düsseldorf und etwas vor Essen und Münster, in der 30-Tage-Prävalenz fällt auch der Anteil der Crack-Konsumierenden in Münster noch höher aus. In der Szenestudie am Kölner Neumarkt aus dem Jahr 2023 lag der Anteil der 24-Stunden-Prävalenz für Crack noch bei 21 % (Deimel/Walter 2023). Der Anteil der Crack-Konsumierenden hat sich also zwischen Sommer 2023 und Herbst 2024 mehr als verdoppelt. Auch der recht hohe Anteil von 71,1 % der Crack-Konsumierenden, die in 2024 angeben, meistens oder immer fertige Crack-Steine bei Dealern zu kaufen, bietet einen Hinweis auf die hohe Verfügbarkeit von Crack (alle hier und im Folgenden getätigten Angaben: siehe *Tabelle 19* und *Tabelle 20*).

Auch wenn Heroin nicht mehr die am häufigsten konsumierte Substanz der offenen Drogenszene darstellt, spielt es doch noch eine bedeutende Rolle. 50,8 % der Befragten haben in den vergangenen 24 Stunden Heroin konsumiert (30,0 % inhalativ und 25,0 % intravenös). In der 30-Tage-Prävalenz liegen die Anteile jeweils noch einmal rund zehn Prozentpunkte höher. Insbesondere mit Blick auf den intravenösen Konsum ist das mit Abstand der höchste Wert im Vergleich der vier Städte; er liegt sowohl in der 24-Stunden- als auch in der 30-Tage-Prävalenz mehr als doppelt so hoch als in der Stadt mit den zweithäufigsten Werten Düsseldorf für intravenösen Heroinkonsum (dort liegt er bei 10,3 % in der 24-Stunden- und bei 12,7 % in der 30-Tage-Prävalenz).

Im Vergleich zu allen anderen Städten weisen die befragten Personen in Köln außerdem eine deutlich höhere Pregabalin-(Lyrica-)24-Stunden-Prävalenz (29,2 %) und -30-Tage-Prävanlenz (40,8 %) auf. 10,0 % der befragten Personen geben an, innerhalb der letzten 30 Tage ein Fentanyl-Pflaster aufgekocht zu haben, 3,3 % innerhalb der letzten 24 Stunden. Im Vergleich zu den anderen Städten sind dies die höchsten Werte.

Alle anderen Prävalenzen zeigen sich in ähnlicher Weise in den anderen Städten und können der *Tabelle 19* entnommen werden. Unter den sonstigen konsumierten Substanzen werden Spice, Rivotril, Oxycodon, Ecstasy, Tilidin und Barbiturat in nicht auffällig häufigen Nennungen erwähnt.

Konsumorte: Bezogen auf die Konsumorte weist die Kölner Stichprobe einen besonders hohen Anteil an Personen auf, die Drogenkonsumräume nutzen. Mit 47,5 % konsumiert fast die Hälfte ihre Drogen in diesem vergleichsweise sicheren Umfeld. Das sind 17,8 Prozentpunkte mehr als in Münster, wo die zweitmeisten Menschen den Drogenkonsumraum nutzen, und 28,4 Prozentpunkte mehr als in Essen, wo der Drogenkonsumraum am wenigsten genutzt wird (siehe *Tabelle 38* im Anhang). Gleichzeitig konsumieren 68,3 % ihre Drogen auch draußen. Lediglich 29,2 % nutzen private Räume als Konsumort, was im Städtevergleich den geringsten Anteil darstellt. 28,3 % nutzen öffentliche Gebäude. Die Anteile verweisen auf den in Köln angespannten Wohnungsmarkt und vergleichsweise gut angenommene Angebote in den Drogenkonsumräumen, die auch besonders szenenah liegen.

Drogennotfälle: In Köln geben 51,7 % der Befragten an, bereits mindestens einmal eine Überdosis erlebt zu haben. Durchschnittlich erlebten die Befragten fast sechsmal einen Drogennotfall. Der überwiegende Teil erlitt die lebensbedrohliche Situation draußen (68,3 %), jeweils rund 30 % in privaten oder öffentlichen Gebäuden. Knapp die Hälfte (47,5 %) der betroffenen Personen erlebte mindestens eine Überdosierung im geschützten Kontext eines Drogenkonsumraumes. Dieser Anteil fällt im Vergleich zu den anderen Städten deutlich höher aus, ein Wert, der eventuell auch mit den hohen Nutzungszahlen der DKR in Köln zusammenhängt (alle hier und im Folgenden vorgenommenen Angaben: siehe *Tabelle 21*).

HIV & Hepatitis C: Insgesamt geben 90,8 % der Befragten an, schon einmal auf HIV getestet worden zu sein, 58,0 % in den letzten zwölf Monaten. 8,4 % führen an, noch nie einen HIV-Test gemacht zu haben – im Städtevergleich ein eher niedriger Wert. Bei 10,2 % der getesteten Personen ist der Test positiv ausgefallen, weitere 1,8 % kennen das Ergebnis nicht. Im Städtevergleich weist Köln mit deutlichem Abstand den höchsten Anteil HIV-positiv getesteter Personen aus. Zwei der HIV-positiv getesteten Personen sind nicht krankenversichert. Eine der beiden ist sich unsicher, ob sie zurzeit eine antiretrovirale Medikation aufgrund der Infektion erhält, die andere gibt an, zurzeit eine Medikationspause einzulegen. Diese beiden Fälle sind ein deutlicher Hinweis darauf, wie wichtig ein Zugang zu medizinischer Versorgung auch für nichtversicherte Personen ist.

93,3 % der Befragten geben an, schon einmal einen Test auf Hepatitis C gemacht zu haben, 61,9 % im Laufe des letzten Jahres. 4,2 % haben sich noch nie auf Hepatitis C testen lassen und weitere 2,5 % sind sich nicht sicher, ob sie sich bereits haben testen lassen. 44,5 % der getesteten Personen erhielten ein positives Ergebnis. Die Testraten und Resultate sind bei Hepatitis C mit den Ergebnissen in den anderen Städten vergleichbar.

Tabelle 19: Substanzkonsum Köln

(Mehrfachnennungen möglich)

	24-Stunden-Prävalenz		30-Tage-Prävalenz	
	n	%	n	%
Kokain	82	68,3	96	83,4
Inhalativ (Crack)	65	54,2	86	71,7
Intravenös	33	27,5	43	35,8
Heroin	61	50,8	72	62,1
Inhalativ	36	30,0	47	39,2
Intravenös	30	25,0	43	35,8
Alkohol	61	50,8	75	62,5
Cannabis	42	35,0	63	52,5
Benzodiazepine	27	22,5	44	36,7
Pregabalin	35	29,2	49	40,8
Amphetamine	12	10,0	20	16,7
Methamphetamin	3	2,5	6	5,0
Fentanyl-Pflaster (aufgekocht/geraucht)	4	3,3	12	10,0
Nicht verschriebenes Methadon u. Ä.	9	7,5	15	12,5
Weitere Substanzen	6	5,0	13	10,8
	n	M (SD)	n	M (SD)
Durchschnittliche Anzahl der konsumierten Substanzen 30 Tage	120	3,0 (1,7)	120	4,2 (2,2)

Tabelle 20: Bezug der Crack-Steine Köln

(Anteile unter den Crack-Konsumierenden; Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte)

	nie		selten		meistens		immer	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vom Dealer / Drogenszene	7	9,2	15	19,7	16	21,1	38	50,0
Ich bereite die Steine selber zu	24	31,6	23	30,3	18	23,7	11	14,5
Ich verkaufe selber Crack-Steine	47	62,7	11	14,7	13	17,3	4	5,3

Tabelle 21: Gesundheitliche Situation Köln

(Bei Orten Mehrfachnennungen möglich; sonst Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte)

	n	%
Überdosierungen		
Jemals eine drogenbedingte Überdosierung erlebt	61	51,7
	n	**M (SD)**
Durchschnittliche Anzahl bisheriger Überdosierungen	58	5,7 (8,9)
	n	%
Orte der Überdosierungen		
Privater Raum	28	45,9
Öffentlicher Raum	36	59,0
Drogenkonsumraum	14	11,7
Anderer Ort	10	16,4
HIV-Test		
Ja, in den letzten 12 Monaten	69	58,0
Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten	39	32,8
Nein	10	8,4
Ich weiß nicht	1	0,8
HIV-Testergebnis		
Negativ	95	88,0
Positiv	11	10,2
Unbekannt	2	1,9
Hepatitis-C-Test		
Ja, in den letzten 12 Monaten	73	61,9
Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten	37	31,4
Nein	5	4,2
Ich weiß nicht	3	2,5
Hepatitis-C-Testergebnis		
Negativ	59	53,6
Positiv	49	44,5
Unbekannt	2	1,8
Opioidgestützte Substitutionstherapie	65	54,6
Krankenversicherung	99	83,2

Substitution: Von den befragten Personen befinden sich 54,6 % in einer opioidgestützten Substitutionstherapie. Das liegt unter den Anteilen in Münster (65,5 %) und Düsseldorf (59,3 %), aber über dem Anteil in Essen (52,7 %). Der Anteil der Nicht-Versicherten unter den Nicht-Substituierten zeigt sich bei 35,2 %. Der nicht vorhandene Krankenversichertenschutz dürfte eine zentrale Barriere darstellen: Im gesamten Kölner Sample liegt der Anteil der Nicht-Versicherten bei 16,8 %, unter den Nicht-Substituierten ist er mehr als doppelt so hoch.

5.3.4 Zugänge und Nutzung von Angeboten

Zugänge zu und Nutzung von Angeboten

Auch in Köln wird ein Großteil der Befragten durch bestehende Hilfsangebote erreicht und auch hier zeigen sich Unterschiede im Zugang zu und in der Nutzung von verschiedenen Angeboten. Prioritär genutzt werden gleichfalls in Köln Angebote der Überlebenssicherung: 63,9 % der Befragten nutzen Angebote der Essensvergabe, 21,0 % täglich. 43,7 % der Befragten werden mindestens einmal im Monat durch Streetwork erreicht. Der Anteil liegt 20 Prozentpunkte unter dem Anteil in Düsseldorf, aber deutlich über den Quoten in Essen und Münster. Erklären lässt sich dieser hohe Anteil durch das im Rahmen des Aufsuchenden Suchtcleanings deutlich ausgebaute Streetwork-Angebot, das sich direkt an Personen in der offenen Szene richtet (alle hier und im Folgenden gemachten Angaben: siehe *Tabelle 22* und *Tabelle 42* im Anhang).

Im Städtevergleich geben die Befragten außerdem ausgesprochen häufig die Nutzung von Drogenkonsumräumen an: 61,3 % nutzen sie mindestens einmal im Monat, 31,9 % sogar täglich. Der Anteil derjenigen, die einen DKR mindestens einmal im Monat nutzen, liegt noch einmal rund 20 Prozentpunkte höher als in der Stadt mit der nächsthöheren Quote Münster (41,1 %). Dass ein so hoher Anteil der in Köln Befragten die vorhandenen Drogenkonsumräume nutzt, lässt sich zum einen durch die Bereitstellung von Konsumplätzen in den beiden Drogenkonsumräumen erklären. Zum anderen dürfte die zentrale Lage dazu beitragen: Der DKR am Neumarkt liegt unmittelbar neben den Szeneplätzen und ist deswegen sehr leicht zu erreichen. Entsprechend viele Menschen in der Befragung nutzen ihn. Auch ist der kleine Kontaktladen direkt am Drogenkonsumraum angeschlossen. Schließlich dürfte sich die Durchführung der Erhebung auswirken: Stärker als Düsseldorf und Essen wurde die Erhebung in Köln rund um den DKR am Neumarkt durchgeführt.

Die häufige Nutzung des DKR und das Erreichen durch die Streetwork schlagen sich auch in der Inanspruchnahme von sterilen Konsumutensilien nieder: 58,0 % geben an, mindestens einmal im Monat sterile Konsumutensilien zu erhalten. Diese Quote liegt noch einmal deutlich über dem Anteil in der nächsthöheren Stadt (Düsseldorf mit 31,9 %). Ebenfalls hervorzuheben ist, dass ein vergleichsweise hoher Anteil von Befragten medizinische Angebote (außerhalb der regulären medizinischen Versorgung) in Anspruch nimmt. 32,8 % der Befragten führen an, solch ein Angebot mindestens einmal im Monat zu nutzen. Die Integration des Konsumraums in das Gesundheitsamt, in dem auch weitere medizinische Dienste genutzt werden können, und der ärztlich-medizinische Dienst, der in den verschiedenen niedrigschwelligen Angeboten zugegen ist, dürften diese hohe Quote mit beeinflussen. Insgesamt tragen die bestehenden Angebote Konsumraum, Streetwork und medizinische Versorgung damit deutlich zur Schadensreduzierung bei.

Der im Städtevergleich mit 56,8 % eher geringe Anteil von Menschen, die zumindest einmal im Monat einen Kontaktladen nutzen (11,9 % geben eine tägliche Nutzung an), überrascht mit Blick auf die Angebotsstruktur nicht: Der Vorraum des Drogenkonsumraums am Neumarkt stellt kaum ein Kontaktcafé im engeren Sine dar, da die Fläche zum Verweilen dort sehr gering ausfällt. Dessen ungeachtet wird er von einem Großteil der Befragten so genutzt, was die Relevanz eines solchen Angebotes noch einmal deutlich macht.

Unterstützungsbedarfe

Der Unterstützungsbedarf, der von den meisten Befragten genannt wird, ist der Zugang zu Wohnraum. Köln erreicht mit 46,7 % hier den Spitzenwert (alle hier und im Folgenden gemachten Angaben: siehe *Tabelle 22*) – keine Überraschung, liegt doch der Anteil der Wohnungslosen mit 63,9 % sehr hoch und ist der Anteil der Menschen, die im öffentlichen Raum übernachten müssen, mit 34,5 % mit Abstand der höchste unter den vier Städten. 33,3 % der Befragten geben an, Unterstützung beim Thema Finanzen und Schulden zu benötigen, 27,5 % beim Thema Gesundheit, 24,2 % nennen Unterstützung bei Behördenangelegenheiten, 21,7 % beim Thema Arbeit. 20,0 % führen die Vermittlung in eine Entzugsbehandlung, 15,0 % die Vermittlung in eine Suchttherapie und 10,8 % die Vermittlung in die opioidgestützte Substitutionstherapie als Bedarf an.

Tabelle 22: Zugang zum Hilfesystem und Unterstützungsbedarfe Köln

(Mehrfachantworten möglich)

Nutzung von Hilfsangeboten im letzten Monat	n	%
Arbeitsprojekte	3	2,5
Beratungsgespräche	53	44,5
Drogenkonsumraum	73	61,3
Essensausgabe	76	63,9
Kontaktladen	67	56,8
Medizinische Behandlung	39	32,8
Rechtsberatung	3	2,5
Spritzentausch/Vergabe von Konsumutensilien	69	58,0
Streetwork	52	43,7
Unterkunft/Notschlafstelle	33	28,0
Unterstützungsbedarfe		
Arbeit	26	21,7
Aufenthaltsfragen	6	5,0
Behördenangelegenheiten	29	24,2
Familie/Partnerschaft/soziale Beziehungen	10	8,3
Finanzen/Schulden	40	33,3
Gesundheitliche Probleme	33	27,5
Polizei/Gericht/Staatsanwaltschaft	7	5,8
Ruhe- und Schlafraum am Tag	11	9,2
Vermittlung in Entgiftung	24	20,0
Vermittlung in Substitutionstherapie	13	10,8
Vermittlung in Suchttherapie	18	15,0
Wohnen	56	46,7
Bei etwas anderem	5	4,2

Aspekte, die Zugang und Nutzen strukturieren

Durch die offenen Antwortkategorien lassen sich ergänzende Erkenntnisse über Aspekte gewinnen, die den Zugang, Nutzen und Nicht-Nutzen der Angebote für die Befragten strukturieren. In Köln äußern sich 107 Personen (89,2 %) bezüglich ihrer Erfahrungen mit dem lokalen Hilfesystem. Darunter überwiegen Rückmeldungen, die (eher) gute Erfahrungen mit dem Hilfesystem in der Stadt schildern (n = 39). Weitere 34 Rückmeldungen sind ebenfalls potenziell nutzenfördernd.

Infrastruktureller Nutzen: Das Vorhandensein unterstützender Angebote wird von mehreren Befragten als positiv bewertet, also unabhängig davon, ob sie tatsächlich genutzt werden oder nicht. Schon die Option, Angebote in Anspruch zu nehmen, erweist sich als Nutzen für die Befragten. Dabei wird die mögliche Inanspruchnahme durch weitere Faktoren gefördert: Der Nutzen wird z. B. durch gute Öffnungszeiten, barrierefreie Zugänge, Kommunikation in mehreren Sprachen, keinerlei Kosten und ausreichend Kapazitäten gefördert. Die Streetwork spielt für die Zuleitung zu weiterführenden Angeboten eine wichtige Rolle und wird von mehreren Befragten erwähnt.

