

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

12. Jahrgang

Heft 3•2023



Themenschwerpunkt:

CRACK

auf dem Vormarsch?!
Konsequenzen für Drogenhilfe und Kommunen

Impressum

Wissenschaftliche Herausgeber

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum

m.poltrum@philosophiepraxis.com

Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl · alfred.uhl@goeg.at

Univ.-Lektor Dr. Wolfgang Beiglboeck

wolfgang.beiglboeck@meduniwien.ac.at

Dr. Artur Schroers

artur.schroers@stadt-frankfurt.de

Prof. Dr. Heino Stöver · hstoeve@fb4.fra-uas.de

Dr. Ingo Ilja Michels · ingoijamichels@gmail.com

Wissenschaftlicher Consultant

Dr. Martin Tauss · mtauss@kabelplus.at

Herausgebende Institution

Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien,
Fakultät für Psychotherapiewissenschaft,
Institut für Verhaltenssuchte

Chefredakteur

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum

m.poltrum@philosophiepraxis.com

Redakteure

Dr. Thomas Ballhausen · t.ballhausen@gmail.com

Mag. Irene Schmutterer · irene.schmutterer@goeg.at

Bildredaktion

Sonja Bachmayer · ikarus711@hotmail.com

Verlag

PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich

Telefon +49 (0)5484 308

pabst@pabst-publishers.com

www.pabst-publishers.com

www.psychologie-aktuell.com

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst · wp@pabst-publishers.com

Administration

Karin Moenninghoff

moenninghoff@pabst-publishers.com

Herstellung

Bernhard Mündel · muendel@pabst-publishers.com

Urheber- und Verlagsrechte

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

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patentschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgeschickt.

Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro, Ausland 50,- Euro;

Einzelausgabe: 15,- Euro.

Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07 · BIC: DRESDEFF265

Bestellservice:

moenninghoff@pabst-publishers.com

Telefon +49 (0)5484 97234

Bezugsbedingungen: Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Umschlagbild: © Sonja Bachmayer

Druck: booksfactory.de

ISSN 2190-443X

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

12. Jahrgang · Heft 3-2023

Themenschwerpunkt:

Crack auf dem Vormarsch?! Konsequenzen für Kommunen und Drogenhilfe

GastherausgeberInnen:

Ingo Ilja Michels, Artur Schroers, Heino Stöver & Larissa Hornig

Inhalt

- 3 Vorwort
Ingo Ilja Michels, Artur Schroers, Heino Stöver & Larissa Hornig
- 5 Grußwort des Beauftragten für Drogen- und Suchtfragen
der Bundesregierung Burkhard Blienert
- 7 Grußwort des Stadtrates Stefan Majer, Dezernent für Mobilität
und Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main
- 9 Der Frankfurter Weg der Drogenpolitik – reloaded
F. Artur Schroers & Oliver Müller-Maar
- 23 Crack- und Kokainkonsum und Marktentwicklungen in Deutschland
und Europa – Ergebnisse einer Trendspotteruntersuchung des National
Early Warning Systems (NEWS)
Esther Neumeier & Regina Kühnl
- 30 Pharmakologische Behandlungsansätze bei Crack-/Kokainabhängigkeit
Carlo Cafilisch
- 33 Mögliche Behandlungsansätze bei Crackabhängigkeit
Thomas Peschel
- 39 Psychiatrische Diagnostik und Behandlung einer Crack-/
Kokainabhängigkeit
Peter Strate
- 41 Bildstrecke: „Alterlaa“
Sonja Bachmayer
- 50 Drogenselbsthilfe als wichtiger Hinweisgeber für Veränderungen
im Drogenmarkt
Dirk Schäffer
- 53 „Warum oder wieso, das weiß eigentlich keiner“.
Eine qualitative Studie zum Crackkonsum in Frankfurt
Bernd Werse, Lukas Sarvari & Jennifer Martens
- 64 Treatment of crack-cocaine dependence in the Netherlands
Peter Blanken

- 70 Crack – eine Herausforderung für die großstädtische Suchthilfe
und Suchtmedizin. Hier: Hannover
Sylvia Bruns & Frank Woike
- 76 Crackkonsum und Hilfsangebote in Hamburg.
Situationsbeschreibung und Herausforderungen aus Sicht der Verwaltung
Daniel Kiefer
- 83 Bildstrecke: „flowers“
Sonja Bachmayer
- 91 Crackkonsum in der Bahnhofsszene in Bremen
Lea Albrecht
- 93 Plädoyer für ein Modellprojekt zur Behandlung von Menschen mit einer
Crackabhängigkeit mit Medizinal-Cannabis und ergänzenden Angeboten
Gabi Becker
- 101 Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crackkonsum im Kontext
der Drogen- und Suchthilfe
*Larissa Hornig unter Mitarbeit von Lea Albrecht, Gabi Becker, Daniel Deimel,
Daniel Kiefer, Urs Köthner, Felicitas Krauss et al.*

Vorwort

Ingo Ilja Michels, Artur Schroers, Heino Stöver & Larissa Hornig

In der offenen Drogenszene hat Crack (rauchbares Derivat von Kokain) seit Anfang 2000 das pulverförmige Kokain in den Städten Frankfurt am Main, Hannover und Hamburg fast vollständig verdrängt (Kemmesies, 2004). Aber auch in anderen Großstädten breitet sich seit einigen Jahren der Crackkonsum im öffentlichen Raum und unter bestimmten Konsumierenden in problematischer Weise aus. Die Auswertung der Drogenkonsumraumdokumentation im Jahr 2021 für Frankfurt ergibt, dass Heroin zwar seit 2003 die am häufigsten konsumierte Substanz ist, Crack seit jeher aber am zweithäufigsten konsumiert wird, wobei der Mischkonsum von Crack und Heroin 31 Prozent beträgt (Stöver & Förster, 2022). Im Jahr 2020 nahmen außerdem schätzungsweise 7 000 KlientInnen in Europa wegen einer Crack-Problematik eine Drogenbehandlung auf, womit sich die Zahl im Vergleich zum Jahr 2016 verdreifacht hat (EMCDDA, 2022).

Mit dem Crackkonsum einhergehend wird häufig eine rapide Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie Wesensveränderungen der Konsumierenden mit agitiert-aggressivem Verhalten benannt, die einen Beratungsprozess folglich erschweren (Kühnl et al., 2021). Der Konsum von Crack hat zwar ein hohes psychisches Suchtpotential, epidemiologische Studien zeigen allerdings auch relevante Anteile an sporadischen und/oder unterbrochenen Konsummustern mit mehr oder weniger langen Konsumpausen (Prinzleve et al., 2004), d.h. Crack führt nicht unweigerlich in exzessive, der Selbststeuerung entzogene Konsummuster. Ein großes Problem stellt allerdings der weitverbreitete polyvalente Gebrauch mehrerer psychoaktiver Substanzen neben Crack dar. Die Konsumierenden von Crack bleiben dabei jedoch in ihren Kontrollphasen ansprechbar und sind offen für Hilfeangebote.

Mehr als 100 Teilnehmende aus Politik, Drogenhilfe, Wissenschaft und Polizei kamen zur ersten Internationalen Fachtagung am 4. Oktober 2022 in die Räume der Frankfurt University of Applied Sciences. Von der Forschung

zu praktischen Entscheidungen, lautet das ambitionierte Ziel. Die Fachtagung sollte mit dem umfassenden inhaltlichen Input den Anstoß geben. Initiiert hatte die Tagung das Team von Professor Heino Stöver vom Institut für Suchtforschung (ISFF) zusammen mit den Städten Frankfurt am Main, Hamburg und Hannover. Ziel der Tagung war es, zu analysieren, was Crack so problematisch und gleichzeitig attraktiv für Konsumierende macht, wie die Droge die Szene und den Alltag der Drogenhilfe verändert und welche Medikamenten-gestützten und sozialpsychiatrischen Behandlungsansätze sowie psychosozialen Unterstützungsformen einen Lösungsansatz bieten könnten. An einem zweiten Tag erarbeitete eine kleinere Experten-Gruppe aus den beteiligten Städten konkrete Handlungsempfehlungen, die zusammen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Büro des Beauftragten des Bundes für Sucht- und Drogenpolitik, Burkhard Blienert, ausgewertet werden. Die Handlungsempfehlungen wurden im Februar 2023 (Akzept e.V., 2023) veröffentlicht und betroffenen Kommunen zur Verfügung gestellt.

In diesem Schwerpunktheft der Zeitschrift **rausch** werden die Vorträge der Fachtagung und zusätzliche Diskussionsbeiträge sowie die Handlungsempfehlungen dokumentiert, um der Thematik eine noch breitere Öffentlichkeit zu verschaffen und Überlegungen zu bündeln, wie mit dieser Problematik, die auch andere europäische Großstädte betrifft sowie schon seit Längerem Städte in den USA, Kanada und Australien, umgegangen werden kann auf fachlicher wie (kommunal-)politischer Ebene.

Literatur

- Akzept e.V. (2023). *Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe*. Berlin.
- EMCDDA. (2022). *Europäischer Drogenbericht 2022: Die Highlights* (Pressemitteilung). Lissabon: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen

und Drogensucht. https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/EDR_CDR/Highlights_EDR2022_DE.pdf – 23.02.2023.

Kemmesies, U. E. (2004). Das Ende vom Boom?!? – Crack in Frankfurt am Main. In H. Stöver & M. Prinzleve (Hrsg.), *Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote* (S. 189–200). Freiburg i. Br.: Lambertus.

Kühnl, R., Bergmann, H., Mathäus, F. et al. (2023, Feb.). *Crack Trendspotter-Update*. München: Institut für Therapieforschung (IFT). <https://mindzone.info/wp-content/uploads/2023/03/Nachbefragung-Crack-Trendspotter.pdf>

Kühnl, R., Meier, C., Prins, G. et al. (2021, Dez.). *Crack Trendspotter*. München: Institut für The-

rapieforschung (IFT). https://mindzone.info/wp-content/uploads/2023/02/Trendspotter-Crack-in-Deutschland_V2.pdf

Prinzleve, M., Martens, M. & Haasen, C. (2004). Alles nur noch Crack? Mythen und Fakten zum Crackkonsum am Beispiel der „offenen Drogenszene“ in Hamburg, Stadtteil St. Georg. In H. Stöver & M. Prinzleve (Hrsg.), *Kokain und Crack: Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote* (S. 136–142). Freiburg i. Br.: Lambertus.

Stöver, H. & Förster (2022). *Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume*. Frankfurt a. M.: Drogenreferat.



Dr. Ingo Ilja Michels

International Scientific Coordinator
SOLID Project
Institut für Suchtforschung Frankfurt
Frankfurt University of Applied Sciences
ingo.michels@fb4.fra-uas.de



Dr. F. Artur Schroers

Diplom-Pädagoge, Sozialwissenschaftler
Leiter Drogenreferat der Stadt Frankfurt
artur.schroers@stadt-frankfurt.de



Prof. Dr. Heino Stöver

Professor für Soziale Arbeit und Gesundheit
Frankfurt University of Applied Sciences
Leiter des Instituts für Suchtforschung
Frankfurt
h.stoever@fb4.fra-uas.de



Larissa Hornig

Suchttherapeutin, Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am Institut für Suchtforschung
Frankfurt
Frankfurt University of Applied Sciences
larissa.hornig@fb4.fra-uas.de

Grußwort des Beauftragten für Drogen- und Suchtfragen der Bundesregierung Burkhard Blienert

Sehr geehrter Herr Majer, sehr geehrter Herr Professor Stöver, sehr geehrter Herr Schroers, sehr geehrter Herr Woike, sehr geehrter Herr Kiefer, sehr geehrte Damen und Herren,

dies ist die erste internationale Fachtagung zum Thema „Crack in deutschen Großstädten – von der Forschung zu praktischen Entscheidungen“. Ein schwieriges Thema mit einem großen Dunkelfeld. Umso mehr freue ich mich, dass sich heute so viele Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen zusammengefunden haben, um gemeinsam die aktuelle Lage zu erörtern und Lösungen zu diskutieren.

Der Konsum von Crack schien viele Jahre ein regionales Szenephänomen in Hamburg, Frankfurt am Main und Hannover zu sein. Doch jetzt, in den zurückliegenden drei, vier Jahren häufen sich Berichte von niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen auch aus anderen deutschen Großstädten von einem zunehmenden Crackkonsum in den Heroinszenen – vor allem im Norden. Niedrigschwellige Suchtberatungsstellen stellen fest, dass die Nachfrage nach safer crack packs steigt.

In anderen Großstädten sind Crackkonsumierende im Stadtbild sichtbarer geworden. Noch handelt es sich um regionale Brennpunkte. Das heißt aber nicht, dass wir den Trend kleinreden dürfen, sondern wir müssen überlegen, wie wir dem Trend jetzt begegnen können.

Die Folgen des Crackkonsums können massiv sein: Konsumierende von Crack fallen schnell in eine Abhängigkeit. In der Folge vernachlässigen und vergessen sie ihre körperlichen Bedürfnisse.

Die meisten von Ihnen kennen wahrscheinlich Vorher-Nachher-Bilder von Schwerstabhängigen, die nicht mehr wiederzuerkennen sind, innerhalb weniger Monate um mehrere Jahre gealtert scheinen.

Cracksüchtige gefährden nicht nur im hohen Grade ihre Gesundheit, sie stellen auch die niedrigschwellige Drogenhilfe aufgrund des hohen Aggressions- und Verwahrlosungs-

potenzials vor neue, vor große Herausforderungen.

Sie wissen: Diese Bundesregierung steht für einen Paradigmenwechsel in der Drogen- und Suchtpolitik! Dazu gehören:

- die kontrollierte Abgabe von Cannabis,
- eine Stärkung der Schadensminderung – angefangen beim Drug Checking bis zum Ausbau der Substitution. Und ich sage hier ganz ausdrücklich: Für mich gehört auch der Ausbau der Diamorphinsubstitution dazu!
- Die Beschränkung des Marketings und Sponsorings bei Alkohol und Tabak,
- mehr und wirkungsvollere Prävention.

An allen diesen Themen arbeiten wir. Zu diesem Paradigmenwechsel gehört für mich aber auch, dass wir uns neuen Herausforderungen rechtzeitig und tabulos stellen – etwa beim Thema Crack. Deshalb bitte ich Sie um erste Antworten auf eine Vielzahl von Fragen:

- Woher kommt die Nachfrage nach Crack?
- Liegt es an der Verfügbarkeit?
- Wie kann man präventiv dagegenhalten?
- Was braucht es auf der Seite der Harm Reduction?
- Welche medikamentösen Eingriffsmöglichkeiten gibt es?
- Wer kann sich wie einbringen, damit Crack in Großstädten und auch sonst in Deutschland an Bedeutung verliert?

Morgen schließt sich ein internes eintägiges Arbeitstreffen von Expertinnen und Experten an, die Handlungsleitlinien zum Umgang mit Crack in Großstädten vorbereiten sollen. Das Arbeitstreffen wird vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und finanziert, mein Arbeitsstab ist ebenfalls vertreten. Ziel ist es, gleich an die Erkenntnisse und Ergebnisse des heutigen Tages anzuknüpfen. Ich möchte nicht, dass die Erkenntnisse des heutigen Tages versickern.

Gleich im Anschluss werde ich mit Herrn Majer ins Bahnhofsviertel fahren und verschie-

dene Einrichtungen besuchen, um mir ein konkreteres Bild von der Lage vor Ort in Frankfurt zu machen. Ich werde deswegen leider die Tagung nicht zu Ende verfolgen können.

Ihnen wünsche ich umso mehr eine informative und konstruktive Tagung!



© Sucht- und Drogenbeauftragter/Thomas Eckle

Burkhard Blienert

Von 2013 bis 2017 Abgeordneter des Deutschen Bundestags. Am 12. Januar 2022 wurde er auf Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) zum Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen ernannt. Blienert gilt als Verfechter einer Legalisierung von Cannabis. drogenbeauftragter@bmg.bund.de

Grußwort des Stadtrates Stefan Majer, Dezernent für Mobilität und Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main

Erste Internationale Fachtagung zu Crack in Frankfurt am Main

Dass wir mit der ersten Internationalen Fachtagung zum Umgang mit Crack im Oktober 2022 ein brandaktuelles Thema der Suchtpolitik und Drogenhilfe angesprochen haben, hat das große Interesse von Teilnehmenden, aber auch der Medien, die die Konferenz begleitet haben, gezeigt. Wir stehen in Deutschland, und vor allem in den größeren Städten, vor großen Herausforderungen und müssen in der Sucht- und Drogenpolitik wieder einmal neue Wege gehen. Die Crack-Tagung, die daraus entstandenen Handlungsempfehlungen und die vorliegende Publikation sind ein erster Schritt nach vorne.

Ein wichtiges Zeichen war die Teilnahme von Burkhardt Bliener, dem Beauftragten des Bundes für Sucht- und Drogenfragen an der Tagung. Er ist nach Frankfurt gekommen, um die Belange der Kommunen und der Drogenhilfe zu hören. Für die aktuellen Herausforderungen ist die Unterstützung der Bundesregierung ein Schlüssel, denn ähnlich wie damals in den 1990er Jahren braucht es in der Drogenpolitik heute wieder große Veränderungen insbesondere auch der rechtlichen Rahmenbedingungen auf Bundesebene.

Crack – Steine – Freebase... Seit Anfang der 1990er Jahre setzen wir uns mit Crack auseinander. Damals hat eine kleine Gruppe abseits der Drogenszene im Bahnhofsviertel damit angefangen, Kokainsalz zu Cracksteinen zu verkochen. Diese wurden dann auf offener Straße geraucht. Längst sind die „Steine“ in der gesamten Szene verbreitet und neben Heroin die meistkonsumierte Droge.

Mit verheerenden Folgen! Die Menschen verelenden, viele sind kaum noch dafür empfänglich, Hilfe anzunehmen. Die Konflikte im öffentlichen Raum eskalieren. Anwohnende, Gewerbetreibende, Passanten und TouristInnen empfinden die Situation in den betroffenen Vierteln als extrem belastend.

Zahlreiche Großstädte weltweit kämpfen seit Jahren mit den Folgen des Crackkonsums. Inzwischen breitet sich Crack auch in kleineren Städten aus. Wirksame Gegenmittel haben wir bisher nicht gefunden – zumindest keine, die sich im Rahmen der geltenden Verordnungen bewegen.

Ich bin deshalb sehr froh, dass sich die Städte Hamburg, Hannover, Bremen und Frankfurt als Veranstalterinnen der Fachtagung zusammengetan haben – der ersten dieser Art überhaupt.

Wir gehen in unseren jeweiligen Städten zwar von unterschiedlichen Rahmenbedingungen aus und beschreiten zum Teil auch unterschiedliche Wege. Aber ein zentraler Punkt eint uns:

Wir brauchen dringend praktikable Handlungsoptionen, um den Crackkonsum und seine Folgen wirksam einzudämmen und die Belastungen zu lindern. Für die Konsumierenden und für die Allgemeinheit.

Dazu müssen wir Vieles neu denken, neue Wege gehen und neue Ansätze ausprobieren. Dafür benötigen wir deutlich mehr Handlungsspielräume als bisher. Etwa um eine Behandlung mit weiteren Ersatzstoffen oder sogar eine regulierte Abgabe zu erproben. Dazu wollen wir Städte gemeinsam ein Modellprojekt zur medikamentengestützten Behandlung bei Kokain- bzw. Crackabhängigkeit auf den Weg bringen.

Wir wollen Abhängige, die neben der Substitution weitere Drogen konsumieren, auch nicht länger ausschließen müssen. Das ist destruktiv und hilft niemandem weiter.

Gleiches gilt für die vielen schwerstkranken Menschen auf der Straße, die aus unterschiedlichen Gründen keinen rechtlichen Anspruch auf Hilfen haben.