„Sehr gut finde ich die vielen Essensausgaben und Notschlafstellen. Man muss sich auch selbst kümmern, aber dann gibt es Hilfe." (418)

„Notschlafstellen ist Köln sehr gut aufgestellt. Man wird vermittelt, wenn man nichts bekommt. Die ganz niedrigschwellige Hilfe ist da und auch gut." (159)

„Die Hilfen laufen relativ gut. Die Streetworker sind sehr präsent." (433)

Materieller Nutzen: Auch in Köln ist es zweitens der konkrete materielle Nutzen, welcher sich für die Befragten aus den Angeboten ergibt und für die Befragten eine wichtige Rolle spielt. Prioritär werden Überlebenshilfen genutzt, wie beispielsweise Essensausgaben, Schlafmöglichkeiten oder Kleiderausgaben. Auch die Angebote der Substitutionstherapie werden explizit genannt oder die Möglichkeit, im Konsumraum in Ruhe konsumieren zu können, zählen dazu.

„Tägliche Anlaufstellen für Essen/Klamotten sind gut." (161)

„Konsumraum ist echt toll. Kann in Ruhe konsumieren, man hat ne halbe Stunde Zeit, was auch echt reicht." (150)

Ebenso ist dem Fach- und Orientierungswissen der Mitarbeitenden ein solcher materieller Nutzen zuzuschreiben: Mit den richtigen Erläuterungen durch die Fachkräfte kommen die Befragten in ihren Anliegen weiter.

„Wenn ich das [Name der Einrichtung] wahrgenommen habe, habe ich die Hilfe immer bekommen. Andere googeln, aber die wissen das auf dem Effeff." (151)

Personaler Nutzen: Wie schon in Düsseldorf und Essen zeigt sich auch in Köln der personale Nutzen als weiterer wesentlicher Aspekt. Er wird erkennbar in Aussagen der Befragten zu respektvollem Umgang mit ihnen und dem konkreten Einsatz für ihre Anliegen.

„Was ich gut finde, ist, dass sie viel tun, teilweise mehr, als sie können." (162)

Nutzenlimitierende infrastrukturelle Aspekte: Diesen nutzenfördernden Aspekten stehen nutzenlimitierende spiegelbildlich gegenüber. Sie werden insbesondere erkennbar in den Aussagen, die (eher) negative Einschätzungen zu der lokalen Unterstützungsstruktur vornehmen (n = 9), darüber hinaus werden 31 weitere potenziell limitierende Rückmeldungen gegeben. Als nutzenlimitierende infrastrukturelle Aspekte wird zunächst eine nicht ausreichende Kapazität von Angeboten genannt, z. B. um Unterstützung bei der Wohnungssuche zu erhalten. Aber auch bestimmte Regelungen erweisen sich als nutzenlimitierend sowie unflexible Öffnungszeiten, wie etwa die morgendlichen Schließungen der Notschlafstellen. Zudem wird die mangelnde Bekanntheit bestehender Angebote als Hürde betrachtet, einige Befragte berichten, dass es schwer ist, sich über die verschiedenen Angebote zu informieren.

„Es ist gut, es könnte aber mehr geben. Vor allem am Wochenende und nachts, damit wir den Bürgern nicht auf den Sack gehen." (502)

„Eigentlich ganz gut, aber man muss sich zum Teil seeehr lange durchfragen, wo was ist. Es müsste besser dargestellt werden oder darüber informiert werden, wo es welche Angebote gibt." (344)

Ebenfalls als einschränkend wird das Fehlen spezifischer Angebote wahrgenommen, wie beispielsweise von Ruhemöglichkeiten am Tag oder geschützte Räume für Frauen.

„Mehr Ruhe und Schlafraum am Tag. Man kann nicht mal das Bein hochlegen, wenn man etwas [Krankheit] hat." (159)

„Sehr wenig Frauen in der Szene, fühle mich nicht sicher." (501)

Nutzenlimitierende personale Aspekte: Einige Befragten berichten, dass auch Kontakte mit Mitarbeitenden im Hilfesystem ihren Nutzen negativ beeinflussen. So wird von den Befragten angegeben, dass sie sich durch Mitarbeitende unverstanden, nicht ernstgenommen oder nicht wertgeschätzt fühlen. Außerdem wird Nutzen limitiert, wenn sich Befragte diskriminiert fühlen oder erniedrigenden Herrschaftspraktiken ausgesetzt werden.

> *„Ein paar Mitarbeiter behandeln einen wie Luft." (441)*

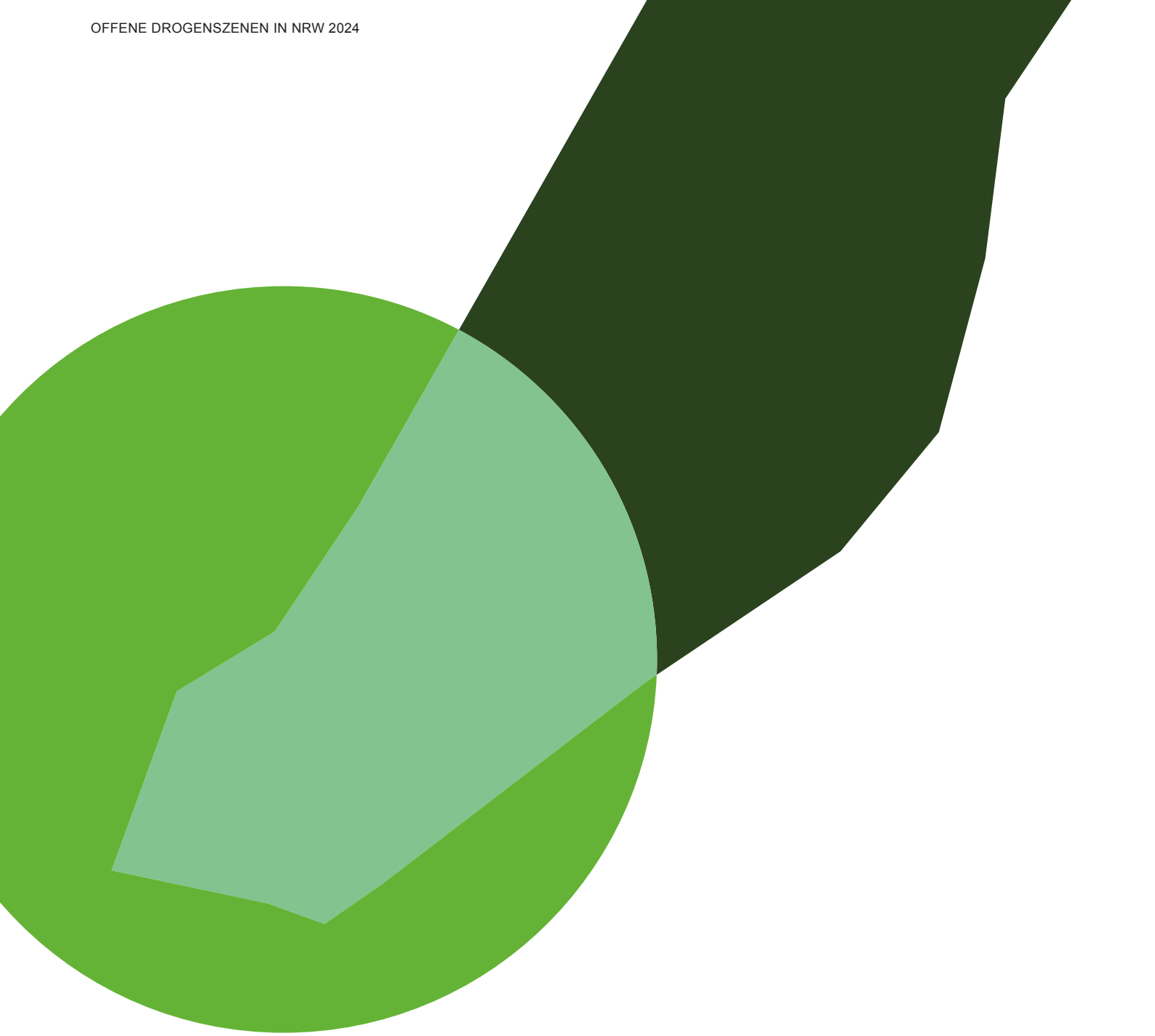
> *„Manchmal [bei Notunterkunft] wird übertrieben mit der Durchsuchung, wie im Knast. Da geht es um ein Machtgefühl." (611)*

Nutzenlimitierende gesellschaftliche Aspekte: Nutzenlimitierende Aspekte übersteigern auch die lokale Angebotsstruktur und verweisen auf größere Zusammenhänge. Im Vordergrund stehen der nicht ausreichend vorhandene Wohnraum und die dadurch erschwerte Wohnungssuche für die betroffenen Befragten.

> *„Sehr negativ. Wohnungstechnisch ist Köln 0, Wohnhotel macht keinen Sinn, das ist eine Katastrophe, menschenunwürdig. Einmal in der Schublade drin, immer drin. Auch aktive Nachfrage beim Jobcenter bringt nichts. Der Wohnungsmarkt läuft nur über Online-Anzeigen, wie soll ich das denn machen?" (452)*

Schließlich weisen mehrere Befragte auch auf den Widerspruch zwischen ordnungsrechtlichen Maßnahmen und der Kriminalisierung von Konsum sowie die schadensreduzierenden Absichten der Unterstützungsangebote hin – einen Widerspruch, aus dem es mit der derzeitigen Gesetzeslage kaum ein Entkommen gibt:

> *„Ich finde, das ist hier der falsche Platz mitten in der Stadt. die sollen mal irgendetwas finden, ein Park, wo wir unsere Ruhe haben. Das ist ganz schlimm hier mit der Polizei. Die Dealer sollen weg, aber es sind ja auch die Konsumenten, die dran glauben müssen." (158)*



5.4 MÜNSTER

5.4.1 Einführung

Die kreisfreie Stadt Münster zählte zum 31. Dezember 2023 insgesamt 322.904 Einwohner:innen (Stadt Münster 2024). Im Unterschied zu den anderen drei untersuchten Städten ist Münster durch eine eher und sehr ländliche Umgebung (nach der Thünen Typologie) geprägt und bildet dadurch einen deutlichen Kontrast zu den drei anderen untersuchten Städten. Münster verfügt über mehrere Angebote für abhängigkeitserkrankte Menschen, die zur Schadensreduzierung und Stabilisierung der Lebenslage beitragen sollen. Dazu gehören unter anderem der Konsumraum des INDRO e. V., ein Streetwork-Angebot der Stadt, das sich vor allem an junge Menschen richtet, die wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind, mehrere Substitutionspraxen und -programme, Drogenberatungseinrichtungen und die Bahnhofsmission. Die Maßnahmen werden durch verschiedene Träger wie der Aidshilfe, Diakonie, dem INDRO e. V., der Caritas, dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), dem SkF und der Drogenhilfe Münster organisiert und umgesetzt.

Ein zentrales Element der niedrigschwelligen Suchthilfe ist der Drogenkonsumraum von INDRO e. V. Er bietet sechs Konsumplätze, davon vier für den intravenösen und zwei für den inhalativen Konsum. Die Einrichtung ist an sechs Tagen in der Woche geöffnet und steht täglich für fünf bis sieben Stunden zur Verfügung, was einer wöchentlichen Gesamtöffnungszeit von 39 Stunden entspricht. An Sonn- und Feiertagen bleibt der Konsumraum geschlossen. Monatlich nutzen etwa 180 unterschiedliche Personen das Angebot (Suchtkooperation NRW 2024: 52). Im Jahr 2023 stieg die Anzahl der registrierten Konsumvorgänge im INDRO im Vergleich zum Vorjahr um 15 % auf insgesamt 21.657 an – ein Höchststand seit der Eröffnung des Konsumraums (Jahresbericht INDRO 2024: 14). Besonders auffällig ist die Zunahme des inhalativen Konsums, der mit 53,4 % aller Konsumvorgänge trotz der geringeren Anzahl an Raucherplätzen überwog (ebd.: 16). Die meistkonsumierten Substanzen im Konsumraum waren im Jahr 2023 Opioide (65,1 %), wobei 75 % davon auf Heroin und 25 % auf andere Opioide entfielen. Kokain machte 24,8 % der Konsumvorgänge aus, hierbei wurde ein zunehmender Anteil (bis zu 45 %) in Form von Crack oder Freebase konsumiert. Im Gebäude über dem Konsumraum befindet sich der zu INDRO gehörige Kontaktladen mit verschiedenen Angeboten der Überlebenshilfe (Getränke, Essen, Kleiderkammer etc.). INDRO liegt in unmittelbarer Nähe zum Bremer Platz, der vor seinem Umbau der zentrale Treffpunkt der offenen Drogenszene in Münster war. Wie in allen berichteten Städten führen der Drogenkonsum und die offene Drogenszene auch in Münster zu Konflikten im öffentlichen Raum. Anwohner:innen fühlen sich durch den Konsum und dessen Begleiterscheinungen gestört. In Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteur:innen hat die Stadt ein alternatives Konzept zur Neugestaltung des Platzes entwickelt. Durch den Umbau des Bremer Platzes im Jahr 2022 hat sich ein Großteil der Szene unmittelbar vor das Gebäude von INDRO verlagert. Auch nach Abschluss des Umbaus im Winter 2024 hält sich ein Großteil der Szene vor dem Gebäude des INDRO auf. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Szene wieder am Bremer Platz etabliert oder weiterhin in der Nebenstraße in Richtung INDRO verbleibt.

Neben diesen Unterstützungsangeboten bestehen weitere, die für Personen in der offenen Drogenszene relevant werden können. Dazu zählen das Haus der Wohnungslosenhilfe der Bischof-Herrmann-Stiftung mit Angeboten der Grundversorgung für wohnungslose Personen und einer Kurzübernachtung mit 48 Übernachtungsplätzen für alleinstehende Männer sowie der mobile medizinische Dienst, bestehend aus Pflege- (33 Stunden pro Woche) und ärztlichem Personal (sechs Stunden pro Woche). Für wohnungslose Frauen stellt der Sozialdienst katholischer Frauen (SkF) Münster spezialisierte Hilfen bereit, darunter eine Notschlafstelle, ein Frauentreff und eine sozialtherapeutische Übergangseinrichtung. Für wohnungslose Jugendliche zwischen 16 und 21 Jahren hält die Notschlafstelle Sleep-In der Diakonie Münster 16 Schlafplätze von 18:00 bis 10:00 Uhr bereit.

Die Erhebung in Münster wurde im Oktober und November 2024 durchgeführt. Insgesamt wurden

91 Personen befragt. 31,0 % der Befragungen fanden im öffentlichen Raum statt, vorwiegend am Münsteraner Hauptbahnhof sowie in einer Seitenstraße des Bremer Platzes. Die übrigen 69,0 % der Befragungen wurden in Einrichtungen durchgeführt, insbesondere im Kontaktcafé des INDRO und in der Bahnhofsmission. Die Befragungen wurden ausschließlich durch das Forschungsteam durchgeführt.

5.4.2 Soziodemografie und Aspekte der Lebenslage

Alter & Geschlecht: In Münster beträgt das Durchschnittsalter der Befragten 47,1 Jahre. Damit weist das Sample aus der Drogenszene in Münster im Vergleich zu den anderen befragten Städten das höchste Durchschnittsalter auf. Das Altersspektrum reicht von 23 Jahren bei der jüngsten bis zu 69 Jahren bei der ältesten befragten Person. Von den insgesamt 91 Teilnehmenden identifizierten sich 81,3 % als männlich, 18,7 % als weiblich und keine Person als divers. In Münster scheint die offene Drogenszene damit – ähnlich wie in Essen – noch stärk männlich dominiert zu sein (alle hier und im Folgenden vorgenommenen Angaben: siehe *Tabelle 23*).

Meldeort: 70,3 % der befragten Personen sind in Münster gemeldet, 29,7 % sind es nicht. 19 Personen (20,9 %) sind in einer anderen Kommune gemeldet, acht Personen (8,8 %) sind nicht gemeldet. Sieben der nicht in Münster gemeldeten Personen (25,9 %) sehen die Stadt als ihren Lebensmittelpunkt an und leben zwischen zwei Monaten und 55 Jahren in der Stadt. Sie geben an, im Mittel seit 2,2 Jahren in der Stadt zu leben. Unter den anderen Menschen, die nicht in Münster gemeldet sind, finden sich sehr breit verteilte Lebensmittelpunkte, es zeigen sich deutlich weitere Distanzen als in den anderen drei Städten. Tatsächlich erweist sich die Bedeutung der offenen Szene von Münster als Einzugsgebiet für das ländlichere Umland, das bis in das nördliche Ruhrgebiet, weit in den Osten von NRW und weit in das westliche Niedersachsen reicht.