Spielräume und Rechtssicherheit brauchen wir aber ebenso, um Zugangsschwellen zu senken. Hilfeangebote für drogenkranke Menschen müssen attraktiv und vor allem er-

reichbar sein. Stichworte sind hier zum Beispiel Drug-Checking, der tolerierte Kleinhandel in Einrichtungen oder zumindest die Duldung von Handel durch die Ordnungskräfte und die Staatsanwaltschaft. Wir brauchen gelockerte Zugangsvoraussetzungen bei der ärztlich kontrollierten Heroinvergabe. Für all das sind dringend gesetzliche Änderungen auf der Bundesebene notwendig.

Auch dank der Initiative von Prof. Dr. Heino Stöver und Dr. Ingo Ilja Michels, die die Idee der Tagung entwickelt haben, hat sich mittlerweile ein deutschlandweites Netzwerk von Städten, aus der Wissenschaft, der Drogenhilfe und der Politik auf den Weg gemacht, gemeinsam Veränderungen zum Wohle der suchtkranken Menschen voranzubringen. Das vorliegende Heft ist ein wichtiger Beitrag auf diesem Weg.



Stefan Majer

Dezernent für Mobilität und Gesundheit
der Stadt Frankfurt am Main
stefan.majer@stadt-frankfurt.de

Der Frankfurter Weg der Drogenpolitik – reloaded

F. Artur Schroers & Oliver Müller-Maar

Zusammenfassung

Großstädte sind besonders und unmittelbar von Drogenproblemen betroffen und müssen damit lösungsorientiert umgehen. Die Verbreitung und intensiven Gebrauchsmuster von Crack haben eine neue Dynamik für „offene Szenebildungen“ ausgelöst und erfordern neue Antworten von Drogenpolitik und Drogenhilfe. In Frankfurt ist Crack vor Heroin inzwischen die meist verbreitete illegale Droge im Bahnhofsviertel. Dies hat die Szene nachhaltig verändert und stellt die Drogenpolitik und das Drogenhilfesystem vor neue Herausforderungen. Angebote, die bislang für Heroinabhängige gut funktioniert haben, passen nicht zur extremen Konsumdynamik von Crack und erreichen die Konsumierenden nur unzureichend. Sehr niedrigschwellige, leicht zugängliche Hilfen sind notwendig: Expressrauchräume, niedrigschwellige Rückzugsräume – auch im öffentlichen Raum – Angebote mit Tagesstruktur und alle Ansätze zur Harm Reduction sind wichtige zu entwickelnde Angebote. Es geht aber auch um das Leitziel, ein verträgliches Miteinander im öffentlichen Raum zu gewährleisten, in dem auch marginalisierte Menschen ihren Platz haben.

Schlüsselwörter: Crack, Folgen von Crack, Szenebildung, niedrigschwellige Drogenhilfeangebote, Expressrauchraum, Harm Reduction, kommunale Hilfeplanung, Drug Checking

Abstract

Large cities are particularly and directly affected by drug problems and should deal with them in a solution-oriented manner. The spread of crack has triggered a new dynamic for 'open scenes' and requires new responses from drug policy and drug help. In Frankfurt, crack is now, next to heroin, the most widespread illegal drug in the station district. This has permanently changed the scene and poses new challenges for drug policy and the drug help system. Offers that have worked well for heroin addicts until now do not match the extreme consumption dynamics of crack and only insufficiently reach the users. Very low-threshold, easily accessible services are the necessary measures: express smoking rooms, low-threshold retreat rooms – also in public spaces, offers with a daily structure and all approaches to harm reduction are important to be developed. But it is also about the main goal of ensuring a compatible coexistence in public space, in which marginalized groups also have their place.

Keywords: crack, consequences of crack, scene building, very low-threshold drug help offers, express smoking room, harm reduction, municipal aid planning, drug checking

1 Zur Situation im Bahnhofsviertel

Männer und Frauen stehen in Gruppen vor den Drogenhilfeeinrichtungen im Frankfurter Bahnhofsviertel, sitzen auf Gehwegen, rauchen, reden, drehen ihre Runden – Alltag in der Frankfurter Drogenszene. Bis zu 300 Drogenabhängige halten sich täglich im Hotspot der Szene auf, der sich auf die drei Straßenzüge Nidda-, Mosel- und Elbestraße konzentriert.

Müll, Fäkalien, unpassierbare Bürgersteige, provisorische Schlafplätze, eingerichtet mit Sperrmüll hinter Baustellen-Absperrgittern, offener Crackkonsum auf der Straße, Pöbeleien – die Situation in Frankfurts kleinstem Stadtteil hat sich seit Beginn der Corona-Pandemie dramatisch verschärft. Wegen der gebotenen Abstandsregeln und Hygienevorschriften während der Pandemie musste die Zahl der Plätze in den vier Konsumräumen in der Stadt

zeitweise fast halbiert werden. Auch Aufenthaltsorte wie das Nachtcafé in der Moselstraße mussten die Zahl der Gäste phasenweise auf etwa ein Drittel reduzieren.

Viele Drogenabhängige haben in der Folge ihr Leben auf die Straße verlagert und sind seither nur noch schwer zu motivieren, Hilfe anzunehmen und in die Einrichtungen zu gehen. Mit allen negativen Begleiterscheinungen: Die Konflikte im öffentlichen Raum werden härter, AnwohnerInnen und Geschäftsleute beklagen sich über unhaltbare Zustände.

Die Pandemie hat die komplexen Konfliktlagen im Bahnhofsviertel zwar verschärft, aber auch deutlicher sichtbar gemacht: Wie kein anderes Quartier in der Stadt ist das Bahnhofsviertel seit Jahren rasanten Veränderungen und Belastungen ausgesetzt. Stichworte dafür sind: Gentrifizierung, neue Partyszenen, Baustellen und enger werdende Räume, die die Konflikte zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Milieus verschärfen. Im Bahnhofsviertel treffen alle auf engstem Raum zusammen: Prostituierte, aggressive Freier, Trinkgruppen vor Kiosken, die junge Ausgehenszene, Angestellte und Geschäftsleute, Touristen und Drogenabhängige. Die Drogenproblematik ist vielleicht die augenfälligste, aber nicht die einzige, die die konfliktträchtige Lage erklärt (Janke & Häfner, 2018, S. 179–206).

Auch die Drogenszene hat sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Anders als noch in den 1990er Jahren sind die Gruppen, die sich im Bahnhofsviertel aufhalten, sehr heterogen. Langjährige und teils pflegebedürftige Drogenabhängige mit schweren psychischen Erkrankungen gehören dazu, europäische ausländische Abhängige ohne rechtlichen Anspruch auf Hilfen, Geflüchtete, die unter schweren Traumata und Fluchterfahrungen (Zurhold & Kuhn, 2018, S. 323–329) leiden, sowie Haftentlassene. Nahezu alle konsumieren polyvalent, leiden unter multiplen Problemlagen, viele sind in sehr schlechter physischer und psychischer Verfassung, etwa die Hälfte der Abhängigen sind faktisch obdachlos, ein Großteil von ihnen ist nicht krankenversichert, und durch das Leben auf der Straße verschlechtert sich ihre Lebenslage zusehends (Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main, 2020).

2 Daten aus Untersuchungen im Frankfurter Bahnhofsviertel

2.1 Szenestudie und Konsumraumdokumentation

Das Drogenreferat hat ein sehr genaues und ständig aktualisiertes Bild der Frankfurter Drogenszene. Welche Menschengruppen halten sich im Bahnhofsviertel auf? Woher kommen sie, wie alt sind sie, wo leben sie und wie bestreiten sie ihren Lebensunterhalt? Wie lange nehmen sie bereits Drogen, welche Substanzen konsumieren sie und in welcher Form? Welche Hilfseinrichtungen in Kooperation und mit finanzieller Förderung des Drogenreferats nutzen sie und wie intensiv?

Diese und mehr Fragen werden regelmäßig wissenschaftlich untersucht. 1995 hat Dr. U. Kemmesies (Goethe-Universität, Frankfurt) im Auftrag des Drogenreferats die erste Szenebefragung durchgeführt. Seit 2002 geschieht dies durch das *Centre for Drug Research* der Goethe-Universität im zweijährigen Rhythmus im Auftrag des Drogenreferats (Werse & Kamphausen, 2023).

Die Szenebefragung ist ein Modul des *Monitoring-Systems Drogentrends*, das vom Drogenreferat der Stadt Frankfurt gefördert wird. Im Rahmen der Befragung werden jeweils 150 Konsumierende „harter Drogen“ der Drogenszene befragt.

Die Szenestudie ist nicht repräsentativ, gewährt aber wichtige Einblicke in die Frankfurter Drogenszene. Sie fokussiert auf einen spezifischen, im öffentlichen Bewusstsein jedoch sehr präsenten Ausschnitt des Drogenkonsums (ebd.).

Seit 2003 wird außerdem jeder Konsumvorgang in den vier Drogenkonsumräumen in Frankfurt am Main mit dem einheitlichen System Kontext dokumentiert. Das *Institut für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences (ISFF)* wertet die aktuellen Daten im Auftrag des Drogenreferats jährlich aus.

2.2 Entwicklung der Kokain- und Cracksituation in Frankfurt am Main

Ein zentrales Problem in Frankfurt ist die Verbreitung von Crack, mit seiner einhergehenden Konsumdynamik im öffentlichen Raum des Bahnhofsviertels (BHV). Crack ist inzwischen die am meisten verbreitete illegale Droge auf der Szene im Frankfurter BHV.

Die folgenden Auszüge aus der Szenestudie (aktuell: Kamphaus & Werse, 2022) sowie der Konsumraumdokumentation (aktuell: Förster

		1995	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	Sig.
24-Stunden	Heroin	85	58	59	63	71	66	68	63	67	63	60	32	***
	Kokain	79	9	4	16	11	7	11	11	11	13	20	17	***
	Crack	3	79	62	65	59	64	75	83	84	81	87	77	***

Tabelle 1

24-Stunden-Prävalenzraten (%) von Heroin, Kokain und Crack nach Jahr der Befragung (Werse & Kamphausen, 2023)

& Stöver, 2022) geben einen kurzen Überblick: Der Konsum von Crack ist nicht auf die offene Drogenszene beschränkt, sondern findet auch in anderen Gruppen statt – wenngleich deutlich seltener. Das Spektrum reicht von Substituierten über desintegrierte Jugendliche und minderjährige Prostituierte bis zu sozial integrierten KonsumentInnen (Degkwitz & Verthein, 2000).

Exzessiver Crackkonsum mit den entsprechenden Begleit- und Folgeproblemen wird jedoch vor allem in der Nähe von oder direkt auf der offenen Drogenszene sichtbar. Diese sind in Deutschland bislang vordringlich in Frankfurt am Main, Hamburg und Hannover zu einem bedeutsamen Problem geworden (a.a.O.).

2.3 Entwicklung der Prävalenzen

Laut der oben genannten Szenestudie war Kokain im Jahr 1995 in der Frankfurter offenen Drogenszene weit verbreitet. Während die 24-Stundenprävalenz von Heroin bei 85 Prozent lag, belief sie sich bei Kokain auf 79 Prozent (Kemmesies, 1995). Somit hatte sich das Kokainpulver Mitte der 1990 Jahre zu der am zweithäufigsten konsumierten Droge der Szene entwickelt.

Anfang der 1990er Jahre etablierte sich in unmittelbarer Nähe zur Drogenszene im BHV eine kleine Gruppe von CrackkonsumentInnen, die zunächst deutlich von der restlichen Drogenszene abgrenzbar war. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre vermischten sich die Gruppen und damit einhergehend veränderten sich auch die Konsummuster in der etablierten Drogenszene (Werse et al., 2007). Laut der Szenestudie 2002 lag der Wert für die 24-Stunden-Prävalenz für Crack bei 79 Prozent, der Wert entsprach damit exakt dem Wert, der sieben Jahre zuvor für Pulverkokaïn ermittelt wurde (Kemmesies, 2002).

Die Entwicklung der 24-Stunden-Prävalenz beim Heroinkonsum stellt sich in diesem Zeitraum gegenläufig zum Crackkonsum dar: sie verringerte sich von 85 Prozent im Jahr 1995 auf 58 Prozent im Jahr 2002. Nach einem Anstieg auf 71 Prozent im Jahr 2008 sinkt der Wert wieder und beträgt 2022 insgesamt 32 Prozent, was

gegenüber dem Vorjahr fast eine Halbierung bedeutet.

Extreme Veränderungen zeigen sich bei Pulverkokaïn und Crack: Während die 24-Stunden-Prävalenz von Pulverkokaïn zwischen 1995 und 2002 deutlich zurückgegangen ist, hat Crack im selben Maß an Bedeutung gewonnen. Seit 2008 steigt die 24-Stunden-Prävalenz an und erreicht mit 87 Prozent im Jahr 2020 den höchsten Wert. Im Jahr 2022 ist der Wert wieder auf 77 Prozent gesunken (vgl. Tabelle 1).

2.4 Entwicklung der Applikationsformen

Bei Heroin lässt sich seit 2002 eine insgesamt signifikant rückläufige Tendenz beim intravenösen Konsum feststellen. 2022 wird, wie in 2016 mit 52 Prozent der KonsumentInnen, die Heroin überwiegend oder ausschließlich injizieren, der niedrigste Wert aller Befragungen erreicht (vgl. Tabelle 2). Parallel zu dieser Entwicklung hat sich der Anteil derjenigen, die Heroin nasal konsumieren, von drei Prozent auf 21 Prozent erhöht. Der Rauchkonsum hat sich nach dem Höchstwert 2020 (19 %) wieder auf 13 Prozent verringert.

Auch die Applikationsformen von Kokain haben sich signifikant verändert: Während der Spritzkonsum zwischen 2002 bis 2004 deutlich angestiegen und der nasale Gebrauch klar zurückgegangen ist, findet seit 2012 wieder ein deutlicher Rückgang des intravenösen und ein Anstieg des nasalen Konsums statt.

Seit 2006 haben sich auch die Applikationsformen beim Konsum von Crack geändert: während eine rückläufige Tendenz beim intravenösen Konsum festzustellen ist, steigt der Anteil derer, die Crack rauchen, kontinuierlich an und erreicht 2022 den höchsten Wert der Befragungen (Kamphaus & Werse, 2020).

Die Veränderungen der Applikationsformen sind eventuell auch im Zusammenhang mit Kampagnen wie SMOKE-IT! zu sehen, die aus Gründen der Schadensminderung auf Veränderung der Drogenapplikationsform von intravenös zu inhalativ abzielen (Stöver & Schäfer, 2014).

	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	Sig.
Heroin (n)	(98)	(99)	(108)	(113)	(116)	(99)	(110)	(113)	(111)	(102)	(105)	(67)	***
Intravenös	93	90	84	84	87	81	74	58	52	59	60	52	
Nasal	3	7	9	10	9	12	15	18	31	17	16	21	
Rauchen	4	3	3	4	2	3	5	9	11	10	19	13	
Kokain (n)	(18)	(12)	(12)	(37)	(32)	(14)	(46)	(34)	(35)	(39)	(53)	(42)	***
Intravenös	72	83	100	89	94	93	72	68	54	38	51	17	
Nasal	17	17	0	8	6	0	24	26	31	23	31	45	
Rauchen	11	0	0	3	0	0	0	0	9	8	15	10	
Crack (n)	(125)	(130)	(125)	(115)	(104)	(108)	(125)	(149)	(129)	(134)	(174)	(126)	***
ausschließlich rauchen	29	38	39	37	34	31	39	46	57	49	50	73	
ausschließlich intravenös	23	12	12	33	29	21	18	14	16	8	4	3	

Tabelle 2

Applikationsformen von Heroin, Kokain und Crack (in %, bezogen auf diejenigen mit Konsum) nach Jahr der Befragung (Werse & Kamphausen, 2023)

2.5 Entwicklung der Zahlen der KonsumraumnutzerInnen und Konsumvorgänge

Die Anzahl der KonsumentInnen, die einen Konsumraum nutzen, ist von 2004 bis 2012 kontinuierlich gestiegen (siehe Abbildung 1). Seit 2017 sinkt die Anzahl kontinuierlich auf zuletzt 3 192 Personen im Jahr 2021 (Förster & Stöver, 2022).

Die Anzahl der Konsumvorgänge ist bis 2010 kontinuierlich gestiegen, seit 2011 ist die Tendenz rückläufig (siehe Abbildung 2). Der sprunghafte Rückgang ab 2020 ist möglicherweise auf Corona und damit verbundene Einschränkungen der Angebote zurückzuführen.

2.6 Drogenkonsummuster

In den Frankfurter Konsumräumen sind Heroin und Crack die am häufigsten konsumierten Substanzen (siehe Abbildung 3). Bei 78 Prozent der Konsumvorgänge wurde Heroin allein oder

in Kombination mit Crack injiziert. Bei 50 Prozent der Konsumvorgänge wurde Crack allein oder in Kombination mit Heroin konsumiert.

Seit 2009 steigt der Monokonsum von Crack in den Konsumräumen wieder an, erreicht aber nicht den Wert aus 2003. Der Monokonsum von Heroin verliert 2013 und 2014 an Bedeutung, steigt in den Folgejahren aber wieder an.

Der Mischkonsum von Crack und Heroin hat nach 2011 an Bedeutung gewonnen, erreicht 2014 sein Maximum und ist dann wieder rückläufig (siehe Abbildung 3).

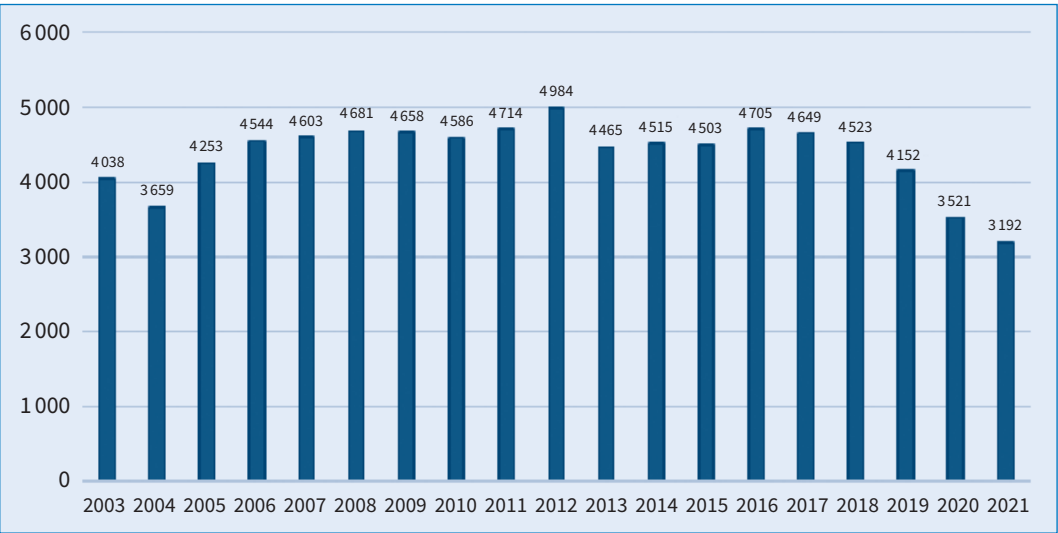
2.7 Applikationsformen in den Konsumräumen

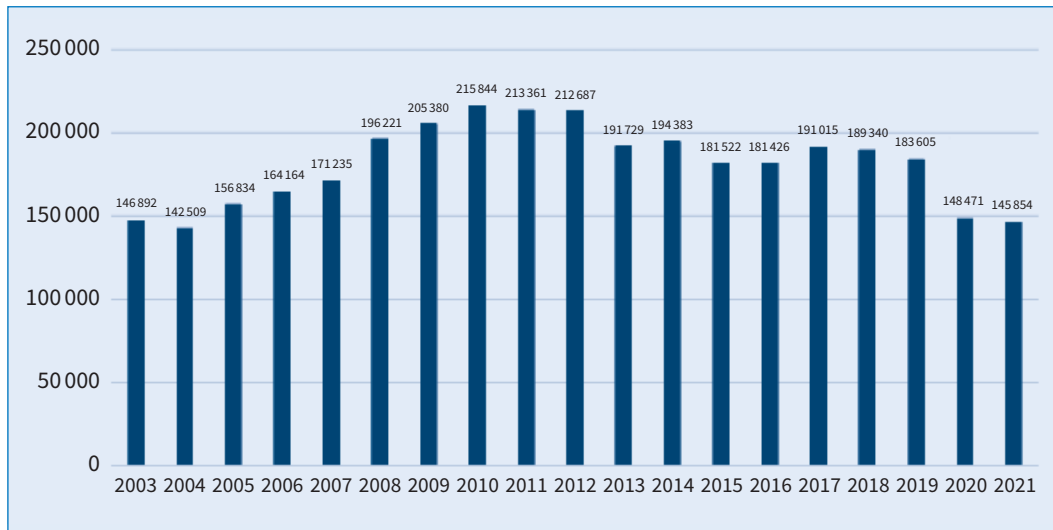
Seit 2010 ist in den Konsumräumen der nicht-intravenöse, das heißt der nasale und Rauch-Konsum kontinuierlich angestiegen. Lag er 2010 bei drei Prozent, waren es 2021 26 Prozent (siehe Abbildung 4).