Nationalität & Aufenthalt: 78,9 % der befragten Personen in Münster besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit und 21,1 % eine andere Nationalität. Damit liegt der erhobene Anteil ausländischer Befragter deutlich über dem Anteil an der Stadtbevölkerung, der lag Ende 2023 bei 12,3 %. Bei den Befragten mit ausländischer Staatangehörigkeit handelt es sich etwa zur Hälfte um EU-Bürger:innen (47,4 %) und zur anderen Hälfte um Drittstaatsangehörige (52,6 %). Unter den Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit befinden sich vier Personen aus Polen und drei aus Bulgarien. Andere Länder sind weniger vertreten. Von den Befragten ohne deutsche Staatsbürgerschaft verfügen 17 Personen über einen gesicherten Aufenthaltsstatus (15 unbefristet, 2 befristet). Einen unsicheren Aufenthaltstitel (Duldung, keine Papiere und Sonstiges) haben hingegen nur drei Personen, eine von ihnen ist EU-Bürger:in. 5,6 % der Befragten berichten von Fluchterfahrungen, eine von ihnen hat die deutsche Staatsangehörigkeit.

Wohnsituation: Knapp die Hälfte der befragten Personen in Münster lebt in einer eigenen Wohnung (47,3 %), die andere Hälfte ist wohnungslos (49,5 %, Rest: Sonstige). Im Vergleich zu den anderen Städten leben damit in Münster die meisten Menschen in einer eigenen Wohnung und sind weniger Menschen wohnungslos. Zu den 49,5 % wohnungslosen Menschen zählen die 13,2 %, die zu den verdeckten Wohnungslosen gehören und in der letzten Woche überwiegend bei Bekannten oder Partner:innen übernachtet haben, sowie die 18,7 %, die in Wohnheimen leben. Auch dazu rechnet die Gruppe der obdachlosen Personen, unter die wiederum die 18,7 % fallen, die überwiegend in Notunterkünften übernachtet haben, sowie die 11,0 %, die überwiegend im öffentlichen Raum geschlafen haben. Die mittlere Dauer der Wohnungslosigkeit beträgt 5,4 Jahre, das ist länger als in den anderen Städten. Sowohl der Anteil der Obdachlosen insgesamt als auch der Anteil der Straßenobdachlosen ist in Münster am geringsten. Die Zahlen weisen zum einen darauf hin, dass die Wohnungskrise die Menschen in der offenen Drogenszene in Münster weniger zu treffen scheint, was auch mit dem weiten Einzugsgebiet zu tun haben kann. Unter den nicht in Münster gemeldeten Personen liegt der Anteil der Wohnungslosen bei 25,9 %, unter den in Münster Gemeldeten bei 56,2 %. Zum anderen erreicht die Stadt mit Wohnheimen und ähnlichen dauerhaften Unterbringungsformen der Wohnungslosenhilfe einen etwas höheren Anteil unter den Befragten. Schließlich liegt die mittlere Dauer der Wohnungslosigkeit in Münster aber deutlich über den Mittelwerten in den anderen Städten – ein Hinweis auf einen Lock-in-Effekt, der sich in Münster noch stärker zeigt als in den anderen Städten.

Einkommen: 76,9 % der Befragten geben an, Bürgergeld oder Grundsicherung zu beziehen. Zwei Personen erhalten Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit, eine bezieht Arbeitslosengeld I oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. 7,7 % führen an, andere Einkünfte zu beziehen (beispielsweise Witwenrente oder aus einem Mini-Job). 8,8 % der Befragten verfügen über keinerlei reguläre Einkünfte. Insbesondere in dieser Gruppe ist man auf Schattenökonomien angewiesen. (Fast) Alle unter ihnen sammeln Pfandflaschen, betteln oder führen Diebstähle aus, während

Dealen keine Rolle spielt. Im Münsteraner Teilsample geben ansonsten rund ein Drittel als informelle Einkünfte Unterstützung durch Angehörige, Diebstähle, Pfandflaschen-Sammeln und Dealen an und ein Viertel Betteln. 13,9 % benennen andere informelle Einkünfte, beispielsweise Arbeiten „unter der Hand“ oder den Erhalt von Spenden von ihnen zugewandten Menschen.

Krankenversicherung: 11,0 % der Befragten in Münster sind nicht krankenversichert. Unter diesen zehn Personen finden sich zwei mit deutscher Staatsangehörigkeit, sechs mit EU-Staatsangehörigkeit, die anderen beiden verfügen über dauerhafte Aufenthaltstitel. Im Vergleich zu den anderen Städten ist der Anteil der nicht krankenversicherten Personen am geringsten.

Aufenthalt Drogenszene: Im Schnitt halten sich die Befragten bereits 19,5 Jahre in der offenen Drogenszene auf. Ähnlich wie beim Gesamtsample ist die Szene Lebensmittelpunkt für viele der Befragten in Münster. Im Mittelwert sind sie an 4,9 von sieben Tagen der Woche an 8,2 Stunden am Tag in der Szene unterwegs. Das sind im Vergleich die geringsten Werte, was mit dem niedrigsten Anteil an wohnungslosen Menschen in der offenen Szene zusammenhängen dürfte. In Münster gibt es mehr private Räume, die von den Menschen genutzt werden können.

Hafterfahrung: Auch in Münster war ein Großteil der Befragten bereits mindestens einmal inhaftiert (77,5 %). Im Schnitt sind die befragten Personen 3,6-mal in Haft gewesen mit einer durchschnittlichen Dauer von 5,4 Jahren. Damit sind die Befragten im Städtevergleich am seltensten und am kürzesten in Haft.

Kontrollerfahrung: In den Kontrollerfahrungen werden die ordnungspolitischen sowie repressiven Maßnahmen und Bemühungen der Städte deutlich. In Münster (ähnlich wie im Gesamtsample) gibt mit 62,5 % über die Hälfte der Befragten an, im letzten Monat von dem Ordnungsamt oder der Polizei kontrolliert worden zu sein – und das im Mittelwert etwas öfter als dreimal.

Die Szenebefragung in Münster weist auf deutliche Unterschiede in den soziodemografischen Aspekten hin: Die Szene ist hier noch einmal etwas älter, lebt häufiger im (auch weiter entfernten) Umland und erheblich öfter noch in eigenem Wohnraum. Auch andere Facetten sozialen Ausschlusses sind in Münster weniger stark ausgeprägt, z. B. der Anteil derjenigen, die über keinen verfestigten Aufenthaltstitel, keinerlei reguläre Einkünfte oder nicht über eine Krankenversicherung verfügen. Das bedeutet aber in der Umkehr nicht, dass 50 % Wohnungslosigkeit unter den Befragten oder 10 % Menschen ohne Krankenversicherung nicht auf die prekäre Lebenslage vieler in der Szene hinweisen. Es könnte ein Anreiz sein, diese im Vergleich noch etwas überschaubareren Ausschlüsse anzugehen.

Tabelle 23: Soziodemografische Angaben und Angaben zur Lebenslage Münster

(Die Zahl der antwortenden Personen unterscheidet sich je nach Frage; Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte, bei Einkünften Mehrfachantworten möglich)

	n	M (SD)
Alter	91	47,1 (11,1)
	n	%
Geschlecht	91	
Männlich	74	81,3
Weiblich	17	18,7
Divers	/	/
	N	**%**
Meldeort & Lebensmittelpunkt	91	
Münster	64	70,3
Ein anderer Ort	19	20,9
Nicht gemeldet	8	8,8
Lebensmittelpunkt Münster, wenn nicht Meldeort	7	7,7
	n	**M (SD)**
Dauer Lebensmittelpunkt Münster in Jahren	18	2,2 (2,7)
Nationalität & Aufenthalt	90	
Deutsch	71	78,9
Andere	19	21,1
EU-Bürger:innen	9	10,0
Drittstaaten	10	11,1
Staatenlos	/	/
Unbefristeter Aufenthalt	15	16,5
Befristeter Aufenthalt	2	2,2
Duldung	2	2,2
Keine Papiere	1	1,1
Sonstiger Aufenthalt	/	/
Fluchterfahrung	5	5,6
Wohnsituation	91	
Eigene Wohnung	43	47,3
Bei Freund:innen/Partner:in	12	13,2
Wohnheim	6	6,6
Notschlafstelle	17	18,7
Draußen	10	11,0
Anderer Ort (z. B. JVA, Entgiftung, Eltern)	3	3,3
	n	**M (SD)**
Durchschnittliche Dauer Wohnungslosigkeit in Jahren	44	5,4 (6,5)

	n	%
Reguläre Einkommen	91	
Erwerbsarbeit (Voll- oder Teilzeit)	2	2,2
Arbeitslosengeld I	1	1,1
Bürgergeld/Grundsicherung	70	76,9
Asylbewerberleistungsgesetz	1	1,1
Sonstige Einkünfte	7	7,7
Keine regulären Einkünfte	8	8,8
Informelle Einkommen	91	
Sexarbeit	/	/
Verkauf Straßenzeitung	/	/
Betteln	23	25,3
Pfandflaschen sammeln	35	38,5
Unterstützung Familie/Freund:innen	28	30,8
Dealen	15	16,5
Diebstahl	16	17,6
Andere Einkünfte	10	11,0
Krankenversicherung	81	89,0
Aufenthalt Drogenszene		
Aufenthaltsdauer in Jahren	90	19,4 (12,9)
Aufenthaltsdauer in Tagen in der Woche	91	4,9 (2,2)
Aufenthaltsdauer in Stunden am Tag	90	8,2 (7,1)
Anzahl wichtiger Cleankontakte im sozialen Umfeld	90	6,5 (12,3)
Hafterfahrung	n	%
Jemals inhaftiert	69	77,5
	n	**M (SD)**
Anzahl der Inhaftierungen	67	3,6 (2,2)
Dauer der Inhaftierungen in Jahren	69	5,4 (5,6)
Kontrollerfahrung	**n**	**%**
Kontrollerfahrung im letzten Monat	55	62,5
	n	**M (SD)**
Anzahl der Kontrollen im letzten Monat	55	3,2 (4,1)

5.4.3 Substanzkonsum und Gesundheit

Substanzen & Konsumformen: Die in Münster mit Abstand am häufigsten konsumierte Substanz ist Crack, 74,7 % der Befragten haben die Substanz in den letzten 30 Tagen konsumiert, 52,7 % in den letzten 24 Stunden. Im Städtevergleich liegt die 24-Stunden-Prävalenz damit geringer, die 24-Stunden-Prävalenz etwas höher. Die Durchdringung mit bereits vorgefertigten Steinen ist im Vergleich ebenfalls hoch, 89,5 % der Crack-Konsumierenden gibt an, Steine immer oder meistens direkt von Dealern zu erwerben und nicht oder selten selbst aufzukochen (alle hier und im Folgenden getätigten Angaben: siehe *Tabelle 24* und *Tabelle 25*).

Heroin spielt dagegen eine untergeordnete Rolle, insbesondere beim intravenösen Konsum. 7,7 % der Befragten geben an, den Wirkstoff in den letzten 30 Tagen intravenös konsumiert zu haben, nur 1,1 % in den letzten 24 Stunden. Der inhalative Konsum liegt etwas höher, bleibt jedoch im Vergleich mit anderen Städten mit einer 30-Tage-Prävalenz von 22,0 % und einer 24-Stunden-Prävalenz von 28,6 % geringer; im Städtevergleich sind dies die niedrigsten Konsumangaben.

Bei der Betrachtung der anderen Substanzen werden Benzodiazepine (30-Tage-Prävalenz 18,7 %), Amphetamine (30-Tage-Prävalenz 17,6 %) und Pregabalin (30-Tage-Prävalenz 14,3 %) weniger konsumiert als im Gesamtsample berichtet. Lediglich der Anteil der Befragten, die angeben, in den letzten 30 Tagen ein Fentanyl-Pflaster aufgekocht zu haben (7,7 %), liegt ähnlich hoch wie in Köln (10,0 %). Die Befragten in Münster geben im Schnitt an, 2,7 unterschiedliche Substanzen zu konsumieren.

Konsumorte: Mit 76,9 % gibt der größte Anteil der Befragten in Münster an, Drogen draußen zu konsumieren, 44,0 % der Befragten konsumieren sie im privaten Raum, 29,7 % nutzen den Drogenkonsumraum und 24,2 % führen an, in öffentlichen Gebäuden zu konsumieren (siehe *Tabelle 39* im Anhang).

Drogennotfälle: 30,3 % der Befragten und damit deutlich weniger als im Gesamtsample (44,6 %) geben an, bereits mindestens einmal eine drogenbedingte Überdosierung erlebt zu haben. Diese Personen haben im Mittel etwas mehr als vier Überdosierungen erfahren. Ein Großteil der 27 Personen mit Überdosierungserfahrung äußert, die lebensbedrohlichen Situationen draußen (48,1 %) und seltener in privaten Räumen (40,7 %) erlebt zu haben. 18,5 % haben mindestens eine Überdosierung im relativ geschützten Kontext eines Drogenkonsumraumes durchlaufen. Dieser Anteil liegt etwa auf dem Niveau von Essen, aber deutlich unter dem Anteil in Köln und deutlich über dem Anteil in Düsseldorf. Aus Sicht der Prävention vor drogeninduzierten Todesfällen ist ein hoher Wert anzustreben (alle hier und im Folgenden gemachten Angaben: siehe *Tabelle 26*).

HIV & Hepatitis C: Insgesamt geben 92,1 % der Befragten an, schon einmal auf HIV getestet worden zu sein, 58,4 % in den letzten zwölf Monaten. 5,6 % der befragten Personen führen an, noch nie auf HIV getestet worden zu sein, 2,2 % sind sich diesbezüglich unsicher. Unter den getesteten Personen berichtet eine Person von einem positiven Resultat, eine andere Person kennt ihr Ergebnis nicht. Insgesamt 93,2 % der Befragten haben bereits einmal einen Hepatitis-C-Test gemacht, darunter 62,9 % in den letzten zwölf Monaten. 20,5 % berichten von einem positiven Ergebnis, das ist die niedrigste Quote im Vergleich aller Städte.

Substitution: Von den befragten Personen befinden sich 65,6 % in einer opioidgestützten Substitutionstherapie – ein Hinweis, dass sich sowohl die hohe Anbindung an die unterstützenden Angebote unter den Befragten (siehe folgendes Unterkapitel), die verschiedenen bestehenden Substitutionsangebote als auch die im Vergleich geringere Anzahl an Menschen ohne Krankenversicherungsschutz positiv auf die Abdeckungsquote auswirken. Die hohe Quote substituierter Menschen dürfte ebenfalls dazu beitragen, dass der Heroinkonsum im Vergleich zu den anderen Städten noch einmal deutlich niedriger liegt.

Tabelle 24: Substanzkonsum Münster

(Mehrfachnennungen möglich)

	24-Stunden-Prävalenz		30-Tage-Prävalenz	
	n	%	n	%
Kokain	49	53,8	69	80,2
Inhalativ (Crack)	48	52,7	68	74,7
Intravenös	4	4,4	11	12,1
Heroin	20	22,0	30	36,1
Inhalativ	20	22,0	26	28,6
Intravenös	1	1,1	7	7,7
Alkohol	43	47,3	54	59,3
Cannabis	41	45,1	55	60,4
Benzodiazepine	11	12,1	17	18,7
Pregabalin	3	3,3	13	14,3
Amphetamine	7	7,7	16	17,6
Methamphetamin	1	1,1	3	3,3
Fentanyl-Pflaster (aufgekocht/geraucht)	1	1,1	7	7,7
Nicht verschriebenes Methadon u. Ä.	4	4,4	9	9,9
Weitere Substanzen	5	5,5	8	8,8
	n	M (SD)	n	M (SD)
Durchschnittliche Anzahl der konsumierten Substanzen	91	2,1 (1,4)	91	3,2 (1,9)

Tabelle 25: Bezug der Crack-Steine Münster

(Anteile unter den Crack-Konsumierenden; Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte)

	nie		selten		meistens		immer	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vom Dealer / Drogenszene	4	6,0	3	4,5	25	37,3	35	52,2
Ich bereite die Steine selber zu	28	41,8	19	28,4	15	22,4	5	7,5
Ich verkaufe selber Crack-Steine	52	77,6	11	16,4	4	6,0	/	/

Tabelle 26: Gesundheitliche Situation Münster

(Bei Orten Mehrfachnennungen möglich; sonst Abweichungen von 100 %: Rundungseffekte)

	n	%
Überdosierungen		
Jemals eine drogenbedingte Überdosierung erlebt	27	30,3
	n	**M (SD)**
Durchschnittliche Anzahl der bisherigen Überdosierungen	24	4,3 (6,4)
	n	%
Orte der Überdosierungen		
Privater Raum	11	40,7
Öffentlicher Raum	13	48,1
Drogenkonsumraum	5	18,5
Anderer Ort	4	14,8
HIV-Test		
Ja, in den letzten 12 Monaten	52	58,4
Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten	30	33,7
Nein	5	5,6
Ich weiß nicht	2	2,2
HIV-Testergebnis		
Negativ	80	97,6
Positiv	1	1,2
Unbekannt	1	1,2
Hepatitis-C-Test		
Ja, in den letzten 12 Monaten	56	62,9
Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten	27	30,3
Nein	4	4,5
Ich weiß nicht	2	2,2
Hepatitis-C-Testergebnis		
Negativ	65	78,3
Positiv	17	20,5
Unbekannt	1	1,2
Opioidgestützte Substitutionstherapie	59	65,6
Krankenversicherung	81	89,0

5.4.4 Zugänge zu und Nutzung von Angeboten

Zugänge zu und Nutzung von Angeboten

In Münster werden fast alle Befragten durch bestehende Hilfsangebote erreicht. Das gilt insbesondere für den Kontaktladen, der von 90,1 % mindestens einmal im Monat genutzt wird, 37,4 % nutzen ihn täglich. Der hohe Anteil ist vor allem dadurch zu erklären, dass überwiegend im Kontaktladen des INDRO und in unmittelbarer Nähe befragt wurde. Ebenfalls intensiv genutzt wird ein anderes Angebot der Überlebenshilfe, die Essensvergabe, die von 78,9 % mindestens einmal im Monat und von 30,9 % täglich in Anspruch genommen werden. 41,1 % der Befragten nutzen zudem mindestens einmal monatlich den Konsumraum (13,3 % täglich) und rund ein Drittel die Möglichkeit, saubere Konsumutensilien zu erhalten (31,1 %) (alle hier und im Folgenden gemachten Angaben: siehe *Tabelle 27* und Tabelle 43 im Anhang).