Da die Plätze für den inhalativen Konsum gut angenommen wurden, sind diese sukzes-

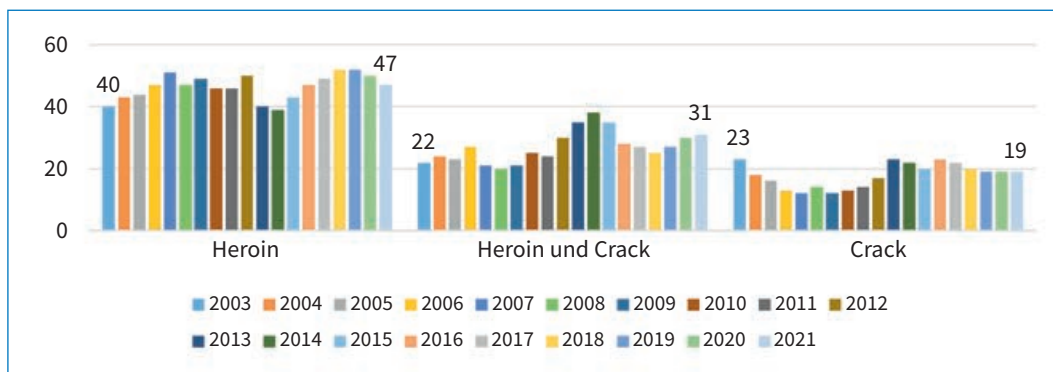
Abbildung 1

Anzahl der KonsumraumnutzerInnen 2003 bis 2021 (Förster & Stöver, 2022)



**Abbildung 2**

Anzahl der Konsumvorgänge
2003–2021 (Förster & Stöver,
2022)

**Abbildung 3**

Ausgewählte Konsummuster
(i.v.) 2003–2021 (in %; Förster
& Stöver, 2022)

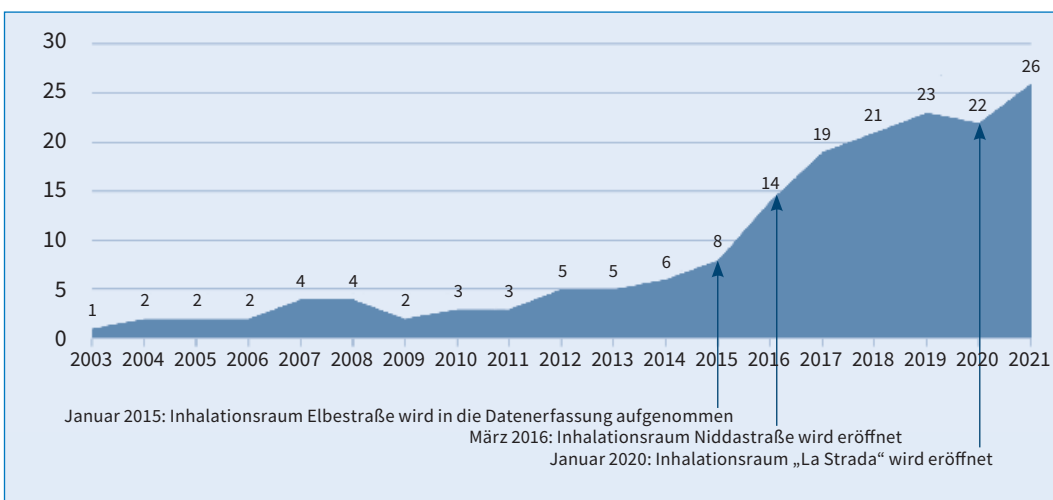
sive ausgebaut worden. Der Anstieg des nicht-intravenösen Konsums ist dementsprechend auch vor dem Hintergrund des Ausbaus der Konsumplätze in den Einrichtungen zu betrachten (siehe Abbildung 4).

Mit Blick auf den nicht-intravenösen Konsum entfallen 40 Prozent der Konsumvorgänge auf Heroin, 25 Prozent auf das Rauchen von Crack, 22 Prozent auf Heroin nasal und zehn

Prozent auf das Rauchen einer Kombination von Crack und Heroin.

3 Crack hat die Szene verändert – Folgen für die Praxis

Crack entfaltet extrem schnell seine Wirkung. In circa acht bis zehn Sekunden sind die Ner-

**Abbildung 4**

Konsumform: Entwicklung des
nicht-intravenösen Konsums
in den Jahren 2003–2021 (in %)

venzellen im Gehirn aktiviert. Die Konsumierenden sind sofort aufgeputscht und in hohem Erregungszustand. Ebenso abrupt lässt die Wirkung nach circa zehn Minuten nach und der Drang zum nächsten Kick setzt ein. Diese Konsumdynamik ist der wesentliche Grund, weshalb die derzeitigen Drogenhilfeangebote Substitution mit Ersatzstoffen, Heroinvergabe, niedrigschwellige Einrichtungen oder Drogenkonsumräume, für Crackkonsumierende nicht oder nur zum Teil geeignet sind. Lange Warteschlangen und Anmelderegularien vor den Konsumräumen oder subjektiv empfundene hochschwellige Zugangsvoraussetzungen sind für Crackkonsumierende aufgrund ihrer aufgekratzten Verfassung kaum auszuhalten.

Die krisenhafte Situation im Frankfurter BHV wirft alte Debatten wieder auf und rückt konsensuale Gewissheiten ins Blickfeld. Etwa, dass die Dynamik verfestigter Szenen die Suchtproblematik verstärkt. In seinem Buch *„Die Szene und die Stadt: Innerstädtische Randgruppenszenen als kommunale und staatliche Aufgabe“* hat Horst Bossong (2003), der frühere Drogenbeauftragte des Hamburger Senats, verschiedene kommunalpolitische Strategien im Umgang mit offenen innerstädtischen Szenen oder Szenebildungen, die bis heute immer wieder aufgegriffen oder diskutiert werden, untersucht. Dazu gehören unter anderem:

- a) Die „Koordination von Maßnahmen“ am Beispiel der Frankfurter „Montagsrunde“, der Hamburger „Amtsleiterrunde“ oder der „Lenkungsrat“ in Essen um möglichst konsensual Entscheidungen zu finden bzw. vorzubereiten sowie Prozesse zu steuern.
- b) Die „Dezentralisierung verschiedener [Hilfs-]Angebote“ auf unterschiedliche Stadtteile mit quantitativer Begrenzung des Aufenthalts von abhängigen Menschen (Frankfurt am Main) als Antwort auf eine verfestigte Drogenszene. Mit jedem neuen Standort ist jedoch mit massivem Widerstand der Bevölkerung zu rechnen.
- c) Die „Verlagerung der Szene an einen allseits akzeptierten Alternativstandort“, wie in Rotterdam (Niederlande), wo die Szene zu einem Ort an der Rückseite des Bahnhofs verlagert wurde. Allerdings kam es dort zu Gewalthandlungen und auch Auswärtige wurden angezogen. Mit der Folge, dass die Szene dauerhaft „vertrieben“ wurde, zahlreiche Dealer verhaftet und ausländische Konsumierende in ihre Heimatländer abgeschoben wurden. Als weiteres Beispiel führt Bossong auch die Verlagerung vom Platzspitz zum Bahnhof Letten in Zürich an, wobei die Szene dann quantitativ ausuferte (bis zu 1 000 Personen zum gleichen

Zeitpunkt) und als „offene Szene“ zu chaotischen und rechtlosen Zuständen führte.

- d) Die „quantitative Ausdünnung der Szene“ mithilfe anlassbezogener Ad-Hoc-Maßnahmen der Polizei ohne erkennbare Strategie. Nach der Szeneauflösung erfolgt ein „Nachsetzen“ mithilfe polizeilicher Maßnahmen wie seinerzeit am Bahnhof Zoo in Berlin, bei dem ab einer gewissen nicht mehr geduldeten Ansammlung von Konsumierenden eingeschritten würde.
- e) Die „selbst- und kommunikative Regulation des Szenegeschehens“, bei der in dieser Art auf die Szenemitglieder unter der Maxime eines Rechts auf Szeneaufenthalt eingewirkt wurde, wie seinerzeit in Hamburg. Laut Bossong habe diese Strategie statt zu einer Entlastung, zu gegenteiligen weiteren Belastungen von Szenemitgliedern geführt, zu denen auch die mit dem Szeneaufenthalt verschärften Suchtdynamiken beitrugen.
- f) Die „Auflösung und Zerstreuung der Szene“, bei der periodische Einsätze der Polizei in den szenetypischen Lebensrhythmus der SzenegängerInnen eingebaut würden. Erst bei einem konsequenten, interbehördlich abgestimmten Vorgehen sei eine Auflösung der Szene überhaupt erst möglich. Allerdings mit hohen Kosten verbunden für die Polizei und flankierende ausgebauten Hilfsmaßnahmen (Bossong, 2003, S. 60–77).

4 Entscheidung zu Harm Reduction – der Frankfurter Weg

Die Stadt Frankfurt hat sich zu Beginn der 1990er Jahre mit dem Frankfurter Weg als Handlungsstrategie in der Drogenpolitik für einen akzeptierenden Ansatz entschieden und für Hilfen, die auf Harm Reduction (Schadensminderung) zielen. Für diese, damals bahnbrechende Abkehr vom drogenpolitischen „Königsweg“ der Suchthilfe Abstinenz („Abstinenzparadigma“; Schneider & Gerlach zit. in Schroers, 1995, S. 25), spielten vor allem die öffentlich als unzumutbar und unhaltbar empfundenen Auswirkungen der offenen Szene und die Ausbreitung der HIV- und Aids-Problematik bei Drogenkonsumierenden die ausschlaggebende Rolle. Der Druck der Öffentlichkeit, vor allem auch der medialen Berichterstattung, war ähnlich heftig und zugespitzt wie heute.

In Frankfurt hatte sich die Frankfurter offene Drogenszene in den 1980er Jahren in der Taunusanlage, unmittelbar am Rand des Bankenviertels, etabliert. Die sogenannte Haschwiese, Szenetreff in den 1970er Jahren, ein paar hundert Meter weiter in der Bocken-

heimer Anlage war 1980 von der Stadt offiziell als *aufgelöst* bezeichnet worden. Die Taunusanlage wurde binnen weniger Jahre zu einer der größten offenen Drogenszenen Europas mit bis zu 1000 Drogenabhängigen. Die Drogentodeszahlen erreichten 1991 mit 147 Toten im Jahr ihren traurigen Höhepunkt. Regelmäßige Razzien der Polizei, um die Szene zu zerschlagen, schlugen fehl und wurden in der Öffentlichkeit als „Junkie-Jogging“ (Klingelschmitt, 1992) verhöhnt.

In dieser Situation setzte sich bei Stadtpolitik und Polizei die pragmatische Erkenntnis durch, dass „das Drogenproblem“ mit herkömmlichen Mitteln nicht zu lösen ist und Schadensminimierung allen als der aussichtsreichste Weg erschien, um Entlastung zu bringen. Hilfeangebote sollten etabliert werden, die die gesundheitlichen und sozialen Folgen für Drogenabhängige lindern und so niedrigschwellig angelegt sind, dass Betroffene sie gut annehmen können. Das entlastet auch die Stadtgesellschaft im Sinne von Harm Reduction:

„Based on principles of public health, harm reduction offers a pragmatic yet compassionate set of strategies designed to reduce the harmful consequences of addictive behavior for both drug consumers and the communities in which they live.“ (Marlatt, 1996, S. 779)

Ein weiterer entscheidender Ansatz des Frankfurter Wegs der Drogenpolitik folgt der Erkenntnis, dass sich komplexe Problemkonstellationen nur gemeinsam, über Ressortgrenzen hinweg, lösen lassen. 1989, nach dem Amtsantritt einer rot-grünen Koalition, wurde entsprechend die mit interdisziplinären TeilnehmerInnen zusammengesetzte Montagsrunde eingesetzt. Unter dem Vorsitz des/der GesundheitsdezernentIn und der Geschäftsführung des Drogenreferats sind darin die Polizei vertreten, die Leitungen des Ordnungsamtes, des Gesundheitsamtes, des Jugend- und Sozialamtes, VertreterInnen der Staatsanwaltschaft und Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main, des Staatlichen Schulamtes, die Stabstelle Sauberes Frankfurt sowie VertreterInnen der Frankfurter Drogenhilfe.

Im Grunde handelt es sich beim Frankfurter Weg um einen methodischen Ansatz, der auf die Zusammenarbeit aller relevanten Akteurinnen und Akteure baut – von der Politik über die Träger der Drogenhilfe, die Medizin bis hin zu Polizei und Justiz. Gemeinsam werden aus verschiedenen Perspektiven aktuelle Situationen besprochen und ein abgestimmtes Vorgehen vereinbart.

Die zentralen Bausteine des Frankfurter Wegs sind: Prävention, Beratung/Therapie, Niedrigschwellige Hilfen und Repression. Dem Zusammenwirken und der Balance von Repression und Schadensminderung kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Allein für sich genommen ist keine Maßnahme nachhaltig wirksam. Das repressive Vorgehen der Polizei bleibt erfolglos ohne die sehr ausdifferenzierten Angebote der niedrigschwelligen Drogenhilfe. Ebenso sind aber auch diese Angebote durch die Sicherheitsaufgaben auf die Unterstützung der Stadt- und Landespolizei angewiesen. So etwa bei Diebstahl, Raub sowie Konflikten, Gewalt und aggressivem Verhalten in der Szene, unter anderem auch gegenüber Mitarbeitenden der Hilfseinrichtungen.

5 Entwicklung der Szene

5.1 „Zerschlagung“ der Szene ohne Verdrängung

1992, nach fast einjähriger Vorbereitung durch die Montagsrunde, wurde die Räumung der offenen Drogenszene vollzogen. Stark kritisiert von den Nachbarstädten, die fürchteten, dass sich Drogenabhängige ins Umland zurückziehen könnten. Die Stadt Frankfurt blieb bei ihrem Kurs, zumal allen klar war, dass alternative Aufenthaltsmöglichkeiten geschaffen werden müssen. Polizeilicher Druck allein hätte nur zu einer Verdrängung ohne Alternativen geführt.

Vor der Räumung wurden die Plätze des Tagesaufenthaltes und die Übernachtungsmöglichkeiten erweitert. Der Spritzentausch wurde in allen Drogenhilfeeinrichtungen eingeführt und die Kapazität der methadongestützten Drogenhilfe sukzessive ausgebaut. 1992 wurde außerdem weit außerhalb der Szene das *Eastside* eingerichtet, mittlerweile die größte Drogenhilfeeinrichtung Europas. Tagesaufenthalt, Übernachtungsplätze, eine angegliederte Substitutionsambulanz mit niedrigschwelligem Behandlungskonzept, Konsum- und Rauchraum sowie eine Vielzahl an Beschäftigungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten stehen dort unter einem Dach zur Verfügung. Bis heute stellt das *Eastside* eine wichtige Brücke aus der Szene des BHV zur Drogenhilfe im Bereich Wohnen und Beschäftigung dar.

1994 wurde im *Eastside* der erste Drogenkonsumraum in Deutschland eröffnet. Im Frankfurter Bahnhofsviertel und in direkter Nähe folgten bis Ende 1996 drei weitere Konsumräume mit insgesamt 37 Plätzen. 2009 konnte die diamorphingestützte Behandlung beginnen –

nach siebzehnjährigem Ringen um die Legitimität und Legalisierung des Angebots.

5.2 Anhaltende Konflikte um den offenen Konsum

Ungelöst – und damit schließt sich der Kreis zur gegenwärtigen Situation – blieben anhaltende Konflikte um den öffentlichen Drogenkonsum im BHV, die sich nie restlos verhindern ließen. Immer wieder neu sich zusammensetzende Gruppen von bis zu 300 Drogenabhängigen hielten sich im öffentlichen Raum auf – eine Problematik, die seit Ende der 1980er Jahre (1988 Gründung Montagsrunde, 1989 Gründung Drogenreferat) besteht, von 1990 bis heute anhält und sich insbesondere durch die Flüchtlingsbewegung 2017 und die Coronajahre weiter verdichtet und verfestigt hat. Die Großstädte sind noch spürbarer zu Fluchtpunkten und Lebensmittelpunkt drogenkonsumierender Menschen geworden.

Die Erkenntnis der Verantwortlichen im Magistrat und im Drogenreferat, dass diese Konflikte im öffentlichen Raum nur interdisziplinär und trägerübergreifend anzugehen seien, führte 2004 zur Auflage des Streetworkprojekts *OSSIP – offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention, Prävention* – damals noch in trägerübergreifender Verantwortung. Unter der Überschrift „Für ein Miteinander in Frankfurt – der öffentliche Raum muss für Alle zugänglich sein“ begannen erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter Drogenabhängige auf der Straße anzusprechen und zu motivieren, Hilfe anzunehmen. Auf der anderen Seite bestand der Konsens, dass Polizei und Stadtpolizei den öffentlichen Konsum nicht akzeptieren und mit verstärkter Präsenz gegen Szenebildungen und Drogenhandel vorgehen würden. Der regelmäßige Austausch von *OSSIP*-Sozialarbeit und *OSSIP*-Polizei wurde institutionalisiert.

5.3 Handlungsstrategie sektorenübergreifende Fallarbeit

Diese „arbeitsteilige“ interdisziplinäre Herangehensweise ist auch in der aktuellen, verfestigten Situation in der Szene im Frankfurter BHV entscheidend. Unvermindert spielt das Streetworkprojekt *OSSIP* eine zentrale Rolle. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter von *OSSIP* sollen schwerstkranke Menschen zielgerichtet in weiterführende Hilfen bringen und „Brücken aus dem Bahnhofsviertel“ in das breite Netzwerk der Eingliederungs- und Drogenhilfe in der gesamten Stadt bauen. Ein

Stichwort dabei ist die *sektorenübergreifende Fallarbeit*. Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe, medizinische Versorgung und Hilfen zur psychischen Gesundheit müssen bei der Fallführung zusammen betrachtet und koordiniert werden. Mit Blick darauf hat das Drogenreferat Anfang 2022 gemeinsam mit dem Drogenhilfeträger *jj e.V.* die aufsuchende Straßensozialarbeit *OSSIP* im BHV neu organisiert. Anfang 2023 konnten außerdem zwei zusätzliche Stellen geschaffen werden.

5.4 Komplexe Probleme brauchen interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die sektorenübergreifende Fallarbeit von *OSSIP* bestärkt und erneuert den generellen, *strategischen Ansatz in Frankfurt, dass die komplexen Probleme der Menschen in der Szene nur interdisziplinär, dezernats- und ämterübergreifend zu mindern oder zu lösen sind*. Die Menschen sind eben nicht nur drogenabhängig, sondern häufig auch obdachlos, haben vielleicht keinen Aufenthaltstitel, sind vielleicht geflüchtet, psychisch erkrankt oder aktuell gerade aus der Haft entlassen (Stöver, 2018, S. 305–307; Schroers, 2021).

Für die vielfältigen Probleme eines Menschen sind in der Kommune verschiedene Dezernate und Stellen zuständig. Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist somit die zwingende Voraussetzung, um Menschen zielgerichtet in weiterführende Hilfen vermitteln zu können – Zuständigkeitsgrenzen überbrückend.

Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit – auch dies zeigen die Erfahrungen der vergangenen Jahre in Frankfurt – muss laufend wiederhergestellt, „gelernt“ und vor allem etabliert werden: Unter der Federführung des Drogenreferates wurde deshalb ein *dezernats- und ämterübergreifender Arbeitskreis* gegründet, in dem auch die Landespolizei und Staatsanwaltschaft vertreten sind. Ziel ist es, übergreifende Themen im BHV fortlaufend, auf kurzen Wegen und effizient zu bearbeiten.

Außerdem hat im März 2023 ein *Städtisches Koordinierungsbüro Bahnhofsviertel* seine Arbeit aufgenommen. Zusammengesetzt ist das Büro mit Vertreterinnen und einem Vertreter aus dem Gesundheitsdezernat, Sozialdezernat und Ordnungsdezernat. Probleme, die „im BHV“ aufkommen, werden vom Koordinierungsbüro direkt an die zuständigen Stellen weitergeleitet bzw. auch selbst bearbeitet, um schnell Lösungen zu erreichen. Das Koordinierungsbüro als städtische „Schaltzentrale“ kann ein wichtiger Schlüssel sein, um einen lösungsorientier-

ten Umgang mit den Problemen im BHV zu finden.

5.5 Hilfen, die der Konsumdynamik von Crack entsprechen

Wesentliche Erkenntnisse und Impulse zum Umgang mit Crack wurden bei der ersten Internationalen Fachtagung „Crack in deutschen Großstädten – von der Forschung zu praktischen Entscheidungen“ im Oktober 2022 in Frankfurt diskutiert, zu der die Städte Frankfurt, Hannover und Hamburg in Kooperation mit der Frankfurt University of Applied Sciences Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Drogenhilfe-Praxis und Politik eingeladen hatten.

Bilanzierend lässt sich festhalten, dass es bisher keine Standardbehandlungen zum Umgang mit Crack gibt und trotz zahlreicher Studien noch keine Beweise für die Wirksamkeit einer Substanz zur medikamentösen Behandlung von Kokainabhängigkeit (Dr. Peter Strate, Peter Blanken, Carlo Caffisch, Tagung: Crack in deutschen Großstädten – von der Forschung zu praktischen Entscheidungen, 4. Oktober 2022 in Frankfurt). Wirksame pharmakologische Behandlungsansätze haben nicht ausreichende wissenschaftliche Evidenz für Projekte, um mögliche Substitute oder mehr pharmakologische Behandlung bei Crack zu fordern.

Kommunen müssen trotz beschränkter Handlungsspielräume mit der Situation umgehen, um die Belastungen für Drogenabhängige und die Allgemeinheit zu lindern. So gibt es zwar erfolgversprechende sowohl psychotherapeutische als auch pharmakologische Ansätze, die – mangels bestehender Evidenz bei der Indikation Crack-Abhängigkeit – weitere Untersuchungen und Erprobungen nahelegen.

Als ein Ergebnis der Frankfurter Fachtagung zu Crack haben die Länder Hamburg, Hessen, Bremen und NRW gemeinsam ein „Wissenschaftliches Modellprojekt zur medikamentengestützten Behandlung bei Kokain- bzw. Crackabhängigkeit“ beantragt. Bei der 50. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (11/2022) wurde dem Vorhaben zugestimmt. Ein Antrag, der noch intensiver Vorarbeiten bedarf, soll über die Gesundheitsministerkonferenz an das Bundesministerium für Gesundheit gerichtet werden.

Im Nachgang der Frankfurter Fachtagung hat eine Gruppe beteiligter Expertinnen und Experten, gefördert vom Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit, „Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crackkonsum im

Kontext der Drogen- und Suchthilfe“ (akzept, 2023) zusammengestellt. Die einzelnen Handlungsempfehlungen werden vom Drogenreferat nun gemeinsam mit den Vorschlägen der örtlichen, interdisziplinären Arbeitsgruppen für die Stadt Frankfurt bearbeitet und priorisiert. Zudem luden das Sozialministerium Hessen und das Gesundheitsdezernat der Stadt Frankfurt zu einem Fachgespräch am 27. Juni nach Frankfurt ein. Bei diesem Treffen diskutierten VertreterInnen des BMG, der interessierten Länder und Kommunen sowie ExpertInnen aus dem medizinischen und Drogenhilfe-Bereich unter Federführung des Drogenreferats Chancen und Möglichkeiten sowie Eckpunkte eines Modellvorhabens zur pharmakologischen Behandlung bei Crack-Abhängigkeit.

Zum Thema Crack setzt sich das Drogenreferat darüber hinaus intensiv mit Angeboten auseinander, die der Konsumdynamik von Crack entsprechen; so beispielsweise ein Konsumraum-Annex für einen Crack-Rauchraum und modular aufgebautes Hilfsangebot.

Im „Arbeitskreis Stadt und Polizei“, bei dem ÄmtervertreterInnen, sowie Justiz und Polizei sich unter der Federführung des Drogenreferats auf fachlich-strategischer Ebene interdisziplinär austauschen, koordinieren und Ergebnisse der operativen Ebene monitoren, wurde eine derart geplante Einrichtung als sinnvoll erachtet und empfohlen. Eine bereits bestehende Arbeitsgruppe, die unter anderen mit JuristInnen besetzt ist, muss nun aus juristischer Sicht bewerten, ob diese Einrichtungstypen den rechtlichen Vorgaben und strafrechtspraktischen Erfordernissen entspricht (z. B. der *Konsumraumverordnung*).

Im Ergebnis müsste ein solches Angebot attraktiv genug sein, damit es genutzt wird. Es darf auch nicht zu weit entfernt sein, um von den Drogenabhängigen angenommen zu werden. Es müsste über ein Außengelände oder einen Innenhof verfügen. Der Abgabe von Substanzen im Rahmen eines Modellprojekts käme für die Akzeptanz eine besondere Bedeutung zu und die Zugänglichkeit zu Substanzen wäre ein starker Attraktor.

6 Ziele der Frankfurter Drogenpolitik

6.1 Akute Überlebenshilfen

Vorrangiges Ziel des Frankfurter Wegs in der Drogenpolitik ist es unverändert, suchtkranken Menschen alle notwendigen Hilfen und vor allem *Überlebenshilfe* zu bieten und gleichzeitig die Allgemeinheit von den Folgen der Drogenproblematik zu entlasten.

Um die Menschen im BHV von der Straße zu holen, haben das Jugend- und Sozialamt Drogenreferat und die Drogenhilfeträger bereits in den vergangenen Jahren Hilfeangebote laufend angepasst – und seit Beginn der Corona-Pandemie ein ganzes Bündel an Soforthilfen aufgelegt: Die Zahl der Not-Schlafstellen im BHV und in umliegenden Stadtteilen wurde und wird weiter erhöht (Stand Mai 2023: 143 Not-Schlafplätze).

Außerdem wurden die Angebote zur niedrigschwelligen medizinischen Versorgung ausgebaut und Substitutionsplätze auch für Menschen ohne Krankenschein geschaffen (*Humanitäre Substitutionsambulanz*). Zusätzlich wurden die nächtlichen Öffnungszeiten teilweise in den Konsumräumen erweitert, ebenso die Öffnungszeiten des Nachtcafés auch tagsüber.

Als weitere Soforthilfe wurde zusätzlich zu den Hygieneangeboten in den Einrichtungen ein Dusch/WC-Container aufgestellt (fünf Toiletten, vier Duschen).

6.2 Kurzfristige Maßnahmen zur Entspannung

Um die angespannte Situation am Frankfurter Hauptbahnhof zu entschärfen, ist geplant, die Angebote zu Harm Reduction auszuweiten. Dazu gehören in Frankfurt zum Beispiel Wundversorgung und medizinische Behandlungen an allen Wochentagen anzubieten, ein mobiles und verbessertes stationäres medizinisches Angebot für vulnerable Menschen zu schaffen und *Safer-Use*-Utensilien – sogenannte *Crack-Container* – auszugeben. Im Weiteren sollen weitere Not-Schlafbetten am Tag und in der Nacht vorgehalten und einen *Shuttleverkehr* zu Hilfeeinrichtungen außerhalb des BHV ausgebaut werden. Die Öffnungszeiten von Tagesaufenthalten und Konsumräumen sollen ausgeweitet werden – auch über Wochenenden und Feiertagen.

6.2.1 Drogenpolitische Ausblicke und Ziele

Großstädte, insbesondere internationale Verkehrs-Drehkreuze wie Frankfurt, sind besonders häufig von Drogenproblemen betroffen. Dort befinden sich der Drogenschwarzmarkt und die Szene, Drogenabhängige kommen und leben dort – und dort sind auch die Hilfeangebote. Großstädte müssen ein hohes Maß an sozialer und gesundheitlicher Hilfe ermöglichen und die notwendigen erheblichen finanziellen Mittel zur Verfügung stellen. Umgekehrt ist ihr

Einfluss auf die Drogenpolitik, die von Bund und Land bestimmt wird, aber gering und steht in deutlichem Widerspruch zur Belastung. Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in der derzeitigen Fassung schränkt die Handlungsmöglichkeiten der Kommunen stark ein und müsste deshalb dringend reformiert werden.

6.2.2 Eine Stadt für alle

Ein wichtiges Anliegen der Frankfurter Drogenpolitik ist die Entkriminalisierung von drogenkonsumierenden Menschen. Die Problematik wird vorwiegend aus der gesundheitspolitischen als aus der kriminalistischen Sicht betrachtet. Die Frankfurter Stadtregierung hat sich zum Ziel gesteckt: Das BHV soll für alle Bevölkerungs- und NutzerInnengruppen offen, attraktiv und lebenswert sein. Keine Gruppe soll ausgeschlossen oder vertrieben werden. Grundlage für ein respektvolles Miteinander ist einerseits eine Entstigmatisierung drogengebrauchender Menschen und andererseits ein regelhaftes Verhalten.

Nach dem Motto „Frankfurt spricht mit einer Stimme“ sind dezernats- und ämterübergreifend auch Leitziele und daraus abgeleitete Strategien für das BHV erarbeitet worden.

6.2.3 Drogenpolitik vernetzt mit Sozialpolitik

Der Frankfurter Weg in der Drogenpolitik wird im Sinne der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit weiterentwickelt und vernetzt sich aktiv mit der Sozialpolitik, die gemeinsam ein breites Netz von Hilfeangeboten für drogenkranke und obdachlose Menschen bereithalten und Überlebenshilfe leisten. Ein wichtiger Baustein ist das oben erwähnte *sektoren- und trägerübergreifende Fallmanagement*. Das Frankfurter Drogenhilfesystem versteht sich als eine *integrierte Versorgungsstruktur* und nutzt konsequent die Ressourcen der rehabilitativen Sozialversicherungssysteme wie personenzentrierte Einzelfallhilfe und Fallverantwortung. Dies schließt ebenso die Partizipation von Betroffenen ein. Sie sollen sich aktiv in die Gestaltung der kommunalen Drogenpolitik einbringen können.

6.2.4 Niedrigschwellige Zugänge

Ein weiteres wichtiges Ziel ist es, „Brücken aus dem Bahnhofsviertel“ in weiterführende Hilfen zu bauen: Dazu sollen Alternativen zum Aufenthalt von schwerstkranken Menschen im

öffentlichen Raum und passende Angebote außerhalb des BHVs geschaffen werden.

Mit Blick auf die Crack-Problematik sind niedrigschwellige Zugänge zu Hilfen unabdingbar. Angebote müssen unmittelbar und leicht erreichbar sein. Niedrigschwellige Zugangsbedingungen wären auch bei den nachgewiesenen wirksamen Hilfen wie der diamorphingestützten Behandlung und der Substitution dringend notwendig. Bei der Heroinvergabe sind die Hürden aktuell so hoch, dass Menschen, die von der Behandlung profitieren würden, von vornherein ausgeschlossen sind (z.B. mindestens 23 Jahre alt, seit mindestens zehn Jahren opiatabhängig, schwere körperliche Folgeerkrankungen).

6.2.5 Drug Checking und Harm Reduction

Ein weiterer drogenpolitischer Meilenstein wäre erreicht, wenn der Bundesgesetzgeber „Drug Checking“-Angebote sowohl in der Partyszene (Schroers, 1996, 1997, 2002) als auch für die „institutionalisierten Lebenswelten“ (Schroers, 1995, S. 155) der Szene wie niedrigschwellige Drogenhilfseinrichtungen (Drogenkontaktläden und Konsumräume) nach nunmehr fast 30-jähriger Diskussion (Schroers, 1996) auch in Deutschland ermöglichen würde. Der Paradigmenwechsel hin zu einem *akzeptierenden Ansatz*, der Schadensbegrenzung und Gesundheitsschutz für Konsumierende neben der Abstinenz als gleichberechtigtes Ziel definiert ist hierzulande noch nicht zum drogenpolitischen und fachlichen Standard geworden. Gleiches gilt für die Suchtprävention, die gemäß der *Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1986* „den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen“ (WHO, 1986) will. Bausteine progressiver Suchtprävention sind Aufklärung, Risikokompetenz, Harm Reduction.

Dieser erfolgreiche Ansatz durfte nach heutigem Stand des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) ausgerechnet beim Thema „Drug Checking“, das sich in anderen europäischen Ländern als wichtiges und wirksames Instrument für den Gesundheitsschutz bewährt hat (Schroers, 2015), nicht gelten. Anders als etwa in den Niederlanden, wo „Drug Checking“ seit Ende der 1980er flächendeckend im Rahmen des Drogeninformations- und Monitoringsystems (DIMS; Fromberg & Jansen zit. in Schroers, 1996; neuerlich Van der Gouwe & Rigter, 2019, S. 164–180) möglich ist, oder in der Schweiz, in Österreich, Spanien, Portugal oder Frankreich, müssen wir nach Brunt und KollegInnen (2016) in Deutschland noch immer hinnehmen,

dass sich drogenkonsumierende Menschen gesundheitlichen oder gar lebensbedrohlichen Risiken aussetzen oder dass junge Menschen in bestimmten Partyszenen Gefahr laufen, psychoaktive Substanzen zu sich zu nehmen, von denen unklar ist, was der Inhaltsstoff und seine Quantität ist. In Österreich oder in der Schweiz können Partygänger niedrigschwellig und schnell testen lassen, welche Inhaltsstoffe Substanzen, die sie konsumieren wollen, haben und in welcher Quantität sie vorliegen. Nach dem heutigen Stand (28.06.2023) soll Drug Checking auch in Deutschland als Modellprojekt zukünftig möglich sein. In Artikel 7e dieses Gesetzes hat der Bund nunmehr „die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Durchführungen von Modellprojekten zum Drug Checking durch die Länder über ein Erlaubnisverfahren“ geschaffen“ (Deutscher Bundestag, 2023, S. 74). Dafür ist zu § 10a Absatz 4 BtMG „das ausdrückliche Verbot der Durchführung von Substanzanalysen durch das Personal in Drogenkonsumräumen [...] aufgehoben“ (ebd.)

Insbesondere Drogenkonsumräume werden als geeignete Orte gesehen, um mit sonst schwer erreichbaren Suchtkranken in Kontakt zu treten, um sie mit präventiven und schadensreduzierenden Angeboten zu erreichen.

Diese rechtliche Innovation eröffnet neue Wege der Schadensreduzierung für Drogenkonsumierende im BHV.

7 Schluss

Die beschriebene Situation im Frankfurter BHV ist nicht neu. Schon in den 1990er Jahren gab es eine in Teilen offene Drogen-Szene in Frankfurt am Main. Diese gab es auch in Zürich, Hamburg, Rotterdam und anderenorts. In Metropolen, die eine gewisse Infrastruktur (Mobilität, Handel) bieten und Anziehungspunkt auch für drogenkonsumierende Menschen darstellen, werden Drogenproblematiken schnell sichtbar. Gerade in einem BHV, das als Entrée in eine Stadt gesehen wird, unter den Gesichtspunkten einer Gentrifizierung und dem stärkeren Auseinanderdriften der Gesellschaft zum Beispiel bei den Kriterien reich und arm, dem Hinzu kommen von besonders vorbelasteten Menschen etwa durch Traumatisierung, die häufig mit Migrationserfahrungen entsteht, aber sich auch in der Drogenszene weiter verschärfen kann, werden diese Metropolen zu Kristallisationspunkten von augenscheinlichen multiplen Konflikt- und Problemlagen. Der Fokus allein auf Drogenabhängige ist dabei zu kurz gegriffen und verstärkt nur weitere Stigmatisierung und Marginalisierung (Schomerus &

Corrigan, 2022). Im Zuge des Paradigmenwechsels von unbedingter Abstinenzorientierung hin zu akzeptierenden Hilfeansätzen wurden Veränderungen möglich. So sind damit auch niedrigschwellige, bedarfsgerechte und lebensweltorientierte sowie die Konsumbedingungen verbessernde Methoden der Hilfe (Substitution, Drogenkonsumräume, Heroinvergabe; Stöver, 2012) ermöglicht worden. Diese zum Teil aus den 1970er Jahren stammenden, wiederbelebten Ansätze (Beispiel: Kontaktläden) führten zu großem Erfolg, da Menschen schneller an das Hilfesystem herangeführt wurden, Überleben für viele Drogen-User möglich wurde und somit Drogenabhängige, die sich in öffentlichen Szenen bewegen, ein höheres Lebensalter erreichen konnten.

Längst nicht alle Probleme, in *biologischen*, *sozialen* noch in *psychischen* Bereichen der Betroffenen (*bio-psychosoziales Modell von Gesundheit*) konnten gelöst werden. Es gibt heute noch zu wenig sozialräumliche Sichtweisen auf die Problemsituation als Ganzes noch helfen alle bisher entwickelten Methoden ausreichend bei sich wandelnden gesellschaftlichen Bedingungen (zum Beispiel: starke Aufwertung von innenstädtischem Wohnen, Armutsentwicklung), länger andauernden Epidemien sowie veränderten Konsummustern. Wenn für die mittleren 1990er Jahre neue Drogenkonsummuster vor allem in neuen Settings (Szenen) entstanden (Partyszene mit wiederentdeckten Substanzen, insbesondere Stimulanzien der 1970er und Folgejahren: MDMA/Ecstasy, Am-



208 Seiten
ISBN 978-3-95853-825-8
Preis: 30,- €

PDF:
 ISBN 978-3-95853-853-5
 Preis: 0,- €, open access

Michael Klein, Nicole Kemper, Katharina Lich & Felix Winter-Wilms

VIKTOR „Gemeinsam. Stark.“ Männerspezifisches Gruppenprogramm zur Reduktion von Einsamkeit und Alkohol

Ältere, vereinsamte Männer missbrauchen häufig Alkohol und isolieren sich damit zusätzlich. Für sie wurde die psychoedukative Intervention VIKTOR entwickelt: In zehn Gruppensitzungen werden Abstinenz bzw. Konsumreduktion und Einsamkeitsbewältigung eingeübt. Die Sitzungen konzentrieren sich auf die Reflexion eigenen Verhaltens, auf überschaubare Vorsätze und immer wieder auf Anregungen durch Gleichgesinnte. Das Einbringen persönlicher Erfahrungen der Teilnehmer sorgt für ein kohärentes Verständnis der eigenen Situation. Der persönliche Austausch in der Gruppe ist zentral.

Die jeweils etwa zweistündigen Gruppensitzungen bauen thematisch aufeinander auf:

1. Einstieg und Kennenlernen,
2. Einsamkeit,
3. Alkohol,
4. Ressourcenaktivierung und Selbstmanagement,
5. Rückfallprävention und Krisenmanagement,
6. Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken,
7. Partnerschaft und Sexualität,
8. Rollenbilder und Selbstakzeptanz,
9. Zukunftsvisionen und Visualisierung,
10. Auf der Zielgeraden.