Besonders gering fällt im Städtevergleich der Anteil der Menschen aus, die im letzten Monat mit Streetwork in Kontakt gekommen sind, er liegt bei 6,7 %. Der niedrige Anteil lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass sich das Streetworkangebot vor allem an junge Menschen zwischen 16 und 21 Jahren richtet. Zum Zeitpunkt der Erhebung war es den Mitarbeitenden der zuständigen Träger nicht möglich, ein reguläres aufsuchendes Angebot bereitzustellen. Da die hier befragten Menschen ohnehin schon den Kontaktladen nutzen, relativiert sich die Bedeutung der Streetwork allerdings. Auch, dass vergleichsweise weniger Menschen medizinische Angebote nutzen, relativiert sich vor dem Hintergrund, dass hier in Münster mehr Befragte über bestehende Krankenversicherungen das Regelsystem in Anspruch nehmen können.

Unterstützungsbedarfe

Die Bedarfe Bedürfnisse der befragten Personen in Münster unterscheiden sich in mehreren Bereichen von denen der drei Vergleichsstädte, da in Münster insgesamt deutlich weniger Unterstützungsbedarfe angegeben werden. Die Themenbereiche Wohnen (15,4 %), Behördenangelegenheiten (13,2 %) oder Finanzen und Verschuldung (12,1 %) werden am häufigsten genannt. Ebenfalls vergleichsweise häufig berichten die Befragten bei etwas anderem Hilfe zu benötigen (14,3 %). Aus den Antworten bei den offenen Fragekategorien lassen sich Wünsch nach mehr sinnstiftender Tätigkeit und/oder engmaschigerer Betreuung ableiten. Außerdem fällt auf, dass nur wenige Bedarfe Bedürfnisse zur Vermittlung in Entzugsbehandlung, Substitution oder Suchttherapie gemacht werden. Nur eine Person gab an, Unterstützung bei der Vermittlung in eine Suchttherapie zu benötigen. Dies könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass ein großer Teil der befragten Personen in Münster bereits in die Substitutionsbehandlung ist und somit über das bestehende Hilfesystem, etwa durch die Unterstützung einer psychosozialen Beratung, Anschluss finden konnte. Auffällig auch, dass zehn Befragte angeben, dass sie keine Unterstützung nutzen bzw. erhalten, obwohl sie den Kontaktladen nutzen – ein Hinweis, dass Befragte hier verstanden haben könnten, welche Unterstützung sie zusätzlich benötigten. Dann könnten niedrigen Zahlen auch so verstanden werden, dass die bestehenden Angebot von vielen als ausreichend verstanden werden.

Tabelle 27: Zugang zum Hilfesystem und Unterstützungsbedarfe Münster

(Mehrfachantworten möglich)

Nutzung von Hilfsangeboten im letzten Monat	n	%
Arbeitsprojekte	10	11,1
Beratungsgespräche	56	62,2
Drogenkonsumraum	44	48,9
Essensausgabe	76	84,4
Kontaktladen	89	97,8
Medizinische Behandlung	23	25,6
Rechtsberatung	19	21,1
Spritzentausch/Vergabe von Konsumutensilien	32	35,6
Streetwork	9	10,0
Unterkunft/Notschlafstelle	26	28,9
Unterstützungsbedarfe		
Arbeit	8	8,8
Aufenthaltsfragen	3	3,3
Behördenangelegenheiten	12	13,2
Familie/Partnerschaft/soziale Beziehungen	2	2,2
Finanzen/Schulden	11	12,1
Gesundheitliche Probleme	5	5,5
Polizei/Gericht/Staatsanwaltschaft	4	4,4
Ruhe- und Schlafraum am Tag	2	2,2
Vermittlung in Entgiftung	0	0,0
Vermittlung in Substitutionstherapie	0	0,0
Vermittlung in Suchttherapie	1	1,1
Wohnen	14	15,4
Bei etwas anderem	13	14,3

Aspekte, die Zugang und Nutzen strukturieren

Durch die offenen Antwortkategorien lassen sich ergänzende Erkenntnisse über Aspekte gewinnen, die Zugang, Nutzen und Nicht-Nutzen der Angebote für die Befragten strukturieren. In Münster äußern sich 87 Personen (95,6 %) bezüglich ihrer Erfahrungen mit dem lokalen Hilfesystem. Darunter werden überwiegend (eher) gute Erfahrungen mit dem Hilfesystem in der Stadt geschildert (n = 27).

Infrastruktureller Nutzen: Dabei ist es wie in den anderen Städten auch zunächst das Vorhandensein unterstützender Angebote, das die Befragten als positiv bewerten, also unabhängig davon, ob diese tatsächlich genutzt werden oder nicht. Die Infrastruktur gibt die Möglichkeit, Unterstützung dann zu nutzen, wenn man sie benötigt.

„Ich hab hier gute Erfahrung gemacht. Es gibt ja viele Angebote, ob man das auch nutzt, ist die Frage." (334)

Materieller Nutzen: Viele Rückmeldungen beziehen sich auf den konkreten materiellen Nutzen, den Angebote beinhalten können. Bei den Überlebenshilfen liegt dieser Aspekt auf der Hand, hier geht es um Verpflegung, Kleidung oder einen Platz zum Ausruhen.

„Also es gibt hier die Essenssachen, die sind sehr gut. Da gibt es sehr viele Möglichkeiten in Münster. Ansonsten würde ich sagen, Drogenberatung ist sehr gut." (377)

„Es gibt viele Angebote, wo man was essen gehen kann, wo man Kleidung bekommt." (330)

Einen materiellen Nutzen im Sinne der Nutzerforschung erfahren Befragte auch, wenn sie Unterstützung in behördlichen Angelegenheiten erhalten.

„Wenn du einen Brief hast, dem du nicht Herr wirst, oder nicht weißt, was der nächste Schritt ist, dann gibt es immer irgendjemanden, der sich deiner annimmt." (392)

Personaler Nutzen: Gleichzeitig wird der Nutzen auch durch die Anerkennung und Wertschätzung strukturiert, die die Befragten durch Mitarbeiter:innen der Unterstützungsangebote erfahren. Sowohl das Verständnis für die Lebenslage als auch ein freundlicher Umgangston und Wertschätzung für die Lebensleistungen fördern den Nutzen für mehrere Befragte.

„Sehr gut, habe hohe Wertschätzung erfahren. Es gibt so viel, alles da, allerhöchstes Niveau, z. B. im [Einrichtungsname]. So gut ist es in keiner anderen Stadt." (575)

Nutzenlimitierende infrastrukturelle Aspekte: Nutzenlimitierungen finden sich vor allem in den Aussagen, die (vorwiegend) negativ ausfallen (n = 9). Sie werden ergänzt durch weitere nutzenlimitierende Punkte in den Rückmeldungen von anderen Personen. Als limitierend wird vor allem der Mangel an Kapazitäten und personellen Ressourcen innerhalb der Einrichtungen beschrieben. So wird in Münster beispielsweise berichtet, dass der Konsumraum sehr beengt sei, es zu wenig Platz gebe und es zu laut sei. Zudem haben die Befragten den Eindruck, dass einige Angebote überlastet seien und es an Ressourcen mangele, um individuell auf die Bedürfnisse der Befragten einzugehen und eine bedarfsorientierte Unterstützung zu gewährleisten.

„Die sind nicht schlecht, aber die müssten sich mehr spezifizieren und es müsste noch mehr Angebote geben und auf die Menschen eingehen und nicht so oberflächlich. Zu wenig Betreuer, zu viele Patienten würde ich mal sagen." (354)

„Leute, die wirklich Hilfe brauchen, können die in Anspruch nehmen, aber meistens ist das noch zu wenig." (561)

Die geltenden Regelungen in den Einrichtungen werden als einschränkend beschrieben, da sie die Nutzung möglicherweise erschweren oder sogar unmöglich machen (z. B. durch ein Hausverbot). Zudem würden eine Optimierung und Erweiterung der Öffnungszeiten mancher Angebote als förderlich wahrgenommen werden.

„Meine Erfahrungen mit dem [Name Einrichtung] haben meine Sicht auf den deutschen Rechtsstaat erschüttert. Das Hausrecht müsste dringend überarbeitet werden." (397)

Nutzenlimitierende materielle Aspekte: Bereits im ersten Zitat zu den nutzenlimitierenden Bedingungen wurde darauf hingewiesen, dass die Intensität der Befassung nicht immer genügt, um passende Problembearbeitungen vorzunehmen. Das kann auch eine Frage ausreichender fachlicher Auseinandersetzungen sein. Befragte geben an, dass bei zu wenigen Kenntnissen keine passenden Weiterleitungen oder Bearbeitungen erfolgen. Und in anderen materiellen Aspekten limitieren Kapazitätsgrenzen den Nutzen.

„Gut ist zum Beispiel zum Lebensmittelgeben, zum Kaffee zu trinken. Das Schlechte ist, das gibt es nicht jeden Tag." (350)

„Wenig Erfahrung, bin skeptisch." (579)

„Man kann sich aber nicht um jeden Einzelnen kümmern. Da bräuchten wir noch fünf, sechs Sozialarbeiter. Bei dem Aufkommen zurzeit." (333)

Von nutzenlimitierenden personalen Aspekten wird in Münster nicht berichtet.

Nutzenlimitierende lokale Aspekte: Abgesehen von den spezifischen Erfahrungen mit dem Hilfesystem in Münster wurden auch stadtbezogene Themen und Herausforderungen thematisiert. Besonders kritisch wird dabei der Umbau des Bremer Platzes hinter dem Hauptbahnhof diskutiert:

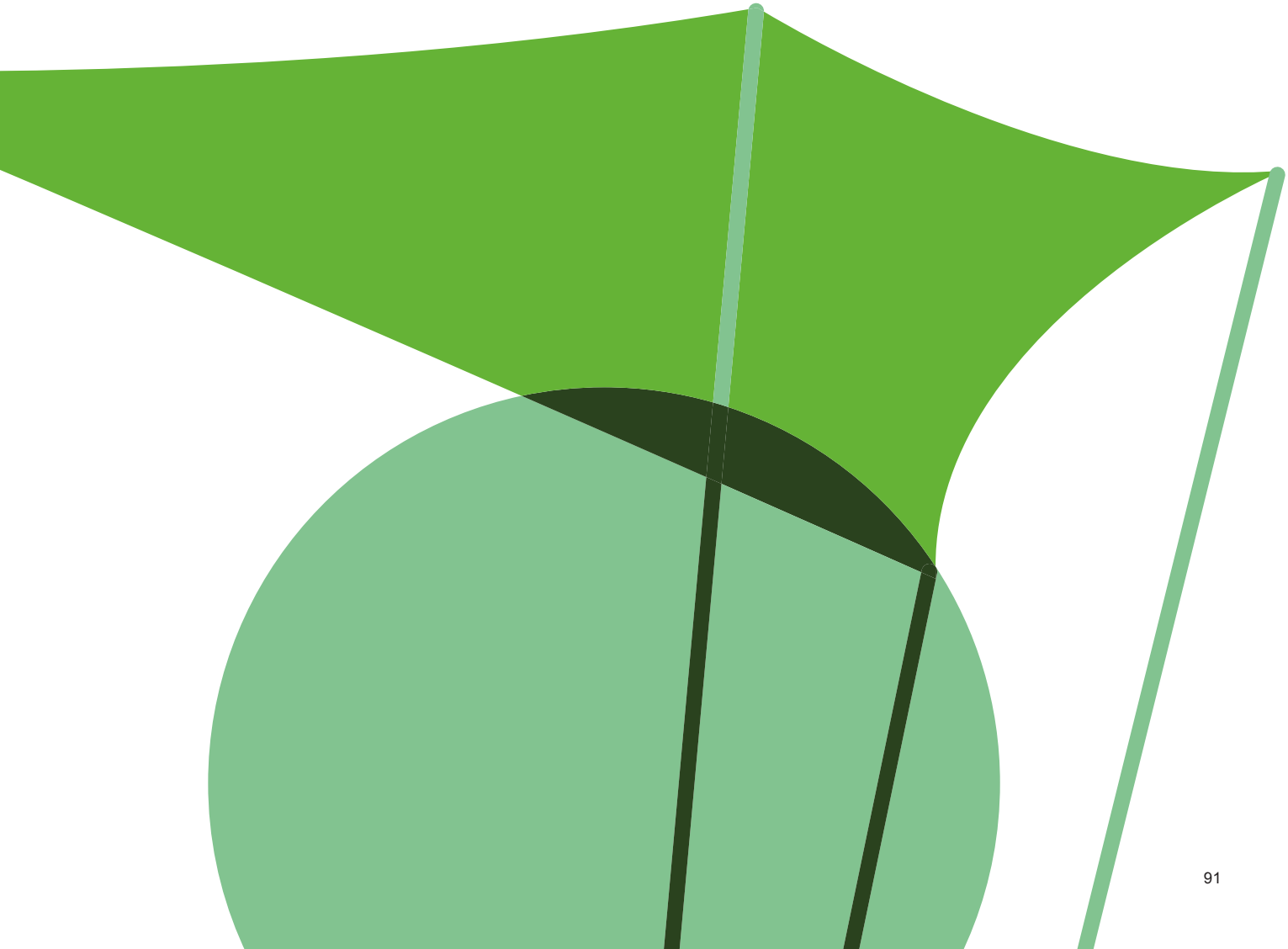
„Die haben die Platte gebaut ganz neu - scheißdingen. Früher war besser mit den Büschen drum herum. Der alte Platz war schön mit nem großen Springbrunnen, Wasserspiele. Ist alles zu viel Beton und zu wenig drum herum, ist sehr durchsichtig, das ist so gewollt denke ich." (80)

Den befragten Personen fallen zudem Veränderungen innerhalb der offenen Drogenszene auf, die sie mit dem Anstieg und Konsum bestimmter Substanzen in Verbindung bringen. Sie berichten von einem angespannten zwischenmenschlichen Klima.

„Alle beschweren sich, dass die Leute zum [Einrichtungsname] strömen, aber auf der Platte ist durch den Kokainkonsum ganz viel Aggressionspotenzial. Die Leute stürzen so schnell in die Leere, das ist mir noch nie untergekommen. Die schlafen draußen und stechen sich ab für 10 €. Die Gewaltbereitschaft ist so hoch, das ist erschreckend. Es ist jeden Tag ein Kampf." (341)

Nutzenlimitierende gesellschaftliche Aspekte: Schließlich weisen auch Befragte in Münster darauf hin, dass Abhängigkeitserkrankte in der Gesellschaft generell abgewertet sind und Unterstützungsangebote in der Folge auch aus Scham nicht in Anspruch genommen würden. Das Stigma verhindert damit den Zugang zu unterstützenden Angeboten.

„Man kann schon einiges in Anspruch nehmen, wenn man das möchte. Viele wollen nicht oder können die Scham nicht überwinden. Dann ist man festgefahren." (399)



6. ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN

6.1 ZUSAMMENFASSUNG ZENTRALER ERGEBNISSE

6.1.1 Aspekte der Lebenslage

Gesicherte und prekarisierte Lebenslagen: Während ein Teil der Befragten in vergleichbar abgesicherten Lebenslagen lebt, ist ein anderer von zum Teil erheblichen sozialen Ausschlüssen betroffen. 64,5 % der Befragten in den vier Städten sind wohnungslos, 36,6 % obdachlos und 16,9 % nicht krankenversichert. 19,0 % der Menschen in den offenen Drogenszenen verfügen über keinerlei reguläre Einkünfte. Dabei kumulieren die verschiedenen Problemlagen häufig: Wer über kein Einkommen verfügt, ist fast immer wohnungslos, zu fast 50 % straßenobdachlos und in 72 % der Fälle nicht krankenversichert. Unter den obdachlosen Menschen finden sich viermal so viele Personen ohne reguläre Einkünfte als im Gesamtsample und fünfmal so viele ohne Krankenversicherung. Der Zugang zu Wohnraum und eine finanzielle Absicherung erscheinen als wesentliche Faktoren für andere Aspekte des sozialen Ausschlusses.