VIKTOR wurde in der Praxis erprobt und weiterentwickelt; die wissenschaftliche Evaluation zeigte eine hohe Akzeptanz und Wirksamkeit.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28
 D-49525 Lengerich

Telefon +49 (0)5484 308
 pabst@pabst-publishers.com

www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.com

phetamin/Speed, Kokain) und Mischkonsum (Schroers, 2000), dann sind es heute neue Gebrauchsformen wie das Rauchen von Crack auf der Straße („auf der Gass“), welches vermutlich aus den Vereinigten Staaten von Amerika übernommen wurde. Sie spiegeln auch gesellschaftliche Zustände wider. Daraus zu folgern, der Harm-Reduction-Weg wäre nicht erfolgreich, oder wieder zum Teil unerreichbare Ziele, wie Abstinenz für Crackabhängige, alternativlos zu sehen, wäre der falsche Weg. Auch in dieser Situation geht eher darum, offen für unkonventionelle Lösungen zu sein: Modellversuch zur medikamentösen Behandlung von Crack-Abhängigen, Expressrauchraum zum Beispiel unter „freiem Himmel“ sowie Originalstoffvergabe von Kokain. Wenn Harm Reduction das Leitziel bleibt, geht es heute auch darum ein verträgliches Miteinander im öffentlichen Raum zu gewährleisten, in dem auch sozial marginalisierte Gruppen von Menschen ihren Platz haben. Dazu müssen wir über die Grenzen der zuständigen Systeme kooperieren und örtlich begrenzte Sichtweisen überwinden, um übergreifend voneinander schnell zu lernen. Dabei sollten Limitationen der Justiz kritisch hinterfragt werden. Wenn ein System schneller reagiert als ein anderes, entspricht dies zwar den Erfahrungen in der Drogenpolitik. Dies sollte aber mutiges Voranschreiten nicht aufhalten. Deshalb braucht es mehr Spielraum für die Kommunen, Probleme vor Ort lösen zu können, die nicht an einer gesellschaftlich überholten Rechtssituation (zum Beispiel keiner „Duldung von Kleinhandel“ an für den Konsum vorgesehenen Orte) auflaufen. Es braucht auch Bewegung der Drogenhilfeträger dabei, sich auf eine neue Klientel einzustellen, und auch Verantwortung für den öffentlichen Raum vor ihrer Drogenhilfeeinrichtungen (insbesondere Drogenkonsumraum) zu übernehmen. Bewegung ist auch bei der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von Gesundheit, Sozialem, Städteplanung, Ordnungsdiensten und auch in Teilbereichen mit der Polizei und Staatsanwaltschaft gefordert. Dabei geht es um die Entwicklung einer guten Kommunikationsstruktur, der Entwicklung gemeinsamer strategischer Ziele und Austauschprozessen auf unterschiedlichen Ebenen: Politisch, fachlich-strategisch und fachlich-operativ sowie die Durchlässigkeit dieser Ebene im Sinne einer gedeihlichen Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure.

Literatur

akzept e.V. (2023). *Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Dro-*

- gen- und Suchthilfe*. Berlin: Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik.
- Bossong, H. (2003). *Die Szene und die Stadt. Innerstädtische Randgruppenszenen als kommunale und staatliche Aufgabe*. Geesthacht: Neuland.
- Brunt, T. M., Nagy, C., Bucheli, A., Martins, D., Ugarte, M., Beduwe, C. & Ventura Vilamala, M. (2016). Drug testing in Europe: Monitoring results of the Trans European Drug Information (TEDI) project. *Drug Testing & Analysis*, 9(2), 188–198. doi:10.1002/dta.1954
- Degkwitz, P. & Verthein, U. (2000). Crackwelle in Deutschland? Bedeutung und Konsequenzen veränderter Konsummuster. *Akzeptanz – Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik*, 8(2), 37–38.
- Deutscher Bundestag (2023, 21. Juni). *Bundestag-Drucksache 20/7397*. Berlin.
- Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main. (2020). *Frankfurter Drogen- und Suchthilfe 2017–2019*. Stadt Frankfurt am Main.
- Förster, S. & Stöver, H. (2022). *Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2021. Dokumentationszeitraum 01.01.–31.12.2021*. Frankfurt a. M.: ISFF.
- Janke, K. & Häfner, M. (2018). *Banker, Bordelle & Bohème. Die Geschichte des Frankfurter Bahnhofsviertels*. Frankfurt a. M.: Frankfurter Societäts-Medien.
- Kamphausen, G. & Werse, B. (2020). *MoSyD Szenestudie 2020*. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research, Goethe-Universität.
- Kamphausen, G. & Werse, B. (2022). Zum Alltag in der Frankfurter ‚harten Drogenszene‘ in der Corona-Pandemie. In K. Aghamiri, R. Streck & A. von Rießen (Hrsg.), *Alltag und Soziale Arbeit in der Corona-Pandemie* (S. 222–234). Opladen: Budrich.
- Kemmesies, U. E. (1995). *Szenebefragung Frankfurt am Main 1995. Die ‚Offene Drogenszene‘ und das Gesundheitsraumangebot in FaM*. Münster: IND-RO e.V.
- Kemmesies, U. E. (2002). *Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main*. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research, Goethe-Universität.
- Klingelschmitt, K. P. (1992, 13.07). „Junkie-Jogging“ in der Mainmetropole. *taz – die tageszeitung*, S. 5.
- Marlatt, G. A. (1996). III. Drug abuse: Harm reduction: Come as you are. *Addict Behav*, 21(6), 779–788.
- Schomerus, G. & Corrigan, P. W. (Eds.). (2022). *The stigma of substance use disorders*. Cambridge University Press.
- Schroers, A. (1995). *Szenealltag im Kontaktcafé. Eine sozial-ökologische Analyse akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Studien zur qualitativen Drogenfor-*

- schung und akzeptierenden Drogenarbeit*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schroers, A. (1996). *Ecstasy – Ein Ratgeber zur Droge MDMA*. Münster: INDRO e.V.
- Schroers, A. (1997). Zum risikomindernden Gebrauch von Ecstasy in der Techno- und Party-Szene. In W. Schneider (Hrsg.), *Brennpunkte Akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptanzorientierten Drogenarbeit* (S. 113–144). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schroers, A. (2000). „Neue Drogen“: zeitgemäße Drogenarbeit und Drogentrendforschung – Empowerment, Drug-Checking, Monitoring u. a.m. *Akzeptanz – Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik*, 2, 49–63.
- Schroers, A. (2002). Drug checking: Monitoring the contents of new synthetic drugs. *J Drug Issues*, 32(2), 635–646.
- Schroers, A. (2015). Drug-Checking – ein sicheres Verfahren für Harm-Reduction und Monitoring? In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 15* (S. 261–273). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schroers, A. (Hrsg.). (2021). Suchtkrank, arm, wohnungslos [Themenheft]. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 10(4).
- Stöver, H. (2012). Konzepte und Arbeitsmethoden der Sozialen Arbeit. *Suchttherapie*, 13, 162–166.
- Stöver, H. (2018). Harm Reduction – Ergebnisse akzeptanzorientierter und niedrigschwelliger Drogenarbeit. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 4, 303–312.
- Stöver, H. & Schäffer, D. (2014). SMOKE-IT! – Unterstützung zur Veränderung der Drogenapplikationsform (von intravenös zu inhalativ). In akzept e.V. – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., JES Bundesverband e.V. (Hrsg.), *Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (S. 108–113). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Van der Gouwe, D. & Rigter, S. (2019). Drug-Checking in den Niederlanden als Mittel zum Marktmonitoring für illegale Drogen. In K. Tögel-Lins, B. Werse & H. Stöver (Hrsg.), *Checking Drug-Checking. Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring* (S. 164–180). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Werse, B., Bernard, C., Müller, O. & Zurhold, H. (2007). Zur Entwicklung der Kokainsituation in Frankfurt am Main. In H. Zurhold & O. Müller (Hrsg.), *Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung* (S. 41–54). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Werse, B. & Kamphausen, G. (2023). *MoSyD Szenestudie 2022*. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research, Goethe-Universität.
- WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349654>
- Zurhold, H. & Kuhn, S. (2018). Drogenkonsum und Hilfebedarfe von minderjährigen und erwachsenen Geflüchteten. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 4, 323–329.

Weiterführende Literatur

- Stöver, H. & Prinzleve, M. (Hrsg.). (2004). *Kokain und Crack: Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote*. Freiburg i. Br.: Lambertus.



Dr. F. Artur Schroers

Diplom-Pädagoge, Sozialwissenschaftler
Leiter Drogenreferat der Stadt Frankfurt
artur.schroers@stadt-frankfurt.de



Oliver Müller-Maar

Soziologe, Drogenreferat
der Stadt Frankfurt am Main
oliver.mueller-maar@stadt-frankfurt.de

Crack- und Kokainkonsum und Marktentwicklungen in Deutschland und Europa – Ergebnisse einer Trendspotteruntersuchung des National Early Warning Systems (NEWS)

Esther Neumeier & Regina Kühnl

Zusammenfassung

Daten zu Entwicklungen rund um den Konsum von Crack sind rar, da die meisten der etablierten, größeren Erfassungssysteme Crack nicht getrennt von Kokain erfassen. Ergebnisse einer qualitativen Trendspotteruntersuchung im Rahmen des National Early Warning Systems (NEWS) weisen auf eine Zunahme des Konsums von Crack in offenen Drogenszenen in Deutschland hin, die sich vor dem Hintergrund einer weltweiten Rekordverfügbarkeit und steigender Konsumzahlen von Kokain abspielt. Steigender Crackkonsum wird primär aus niedrighschwelligen Hilfen in größeren Städten im Norden, Westen und Süden von Deutschland berichtet. Damit assoziiert sind gravierende gesundheitliche und soziale Probleme der Konsumierenden und eine starke Belastung der niedrighschwelligen Hilfen in den entsprechenden Städten. Neben dem Bedarf nach Safer-Use-Artikeln, allen voran Pfeifen, und der nötigen räumlichen Ausstattung wie Rauchräumen in Drogenkonsumräumen und Not-Schlafstellen zeigte sich im Trendspotter auch ein dringender Bedarf an Forschung zu Substitutionsmöglichkeiten bzw. Agonistenbehandlung. Um statistisch abgesicherte Aussagen zum Thema Crackkonsum zu ermöglichen, sollte die Substanz in zukünftigen Studien möglichst getrennt von Kokain erhoben werden.

Schlüsselwörter: Crack, Kokain, Epidemiologie, Drogenmarkt, Neuentwicklungen, Harms and Harm Reduction

Abstract

Data on trends around the use of crack cocaine are scarce, as most of the established, larger recording systems do not record crack separately from cocaine. Results of a qualitative trend spotter survey conducted as part of the National Early Warning System (NEWS) indicate an increase in the use of crack cocaine in open drug scenes in Germany. This occurs against a backdrop of record global availability of cocaine and rising cocaine use. The increase in crack use is primarily reported from low-threshold help centers in larger cities in the north, west and south of Germany. This increase is associated with serious health and social problems among users and a heavy burden on low-threshold services in the cities concerned. In addition to the need for appropriate safer use articles, especially pipes, and the necessary premises such as smoking rooms in drug consumption rooms and emergency sleeping facilities, the trendspotter also revealed an urgent need for research on substitution options or agonist treatment. To enable statistically substantiated statements on crack use, future studies should collect data on crack separately from cocaine whenever possible.

Keywords: crack, cocaine, epidemiology, drug market, new developments, harms and harm reduction

Hintergrund

Daten zum Konsum und Handel von Crack in Deutschland und Europa sind rar. Begrifflich wird Crack (entsteht durch das Aufkochen mit Natron) häufig von Freebase (entsteht durch das Aufkochen mit Ammoniak) unterschieden. Im Rahmen dieses Artikels wird der Begriff Crack jedoch für beide Formen verwendet, da die Unterscheidung in den vorhandenen Daten und der Literatur nicht konsequent getroffen wird und eine eindeutige Zuordnung nicht immer möglich ist.

Da Crack auf Basis von Kokain hergestellt wird und seine Verfügbarkeit damit von der von Kokain abhängt, lohnt sich eine Betrachtung des Kokainhandels. Das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) meldet einen historischen Höchststand der weltweiten Kokainproduktion (UNODC, 2023) und die Europäische Beobachtungsstelle (EMCDDA) für Europa ebenfalls einen Höchststand der Verfügbarkeit von Kokain (EMCDDA & Europol, 2022). Die Sicherstellungsmengen in Europa haben sich innerhalb von zehn Jahren mehr als verdreifacht (2010: 58.4 Tonnen, 2020: 214.6 Tonnen), wobei jedes Jahr neue Rekordwerte erreicht wurden. Die Analyse der Daten für 2021 ist noch nicht veröffentlicht, jedoch zeigen bereits Teilergebnisse, dass der Wert erneut über dem des Vorjahres liegen wird. Die EMCDDA schätzt den Marktwert von Kokain im Verkauf an europäische Konsumierende für das Jahr 2020 auf etwa 10.5 Milliarden Euro (Range: 7.7 Mrd. bis 12.8 Mrd.); sie wertet diese Schätzung selbst aufgrund von Limitationen in der Datenlage eher als Unterdenn als Überschätzung. Kokain ist nach dieser Schätzung die zweitwichtigste Substanz am europäischen Drogenmarkt nach Cannabis und macht etwa ein Drittel des Gesamtvolumens aus (EMCDDA & Europol, 2022). Zusätzlich zu den steigenden Sicherstellungsmengen ist der Wirkstoffgehalt von Kokain zwischen 2010 und 2020 um 40 Prozent gestiegen; der Preis im gleichen Zeitraum nur um sechs Prozent (EMCDDA, 2022).

Kokain ist das europaweit am häufigsten in der Allgemeinbevölkerung konsumierte Stimulans mit geschätzt 3.5 Millionen erwachsenen EuropäerInnen, die im letzten Jahr mindestens einmal Kokain konsumiert haben (EMCDDA, 2022). In Deutschland hat Kokain Amphetamin im Datenjahr 2018 als das am häufigsten konsumierte Stimulans überholt. Im Jahr 2021 konsumierten 1.6 Prozent der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in Deutschland mindestens einmal Kokain (Rauschert et al., 2023). Der Anteil ist seit 2015 (0.6 %) signifikant angestiegen.

Er lag unter den Männern (2.2 %) doppelt so hoch wie unter den Frauen (1.1 %); der Anstieg seit 2015 ist für beide Geschlechter signifikant (2015: 0.9 % vs. 0.4 %).

Für Crack liegen europaweit keine Konsumdaten aus der Allgemeinbevölkerung vor (EMCDDA, 2023). Daten zum Schwarzmarkt liegen für Crack nur aus wenigen Ländern vor. Da, wo sie berichtet werden, sind die Mengen im Vergleich zu den sehr großen Sicherstellungsmengen von Kokain als klein einzuschätzen (ebd.).

Aus Frankreich, Irland und dem Vereinigten Königreich (Großbritannien und Nordirland) liegen Berichte dazu vor, dass ein steigender Crackkonsum in spezifischen Bevölkerungsgruppen (nicht jedoch in der Allgemeinbevölkerung) zu verzeichnen ist (Cadet-Taïrou et al., 2021; EMCDDA, 2018). Als Grund wurde dort vor allem die hohe und steigende Verfügbarkeit von Kokain mit hohem Wirkstoffgehalt zu verhältnismäßig niedrigem Preis benannt. Aber auch die hohe Gewinnspanne im Verkauf von Crack, ebenso wie sich verändernde Vermarktungsstrategien der Dealergruppierungen, die verschiedene Wege des Kaufs anbieten – „klassisch“ beim Dealer, aber auch über Social Media, andere Online-Plattformen und sogar Call-center –, wurden als Gründe benannt.

Für Deutschland zeigt eine Sonderauswertung der Daten des Epidemiologischen Suchtsurvey von 2021, dass die Zwölf-Monats-Prävalenz für Crackkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung seit 1995 nie über 0.1 Prozent lag; über die Zeit hinweg zeigte sich hier also keine Entwicklung (Sonderauswertung ESA, unveröffentlicht). Auch in der Deutschen Suchthilfestatistik machte Crack 2021 mit weniger als 400 Behandlungsepisoden mit der Hauptdiagnose Crack in ambulanter Behandlung und sogar unter 100 Behandlungsepisoden mit dieser Hauptdiagnose in stationärer Behandlung einen verschwindend geringen Anteil aus (Schwarzkopf et al., 2022).

Dennoch ist in den letzten Jahren aus verschiedenen deutschen Städten ein Anstieg des Crackkonsums und damit einhergehende gravierende Probleme gemeldet worden. Diese Meldungen entstammen hauptsächlich niedrigschwelligen Einrichtungen, allen voran Drogenkonsumräumen. Sie waren der Auslöser für die Trendspottererhebung, die Ende 2021 im deutschen National Early Warning System (NEWS) durchgeführt wurde. Ergebnisse und Methoden wurden bereits an anderem Ort ausführlich dargestellt und sind online abrufbar (Kühnl et al., 2021). Ende 2022 wurde eine Nachbefragung dazu durchgeführt, ob innerhalb von einem Jahr weitere Veränderungen festzustellen waren (ebenfalls online abrufbar,

Kühnl et al., 2023). Die Kernergebnisse beider Befragungen werden hier gemeinsam dargestellt, um einen Überblick über die aktuellen Erkenntnisse zur Situation um den Crackkonsum zu geben.

Methode

Die Trendspottermethodik ist primär qualitativ und darauf ausgerichtet, Veränderungen schnell sichtbar zu machen und vorhandenes ExpertInnenwissen zusammenzufassen. Dafür wurde Ende 2021 neben einer Literaturrecherche und Re-Analyse bereits vorhandener Quellen eine Online-Befragung unter ExpertInnen aus der Suchthilfe durchgeführt. Diese wurde ergänzt um zwei vertiefende Fokusgruppen mit denjenigen ExpertInnen, die Entwicklungen beobachtet hatten. Die Methodik ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben worden (Kühnl et al., 2021).

Ergebnisse

Die dargestellten Entwicklungen im Konsum von Crack wurden fast ausschließlich von Mit-

arbeitenden der niedragschweligen, szenenah arbeitenden Drogenhilfe berichtet. Es handelt sich hier um qualitative Informationen; Angaben zu steigenden Konsumprävalenzen sind nicht als „steigend“ im Sinne statistischer Analysen, sondern als von den antwortenden ExpertInnen berichtete Eindrücke zu verstehen. Von Mitarbeitenden der höherschwelligen Drogenhilfe (Rehabilitationseinrichtungen etc.), die ebenfalls befragt wurden, wurden keine vergleichbaren Entwicklungen genannt. Dies gilt für den Trendspotter 2021 ebenso wie das Update 2022. Passend zum Arbeitsfeld der Antwortenden wurden als häufigste Konsumierendengruppen von Crack die (sich teilweise überschneidenden) Gruppen i.v.- und/oder Hochrisiko-Drogenkonsumierende und Obdachlose benannt.