Ausschlüsse von EU-Bürger:innen: Unter den Befragten liegt der Anteil von Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft mit rund 30 % über den Anteilen der nichtdeutschen Bevölkerung in den vier Städten. Dabei fällt auf, dass der Anteil der Personen aus den Hauptherkunftsländern der Fluchtzuwanderung relativ gering ist und der größte Anteil der Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit über verfestigte Aufenthaltstitel verfügt (unbefristete und befristete Aufenthaltstitel). Die weitaus größte Gruppe unter den Menschen ohne klare Aufenthaltstitel (keine Papiere oder sonstiger Aufenthalt) sind dagegen EU-Bürger:innen. In dieser Gruppe liegt der Anteil von obdachlosen und Menschen ohne reguläre Einkünfte besonders hoch. Auch unter den nicht krankenversicherten Menschen ohne klare Aufenthaltstitel stellen die EU-Bürger:innen mit rund drei Vierteln den weitaus größten Anteil – deutliche Hinweise, dass die gesetzlichen Ausschlüsse von EU-Bürger:innen aus verfestigten Hilfen (z. B. in den § 7 SGB II und § 23 SGB XII) zur sozialen Exklusion der Personengruppe beitragen.

Bedeutung der Kriminalisierung: Rund 80 % der Befragten berichten von Hafterfahrungen. Sie waren im Durchschnitt 3,9-mal inhaftiert, mit einer durchschnittlichen Gesamthaftzeit von 5,9 Jahren. Diese hohen Zahlen entsprechen in etwa den Angaben, die auch in der DRUCK-Studie (2016) und der Frankfurter Szenestudie (Werse/Kamphausen 2023) erhoben wurden. Hafterfahrungen gehen ebenso in der NRW-Szenestudie mit erhöhten Quoten von Hepatitis-C- und HIV-Infektionen einher. Außerdem wurde mehr als die Hälfte der Befragten (56,6 %) in den letzten 30 Tagen durch die Polizei oder das Ordnungsamt kontrolliert, im Schnitt 5,7-mal, wobei obdachlose Menschen noch einmal von häufigeren Kontrollen berichten. Sowohl die Kriminalisierung der Abhängigkeitserkrankung als auch der Armut zeigt sich deutlich in den erhobenen Daten.

Unterschiede zwischen den Städten: Der Anteil der Menschen, die von sozialen Ausschlüssen betroffen sind, variiert zum Teil erheblich zwischen den vier untersuchten Städten. Während in Münster und Essen etwas weniger als die Hälfte der Befragten in eigenen Wohnungen lebt, liegt ihr Anteil in Düsseldorf bei rund 30 % und in Köln nur bei rund 25 %. Umgekehrt verhält es sich mit dem Anteil der Menschen, die im öffentlichen Raum übernachten müssen: Mit 34,5 % liegt ihr Anteil in Köln am höchsten, gefolgt von Essen (22,9 %) und Düsseldorf (19,6 %). In Münster fällt er mit 11,0 % am niedrigsten aus. Ähnliche Varianzen zeigen auch die Anteile derjenigen, die über keinerlei reguläre Einkünfte verfügen (hier reicht die Spanne von 8,8 % in Münster bis 25,0 % in Düsseldorf), und denjenigen, die nicht krankenversichert sind (hier variiert der Anteil von 11,0 % in Münster und 21,4 % in Düsseldorf. In diesen Unterschieden zeigen sich sowohl regionale Spezifika (z. B. des Wohnungsmarktes), aber auch lokaler Sozialpolitik, z. B. im Zugang zu Notunterkünften (siehe Abschnitt zu Zugang und Nutzung).

6.1.2 Aspekte des Substanzkonsums und der Gesundheitssituation

Crack: Die Daten machen deutlich, dass Crack in den Drogenszenen der untersuchten Städte die am häufigsten konsumierte Substanz darstellt. Mit einer 24-Stunden-Prävalenz von 55,8 % und einer 30-Tage-Prävalenz von 69,1 % ist Crack die am häufigsten konsumierte illegalisierte Substanz. Damit liegt der Anteil deutlich höher als in der Szenebefragung am Kölner Neumarkt aus 2023, in der die 24-Stunden-Prävalenz noch bei 21 % lag, aber unter den Werten der Frankfurter Szenebefragung aus 2022, die die 24-Stunden-Prävalenz für Crack mit 77 % angibt. Der Konsum von Heroin liegt in den untersuchten Städten dagegen deutlich dahinter, die 24-Stunden-Prävalenz beträgt 36,2 %, die 30-Tage-Prävalenz 50,0 %.

Deutliche Unterschiede zwischen den Städten: Gleichzeitig zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Drogenmärkten in den vier Städten. Crack scheint in Düsseldorf am meisten und in Essen am geringsten verbreitet, darauf weisen zum einen die 24-Stunden-Prävalenzen (60,8 % in Düsseldorf und 50,9 % in Essen) und zum anderen die Durchdringung des Marktes mit fertig aufgekochten Steinen (88,8 % in Düsseldorf und 26,6 % in Essen) hin. Anders verhält es sich mit Heroin, das im Vergleich der 24-Stunden-Prävalenzen in Köln (50,8 %) und Essen (40,9 %) eine bedeutendere Rolle spielt als in Düsseldorf (31,4 %) oder Münster (22,0 %). Der Anteil der Befragten, die Heroin in den letzten 24 Stunden intravenös konsumiert haben, fällt in Köln mit 25,0 % besonders hoch aus, beim inhalativen Konsum von Heroin verzeichnet Essen mit 37,3 % den höchsten Anteil. Einzelne andere Substanzen haben jeweils eine lokale Relevanz, wie z. B. Amphetamine in Essen oder Lyrica in Köln, sind aber nicht städteübergreifend von Bedeutung.

Crack-Konsummuster: Die zunehmende Bedeutung von Crack zeigt sich in der Studie auch daran, dass die Befragten im Mittel angeben, Crack seit etwas mehr als zwei Jahren zu konsumieren; etwas weniger als die Hälfte (45,4 %) konsumiert es seit weniger als einem Jahr. Der große Suchtdruck der Droge wird in der hohen Konsumfrequenz deutlich: Die Befragten geben im Mittelwert an, Crack 9,5-mal am Tag zu konsumieren – fast doppelt so häufig, wie Heroin im Schnitt inhalativ konsumiert wird. Gleichzeitig versucht ein nicht unerheblicher Anteil der befragten Crack-User:innen den Substanzkonsum trotz des hohen Suchtpotenzials zu kontrollieren. Zwar gibt etwa die Hälfte der Befragten an, so viel Crack zu konsumieren, wie sie bekommen können. Gleichzeitig versucht aber über ein Drittel der Crack-User:innen, den Crack-Konsum auf wenige Konsumeinheiten am Tag zu begrenzen, und es geben 42,5 % an, regelmäßig Konsumpausen von mehreren Tagen im Monat einzulegen. Die Daten zeigen also einerseits, dass Crack offenbar mit einer starken psychischen Abhängigkeit einhergeht, viele Konsument:innen aber auch versuchen, den Konsum zu begrenzen. Gerade in der Gruppe mit häufigerem Crack-Konsum mehren sich Merkmale sozialer Ausschließung: Sie sind öfter obdachlos und haben häufiger keinerlei reguläre Einkommen, konsumieren häufiger Heroin inhalativ und verfügen seltener über eine Krankenversicherung – alles Hinweise, dass häufiger Crack-Konsum einen Indikator für größeren sozialen Ausschluss darstellt.

Erhebliche gesundheitliche Gefahren – auch durch Ausschlüsse aus der Krankenversicherung: Mit 44,7 % hat fast jede zweite befragte Person bereits mindestens eine drogenbedingte Überdosierung im Leben erlitten. Die durchschnittliche Zahl der Überdosierungen lag bei 4,2. Die meisten Befragten geben dabei an, Überdosierungen in öffentlichen (62,3 %) und privaten (48,1 %) Räumen erlebt zu haben. Im geschützten Umfeld der Drogenkonsumräume haben dagegen lediglich 13,0 % mindestens eine Überdosierung erlebt, wobei sich die Zahlen hier deutlich von Stadt zu Stadt unterscheiden: In Köln liegt der Anteil bei 23,0 %, in Düsseldorf lediglich bei 5,1 %. 10,4 % bzw. 11,2 % der Befragten berichten dagegen, bereits auf Hepatitis C bzw. HIV getestet worden zu sein, hier zeigt sich ein deutlicher Erfolg der verschiedenen Präventionsanstrengungen. Von den getesteten Personen berichten 38,2 % bzw. 5,4 %, positiv auf Hepatitis C bzw. HIV getestet worden zu sein. Knapp 60 % der Befragten befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einer opioidgestützten Substitutionstherapie, bei ihnen liegt der Heroin-Konsum deutlich unter dem der Nicht-Substituierten. Weitgehend ausgeschlossen aus dieser Maßnahme der Schadensreduzierung bleibt aber die Gruppe der Nicht-Krankenversicherten: Lediglich 2,3 % unter ihnen befinden sich über lokale Behandlungsprogramme in Köln und Düsseldorf in der Substitutionsbehandlung. In Münster, wo ein besonders hoher Anteil der Menschen krankenversichert ist, ist dagegen auch der höchste Anteil an Substitutionsbehandlungen festzustellen.

6.1.3 Aspekte des Zugangs und der Nutzung von Angeboten

Enger Zusammenhang von Angebotsstruktur und Nutzung: Da, wo Angebote bestehen und zugänglich sind, gelingt es, die Menschen in offenen Drogenszenen zu erreichen. Das ist insbesondere mit Blick auf die Schadensreduzierung und Ausstiegsperspektiven eine gute Nachricht. Streetwork, Kontaktläden, Drogenkonsumräume, Notschlafstellen, medizinische Angebote oder Arbeitsangebote werden immer da genutzt, wo ein niedrigschwelliges Angebot besteht, das sich direkt an die Menschen in der offenen Drogenszene und ihre Bedürfnisse richtet. Andersherum zeigt sich aber auch: Wo keine passenden Angebote bestehen, kann kein Nutzen entstehen und/oder sind die Nutzungszahlen vergleichsweise gering. Die Bedeutung der Angebotsstruktur lässt sich in der Gegenüberstellung erkennen: Während in Köln 61,3 % der Befragten mindestens einmal im Monat den besonders szenenahen Drogenkonsumraum nutzen, sind es in Düsseldorf nur 33,0 % und in Essen lediglich 20,2 %. Ist in Düsseldorf die Drogenszene bereits weitreichender durch Crack geprägt und der Abstand zum einzigen Konsumraum für die schnellen Konsumrhythmen eher zu weit, dürfte in Essen die von der Drogenszene noch etwas weiter entferntere Lage des DKR ein Grund sein, warum sie jeweils nur von einem Teil der Drogenszene genutzt werden. Während in Düsseldorf ein besonders umfangreiches Streetwork-Programm Menschen in den offenen Drogenszenen adressiert und entsprechend von 63,5 % mindestens einmal im Monat genutzt wird, sind es in Essen mit der vergleichsweise geringen Streetwork-Kapazität nur 30,0 %. In Essen (10,2 %) und Köln (28,0 %) geben geringere Anteile der Befragten an, Notunterkünfte zu nutzen. Der höhere Anteil in Düsseldorf (35,8 %) dürfte dagegen auf die spezifischen Angebote für substanzkonsumierende Menschen zurückzuführen sein. Sie tragen außerdem dazu bei, den Anteil der Menschen zu verringern, die im Vergleich zu Essen oder Köln im öffentlichen Raum übernachten. Während in Essen besonders viele Beschäftigungs- und Arbeitsangebote gemacht werden und entsprechend 12,7 % der Befragten durch sie erreicht werden, sind es in Köln, wo im Umfeld der offenen Drogenszene am Neumarkt keine spezifischen Angebote bestehen, nur 2,5 %. Wenn, wie in Münster und Köln, besonders viele Menschen durch Drogenkonsumräume erreicht werden, steigert sich auch der Anteil derjenigen, die regelmäßig neue sterile Konsumutensilien nutzen, auf 35,6 % (Münster) oder 58,0 % (Köln).

Nutzenstrukturierende Aspekte: Unterstützungsangebote bieten nur dann einen Nutzen, wenn sie einen konkreten Gebrauchswert für Menschen in den offenen Drogenszenen darstellen. In der großen Mehrheit sprechen die befragen Personen den Hilfsangeboten einen solchen Nutzen zu. Durch die qualitative Auswertung lassen sich die nutzenstrukturierenden Aspekte genauer bestimmen. Angebote sind aus Sicht der Befragten schon dann sinnvoll, wenn sie erstens potenziell in Anspruch genommen werden können – die Möglichkeit, sie zu nutzen, vergrößert die Handlungsspielräume. Nutzenfördernde infrastrukturelle Aspekte sind dann solche, die die Inanspruchnahme vereinfachen: breite Öffnungszeiten, Szenenähe, Barrierefreiheit, keine oder wenig Regeln und vor allem eine ausreichende Kapazität, also genügend Plätze (z. B. im Konsumraum), ausreichend Personal (z. B. in der Beratung) oder schlicht genügend Platz (z. B. in Kontaktläden). Zweitens müssen Angebote einen materiellen Nutzen aufweisen, also konkrete gegenständliche und instrumentelle Funktionen übernehmen. Hier spielen die Überlebenshilfen mit Angeboten wie Schutz und Ruhe, Verpflegung, Waschmöglichkeiten, medizinische Unterstützung und Substitutionsprogramme ebenso eine Rolle wie Orientierung, Tipps und Begleitung in bürokratischen Abläufen. Schließlich sind Angebote dann nutzenfördernd, wenn sie einen personalen Nutzen aufweisen, d. h. die Menschen als Einzelne wahrgenommen werden, ihnen Anerkennung zuteilwird und sie in ihren individuellen Anliegen gestärkt werden. Insbesondere beschämende, respektlose oder paternalistische Haltungen erweisen sich als ebenso nutzenlimitierend wie der häufige Wechsel von Personal, der den Aufbau einer tragfähigen Beziehung verhindert.

Der größere Ausschluss der Nicht-Nutzer:innen: Während ein Großteil der Menschen in den offenen Drogenszenen erreicht wird, gibt es eine kleinere Gruppe, die weder von niedrigschwelligen Angeboten wie Streetwork und Kontaktläden noch von weiterreichenden Unterstützungen wie dem Betreuten Wohnen oder der Substitution erreicht wird. Gerade diese Personen sind in besonderem Maße von sozialer Ausschließung betroffen. Sie sind in deutlich höherem Maße straßenobdachlos, verfügen häufig über kein Einkommen und häufig über keine Krankenversicherung. Sie sind seltener auf Infektionskrankheiten getestet und befinden sich seltener in einer Substitutionsbehandlung. Auf der anderen Seite sind es gerade diese Menschen, die besonders häufig und viele verschiedene, stark wirkende Substanzen konsumieren. Wenn es den lokalen Angeboten gelingt, diese Personengruppe zu erreichen, dürfte das einen erheblichen Beitrag zur Verringerung sozialer und gesundheitlicher Gefahren leisten.

6.2 EMPFEHLUNGEN

Soziale Ausschlüsse bearbeiten: Menschen in den offenen Drogenszenen sind zum Teil von erheblichen sozialen Ausschlüssen betroffen – insbesondere aus dem Wohnungsmarkt, aber auch aus einer finanziellen Absicherung, dem Gesundheitssystem oder sinnstiftender Tätigkeit. Die Ausschlüsse sind zum großen Teil auch solche aus den sozialstaatlichen Institutionen, wie der Wohnungslosenhilfe, der Krankenversicherung oder einer Grundsicherung, die eigentlich dafür da sind, solche Exklusionen zu verhindern. Eine Bearbeitung von Abhängigkeitserkrankungen ohne Bearbeitung dieser sozialen Ausschlüsse wird nicht erfolgreich sein. Umgekehrt tragen diese Ausschlüsse dazu bei, dass die Abhängigkeiten bestehen bleiben und sich gesundheitliche und soziale Gefahren noch vergrößern.

Zugang zu Wohnraum als zentrale Aufgabe realisieren: Fast zwei Drittel der in den offenen Drogenszenen befragten Personen sind wohnungslos, über ein Drittel sogar obdachlos. Menschen in den offenen Drogenszenen sind damit insbesondere von der steigenden Wohnungslosigkeit in Deutschland betroffen. Umgekehrt zeigt die Befragung auch, dass obdachlose Menschen unter den Befragten noch einmal stärker von sozialen Ausschließungen und erhöhtem Substanzkonsum betroffen sind. Um die Problemlagen der Menschen in offenen Drogenszenen anzugehen, muss deswegen zunächst der Wohnraum für wohnungslose Menschen sichergestellt werden: sowohl in niederschwelligen Notunterkünften, wie sie beispielhaft in Düsseldorf umgesetzt werden, als auch in längerfristigen Wohnheimen und am besten in eigenen Wohnungen, wie er in Essen und Münster noch für einen größeren Teil der Befragten besteht. Die Aufrechterhaltung bestehender Mietverträge und Überleitungen in regulären Wohnraum, z. B. durch den Housing-First-Ansatz oder soziale Wohnmakler:innen, sind die wichtigsten Bausteine in der Schadensreduzierung.

Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle ermöglichen: Die akutpsychiatrische und suchtmedizinische Versorgung inklusive opioidgestützter Substitutionstherapie muss für alle Menschen – auch solche ohne einen Krankenversicherungsschutz – sichergestellt werden. Köln hantiert hier ein erfolgreiches Modell, das es fortzusetzen gilt. Der hohe Anteil der Menschen mit Infektionskrankheiten und die geringeren Substanzprävalenzen von Menschen in der Substitutionsbehandlung belegen die Bedeutung der medizinischen Behandlung. Clearing-Stellen können zusätzlich dazu beitragen, den Krankenversicherungsschutz für die vielen Personen, für die ein gesetzlicher Anspruch besteht, wieder zu ermöglichen.

Kirchturmpolitik beenden: Alle Personen sollten hinsichtlich der kommunalen Hilfsangebote zugelassen werden, keinesfalls nur solche, die in der jeweiligen Stadt gemeldet sind. Zum einen belegen die Zahlen der Szenestudie, dass es sich bei fast allen Personen um Menschen handelt, die sich dauerhaft in der jeweiligen Kommune aufhalten, und es zeigen sich trotz unterschiedlicher Politiken keine deutlichen Unterschiede in den Städten. Zum anderen wird der Ausschluss aus den Hilfen die gesundheitlichen und sozialen Gefahren für die betroffenen Personen und die Kommunen als ganze erhöhen. Gerade der schnellere Konsum von Crack rechtfertigt einen solchen Ausschluss immer weniger, denn schließlich zeigen die Zahlen auch, dass es im Angesicht des noch schnelleren Crack-Konsums schwieriger wird, dass die vergleichsweise sicheren Umgebungen der Drogenkonsumräume genutzt werden. Das Land NRW muss in diesem Prozess eine moderierende und regulierende Funktion übernehmen.

EU-Bürger:innen in Sozialsysteme inkludieren: Unter den Menschen, die aus den Sozialsystemen ausgeschlossen sind, befinden sich besonders viele EU-Bürger:innen – ein selbstgemachtes Problem: Sie werden aus verfestigten Hilfen gesetzlich ausgeschlossen, z. B. in der Wohnungslosenhilfe oder dem Bürgergeld. Für EU-Büger:innen müssen deswegen Zugänge in die Regelangebote geschaffen werden, wie es zum Teil in den einzelnen Kommunen bereits versucht wird (z. B. in Notunterkünften oder über Gesundheitsfonds). Langfristig gilt es, weiterhin an Lösungen auf der europäischen Ebene zu arbeiten, statt durch Sonderprogramme der EU-Kommission immer nur neue Insellösungen zu schaffen.

Ordnungspolitik und Kriminalisierung entmystifizieren: Ordnungspolitik und Kriminalisierung sind keine Lösungen der zugrundeliegenden Problematiken in den offenen Drogenszenen. Der hohe Anteil von rund 80 % der Befragten, die im Schnitt fast sechs Jahre in Haft verbracht haben, zeigt, dass Gefängnisaufenthalte an der Suchterkrankung nichts verändern vermögen. Über die Hälfte der von uns Befragten gibt außerdem an, im letzten Monat durchschnittlich fast sechsmal kontrolliert worden zu sein. Dieses Vorgehen behebt nicht die zugrundeliegenden Probleme und ist deswegen weder nachhaltig noch zielführend. Im Gegenteil: Repressive Maßnahmen führen zu einer Verlagerung von Szenetreffpunkten, verschlechtern die Zugänge zum Suchthilfesystem und ziehen mehr Stigmatisierung und Ausgrenzung nach sich. Es bedarf sicherer, risikominimierter und angstfreier Räume und Orte für

Drogenkonsument:innen und Anwohner:innen. Beide Interessensgruppen dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden.

Angebotsstrukturen bedarfsgerecht anpassen und ausbauen: Die Szenestudie NRW 2024 zeigt: Wo unterstützende Angebote für die Menschen in offenen Drogenszenen gemacht werden, werden sie von den Menschen genutzt und reduzieren sich soziale Ausschließungen. Das wird z. B. in den spezifischen Streetworkangeboten in Düsseldorf und Köln, den spezifischen Notübernachtungsmöglichkeiten in Düsseldorf, den spezifischen Arbeitsangeboten in Essen oder der Versorgung mit Wohnraum in Münster deutlich. Alle diese Angebote verhindern größeren Ausschluss und stabilisieren die Lebenslage der Menschen. Sie erreichen die Menschen und stabilisieren, bevor noch weitergehende Ausschlüsse einsetzen. Gerade mit Blick auf Frankfurt, wo die sozialen Ausschlüsse in der offenen Drogenszene noch einmal erheblicher sind, gilt es in NRW, die entsprechenden Angebote jetzt auszubauen und so einer weiteren Verelendung im Zuge von steigenden Crack-Konsum und einer Zunahme von synthetischen Opioiden und anderen Wirkstoffgruppen entgegenzuwirken. Zu den wichtigen Angeboten zählen insbesondere:

- der Ausbau und die Aufrechterhaltung umfangreicher Streetwork, gerade um die besonders von Ausgrenzung betroffenen Personen zu erreichen, die höherschwellige Angebote (noch) nicht benutzen,
- die Einrichtung von Notunterkünften für drogengebrauchende Menschen (s. o.),
- die Einrichtung von Tagesruhestätten, die dem Ruhebedarf und gestörten Schlaf-wach-Rhythmus im Zuge extensiven Crack-Konsums entgegenkommen,
- und der Ausbau von Arbeits- und Beschäftigungsprojekten, die der Perspektiventwicklung dienen.

Drogenkonsumräume ausbauen und im Angesicht von Crack weiterentwickeln, Mikrohandel erlauben: Konsumräume müssen szenenah bestehen, ausreichend Kapazität aufweisen und gleichzeitig flexibel auf Veränderungen reagieren. Die Daten zeigen eindeutig, dass Konsumräume dann ihre schadensreduzierende Wirkung entfalten können, wenn sie sich durch breite Öffnungszeiten, genügend Plätze und enge örtliche Nähe zur Drogenszene auszeichnen. Wo sich offene Drogenszenen – auch aufgrund von ordnungsrechtlichen Maßnahmen – immer wieder verlagern müssen, müssen Kommunen flexible Angebote errichten, von temporären Anmietungen, Containern oder Zelten, um entsprechend flexibel zu reagieren. Auch die Einrichtung von Toleranzzonen, in denen der Mikrohandel, also der Handel von Drogen, von Konsument:in zu Konsument:in nach dem Züricher Modell in Suchthilfeeinrichtungen toleriert wird, ist ein sinnvolles Modell, um Handel und Konsum aus den Sozialräumen zu verdrängen.

Teilen von Crack-Pfeifen erlauben: Die Anpassung des § 10a BtMG (Betrieb von Drogenkonsumräumen) sollte dahingehend modifiziert werden, dass das Teilen von Crack-Pfeifen in den Konsumräumen ermöglicht wird. Diese Konsument:innen-Gruppe wird sonst durch dieses Angebot nicht ausreichend erreicht.

Originalstoffvergabe von Kokain erproben: Da kein Substitut von (Crack-)Kokain absehbar verfügbar ist, sollte die Abgabe von Kokain im Rahmen einer Originalstoffvergabe an Schwerstabhängige erprobt werden. Weiterhin sollte die Forschung an einem Substitutionsmittel für Kokain ausgebaut werden.

Drug-Checking flächendeckend umsetzen und Notfallkonzepte entwickeln: Notwendig ist der Aufbau eines flächendeckenden niedrigschwelligen Drogenmonitorings, um die Verbreitung von synthetischen Opioiden als Beimengen in Heroin oder anderen Drogen zu detektieren. Ein solches bundesweites Drogenmonitoring beinhaltet Drug-Checking, Analysen über Schnelltests und Analysen von gebrauchten Spritzen für synthetische Opioide sowie ein zentrales Datenmanagement der Testergebnisse. Weiterhin müssen Strategien zur Risiko-Kommunikation bei lokalen Überdosierungsereignissen aufgebaut werden sowie Notfallkonzepte in den Kommunen, wie mit solchen Ereignissen umzugehen ist.

Substitution und Naloxonvergabe ausbauen: Der Anteil der Menschen in der Substitutionsbehandlung zeigt mit 57,9 % auf der einen Seite einen Erfolg der Harm-Reduction-Maßnahmen der letzten Jahre, auf der anderen Seite sollte der Anteil weiter erhöht werden. Der Erfolg der Behandlung wird auch in der NRW-Szenebefragung deutlich: Die Substitutionstherapie verringert den Heroinkonsum erheblich. Ebenso mit Blick auf synthetische Opioide gilt es, die Quote erkennbar zu erhöhen, denn gerade Nicht-Substituierte sind sehr vulnerabel für Überdosierungen durch synthetische Opioide. Auch der Zugang zu dem Notfallmedikament Naloxon ist bisher sehr hochschwellig

geregelt. Es bedarf des Ausbaus von Naloxon-Programmen; das Bundesmodellprojekt NALtrain endete im Juni 2024. Eine größere Verbreitung von Naloxon kann Leben retten.

Fachlichkeit sicherstellen: Angebote sind dann erfolgreich, wenn sie infrastrukturellen, materiellen und personalen Nutzen gewähren. Das heißt, sie müssen die Zugänge sicherstellen, konkrete Überlebenshilfen und passende Informationen bereithalten, flexibel begleiten, Menschen mit Respekt begegnen, sich konkret für ihre Anliegen einsetzen und dürfen dabei nicht paternalistisch vorgehen, sondern müssen die Autonomie der Menschen fördern. Das geht nur über Fachpersonal, das die entsprechenden Qualifikationen mitbringt und sicherstellt. Die Befragten beklagen schon heute den häufigen Wechsel des Personals und die damit verbundenen Abbrüche in den begonnenen Prozessen. Kommunen müssen in Zukunft auch durch entsprechende Vergütung noch stärker darauf hinwirken, dass qualifiziertes Personal in den Einrichtungen arbeitet und gehalten wird.

Wissenschaftliche Grundlagen verstetigen: Die Zunahme des Crack-Konsums in der vorliegenden Kölner Teilstichprobe im Vergleich zu der 2023 in Köln durchgeführten Studie ist nur das deutlichste Beispiel, in dem die hohe Dynamik von Substanzkonsum in Drogenszenen sichtbar wird. Gleichzeitig gibt der Bericht zu den offenen Drogenszenen in NRW 2024 einen Einblick in die Lebenslagen und Nutzung von Hilfesystemen und damit Hinweise für passgenaue Hilfesysteme und ihre Wirkungen – gerade auch im Städtevergleich. Um die Entwicklungen am Drogenmarkt und die Wirkung der lokalen Hilfsangebote zu beobachten und entsprechende Anpassungen vorzunehmen und zu prüfen, müssen Szenestudien wie in Frankfurt regelmäßig durchgeführt werden. Die vorliegende Studie zeigt beides: wie Kommunen auf der einen Seite durch spezifische Hilfestrukturen die Menschen in den offenen Drogenszenen erreichen und ihre Lebenslagen verbessern und auf der anderen Seite durch Ausschlüsse und Leerstellen dazu beitragen, dass Konflikte und soziale Ausschlüsse bestehen bleiben oder sich verstärken. Ein regelmäßiges Monitoring und eine entsprechende Anpassung von Hilfsangeboten können dazu beitragen, einem weiteren Anstieg der drogenbedingten Not- und Todesfälle sowie einer Zunahme von Konflikten in den Sozialräumen der betroffenen Kommunen und den sozialen Schäden und Ausschlüssen entgegenzuwirken.

LITERATUR

akzept & Deutsche Aidshilfe (Hg.) (2023): Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe. https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2023/01/HandlungsempfehlungenCrack2023.pdf (05.02.2025).

aXept!, Caritas, Diakonie, franzfreunde & SKM (2024): Bericht zur Nachtzählung der Menschen mit Lebensmittelpunkt auf der Straße in Düsseldorf am 19.10.2023. https://www.franzfreunde.de/fileadmin/user_upload/Downlaodbereich/bericht-zur-nachtzaehlung-2023.pdf (05.02.2025).

Belladonna Essen (o. J.): Hilfe und Beratung für Frauen. https://www.belladonna-essen.de/hilfe-und-beratung/ (14.03.2025).

BfArM (2024): Jahresbericht Substitutionsbehandlung 2023. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2024.pdf?__blob=publicationFile (14.03.2025).

Bundesbeauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2024): Zahl der Drogentoten in Deutschland weiter angestiegen. https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/zahl-der-drogentoten-in-deutschland-weiter-angestiegen/ (05.02.2025).

Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB) (2025): Wohnungslosenbericht der Bundesregierung. Ausmaß und Struktur der Wohnungslosigkeit. Berlin: BMWSB.

Cohen, J. (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, N. J.: Erlbaum Associates.

Curtis, R., Wendel, T. & Jay, J. (2000): Toward the Development of a Typology of Illegal Drug Markets. Crime Prevention Studies, 10 (11), 121–152.

Deimel, D. & Walter, L. (2023): Charakteristika und Unterstützungsbedarfe von Menschen in der offenen Drogenszene am Kölner Neumarkt. Ergebnisse einer Szenebefragung. Vortrag am 20.09.2023 auf dem Deutschen Suchtkongress in Berlin. Abstract: https://doi.org/10.18416/DSK.2023.1059.

Dworsky, N. (2002): Zum praktischen Umgang der Drogenhilfe mit Crack-Konsumenten. Suchttherapie, 3 (1), 24–25. https://doi.org/10.1055/s-2002-23522.

EMCDDA (2023): European Drug Report 2023. Trends and Developments. https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en (05.02.2025).

EUDA (2024): Call to action. New synthetic opioids: European prepardness and response. https://www.euda.europa.eu/drugs-library/call-action-new-synthetic-opioids-european-preparedness-and-response_en (05.02.2025).

Fast, D., Shoveller, J., Shannon, K. & Kerr, T. (2010): Safety and danger in downtown Vancouver: Understandings of place among young people entrenched in an urban drug scene. Health & Place, 16 (1), 51–60. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.07.004.

Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014): The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. The Lancet, 384 (9953), 1529 – 1540. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6.

Friedman, J. & Shover, C. L. (2023): Charting the fourth wave: Geographic, temporal, race/ethnicity and demographic trends in polysubstance fentanyl overdose deaths in the United States, 2010–2021. Addiction, 118 (12), 2477–2485. https://doi.org/10.1111/add.16318.

Gille, C., van Rießen, A., Knopp, R. & Thissen, J. (2023): Abschlussbericht kommunal finanzierte Hilfen für Menschen

mit Opioidabhängigkeit in der Landeshauptstadt Düsseldorf. Düsseldorf: Verein für Forschung und Praxistransfer in Sozial- und Kulturarbeit e. V.

GSE (2016): Arztmobil – Wohnen und Integration. https://www.gse-essen.de/wp-content/uploads/2016/12/Arztmobil_web.pdf (14.03.2025).

Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H., Schmolke, R. & Ilse, J. (2002): Körperliche und psychische Folgen des Kokain- und Crackkonsums. Suchttherapie, 3 (1), 2–7. https://doi.org/10.1055/s-2002-23526.

Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H. et al. (2004): Cocaine use in Europe – a multi-centre study. Methodology and prevalence estimates. European Addiction Research 10 (4), 139–146. https://doi.org/10.1159/000079834.

Holland, A., Copeland, C. S., Shorter, G. W., Connolly, D. J., Wiseman, A., Mooney, J., Fenton, K. & Harris, M. (2024): Nitazenes—Heralding a second wave for the UK drug-related death crisis? The Lancet Public Health, 9 (2), e71–e72. DOI: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00001-X.

Hößelbarth, S. (2014): Crack, Freebase, Stein. Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit. Wiesbaden: Springer VS.

HSE (2023): Nitazenes detected in heroin samples related to Dublin overdose cluster. Press relase, updated 10 october 2024. https://about.hse.ie/news/nitazenes-detected-in-heroin-samples-related-to-dublin-overdose-cluster/ (05.02.2025).