Konsumententwicklungen: geografische Verteilung

In der ersten Trendspotterbefragung (Abbildung 1) zeigte sich ein klarer Schwerpunkt des steigenden Crackkonsums in größeren Städten im Norden und Westen von Deutschland sowie Berlin. In östlichen und südlichen Regionen

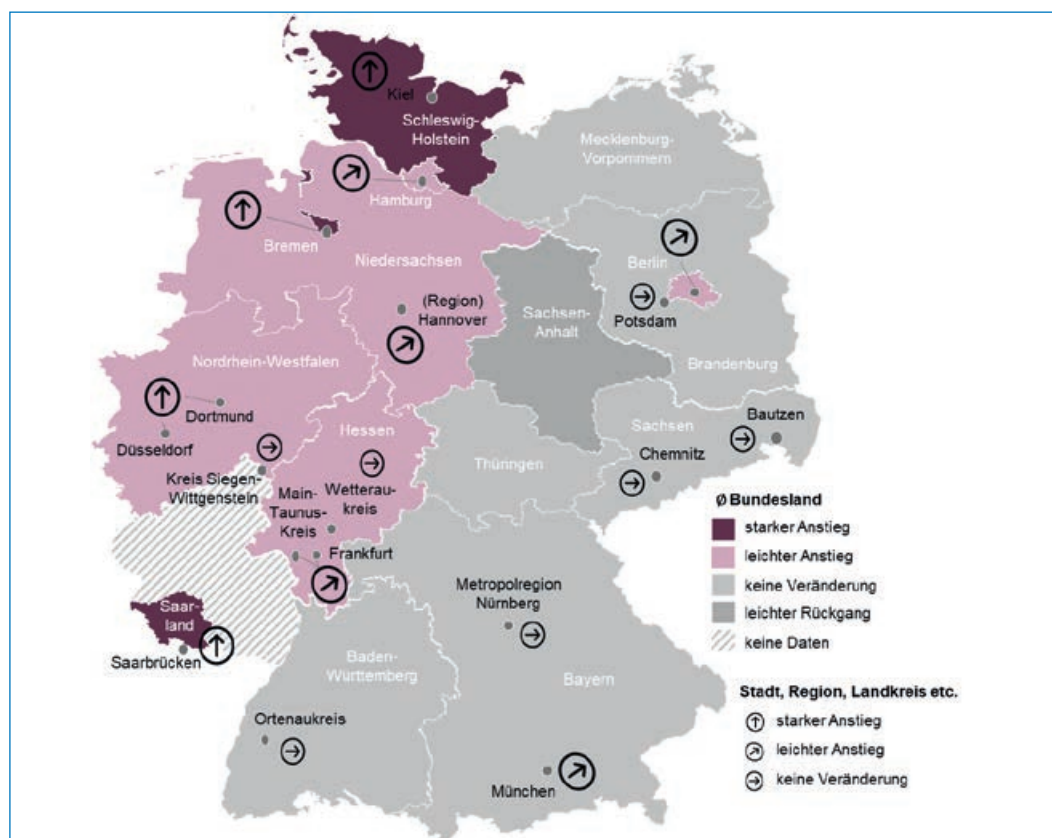


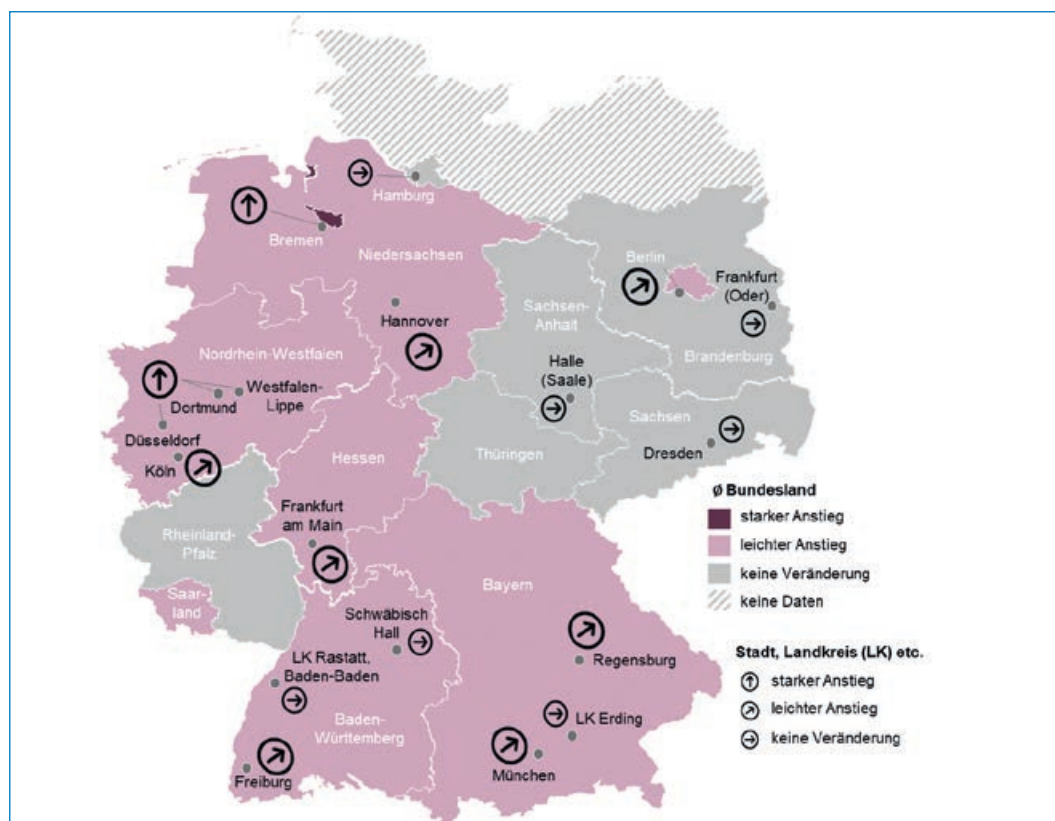
Abbildung 1

Veränderungen bzgl. der Konsumprävalenz von Crack bis Herbst 2021, aufgeschlüsselt nach Zuständigkeitsgebiet der ExpertInnen

$n = 55$; BW: $n = 1$; BY: $n = 6$; BE: $n = 3$; BB: $n = 2$; HB: $n = 6$; HH: $n = 3$; HE: $n = 5$; MV: $n = 1$; NI: $n = 3$; NW: $n = 7$; SL: $n = 1$; SN: $n = 6$; ST: $n = 2$; SH: $n = 2$; TH: $n = 2$; gesamtes Bundesgebiet: $n = 5$, davon $n = 1$ „starker Anstieg“, $n = 1$ „leichter Anstieg“, $n = 8$: „weiß nicht“

Abbildung 2

Veränderungen bzgl. der Konsumprävalenz von Crack zwischen Herbst 2021 und Herbst 2022, aufgeschlüsselt nach Zuständigkeitsgebiet der ExpertInnen



$n = 43$; BW: $n = 4$; BY: $n = 7$; BE: $n = 1$; BB: $n = 1$; HB: $n = 4$; HH: $n = 2$; HE: $n = 4$; MV: $n = 0$; NI: $n = 2$; NW: $n = 13$; RP: $n = 1$; SL: $n = 1$; SN: $n = 1$; ST: $n = 1$; SH: $n = 0$; TH: $n = 1$; $n = 3$: „weiß nicht“

wurde teilweise ein steigender i.v.-Konsum von Kokain berichtet, teilweise Methamphetaminkonsum als bevorzugtes Stimulans in der offenen Drogenszene. Im Herbst 2022 (Abbildung 2) wurden Anstiege im Crackkonsum auch aus südlichen Bundesländern berichtet. In den Regionen, die 2021 bereits einen Anstieg berichtet hatten, wurde für das Jahr 2022 ein weiterhin vorhandener Anstieg des Crackkonsums berichtet.

Marktentwicklung

Im gesamten Bundesgebiet wurde in beiden Erhebungszeiträumen eine hohe Verfügbarkeit von Kokain berichtet, die zur hohen Verfügbarkeit von Crack, das leicht selbst herzustellen sei, führe. Es wurden regionale Unterschiede in den Verkaufsformen benannt: In manchen Städten wurde bereits aufbereitetes Crack verkauft, in manchen kauften die Konsumierenden Kokainpulver und kochten unter Zugabe von Natron oder Ammoniak selbst das Crack auf. Auch der Verkauf einzelner Pfeifenzüge wurde berichtet. Manche Befragte gaben an, dass möglicherweise auch der generelle Trend weg vom i.v.-Konsum und hin zum inhalativen Konsum, der in der niedrigschwelligen Drogenhilfe seit länge-

rer Zeit beobachtet – und im Sinne der Harm Reduction auch gefördert – wird, den Crackkonsum begünstigen könne.

Risikoverhaltensweisen und gesundheitliche Auswirkungen

Eine berichtete Risikoverhaltensweise ist das Aufkochen mit Ammoniak statt Natron. Es wurde berichtet, dass einige Konsumierende darauf bestehen aufgrund des Glaubens, das Resultat werde damit reiner. Gasförmiges Ammoniak ist ätzend, was auch für Mitarbeitende in Drogenkonsumräumen, die beim Aufkochen anwesend sind, problematisch sein kann.

Weiterhin wurde mehrfach der Verkauf einzelner Pfeifenzüge erwähnt; dieser wurde von den Befragten, die davon berichteten, als besonders problematisch eingestuft: Er erleichtere den Erstkonsum, fördere aber auch die Aufrechterhaltung der Sucht, da einzelne Züge selbst bei Geldknappheit noch relativ erschwinglich seien. Zudem würden damit automatisch Pfeifen geteilt, was die basale Safer-Use-Strategie, nur saubere Konsumutensilien zu verwenden, unmöglich mache. Die gemeinsame Benutzung von Pfeifen wurde allerdings auch ohne Verkauf einzelner Züge als häufige

Verhaltensweise berichtet. Zudem würden (eigene wie fremde) Pfeifen häufig ausgekratzt. Neben der steigenden Infektionsgefahr beim Teilen der Pfeifen, etwa für Hepatitis C, können beim Auskratzen von Metallpfeifen Metallsplitter entstehen.

Darüber hinaus wurden die auch zu früheren Zeitpunkten in der Literatur beschriebenen gesundheitlichen und psychosozialen Auswirkungen des Crackkonsums von den Befragten genannt. Hierzu gehört ein sehr schlechter körperlicher Allgemeinzustand, gekennzeichnet durch Schlafmangel und Unterernährung. Vielfach wurde das rapide Tempo der körperlichen und psychischen Veränderungen bei Klientel mit starkem Crackkonsum beschrieben. Zudem zeichneten sich die Konsumierenden durch ein erhöhtes Aggressionspotenzial und Agitiertheit aus, was, ebenso wie der hohe Suchtdruck, den Kontakt mit ihnen weiter erschwere.

Ein großer Teil der Crack-Klientel zeichne sich durch polyvalente Konsummuster aus. Insbesondere der gemeinsame Konsum mit Heroin wurde dabei von den Antwortenden als problematisch angegeben.

Ein Anstieg von akuten Vergiftungen durch Crackkonsum oder Todesfälle in diesem Zusammenhang wurden hingegen kaum genannt. Dies blieb im Update Ende 2022 stabil.

Probleme in der praktischen Arbeit und notwendige Veränderungen

Die besonderen Konsummuster von Crack und damit einhergehende Belastungen in der Klientel stellen die niedrigschwellige Arbeit nach Aussage der Befragten vor erhebliche Herausforderungen. Aus Drogenkonsumräumen wurde berichtet, dass das Aufkochen vor Ort wesentlich länger dauere, was zu Wartezeiten auf Konsumplätze führe, weil nicht immer genug Rauchplätze zur Verfügung stünden. Entsprechend verlagere sich der Konsum damit teilweise in das Umfeld des Konsumraums, was zu Problemen mit Anwohnenden führe. Das teils sehr auffällige, agitierte Verhalten der Crackkonsumierenden führe außerdem zu Konflikten mit Konsumierenden anderer Substanzen und sei für die Beratungsarbeit ebenfalls sehr schwierig. Hier wurde insbesondere der sehr hohe Sucht- und damit Beschaffungsdruck immer wieder benannt. Es wurde vielfach der dringende Wunsch nach einer Substitutionsmöglichkeit – analog zur Opioidsubstitution – und entsprechender Forschung geäußert. Hiermit ließe sich der Druck reduzieren, die KlientInnen könnten in Beratungsprozesse kommen oder zur Stabilisierung in Krankenhäuser ge-

hen, was aktuell aufgrund der fehlenden Substitution verweigert würde.

Insgesamt wurde eine mangelnde Ausstattung benannt. Dies betrifft einerseits die Rauchplätze, aber auch in niedrigschwelligen Einrichtungen ohne Konsumräume fehlen Notfallschlafplätze, damit Konsumierende nach mehreren Tagen ohne Schlaf ausruhen können, sowie Geld für Pfeifen, die als wichtiges Safer-Use-Material ausgegeben werden müssten.

Diskussion

Es liegen kaum statistisch gesicherte Erkenntnisse zum gesamten Thema Crack in Deutschland vor. Die qualitativen Ergebnisse des ersten Trendspotters und des Updates weisen auf einen angestiegenen und (Stand Ende 2022) mindestens stabil bleibenden bis weiter steigenden Konsum von Crack unter Hochrisiko-Drogenkonsumierenden in offenen Szenen hin. In der Allgemeinbevölkerung blieb der Konsum hingegen stabil auf verschwindend geringem Niveau. Der Anstieg wurde vor allem aus größeren Städten Deutschlands berichtet; 2021 hauptsächlich im Norden und Westen, 2022 auch aus südlicheren Bundesländern. Der Anstieg im Süden im Jahr 2022 ist schwierig zu interpretieren: Aufgrund der verhältnismäßig kleinen Stichprobe der Befragten erscheint unsicher, ob der Anstieg im Sinne einer Ausbreitung tatsächlich erst im Jahr 2022 erfolgte oder bei einer anderen Stichprobenziehung bereits 2021 benannt worden wäre. Festzuhalten bleibt, dass aus den östlichen Bundesländern nach wie vor kein Anstieg gemeldet wird und hier weiterhin Methamphetamin als dominierende Substanz in den offenen Szenen beschrieben wird.

Bezüglich crackspezifischer riskanter Verhaltensweisen wurde das Aufkochen mit Ammoniak (statt Natron) benannt. Dies kann auch für Mitarbeitende von Drogenkonsumräumen eine Gesundheitsgefährdung darstellen, da gasförmiges Ammoniak ätzend ist. Eine Handlungsempfehlung zum Selbstschutz ist in der Schweiz veröffentlicht worden (Marthaler, 2022). Eine französische Untersuchung konnte zudem die angenommene „reinigende“ Funktion des Aufkochens mit Ammoniak in einer kleinen Stichprobe nicht nachweisen; weder waren die pharmakologisch wirksamen Verunreinigungen nach dem Aufkochen mit Ammoniak verschwunden, noch ergab sich ein höherer Wirkstoffgehalt als beim Aufkochen mit Natron (Gandilhon et al., 2013). Der Wirkstoffgehalt hing demnach hauptsächlich vom Wirkstoffgehalt des verwendeten Kokains ab.

Diese Erkenntnis scheint in der Szene bisher wenig verbreitet.

Crackkonsum geht mit einem rapiden körperlichen und psychischen Verfall sowie agitiertem und aggressivem Verhalten und massivem Suchtdruck einher. Zumindest für einige auftretende Probleme sind Umgangsmöglichkeiten bekannt und werden von den niedrigschwelligen Hilfen, wo möglich, bereits umgesetzt: Not-Schlafstellen, ein Ausbau von Rauchräumen bzw. eine räumliche Trennung von Opioid- und Crackrauchenden und die Vergabe von Pfeifen wurden benannt. Häufigstes Problem ist hier die mangelnde Finanzierung.

Vielfach wurde aber auch die Notwendigkeit einer Substitutionsmöglichkeit – analog zur Substitution von Opioiden – von den Befragten betont. Diese würde dabei helfen, den Sucht- und somit Beschaffungsdruck zu reduzieren und damit der Klientel überhaupt ermöglichen, weitere Hilfen anzunehmen. Bisher existiert keine zugelassene Substitutions- bzw. Agonistenbehandlung für Stimulanzienkonsum, inklusive Crackkonsum. Es existieren präklinische und klinische Studien, die einen positiven Effekt für die Behandlung von Kokainkonsumstörungen mit verschriebenen Stimulanzien belegen; Crackkonsum ist hier jedoch kaum inkludiert. Ein aktueller Überblick über die Studienlage findet sich bei Tardelli und KollegInnen (2023).

Als wesentlicher Grund für den Anstieg des Crackkonsums wurde von befragten Mitarbeitenden aus der niedrigschwelligen Drogenhilfe die hohe Verfügbarkeit starken und verhältnismäßig billigen Kokains ausgemacht. Zudem haben sich zumindest einige lokale Drogenmärkte auf die Klientel eingestellt und bieten bereits rauchfertige „Steine“ und einzelne Pfeifenzüge zum Verkauf an. Diese Marktentwicklungen decken sich mit dem gesamteuropäischen Trend der hohen Verfügbarkeit von Kokain, ebenso wie mit Beschreibungen aus anderen europäischen Ländern mit steigendem Crackkonsum.

Es ist auffallend, dass bei allen benannten Problemen bisher kein Anstieg von akuten Notfällen oder Todesfällen im Zusammenhang mit Crack von den Befragten berichtet wurde. Während davon auszugehen ist, dass die rapide Verschlechterung des Gesundheitszustands der Betroffenen die Mortalität mittelfristig erheblich erhöhen dürfte, liegen keine aktuellen Daten vor, die diese Aussage untermauern oder widerlegen könnten. In beiden deutschen Todesursachenstatistiken werden Kokain und Crack nur gemeinsam aufgeführt (Neumeier et al., 2022). Das Gleiche gilt für die Krankenhausdiagnosestatistik, die Aufnahmen im Kranken-

haus aufgrund von Notfällen enthält (Destatis, 2023). Somit ist ein Abgleich der qualitativen Aussagen mit einer größeren Datenbasis nicht möglich.

Es liegen keine Indizien dafür vor, dass die Verfügbarkeit von Kokain in absehbarer Zeit zurückgehen würde, daher muss davon ausgegangen werden, dass auch der Crackkonsum erhalten bleiben wird. Die EMCDDA beschreibt zudem in ihrer letzten Veröffentlichung zum Kokainmarkt eine mögliche Diversifizierung rauchbarer Produkte, da größere Mengen von Kokainbase und Kokapaste sichergestellt wurden, die für die Herstellung benötigt werden. Auf südamerikanischen Märkten sind schon lange andere rauchbare Produkte bekannt. Es ist unklar, ob in Europa, wo bisher Crack das einzige rauchbare Kokainprodukt war, durch die Einfuhr von Kokainbase und Kokapaste ebenfalls eine Diversifizierung stattfinden wird – und welche gesundheitlichen Folgen dies hätte (EMCDDA & Europol, 2022).

Vor diesem Hintergrund besteht dringender Forschungsbedarf nicht nur zur Agonistenbehandlung von Stimulanzien im Allgemeinen und Crack im Besonderen. Insgesamt sollten Studien und Erhebungen, die Kokainkonsum beinhalten, dringend eine Differenzierung von Crack- und Kokainkonsum ermöglichen. Selbst wenn die Ergebnisse – wie beim Epidemiologischen Suchtsurvey – aufgrund kleiner Fallzahlen üblicherweise zusammengefasst veröffentlicht werden, können auf Basis von ursprünglich getrennten Erhebungen Sonderauswertungen vorgenommen werden, die für die aktuelle Problemlage essenzielle Aussagen zulassen. Andernfalls bleiben die großen Erfassungssysteme für solche Entwicklungen blind.

Literatur

- Cadet-Taïrou, A., Jauffret-Roustide, M., Gandilhon, M., Dambéle, S. & Jangal, C. (2021). *Main results of the Crack study in the Ile de France-region – Overview*. Paris: OFDT.
- Destatis. (2023). *Genesis-Online*. Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?language=de&sequenz=statistikTabellen&selectionname=23131#abreadcrumb>
- EMCDDA. (2018). *Recent changes in Europe's cocaine market: Results from an EMCDDA trendspotter study*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2022). *European Drug Report 2022: Trends and developments*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- EMCDDA. (2023). *Statistical bulletin 2022*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available at: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022_en
- EMCDDA & Europol. (2022). *EU drug market: Cocaine – in-depth analysis*. Available at: https://www.emcdda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/cocaine_en
- Gandilhon, M., Cadet-Taïrou, A. & Lahaie, E. (2013). *Freebase cocaine in mainland France: recent trends*. Saint-Denis-La-Plaine: French Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction.
- Kühnl, R., Bergmann, H., Mathäus, F., Janz, M. & Neumeier, E. (2023). *Trendspotter-Update: Crack*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Kühnl, R., Meier, C., Prins, G. & Neumeier, E. (2021). *Trendspotter: Crack*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Marthaler, M. (2022). *Crack & Freebase: Faktenblatt*. Bern: Infodrog – Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht.
- Neumeier, E., Schneider, F., Karachaliou, K., von Glahn-Middelmenne, C. & Friedrich, M. (2022). *Bericht 2022 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2021/2022). Deutschland, Workbook Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- Rauschert, C., Möckl, J., Wilms, N., Hoch, E., Kraus, L. & Olderbak, S. (2023). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: Trends der Prävalenz des (problematischen) Konsums illegaler Drogen nach Geschlecht und Alter 1990–2021*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Specht, S. (2022). *Suchthilfe in Deutschland 2021: Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2021*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Tardelli, V. S., Berro, L. F., Gerra, G., Tadonio, L., Bisaga, A. & Fidalgo, T. M. (2023). Prescription psychostimulants for cocaine use disorder: A review from molecular basis to clinical approach. *Addict Biol*, 28(4), e13271. doi:10.1111/adb.13271
- UNODC. (2023). *Global report on cocaine 2023: Local dynamics, global challenges*. Vienna: United Nations.