INDRO e. V. (2024): Jahresbericht 2023. Münster: INDRO e. V. https://indro-online.de/wp-content/uploads/2024/06/jbindro2024.pdf (13.03.2025).

Kraus, C., Kadriu, B., Lanzenberg, R., A Zerate Jr, C. & Kasper, S. (2019): Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. Transl Psychiatry 3; 9 (1), 127. https://doi.org/10.1038/s41398-019-0460-3.

Kuban, M., & Schäffer, D. (2024): Sachbericht Bundesmodellprojekt RaFT. Berlin: Deutsche Aidshilfe.

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse, Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Aufl. Weinheim: Beltz.

Kühnl, R., Meier, C., Prins, G. & Neumeier, E. (2021): Crack. Trendspotter. München: Institut für Therapieforschung.

Kühnl, R., Bergmann, H., Mathäus, F. & Neumeier, E. (2023): Crack. Trendspotter Update. München: Institut für Therapieforschung.

Landeskriminalamt NRW (2023): Rauschgiftkriminalität Lagebild NRW 2022. https://polizei.nrw/sites/default/files/2023-09/230831-lb-rauschgiftkriminalitat-2022.pdf (05.02.2025)

Lotties, S. (2023): Statistikbericht. Zu Lebenslagen wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland. Berichtsjahr 2022. https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA_Statistikbericht_2022.pdf (15.03.2025).

Mansfield, D. (2023): Truly Unprecedented: The Taliban Drugs Ban v2.0. URL: https://www.alcis.org/post/taliban-drugs-ban (25.02.2025).

Neumeier, E., Bergmann, H., Karachaliou, K. u. a. (2024): Bericht 2024 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2023/2024). Deutschland, Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.

Oelerich, G. & Schaarschuch, A. (2005): Der Nutzen Sozialer Arbeit. In dies. (Hg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. München, Basel: Ernst Reinhardt, 80-98.

Oelerich, G. & Schaarschuch, A. (2013): Sozialpädagogische Nutzerforschung. In: Graßhoff, Gunther (Hg.): Adressaten, Nutzer, Agency. Akteursbezogene Forschungsperspektiven in der Sozialen Arbeit (S. 8 – 98). Wiesbaden: Springer VS.

Prepeliczay S. & Schmidt-Semisch H. (2021): Gesundheitliche Risikolagen in der Bremer Drogenszene. Prävention und Gesundheitsförderung 16, 368–373. https://doi.org/10.1007/s11553-020-00820-x.

Redaktionsnetzwerk Deutschland (2024): Gefährlicher Stoff aus China: Synthetische Opioide haben Deutschland erreicht. https://www.rnd.de/panorama/fentanyl-in-europa-synthetische-opioide-aus-china-erreichen-deutschland-DD52UG7H4N-BULNO6SIJGR2DIAI.html (05.02.2025).

Rhodes, T. (2002): The 'risk environment': A framework for understanding and reducing drug-related harm. International Journal of Drug Policy, 13 (2), 85-94. https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00007-5.

Rhodes, T. (2009): Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. International Journal of Drug Policy, 20 (3): 193-201. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.003.

Schaarschuch, A. & Oelerich, G. (2020): Sozialpädagogische Nutzerforschung: Subjekt, Aneignung, Kritik. In: van Rießen, A. & Jepkens, K. (Hg.): Nutzen, Nicht-Nutzen und Nutzung Sozialer Arbeit. Wiesbaden: Springer VS, 13-25.

Schaarschuch, A. (1996): Dienst-Leistung und Soziale Arbeit. Theoretische Überlegungen zur Rekonstruktion Sozialer Arbeit als Dienstleistung. Widersprüche, 16 (59), 8-97.

Schaarschuch, A. (1999): Theoretische Grundelemente Sozialer Arbeit als Dienstleistung. Ein analytischer Zugang zur Neuorientierung Sozialer Arbeit. Neue Praxis, 29 (6), 543-560.

Stadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Zahlen (2024): Düsseldorf in Zahlen – Statistical facts. Düsseldorf Kompakt Stadtbezirksprofile. https://statistik.duesseldorf.de/sites/download/Stadtbezirksprofile/D%C3%BCsseldorf_kompakt.pdf (14.03.2025)

Stadt Essen, Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen (2025): Ein Blick auf Menschen in Essen, Bevölkerung am 31.12.2024. https://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/12/ein_blick_auf/Menschen_in_Essen_2025_01.pdf (14.03.2025).

Stadt Essen (o. J.): Hilfen und Angebote für wohnungslose Menschen. https://www.essen.de/leben/soziales_und_arbeit/gefaehrdetenhilfe/hilfen_und_angebote_fuer_wohnungslose_menschen_.de.html (14.03.2025).

Stadt Köln (2024): Kölner Statistische Nachrichten 4/2024. Bevölkerung in Köln 2023. https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf15/statistik-einwohner-und-haushalte/ksn_4_2024_bev%C3%B6lkerung_in_k%C3%B6ln_2023.pdf (14.03.2025).

Stadt Münster (2024): Stadtplanungsamt. Jahresstatistik 2023: Bevölkerung. https://www.stadt-muenster.de/fileadmin/user_upload/stadt-muenster/61_stadtentwicklung/pdf/jahr/Jahres-Statistik_2023_Bevoelkerung.pdf (26.03.2025).

Streck, R. (2019): Alltagsorganisation und die Nutzung offener Drogenarbeit. In: Feustel, R., Schmidt-Semisch, H. & Bröckling, U. (Hg.): Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Wiesbaden: Springer VS, 683-697. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22138-6_36.

Suchthilfe Direkt (2023): Eins und eins macht drei – Überlebenshilfe. https://suchthilfe-direkt.de/hilfsangebote/ueberlebenshilfe/eins-und-eins-macht-drei/ (14.03.2025).

Suchthilfe Direkt (2024): Jahresbericht 2023. https://suchthilfe-direkt.de/wp-content/uploads/suchthilfe-jahresbericht-2023.pdf (14.03.2025).

Suchtkooperation NRW (2023): Jahresbericht 2022 der Drogenkonsumräume in NRW. https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_2022-final.pdf (05.02.2025).

Suchtkooperation NRW (2024): Jahresbericht 2023 der Drogenkonsumräume in NRW. https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/DKR_Bericht_2023_komplett.pdf (14.03.2025).

Thane, K., Wickert, C. & Verthein, U. (2011): Konsummuster, Risikoverhalten und Hilfebedarfe von KonsumentInnen in den offenen Drogenszenen Deutschlands. Sucht, 57 (2), 141–149. https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000094.

Transform Drug Policy Foundation (o. J.): Taliban opium ban: the need for contingency planning. https://transformdrugs.org/assets/files/PDFs/taliban-opium-ban-briefing.pdf (25.02.2025).

van Rießen, A. (2020): Die Analyse von Nutzen – ein integriertes Modell der Nutzenstrukturierung oder Nachdenken über die Ambivalenz des Subjekts in der Nutzer*innenforschung. In: van Rießen, A, & Jepkens, K. (Hg.): Nutzen, Nicht-Nutzen und Nutzung Sozialer Arbeit. Theoretische Perspektiven und empirische Erkenntnisse subjektorientierter Forschungsperspektiven. Wiesbaden: Springer VS, 27-40.

van Rießen, A., Gille, C. & Scholten, L. (2024): Niederschwellige Unterbringungs- und Beratungsstelle Moskauerstrasse. Eine empirische Analyse im Hinblick auf Nutzen und Nicht-Nutzen des interdisziplinären Ansatzes. Nutzer:innen- und Sozialraumforschung im Kontext Sozialer Arbeit Nr. 13. Düsseldorf: HSD. https://doi.org/10.20385/opus4-4644.

Werse, B. & Kamphausen, G. (2023): MoSyd Szenestudie 2022. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. https://www.uni-frankfurt.de/136573211/MoSyD_Szenebefragung_2022_final.pdf (05.02.2025).

ANHANG

Zu 4.1

Tabelle 28: Befragte mit und ohne reguläres Einkommen im Vergleich

(Die Zahl der antwortenden Personen unterscheidet sich je nach Frage; bei informellen Einkommen Mehrfachnennungen möglich; Abweichungen von 100 % in den Aufsummierungen Rundungseffekte)

	Befragte ohne reguläre Einkünfte (n=100)		**Befragte mit regulären Einkünften (n=325)**	
	n	%	n	%
Wohnsituation				
Eigene Wohnung	3	3,0	183	43,2
Bei Freund:innen/Partner:in	10	10,0	51	12,0
Notschlafstelle	21	21,0	55	13,0
Wohnheim	5	5,0	45	10,6
Draußen	49	49,0	67	15,8
Anderer Ort	12	12,0	23	5,4
Informelle Einkommen				
Pfandflaschen	59	59,0	134	31,5
Unterstützung Familie/Freund:innen	25	25;0	102	24,0
Betteln	39	39,0	86	20,2
Diebstahl	36	36,0	68	16,0
Dealen	23	23,0	77	18,1
Verkauf Straßenzeitung	2	2,0	28	6,6
Sexarbeit	2	2,0	11	2,6
Gesundheit				
Nicht krankenversichert	71	71,7	17	4,0
Aufenthalt				
Deutsche Nationalität	26	26,0	336	79,1
Gesicherter Aufenthalt	32	32,0	64	15,1
Unsicherer Aufenthalt	38	38,0	23	5,4

Tabelle 29: Obdachlose und nicht-obdachlose Personen im Vergleich

(Die Zahl der antwortenden Personen unterscheidet sich je nach Frage; bei informellen Einkommen und Nutzung Mehrfachnennungen möglich; Abweichungen von 100 % in den Aufsummierungen Rundungseffekte)

	Keine Obdachlosigkeit (n=333)		**Obdachlosigkeit (n=192)**	
	n	**%**	**n**	**%**
Reguläre Einkommen				
Arbeit (Voll- oder Teilzeit)	12	3,6	2	1
Arbeitslosengeld I	6	3,1	10	3
Bürgergeld/Grundsicherung	270	81,1	108	56,3
Asylbewerberleistungsgesetz	2	0,6	0	0
Sonstige Einkünfte	27	8,1	4	2,1
Keine regulären Einkünfte	30	9	70	36,5
Informelle Einkommen				
Pfandflaschen	93	27,9	100	52,1
Unterstützung Familie/Freund:innen	91	27,3	36	18,8
Betteln	56	16,8	69	35,9
Diebstahl	54	16,2	50	26
Dealen	66	19,8	34	17,7
Verkauf Straßenzeitung	20	6	10	5,2
Sexarbeit	7	2,1	6	3,1
Gesundheit				
Nicht krankenversichert	21	6,4	67	34,9
Aufenthalt				
Deutsche Nationalität	256	76,9	106	55,2
Gesicherter Aufenthalt	50	15,0	46	23,9
Unsicherer Aufenthalt	22	6,6	37	19,3
Hafterfahrung und Kontrolle	**n**	**M (SD)**	**n**	**M (SD)**
Kontrollen durch Polizei/Ordnungsamt in den letzten 30 Tagen	163	4,3 (6,1)	134	7,4 (10)
Drogenszene				
Aufenthalt seit Jahren	319	20,4 (12,3)	189	12,9 (11,7)
Aufenthalt Stunden/Tag	318	7,1 (6,5)	190	12,1 (8,7)
Cleankontakte	321	6,4 (10,2)	188	4,54 (10,0)
Nutzung Hilfesystem	**n**	**%**	**n**	**%**
Essensausgabe	228	71,9	154	81,1
Kontaktladen/Kontaktcafé	237	72,9	159	83,2
Unterkunft/Notschlafstelle	51	16,2	103	54,8
Konsumraum	130	40,6	109	57,7
Spritzentausch/Konsumutensilien	117	36,8	90	47,6
Beratungsgespräche	196	61,1	87	46,5
Streetwork	156	48,9	122	64,6
Niedrigschwellige Medizinische Behandlung	129	40,1	72	37,7
Arbeitsprojekte	40	12,6	6	3,2
Rechtsberatung	43	13,6	25	13,2
Keine Unterstützung	78	23,4	74	38,5

Abbildung 5: Bedeutung der Drogenszene im Alltag - Aufenthaltsdauer

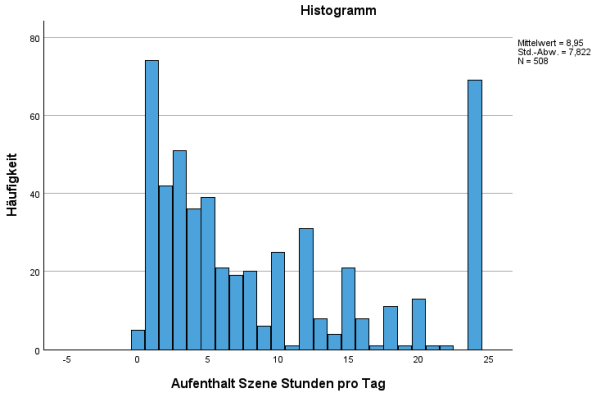


Abbildung 6: Bedeutung der Drogenszene im Alltag - Dauer

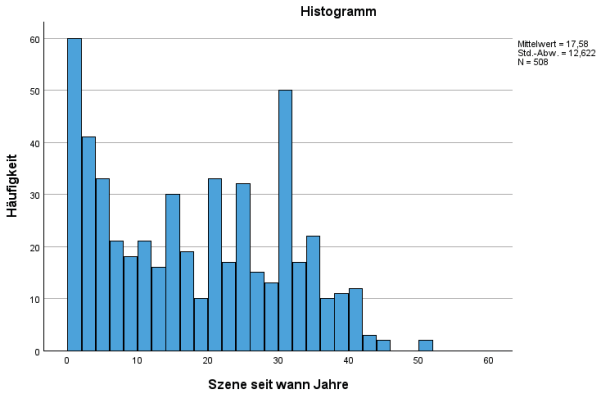


Abbildung 7: Bedeutung der Drogenszene im Alltag - Cleankontakte

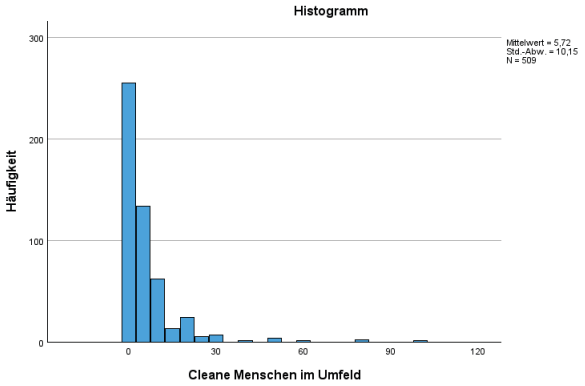


Abbildung 8: Verteilung Dauer von Inhaftierungen

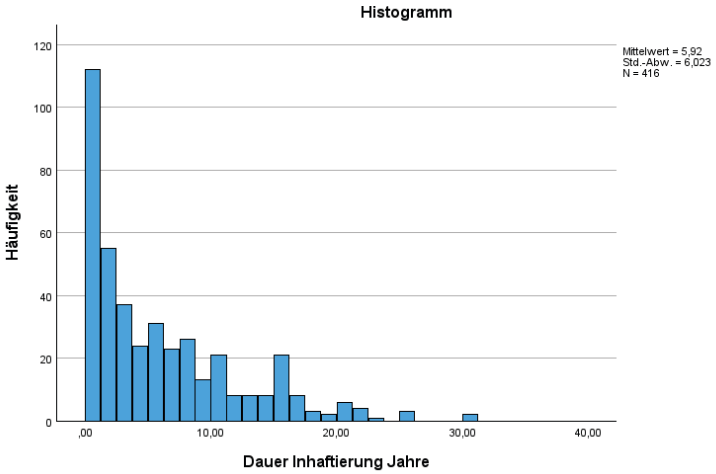


Tabelle 30: Infektionserkrankungen bei Personen mit und ohne Hafterfahrung im Vergleich

	Befragte ohne Hafterfahrung (n=82)		Befragte mit Hafterfahrung (n=381)	
	n	**%**	**n**	**%**
Hepatitis-C-positiv	27	32,9	149	39,1
HIV-positiv	1	1,2%	24	6,3

Zu 4.2

Tabelle 31: Konsumfrequenz Kokain und Heroin

	n	**M (SD)**
Kokain		
Inhalativ (Crack)	358	9,5 (12,9)
Intravenös	78	5,3 (7,7)
Heroin		
Inhalativ	175	5,8 (7,3)
Intravenös	66	4,3 (6,5)

Tabelle 32: Übersicht polyvalenter Konsum in den letzten 30 Tagen – Korrelationen