Esther Neumeier

Diplom-Psychologin, Psychotherapeutin und Leiterin der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht, zuständig für die gesamtdeutsche Berichterstattung zum Thema illegale Substanzen und das National Early Warning System (NEWS)
neumeier@ift.de



Regina Kühnl, MSc

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFT Institut für Therapieforschung München, Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht, (National) Early Warning System (NEWS, EWS)
kuehnl@ift.de

Pharmakologische Behandlungsansätze bei Crack-/Kokainabhängigkeit

Carlo Caflisch

Schlüsselwörter: Drogenberatung, Medikamenten-gestützte Behandlung, Ketamin-gestützte Behandlung, Schadensminderung

Keywords: drug counseling, medication-assisted treatment, ketamine-assisted treatment, harm reduction

Ausführlicher Abstract

In den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts gab es eine erste „Kokainepidemie“ in Zürich wie in anderen Städten Europas. Das Kokain wurde geschnupft und es gab Konsumenten, die eine Kokainabhängigkeit entwickelten und behandelt wurden. Prof. Dr. Hans W. Maier (I. Oberarzt der psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli Zürich) publizierte 1926 in seiner Monographie *„Der Kokainismus. Geschichte/Pathologie. Medizinische und behördliche Bekämpfung“* folgende Behandlungsempfehlungen:

„Bei stärker neurotischen Individuen ist die Einleitung einer energischen Psychotherapie oft ebenso wichtig oder bedeutsamer wie die direkte Bekämpfung der Sucht selbst. (...) Prinzipiell muss für jeden Fall von ausgesprochener Koka-insucht die Internierung als die richtigste Art der Therapie angesehen werden. Wie bei den Morphinisten und den Alkoholikern ist mit einer Aufenthaltsdauer von einem Jahre zu rechnen.“

Nachdem Kokain in den 1930er Jahren kein Thema mehr war, kam der Konsum ab den 1980er Jahren über die USA nach Europa zurück. Das Kokain wurde wieder geschnupft vor allem aber zusammen mit Heroin als „Cocktail“ gefixt. Es folgte das Rauchen von Heroin auf der Folie und zunehmend auch das Rauchen von Kokain als Freebase beziehungsweise Crack.

In den USA publizierte die NIDA (National Institut on Drug Abuse) Therapiemanuale für die Behandlung der Kokainabhängigkeit:

- Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction (Manual 1, 1998),

- Community Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction (Manual 2; 1998)
- Individual Drug Counseling Approach to Treat Cocaine Addiction: The Collaborative Cocaine Treatment Study Model (Manual 3, 1999),
- Drug Counseling for Cocaine Addiction: The Collaborative Cocaine Treatment Study Model (Manual 4, 2002),
- Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse (Manual 5, 2003).

Die Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS), 1991–1994, untersuchte bei Patienten, die sich wegen ihrer Kokainabhängigkeit in Behandlung begeben hatten, den weiteren Verlauf über fünf Jahre (Simpson et al., 2002).

- Ein Jahr nach Ende der Therapie hatten nur noch 21 Prozent der Patienten einen wöchentlichen Kokainkonsum, der Rest konsumierte seltener oder überhaupt nicht mehr.
- Nach fünf Jahren waren es 25 Prozent, die noch wöchentlich konsumierten. Die Urinproben waren bei 26 Prozent positiv, was eine sehr gute Übereinstimmung ergab.
- Die deutliche Abnahme des Kokainkonsums ein Jahr nach Ende der Behandlung konnte auch nach fünf Jahren bestätigt werden.
- Je schwerer die Drogen- und psychosozialen Probleme bei Behandlungsbeginn, desto schlechter der Verlauf.

Bei Gesamtproblemlast (bio-psycho-sozial):

- „leicht“: genügten kürzere ambulante Therapien;

- „mittelschwer“: waren ambulante Therapien von mindestens drei Monaten Dauer optimal;
- „schwer“: waren stationäre Therapien von mindestens drei Monaten Dauer am effektivsten.

Eine Minireview für die Praxis (Herdener et al., 2012) fasste den damaligen Stand des Wissens zur Behandlung von Patienten mit einer Kokainabhängigkeit zusammen. Die key messages waren:

- Patienten mit einer Kokainabhängigkeit werden in den nächsten Jahren eher zunehmend eine Behandlung aufsuchen.
- Es gibt keine Standardbehandlung, aber erfolgversprechende psychotherapeutische und pharmakologische Ansätze.
- Insbesondere bei Polytoxikomanie und Dualdiagnosen sind die Prinzipien der „harm reduction therapy“ zu beachten.
- Die Chancen für die Überwindung einer Kokainabhängigkeit sind gut.

Als medikamentöse Strategien zur Behandlung der Kokainabhängigkeit (alles im „off-label-use“) wird darin vorgeschlagen, folgende Substanzen zu nutzen:

- Disulfiram (ANTABUS), 200 mg/d,
- Baclofen (z. B. LIORESAL), 100–250 mg/d,
- N-Acetylcystein (z. B. FLUIMUCIL), – 2400 mg/d,
- Modafinil (MODASOMIL) 200–400 mg/d,
- Methylphenidat (z. B. CONCERTA), 36–54 mg/d,
- Lisdexamphetamin (ELVANSE), 30–70 mg/d.

Die Review (Dürsteler et al., 2015) zum klinischen Potential von Methylphenidat (MPH) zur Behandlung einer Kokainabhängigkeit kommt zu folgendem Schluss:

„Though there are promising data in the literature, mainly from case reports and open-label studies, the results of randomized controlled trials have been disappointing so far and do not corroborate the use of MPH as a substitute for cocaine dependence in patients without attention deficit hyperactivity disorder.“

In einer weiteren Studie (Levin et al., 2015) wurde festgestellt:

„Extended-release mixed amphetamine salts in robust doses along with cognitive behavioral therapy are effective for treatment of co-occurring ADHD and cocaine use disorder, both improving ADHD symptoms and reducing cocaine use.“

In der Cochrane Review (Castells et al., 2016) über „Psychostimulant drugs for cocaine dependence“ kommen die Autoren zu dem Ergebnis:

„Existing evidence does not clearly demonstrate the efficacy of any pharmacological treatment for cocaine dependence, but substitution treatment with psychostimulants appears promising and deserves further investigation.“

Im Lehrbuch „Suchtmedizin“ von 2018 heißt es im Kapitel zu Kokain von Quednow und Herdener (2018):

„Derzeit existiert keine zugelassene pharmakologische Behandlungsstrategie für die Indikation einer Kokainabhängigkeit oder einer Kokainkonsumstörung. Daher stehen psychotherapeutische und psychosoziale Angebote in der Behandlung einer Kokainkonsumstörung nach wie vor im Vordergrund.“

Neuere Forschung hat bei Menschen mit einer Kokainabhängigkeit einen veränderten Glutamat-Stoffwechsel im Nucleus accumbens nachgewiesen (Engeli et al., 2020).

Glutmaterge Medikamente zur Behandlung der Kokaingebrauchsstörung werden zunehmend diskutiert (Hadizadeh et al., 2022; Gao et al., 2023).

In einer klinischen Studie (Dakwar et al., 2019) wurde festgestellt, dass die einmalige Behandlung mit einer Ketamininfusion in subanästhetischer Dosierung besser zur Rückfallprophylaxe geeignet war als Midazolam, jeweils gefolgt von einer „mindfulness-based relapse prevention“ über fünf Wochen.

Eine alternative Form der Anwendung könnte der Einsatz von Ketamin als Nasenspray sein, wie wir es von der Behandlung therapieresistenter Depressionen kennen.

Die Probleme von PatientInnen mit einer Crack-/Kokainabhängigkeit werden durch eine Pharmakotherapie alleine kaum erfolgreich gelöst. Es braucht dafür weiterhin einen sozialpsychiatrischen Ansatz. Es braucht Konzepte wie „Harm Reduction“, „Seeking Safety“ und „Housing First“. Wichtig sind Konsumräume („Kontakt- und Anlaufstellen“) sowie eine niederschwellige integrierte psychiatrische und somatische Versorgung (ambulant, tagesklinisch und stationär). Wichtig ist auch die konsequente Behandlung komorbider psychischer und somatischer Störungen.

Als Pharmakotherapie der Kokainabhängigkeit im engeren Sinne können sich möglicherweise in näherer Zukunft die Stimulanzen als „Substitutionsbehandlung“ etablieren.

Ketamin oder andere Wirkstoffe zur Beeinflussung des Glutamatstoffwechsels könnten möglicherweise einmal eine Zulassung zur Reduktion des Kokain-Cravings, zur Reduktion der Rückfälle und zur Erhaltung der Abstinenz erhalten.

Literatur

- Castells, X., Cunill, R., Pérez-Maná, C., Vidal, X. & Capellà, D. (2016). Psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9), CD007380.
- Dakwar, E., Nunes, E., Hart, C., Foltin, R., Mathew, S., Carpenter, K. et al. (2019). A single ketamin infusion combined with mindfulness-based behavioral modification to treat cocaine dependence. A randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*, 176(11), 923–930.
- Dürsteler, K., Berger, E. M., Strasser, J., Caflisch, C., Mutschler, J., Herdener, M. & Vogel, M. (2015). Clinical potential of methylphenidate in the treatment of cocaine addiction: a review of the current evidence. *Subst Abuse Rehabil*, 6, 61–74.
- Engeli, E. J. E., Zoelch, N., Hock, A., Nordt, C., Hulka, L. M., Kirschner, M. et al. (2020). Impaired glutamate homeostasis in the nucleus accumbens in human cocaine addiction. *Molecular Psychiatry*, 26(9), 5277–5285.
- Gao, Z., Winhusen, T. J., Gorenflo, M., Ghitza, U. E., Davis, P. B., Kaelber, D. C. et al. (2023). Repurposing ketamine to treat cocaine use disorder: integration of artificial intelligence-based prediction, expert evaluation, clinical corroboration and mechanism of action analyses. *Addiction* [Epub ahead of print]. doi:10.1111/add.16168
- Hadizadeh, H., Flores, J. M., Mayerson, T. et al. (2022). Glutamatergic agents for the treatment of cocaine use disorder. *Curr Behav Neurosci Rep*, 9, 101–112.
- Herdener, M., Oppliger, R., Stohler, R. & Caflisch, C. (2012). Behandlung der Kokainabhängigkeit. *Praxis*, 101(16), 1013–1019.
- Levin, F., Mariani, J., Specker, S., Mooney, M., Mahony, A., Brooks, D. et al. (2015). Extended-release mixed amphetamine salts vs placebo for comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorders and cocaine use disorder. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 593–602.
- Maier, H. W. (1926). *Der Kokainismus. Geschichte/Pathologie. Medizinische und behördliche Bekämpfung*. Leipzig: Thieme.
- Quednow, B. B. & Herdener, M. (2018). Kokain. In M. Soyka, A. Batra, A. Heinz, F. Moggi & M. Walter (Hrsg.), *Suchtmedizin* (S. 121–142). München: Elsevier.
- Simpson, D., Joe, G. & Broome, K. (2002). A national five year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 538–544.



Dr. Carlo Caflisch

Psychiater mit Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeits-erkrankungen
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
carlo.caflisch@pukzh.ch

Mögliche Behandlungsansätze bei Crackabhängigkeit

Thomas Peschel

Zusammenfassung

Seit einigen Jahren ist ein zunehmender Crackkonsum auch in vormals nicht betroffenen Städten wie beispielsweise Berlin zu beobachten, der das ambulante Hilfesystem herausfordert. Über die Hintergründe dieser zunehmenden „Epidemie“ existieren nur wenige Daten, medikamentöse Behandlungsansätze sind zumeist aus Erfahrungen mit Kokainabhängigen abgeleitet, es besteht erheblicher Forschungsbedarf (siehe Beitrag Caflisch in diesem Heft).

Aus einer qualitativen Erhebung zur Situation von Crackkonsumierenden in Frankfurt ist bekannt, dass sich etwa die Hälfte der Betroffenen in einer Opioidsubstitutionsbehandlung befindet, fast alle Crackkonsumierenden haben aktuell oder in der Vergangenheit neben anderen psychotropen Substanzen auch Kontakt mit Heroin und den etablierten oralen Substitutionsmitteln gehabt (siehe Tabelle 1; Werse et al., 2017).

Schlüsselwörter: Crackabhängigkeit, psychosoziale Interventionen, Opioidsubstitution

Abstract

For several years, increasing crack consumption has also been observed in previously unaffected cities such as Berlin, which is challenging the outpatient drug service system. There is only little data on the background of this increasing 'epidemic'; drug treatment approaches are mostly derived from experiences with cocaine dependents; there is a considerable need for research (see Caflisch article in this issue).

It is known from a qualitative survey of the situation of crack users in Frankfurt that about half of those affected are in opioid substitution treatment; almost all current or past crack users had contact with heroin/opioids and the established oral substitution substances (see Tabelle 1; Werse et al., 2017).

Keywords: crack addiction, psychosocial interventions, opioid maintenance treatment

Die Crackabhängigkeit erfüllt die Kriterien einer schweren psychischen Erkrankung

Der Crackkonsum führt schnell zu Defiziten auf allen Ebenen: schwere somatische Erkrankungen, multiple Substanzabhängigkeiten, justizieller Druck, Obdachlosigkeit, oftmals fehlender Versicherungsschutz sowie schwerwiegende Persönlichkeitsalterationen im Rahmen des Konsums erschweren den Zugang zu dieser Patientengruppe zusätzlich. Darüber hinaus bestehen häufig psychiatrische Komorbiditäten oder drogeninduzierte Psychosen, welche die Versorgung zusätzlich erschweren (siehe Beitrag Strate in diesem Heft).

Aus klinischer Perspektive ergeben sich Parallelen zur Patientengruppe der schwer opi-

atabhängigen Patienten, die im Rahmen der diamorphingestützten Behandlung therapiert werden dürfen. Hierbei finden sich oftmals eine sogenannte „broken-home“ Sozialisation,

Tabelle 1

Lifetime-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz diverser Substanzen in der Stichprobe (Werse & Kamphausen, 2023)

	24 Stunden	30 Tage	Lifetime
Alkohol	47	63	100
Cannabis	43	67	97
Heroin	40	67	97
Crack	90	93	97
Kokain	0	30	97
Benzodiazepine	17	33	77
Substitutionsmittel	50	53	83
Andere Opioide	0	20	53
Speed	3	13	77
Crystal Meth	0	0	30

eine langjährige Szenevergangenheit, häufige Haftstrafen, mangelnde Selbstfürsorge, Persönlichkeitsstörungen sowie eine ausgeprägte Vermeidungshaltung in Bezug auf den Kontakt zum Hilfesystem (Passie & Peschel, 2013).

Der Anteil der Persönlichkeitsstörungen ist dort hoch, sogenannte Entwicklungs- (van der Kolk, 2016) oder Bindungstraumatisierungen (Lüdecke et al., 2018) finden sich häufig. Dies führt oftmals zum Krankheitsbild der Traumafolgestörungen, welche durch verminderte Affektregulation, Aufmerksamkeitsdefizite, Veränderung der Selbstwahrnehmung, Somatisierungsstörungen, Vertrauensverlust, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet sind. Mit Einführung des ICD-11 werden diese unter der Diagnose einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) operationalisiert werden.

In diesem Zusammenhang könnte auch der Crackkonsum als ein weiterer dysfunktionaler Bewältigungsversuch im Rahmen der multiplen polyvalenten Selbstmedikation mit psychotropen Substanzen wie Opiaten oder Benzodiazepinen verstanden werden (siehe Tabelle 1). Hier besteht sicherlich erheblicher Forschungsbedarf.

Zusammengefasst ergibt sich somit aus klinisch-psychiatrischer Perspektive das Bild einer sogenannten „schweren psychischen Erkrankung“ (engl. severe mental illness/severe and persistent mental illness). Dieses wird u. a. definiert über die Schwere der Beeinträchtigung, die Vielfalt der psychosozialen Einschränkungen, die häufige intensive Inanspruchnahme des Versorgungssystems sowie die in der Regel längere Zeitdauer der Erkrankung (S3-Leitlinie; Gühne et al., 2019). Die durch die Erkrankung hervorgerufene psychosoziale Beeinträchtigung erreicht eine gewisse Schwere, die sogar durch eine gültige Skala quantifizierbar ist (z. B. Global Assessment of Functioning, GAF; Ruggeri et al., 2000).

Gemäß dieser Definition haben schwer psychisch Kranke einen komplexen Behandlungsbedarf, für den im Bereich der Psychiatrie in Deutschland daher ein ambulantes Versorgungsangebot existiert, das explizit auf diese Bedürfnisse ausgerichtet ist und beispielsweise durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) abgebildet wird. Hier werden Komplexleistungen unter fachärztlicher Leitung von einem multiprofessionellen Team erbracht, zu dem u. a. Psychologen, Sozialpädagogen und Pflegekräfte zählen. Behandlungsindikationen bilden wiederholte stationäre Aufnahmen und eine lange Erkrankungsdauer, Multimorbidität, Behandlungsabbrüche, soziale Anpassungsschwierigkeiten, Nichtinanspruchnahme fach-

ärztlicher Hilfe und Selbst- oder Fremdgefährdung. Eine enge Verzahnung mit dem entsprechenden stationären psychiatrischen Versorgungsangebot besteht insofern, da die PIA im Regelfall Teil der psychiatrischen Klinikstruktur sind.

Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Es existieren evidenzbasierte psychosoziale Therapieverfahren, wie sie ausführlich in der S3-Praxisleitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychosomatik, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zusammengefasst sind (Gühne et al., 2019).

Systeminterventionen mit hoher wissenschaftlicher Evidenz und einer starken Empfehlung seitens dieser Leitlinien sind beispielsweise multiprofessionelle, aufsuchende, teambasierte Behandlung, bestimmte Prinzipien der Arbeitsrehabilitation sowie Bevorzugung von Wohnangeboten mit selbstbestimmten, eigenverantwortlichen Wohnformen („housing first“) gegenüber Institutionalisierung.

An Einzelinterventionen mit starker Evidenz werden Psychoedukation mit Einbezug von Angehörigen, Training sozialer Kompetenzen, Recovery und Empowerment, partizipative Entscheidungsfindung sowie peer-support empfohlen.

Interessanterweise werden die Abhängigkeitserkrankungen explizit von dieser Leitlinie ausgenommen, obwohl auch sie als schwere psychische Erkrankungen eingestuft werden und einige evidenzbasierte Studien dazu vorliegen. Es wird diesbezüglich auf künftige, separate Leitlinien verwiesen. Obwohl Abhängigkeitserkrankungen einen großen Anteil im psychiatrischen Versorgungssystem ausmachen, werden diese nicht aufgenommen.

Dieser „Ausschluss“ ist Abbild der klinischen Versorgungsrealität für schwere psychische Erkrankungen im Rahmen von Drogenkonsum und Abhängigkeitserkrankungen. Die Psychiatrie ist außer für Entgiftungsbehandlungen nicht zuständig. Psychiatrische (Ko-)Morbidity und Abhängigkeitserkrankungen werden getrennt betrachtet und der Therapie der Abhängigkeitserkrankung (meist mit Abstinenzorientierung) der Vorrang in der Behandlungshierarchie eingeräumt, so dass auch innerhalb der Psychiatrie oftmals eine Spaltung zwischen Sucht und Psychiatrie vorliegt. Die Behandlungsführung wird dann primär an das sogenannte „Suchthilfesystem“ delegiert.