		Alkohol	Cannabis	Heroin (spritzen)	Heroin (rauchen)	Kokain (intravenös)	Kokain (rauchen)
Alkohol	Pearson-Korrelation	1	,214**	-,024	-,060	-,019	,031
	N	503	490	473	475	479	483
Cannabis	Pearson-Korrelation	,214**	1	-,011	-,084	,030	-,036
	N	490	499	471	476	476	481
Heroin (spritzen)	Pearson-Korrelation	-,024	-,011	1	-,053	,589**	-,025
	N	473	471	475	468	474	470
Heroin (rauchen)	Pearson-Korrelation	-,060	-,084	-,053	1	-,164**	,162**
	N	475	476	468	482	472	478
Kokain (intravenös)	Pearson-Korrelation	-,019	,030	,589**	-,164**	1	-,006
	N	479	476	474	472	484	475
Kokain (rauchen)	Pearson-Korrelation	,031	-,036	-,025	,162**	-,006	1
	N	483	481	470	478	475	490
Amphetamine	Pearson-Korrelation	,183**	,256**	-,018	-,028	-,014	,027
	N	470	466	463	467	467	468
Methamphetamine	Pearson-Korrelation	,038	,142**	,078	,055	,004	-,001
	N	468	466	463	467	467	468
Benzodiazepine	Pearson-Korrelation	,286**	,209**	,047	-,046	,156**	,105*
	N	476	472	468	472	473	473
Pregabalin	Pearson-Korrelation	,165**	,195**	,031	-,015	,109*	,117*
	N	468	466	462	466	466	467
Nicht verschriebenes Methadon, Polamidon oder Buprenorphin	Pearson-Korrelation	,043	,077	,188**	,123**	,184**	,123**
	N	472	468	465	468	469	471
Fentanyl-Pflaster (aufgekocht oder geraucht)	Pearson-Korrelation	,018	,112*	,190**	,107*	,184**	,101*
	N	469	466	464	468	468	469
Weitere Substanzen	Pearson-Korrelation	,035	,174**	-,010	-,084	,068	-,039
	N	468	464	460	462	464	463

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Ampheta-mine	Methamphe-tamine	Benzo-diazepine	Pregabalin	Nicht verschriebe-nes Methadon, Polamidon oder Buprenorphin	Fentanyl-Pflaster (aufgekocht oder geraucht)	Weitere Substanzen
,183**	,038	,286**	,165**	,043	,018	,035
470	468	476	468	472	469	468
,256**	,142**	,209**	,195**	,077	,112*	,174**
466	466	472	466	468	466	464
-,018	,078	,047	,031	,188**	,190**	-,010
463	463	468	462	465	464	460
-,028	,055	-,046	-,015	,123**	,107*	-,084
467	467	472	466	468	468	462
-,014	,004	,156**	,109*	,184**	,184**	,068
467	467	473	466	469	468	464
,027	-,001	,105*	,117*	,123**	,101*	-,039
468	468	473	467	471	469	463
1	,205**	,130**	,111*	,036	,152**	,218**
472	466	467	463	463	464	461
,205**	1	,018	,011	,060	,183**	,073
466	469	468	463	464	465	458
,130**	,018	1	,469**	,193**	,242**	,067
467	468	477	468	469	468	462
,111*	,011	,469**	1	,125**	,202**	,137**
463	463	468	469	463	463	456
,036	,060	,193**	,125**	1	,287**	,050
463	464	469	463	473	469	461
,152**	,183**	,242**	,202**	,287**	1	,085
464	465	468	463	469	470	462
,218**	,073	,067	,137**	,050	,085	1
461	458	462	456	461	462	471

Tabelle 33: Orte des Substanzkonsum

(Mehrfachnennungen möglich)

	n	%
Draußen	342	65,1
Zu Hause/Privat	215	41,0
In öffentlichen Gebäuden	138	26,3
Drogenkonsumraum	165	31,4
Anderer Ort	15	2,9

Tabelle 34: Vergleich Konsument:innen mit häufigem und seltenem Crack-Konsum, ausgewählte Merkmale

(Die Zahl der antwortenden Personen unterscheidet sich je nach Frage; Abweichungen von 100 % in den Aufsummierungen Rundungseffekte)

	Befragte mit häufigem Crack-Konsum		Befragte mit geringem/ohne Crack-Konsum	
	n	%	n	%
Wohnsituation				
Eigene Wohnung	173	30,9	89	42,4
Wohnprojekt	25	7,9	25	11,9
Notschlafstelle	54	11,4	27	12,9
Draußen	82	26,0	34	16,9
Einkommen				
Bürgergeld/Grundsicherung	222	70,5	156	74,3
Keine regulären Einkommen	69	21,9	31	14,8
Unterstützung Familie/Freund:innen	84	26,7	43	20,5
Betteln	78	24,8	47	22,4
Diebstahl	84	26,7	20	9,5
Dealen	72	22,9	28	13,3
30-Tage-Prävalenzen				
Kokain intravenös	53	16,8	44	21,0
Heroin intravenös	45	15,1	32	18,2
Heroin inhalativ	140	45,8	49	27,8
Gesundheit				
Nicht krankenversichert	60	19,0	19	13,3
Nicht in Substitutionsbehandlung	140	44,4	78	37,7
Kein HIV-Text	36	11,7	18	8,7
Kein HEP-C-Test	31	10,0	16	7,7
Aufenthalt				
Deutsche Nationalität	162	66,0	208	77,4
Gesicherter Aufenthalt	71	22,6	25	11,9
Unsicherer Aufenthalt	36	11,4	23	10,9

Abbildung 9: Verteilung Dauer Crack-Konsum (in Jahren)

(Mehrfachnennungen möglich)

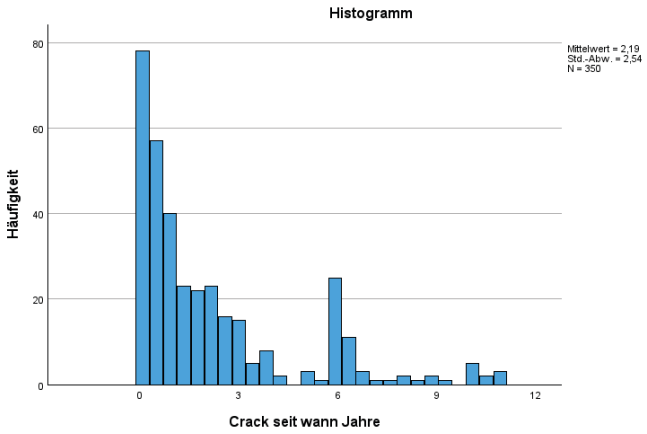


Tabelle 35: Aussagen zum Crack-Konsum

(n=338)		0 (stimme nicht zu)	1	2	3	4	5 (stimme ganz zu)
„Ich konsumiere so viel Crack, wie ich bekommen kann“	n	52	36	34	14	26	176
	%	15,4	10,7	10,1	4,1	7,7	52,1
„Ich versuche, den Crack-Konsum auf wenige Konsumeinheiten am Tag zu begrenzen“	n	95	31	30	26	33	123
	%	28,1	9,2	8,9	7,7	9,8	36,4
„Ich mache regelmäßig Crack-Konsum-pausen von mehreren Tagen im Monat“	n	94	35	17	14	35	144
	%	27,7	10,3	5	4,1	10,3	42,5
„Ich mache Regelmäßig Crack-Konsum-pausen von einer oder mehreren Wochen im Monat“	n	154	50	16	18	18	82
	%	45,6	14,8	4,7	5,3	5,3	24,3

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Zu 5

Tabelle 36: Konsumorte in Düsseldorf

(Mehrfachnennungen möglich)

	n	%
Draußen	144	70,6
Zu Hause/Privat	85	41,7
In öffentlichen Gebäuden	48	23,5
Drogenkonsumraum	60	29,4
Anderer Ort	4	2,0

Tabelle 37: Konsumorte in Essen

(Mehrfachnennungen möglich)

	n	%
Draußen	46	41,8
Zu Hause/Privat	55	50,0
In öffentlichen Gebäuden	34	30,9
Drogenkonsumraum	21	19,1
Anderer Ort	4	3,6

Tabelle 38: Konsumorte in Köln

(Mehrfachnennungen möglich)

	n	%
Draußen	82	68,3
Zu Hause/Privat	35	29,2
In öffentlichen Gebäuden	34	28,3
Drogenkonsumraum	57	47,5
Anderer Ort	4	3,3

Tabelle 39: Konsumorte in Münster

(Mehrfachnennungen möglich)

	n	%
Draußen	70	76,9
Zu Hause/Privat	40	44,0
In öffentlichen Gebäuden	22	24,2
Drogenkonsumraum	27	29,7
Anderer Ort	3	3,3

Tabelle 40: Häufigkeit Nutzung Hilfesystem Düsseldorf

Nutzung des Hilfesystems im letzten Monat	Nie		Seltener als einmal im Monat		Einmal oder mehrmals im Monat		Einmal oder mehrmals in der Woche		Täglich	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Essensausgabe	42	22,3	8	4,3	30	16,0	48	25,5	60	31,9
Kontaktladen	40	20,2	8	4,0	25	12,6	48	24,2	77	38,9
Unterkunft/Notschlafstelle	115	61,5	5	2,7	4	2,1	10	5,3	53	28,3
Drogenkonsumraum	110	57,6	18	9,4	11	5,8	30	15,7	22	11,5
Spritzentausch/Konsumutensilien	117	62,2	11	5,9	20	10,6	13	6,9	27	14,4
Beratungsgespräche	102	54,0	14	7,4	31	16,4	37	19,6	5	2,6
Streetwork	53	28,0	16	8,5	45	23,8	51	27,0	24	12,7
Medizinische Behandlung	120	61,9	14	7,2	26	13,4	12	6,2	22	11,3
Arbeitsprojekte	174	92,6	2	1,1	1	0,5	4	2,1	7	3,7
Rechtsberatung	163	87,2	14	7,5	7	3,7	3	1,6	/	/

Tabelle 41: Häufigkeit Nutzung Hilfesystem Essen

Nutzung des Hilfesystems im letzten Monat	Nie		Seltener als einmal im Monat		Einmal oder mehrmals im Monat		Einmal oder mehrmals in der Woche		Täglich	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Essensausgabe	41	37,3	5	4,5	8	7,3	30	27,3	26	23,6
Kontaktladen	40	36,7	6	5,5	8	7,3	21	19,3	34	31,2
Unterkunft/Notschlafstelle	90	83,3	7	6,5	2	1,9	3	2,8	6	5,6
Drogenkonsumraum	76	69,7	11	10,1	10	9,2	4	3,7	8	7,3
Spritzentausch/Konsumutensilien	81	73,6	8	7,3	10	9,1	5	4,5	6	5,5
Beratungsgespräche	45	40,9	18	16,4	25	22,7	19	17,3	3	2,7
Streetwork	62	56,4	15	13,6	18	16,4	12	10,9	3	2,7
Medizinische Behandlung	77	70,0	18	16,4	7	6,4	5	4,5	3	2,7
Arbeitsprojekte	95	86,4	1	0,9	1	0,9	3	2,7	10	9,1
Rechtsberatung	99	90,0	7	6,4	1	0,9	3	2,7	/	/

Tabelle 42: Häufigkeit Nutzung Hilfesystem Köln

Nutzung des Hilfesystems im letzten Monat	Nie		Seltener als einmal im Monat		Einmal oder mehrmals im Monat		Einmal oder mehrmals in der Woche		Täglich	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Essensausgabe	28	23,5	15	12,6	15	12,6	36	30,3	25	21,0
Kontaktladen	38	32,2	13	11,0	20	16,9	33	28,0	14	11,9
Unterkunft/Notschlafstelle	80	67,8	5	4,2	7	5,9	8	6,8	18	15,3
Drogenkonsumraum	38	31,9	8	6,7	12	10,1	23	19,3	38	31,9
Spritzentausch/Konsumutensilien	44	37,0	6	5,0	7	5,9	17	14,3	45	37,8
Beratungsgespräche	44	37,0	22	18,5	23	19,3	25	21,0	5	4,2
Streetwork	34	28,6	33	27,7	29	24,4	20	16,8	3	2,5
Medizinische Behandlung	48	40,3	32	26,9	19	16,0	6	5,0	14	11,8
Arbeitsprojekte	112	94,1	4	3,4	/	/	1	0,8	2	1,7
Rechtsberatung	105	88,2	11	9,2	3	2,5	/	/	/	/

Tabelle 43: Häufigkeit Nutzung Hilfesystem Münster

Nutzung des Hilfesystems im letzten Monat	Nie		Seltener als einmal im Monat		Einmal oder mehrmals im Monat		Einmal oder mehrmals in der Woche		Täglich	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Essensausgabe	14	15,6	5	5,6	11	12,2	33	36,7	27	30,0
Kontaktladen	2	2,2	7	7,7	6	6,6	42	46,2	2	37,4
Unterkunft/Notschlafstelle	64	71,1	1	1,1	1	1,1	5	5,6	19	21,1
Drogenkonsumraum	46	51,1	7	7,8	6	6,7	19	21,1	12	13,3
Spritzentausch/Konsumutensilien	58	64,4	4	4,4	8	8,9	11	12,2	9	10,0
Beratungsgespräche	34	37,8	15	16,7	19	21,1	22	24,4	/	/
Streetwork	81	90,0	3	3,3	4	4,4	1	1,1	1	1,1
Medizinische Behandlung	67	74,4	10	11,1	7	7,8	5	5,6	1	1,1
Arbeitsprojekte	80	88,9	4	4,4	1	1,1	2	2,2	3	3,3
Rechtsberatung	71	78,9	14	15,6	3	3,3	2	2,2	/	/

Autor:innenhinweise

Daniel Deimel, Dr., Dipl. Sozialarbeiter, M.Sc., Professor für Gesundheitsförderung und Prävention (HTA-Forschungsprofessur) an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Technischen Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm. Forschungsschwerpunkte: Suchtforschung, sozialwissenschaftliche HIV/AIDS-Forschung sowie die psychische Gesundheit von marginalisierten Gruppen.

Kontakt: daniel.deimel@th-nuernberg.de

Lucas Ferl, M.A. Soziologie, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für allgemeine Soziologie an der Bergischen Universität Wuppertal, hat seine Forschungsschwerpunkte im Bereich räumlicher Kontexte von Sicherheit und subjektivem Sicherheitsempfinden.

Kontakt: lucas.ferl@yahoo.de

Christoph Gille, Dr., Dipl. Sozialarbeiter, Professor für Soziale Arbeit in Kontexten von Armut und Ausgrenzung an der Hochschule Düsseldorf, arbeitet zu prekarisierten Lebenslagen, zu Sozialpolitik und Sozialer Arbeit und zur Wohlfahrtsproduktion von unten.

Kontakt: christoph.gille@hs-duesseldorf.de

Anna Mühlen, M.A. Soziale Arbeit, wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Deutsch-Europäischen Forum für Urbane Sicherheit e. V., arbeitet und forscht zu den Themen Sozialpsychiatrie und Harm Reduction.

Kontakt: muehlen@defus.de

Anne van Rießen, Dr., Professorin Methoden Sozialer Arbeit an der Hochschule Düsseldorf, arbeitet und forscht zu den Themen Partizipation und Demokratisierung Sozialer Arbeit, Nutzer:innenforschung und Sozialraumbezogene Soziale Arbeit.

Kontakt: anne.van_riessen@hs-duesseldorf.de

Hayal Schmitz, studentische Mitarbeiterin am Forschungsschwerpunkt Nutzen Sozialraum Teilhabe der Hochschule Düsseldorf und in Einrichtungen der niederschwelligen Wohnungslosen- und Drogenhilfe in Düsseldorf.

Kontakt: hayal.schmitz@hs-duesseldorf.de.

Lisa Scholten, M.A. Soziologie, B.A. Soz.Arb./Soz.Päd., wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Düsseldorf, arbeitet und forscht zu den Themen Sozialraumbezogene Soziale Arbeit und Interdisziplinarität.

Kontakt: lisa.scholten@hs-duesseldorf.de.

Alle Bände der Reihe Nutzer:innen- und Sozialraumforschung im Kontext Sozialer Arbeit finden Sie hier:

https://opus4.kobv.de/opus4-hs-duesseldorf/solrsearch/index/search/searchtype/series/id/25.

Offene Drogenszenen sind Orte, an denen Konsument:innen von Drogen wie Heroin und Crack ihren Alltag organisieren und ihr Überleben sicherstellen. Gleichzeitig stellen sie ein Risikoumfeld für drogenbedingte Schädigungen dar.

Der Bericht gibt erstmals einen empirisch fundierten Einblick in die Lebenslagen von über 500 Menschen in den offenen Drogenszenen in vier Städten in NRW. Er weist u. a. nach, dass viele Menschen von massiven sozialen Ausschlüssen betroffen sind, dass Crack zur am meisten konsumierten Substanz geworden ist und dass Unterstützungsangebote – wo sie bestehen – dazu beitragen, die Lebenslagen zu stabilisieren und zu verbessern.

Für Verantwortliche in Kommunal- und Landespolitik, für Fachleute in der Suchthilfe und Sozialpsychiatrie sowie die interessierte Öffentlichkeit ist der Bericht eine Grundlage zum Verständnis der Lebenssituation und gibt Empfehlungen zur Weiterentwicklung einer humanen und nachhaltigen Drogenpolitik.