Es soll im Folgenden gezeigt werden, dass aufgrund der Multimorbidität und der beachtlichen psychosozialen Beeinträchtigungen bei schwerwiegender Crackabhängigkeit ein niedrigschwelliger, multidisziplinärer, sektorübergreifender und kooperativer Ansatz hilfreich sein kann.

Wie sieht die Realität des Suchthilfesystems aus? Eine Fallvignette

Um die konkrete Behandlungsrealität eines Crackabhängigen zu verdeutlichen, begleiten wir an dieser Stelle den 47-jährigen Karl. Er ist in einer Pflegefamilie aufgewachsen, erfuhr viel körperliche Gewalt bereits in der Kindheit und konsumierte mit 15 Jahren erstmals Heroin zunächst nasal und nach kurzer Zeit bereits intravenös. Er beendete die Hauptschule, begann eine Lehre als Fliesenleger und wurde im Alter von 20 Jahren erstmals Vater. Er lebte in einer stabilen Beziehung, konnte lange auf Drogen verzichten und wurde später noch stolzer Vater von zwei weiteren Töchtern. Nach Trennung von der Kindsmutter schwere psychische Krise, Rückgriff auf Drogen zur Affektregulation. Danach typische Karriere mit Beschaffungskriminalität und Haft. Mehrere Suizidversuche.

Nach vielen gescheiterten oralen Substitutionsversuchen stellt sich Karl Ende 2020 in unserer Behandlungseinrichtung für diamorphingestützte Behandlung in Hannover vor. Es zeigt sich folgende Situation bei der Aufnahme: Karl ist obdachlos, schläft in einem Zelt in der Nähe der Drogenszene, keinerlei Papiere, kein Geld, unsicherer Versicherungsstatus, hoher Crackkonsum zusätzlich zum intravenösen Heroin-Konsum. Unruhig, desorganisiert, zitterig, agitiert, Schwierigkeiten bei der Eigeninjektion unter Aufsicht in der Einrichtung, hoher weiterer Konsum von Benzodiazepinen und Pregabalin (Lyrica®). Erscheint am Folgetag bereits nicht mehr zur Behandlung. Nach vier Monaten stellt er sich erneut eigeninitiativ vor, es besteht die gleiche psychosoziale Situation wie bei der ersten Aufnahme. Danach kontinuierliche Nutzung der Praxis, bereits nach vier Wochen organisiert er sich selbständig eine stationäre Teilentgiftung, die aber nach einem Tag disziplinarisch wegen Beikonsum beendet wird.

Das multidisziplinäre Team, bestehend aus Fachärzten für Psychiatrie, Sozialarbeitern und Pflegekräften, sah sich folgenden Herausforderungen gegenübergestellt: es existierten einige Strafbefehle, mehrere Geldstrafen, eine Einladung zum Tuberkulose-Screening und eine Indikation zur Hepatitis-C-Behandlung. Er litt unter vielen versorgungspflichtigen Abszes-

sen, es kam häufiger zu Lungenentzündungen, die stationäre Aufenthalte notwendig machten (insgesamt drei in sechs Monaten). Darüber hinaus Erstdiagnose einer HIV-Erkrankung mit entsprechendem Behandlungsbedarf; hier wurde die entsprechende Therapie aufgrund mangelnder Compliance letztlich stationär eingeleitet, da ambulant nicht möglich. Es wurde nach einiger Zeit zumindest eine Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer einer Obdachloseneinrichtung für Drogenabhängige organisiert.

Insgesamt hoher Bedarf an sozialer Arbeit, die als Case Management im multidisziplinären Team und für die sektorübergreifende Versorgung im medizinischen System fungierte.

Nach ca. einem Jahr Behandlung in der Einrichtung mit leidlicher Stabilisierung eines morgens Vorstellung mit diversen Verletzungen durch äußere Gewalteinwirkung. Es bestanden ausgeprägte Luftnot sowie Schmerzen bei der Atmung. Zunehmend schlechter körperlicher Zustand. Karl konnte nur mit Mühe für den dringend indizierten Klinikaufenthalt motiviert werden, letztlich wird eine schwere Rippenprellung diagnostiziert. Einige Zeit später Beinvenenthrombose, danach dauerhafte Blutverdünnung notwendig, zunehmend Probleme bei der Eigenapplikation von Diamorphin. Anfang April 2021 zunehmend Bedrohungsgefühl, das von uns zunächst als Paranoia gedeutet wird. Karl sucht nachts, entgegen den Regeln, Schutz in unserem Treppenhaus, danach wird ein stationärer Klinikaufenthalt in der Psychiatrie zur Krisenintervention organisiert. Unsere Sozialarbeiterin besucht ihn dort regelmäßig. Die geschützte Umgebung ermöglicht erstmals eine Klärung der aktuellen Situation und eine Perspektivenplanung. Es zeigt sich, dass eine echte Bedrohung für Leib und Leben durch einen Dealer vorliegt, so dass eine Entscheidung zum Wechsel des Wohnortes getroffen wird. Patient wird direkt von der psychiatrischen Station aus in einen Zug nach Berlin gesetzt, wo er am selben Tag noch in der dortigen Einrichtung zur diamorphingestützten Behandlung aufgenommen wird. An dieser Stelle sei bemerkt, dass dies nur möglich war, da ihm die Sozialarbeiterin die Fahrkarte auslegte. Während der gesamten Behandlungszeit in Hannover bestand zusätzlich zur Substitutionsbehandlung täglicher Crackkonsum.

In Berlin Ende April 2022 angekommen, bezog er das bereits vororganisierte Krisenwohnen, hielt sich anfangs während der tagsüber bestehenden zwölfstündigen Öffnungszeiten in unserer Einrichtung auf. Erfuhr erneut viel sozialarbeiterische Unterstützung. Es kam in der gesamten Zeit zu keinem Kokain- oder Crack-Rückfall, die Behandlungssituation war jeder-

zeit stabil. Mittlerweile besteht eine kontinuierliche Behandlung der Hepatitis-C- und der HIV-Erkrankung. Er hat eine eigene Wohnung im Rahmen des betreuten Wohnens, Beginn einer regelmäßigen Arbeitstätigkeit im Rahmen eines Ein-Euro-Jobs mit Aussicht auf Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt.

Wir haben Karl nach der Stabilisierung in Berlin gefragt, was er in der gesamten Behandlungszeit in Hannover und Berlin als hilfreich erlebt habe. Für ihn sei die Möglichkeit, sich ganztätig in einer Einrichtung außerhalb der Szene aufhalten zu können, entscheidend gewesen. Darüber hinaus empfand er die Niedrigschwelligkeit der therapeutischen und sozialarbeiterischen Angebote sowie das Bezugstherapeutesystem ohne „Komm-Struktur“ als hilfreich. Besonders geschätzt hat er die Geduld, die für insgesamt ein Jahr Stabilisierung und Perspektivenklärung benötigt wurde bei fortgesetztem Crackkonsum und oftmals das Team herausfordernder psychischer Verfassung. Darüber hinaus betonte er, dass die für ihn wesentlichen Angebote Substitution, Sozialarbeit, Psychiatrie und somatische Medizin sowie die Möglichkeit des Tagesaufenthaltes unter einem Dach vereinigt waren, so dass er einen täglichen Bezugspunkt und sicheren Ort hatte. Um es in seinen Worten zu sagen:

„Ich konnte immer kommen, es war immer jemand für mich da.“

Aus unserer Helferperspektive möchten wir auf den bei der Multimorbidität erforderlichen enormen Hilfebedarf, die erforderliche Geduld und notwendige Niedrigschwelligkeit hinweisen. Eine entscheidende Attraktivität der Behandlungseinrichtung für Karl bestand auch sicherlich darin, dass eine tägliche Substitutionsbehandlung inklusive anfänglicher Verordnung auch von Benzodiazepinen und Pregabalin erfolgte, so dass ein Aufsuchen der Szene zur Eigenversorgung nicht unbedingt notwendig wurde. Karl gab an, dass er es auch möglicherweise in Hannover geschafft hätte, wenn er sich wie in Berlin ganztätig in der Einrichtung hätte aufhalten können; in Hannover müssen die Patienten (noch) zwischen den Vergabezeiten aufgrund der räumlichen Situation die Einrichtung verlassen. Dies führt dazu, dass sie das menschliche Bedürfnis nach Verbundenheit und Nähe automatisch an altbekannten Orten leben, so dass eine Distanzierung von der Szene schwerfällt und der Teufelskreis des Crackkonsums aufrechterhalten wird.

Das Suchthilfesystem ist versäult und wenig vernetzt

In Deutschland ist seit Mitte des 19. Jahrhunderts ein sehr differenziertes und spezialisiertes „Suchthilfesystem“ entwickelt worden, das für fast jeden Hilfebedarf passende Angebote vorhält: angefangen von mobiler Wundversorgung, Spritzentauschprogrammen, Drogenkonsumräumen bis hin zu stationärer Langzeittherapie unter Opiodsubstitution.

Viele Träger stehen in einer unterschiedlichen Haltungstradition, welche die verschiedenen Perspektiven auf die Sucht widerspiegelt. So stehen oft stationäre Entgiftungsbehandlungen und Langzeittherapie in der Tradition der Abstinenzorientierung, während harm reduction Maßnahmen wie Methadonsubstitution oder Konsumräume sich eher aus der akzeptierenden Drogenpolitikbewegung entwickelt haben. Viele Angebote konzentrieren sich auf Einzelaspekte der Suchtfolgen wie Wundversorgung, Spritzentauschprogramme oder Substitution. Ein unkomplizierter Zugriff auf ambulante psychiatrische Fachexpertise ist die Ausnahme. Weiterführende Hilfen werden oft innerhalb des Angebotes einer Trägerstruktur genutzt, da die Sorge um Weiterfinanzierung häufig zu eigener Auslastung führt, wodurch der Angebotsbedarf legitimiert werden kann. Aufgrund von verschiedenen Finanzierungsquellen für die unterschiedlich erforderlichen Hilfen wie bspw. Opiodsubstitution, psychosoziale Betreuung, Tagesstätten oder niedrigschwellige Wohneinrichtungen sind multiprofessionelle, trägerübergreifende Einrichtungen rar. Möglicherweise divergierende Interessen der unterschiedlichen Träger und verschiedene Zuordnungen von Fachaufsicht können dort zu Reibungsverlusten und Abstimmungskonflikten führen.

Wie durch die Fallvignette von Karl exemplarisch gezeigt werden sollte, erfordern die mannigfaltigen Folgen der schweren Crackabhängigkeit ein koordiniert multidisziplinäres Vorgehen, was angesichts des versäulten Suchthilfesystems nur in Ausnahmefällen gelingt. Die für eine adäquate Hilfe erforderlichen Akteure (u.a. Allgemeinmedizin, Infektiologie, Psychiatrie, Sozialarbeit, Wundversorgung, harm reduction, Tagesstätten und stationäre Angebote) sind oftmals nicht ausreichend vernetzt oder koordiniert, bzw. können nicht aus „einem Topf“ wie oben beschriebene PIAs finanziert werden, so dass Kooperationen zwischen Partnern erforderlich werden, die darin nicht geübt sind.

Was also ist zu tun? Multimorbidität erfordert multidisziplinäres Vorgehen

Unser sehr differenziertes Hilfe- und Versorgungssystem hält bereits alles vor, was für eine adäquate Behandlung und aussichtsreiche Genesung notwendig wäre. Die Teilbereiche müssten nur koordiniert werden und sich auf eine einheitliche Abstimmung einlassen, so dass sich diese mehr dem System der kommunizierenden Röhren verpflichten, als die Versäulung über Verteilungskämpfe zu verfestigen.

Eine Vernetzung und Koppelung der bestehenden Angebote durch trägerübergreifendes Case Management nach dem Vorbild von gemeindepsychiatrischen Teams könnte hier ein erster Schritt sein.

Eine besondere Bedeutung bekommt in diesem Zusammenhang auch die Aufenthaltsqualität, da Veränderungsmotivationen nur in Phasen der Ruhe, des Innenhaltens und in einer geschützten Umgebung entstehen können. Hier sollten dann zusätzlich zu einer Tagesstättenstruktur niedrigschwellige integrierte Angebote bestehend aus Medizin, Sozialarbeit und Wohnungslosenhilfe vorgehalten werden.

Die Misere der Substitutionsbehandlung ist hinlänglich bekannt, in Deutschland werden nur schätzungsweise 50 Prozent der betroffenen Menschen erreicht. Wie in der Studie von Werse und Kollegen (2017) gezeigt, scheinen mindestens die Hälfte der schwer Crackabhängigen für eine solche Behandlung qualifiziert zu sein. Wird diese in integrierten Zentren wie oben beschrieben niedrigschwellig vorgehalten, könnte ein attraktiver Zugangsweg zu einer regelmäßigen Behandlungsaufnahme eröffnet werden. Diese niedrigschwelligen Substitutionsangebote – selbstverständlich auch für nicht-versicherte Personen – könnten einen dauerhaften Zugang zu dieser Patientengruppe schaffen und das medizinische System gleichsam in den Sozialraum integrieren.

Hier kann die diamorphingestützte Behandlung als Beispiel dienen (Bühring, 2020), welche für sogenannte „Schwerstabhängige“ konzipiert wurde. Diese Behandlungsform beinhaltet als Voraussetzung das Vorhandensein eines multidisziplinären Teams mit Zugriff auf kurzfristige psychiatrische Expertise, zwölfstündige Öffnungszeit, verpflichtendes Angebot einer psychosozialen Betreuung vor Ort und den Nachweis einer Einbindung in das lokale Suchthilfesystem (Passie & Peschel, 2013). Auch für Crackkonsumierende könnte ein derartiges Angebot hilfreich sein.

Sozialpsychiatrisch inspirierter Ausblick

Nach dem bekannten Traumaforscher Bessel van der Kolk ist davon auszugehen, dass Menschen, die unter einer schweren Drogenabhängigkeit leiden, damit oft versuchen, unerträgliche Gefühle zu bewältigen. Der Grund dieser Gefühle sei in fast allen Fällen ein vergangenes Trauma. Daher sei es wichtig, dass den Betroffenen die richtige Diagnose und Behandlung zu Teil wird (van der Kolk, 2016). Fasst man also die Crackabhängigkeit als Folge im Sinne eines dysfunktionalen Bewältigungsversuches einer schweren psychischen Erkrankung auf, ist ein Zugang zur Psychiatrie zwingend erforderlich. Dann können die bewährten psychosozialen Versorgungsformen mit suchtspezifischer Adaptation ihren Beitrag zur Genesung von Crackabhängigen im Rahmen einer niedrigschwelligen, integrierten und sektorübergreifenden psychiatrisch-somatischen Versorgung leisten.

Aktuell werden unterschiedliche Modellvorhaben zur Behandlung der Crackabhängigkeit diskutiert, die vor allem einen pharmakologischen Substitutionsansatz zum Inhalt haben. Unsere klinische Erfahrung hat gezeigt, dass nur ein multiprofessioneller Ansatz durch ein koordiniertes, oft gleichzeitig agierendes, vernetztes und durchlässiges System den verschiedenen Aspekten der Multimorbidität gerecht wird. Somit wird jegliche Art von „Substitutionsversuch“ bei der Crackabhängigkeit scheitern, wenn nicht gleichzeitig die Multimorbidität im Rahmen eines multiprofessionellen Teams adäquat berücksichtigt wird.

Literatur

- Bühring, P. (2020). Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung: Die tägliche Spritze. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(1–2), A16–A19.
- Gühne, U. et al. (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Lüdecke, Ch., Faure, H. & Sachsse, U. (2018). *Sucht-Bindung-Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Passie, T. & Dierssen, O. (2011). *Die heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Passie, T. & Peschel, T. (2013). Die heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger in Deutschland. Geschichte – Ergebnisse – Wirkprinzipien. *Die Polizei*, 104(9), 241–272.

- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G. et al. (2000). Definition und prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*, 177, 149–155.
- van der Kolk, B. (2016). „Verkörperter Schrecken“. *Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau/Westfalen: Probst.
- Werse, B. et al. (2017). *Crack in Frankfurt. Eine qualitative Untersuchung zum Alltag von Crack-Konsumentinnen und -Konsumenten. Abschlussbericht. Einmaliges Zusatzmodul zum Monitoring-System Drogentrends (MoSyD)*. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research, Goethe-Universität.
- Werse, B. & Kamphausen, G. (2023). *MoSyD Szenestudie 2022*. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research, Goethe-Universität.



Dr. Thomas Peschel

Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie
Patrida Berlin, Hannover
peschel@patrida.org

Psychiatrische Diagnostik und Behandlung einer Crack-/Kokainabhängigkeit

Peter Strate

Schlüsselwörter: Crack-/Kokainabhängigkeit, Diagnostik, Behandlung

Keywords: crack cocaine addiction, diagnostic, treatment

Zur klinischen Diagnostik bei einer Crack-/Kokainabhängigkeit

Es gibt einige Auffälligkeiten im klinischen Alltag mit dieser Patientengruppe, mit Besonderheiten im psychopathologischen Befund: Die Intoxikation ist häufig verbunden mit Aggressivität/Anspannung und einem psychotischen Erleben. Der Entzug nach Binge-Konsum ist verknüpft mit einer massiven Müdigkeit und Erschöpfung. In der körperlichen Untersuchung findet sich insbesondere: ein deutlich reduzierter Allgemeinzustand, pulmonale Symptome und Hautauffälligkeiten. Notwendig sind zudem eine Substanzanamnese und ein Drogenscreening.

Weiterhin muss eine klinische relevante psychiatrische Komorbidität untersucht werden, denn auffällig sind

- Depressionen: 29.3%–47.6% (Conway et al., 2006),
- Psychosen: 12%–86% (Vergara-Moragues et al., 2014; Roncero et al., 2014),
- ein zweifach erhöhtes Risiko für PTSD gegenüber anderen SUDs (OR = 2.19, 95%-CI = 1.49–3.22; Saunders et al., 2015),
- ADHS: Prävalenz bei
 - Kokainkonsum 26.0% (95%-CI 0.18–0.35),
 - Kokainabhängigkeit 10.0% (95%-CI 0.08–0.13)
 bei stat. psychiatrischen Patienten (Oliva et al., 2020).

Viele weitere somatische Erkrankungen können gefunden werden (neurologisch, kardiovaskulär, respiratorisch, hepatisch, Geschlechtskrankheiten, Zahnschäden etc.) sowie Verletzungen (Verkehrsunfälle, Gewalt etc.; Schulte & Hser, 2014).

Welche Behandlungsoptionen/-notwendigkeiten gibt es bei einer Crack-/Kokainabhängigkeit?

Infrage kommen *tagesstrukturierende Maßnahmen*, weiterhin die *Wiederherstellung des Tag-Nacht-Rhythmus* und eine *regelmäßige Ernährung*.

Eine *psychopharmakologische Akutbehandlung* ist schwierig, da keine zugelassenen „spezifischen Entzugsmedikamente“ verfügbar sind. In der Regel erfolgt eine Behandlung symptomorientiert: z.B. durch die Vergabe von Benzodiazepinen, Antipsychotika (ggf. schlafanstößend) und Antidepressiva.

Tritt eine *Kokain-/Crack-induzierte Psychose* auf, werden Antipsychotika eingesetzt, wobei es keine Hinweise für die Therapieüberlegenheit eines bestimmten Wirkstoffes gibt.

Notwendig ist eine Differentialdiagnostik. Eine Intoxikation kann bis zu 48 Stunden andauern. Drogeninduzierte Psychosen werden innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach initialer Intoxikation diagnostiziert. Die differentialdiagnostische Abklärung einer Schizophrenie muss mitunter unter prolongiertem Konsum erfolgen, da keine längerfristige Abstinenz zu erreichen ist.

Wichtig ist, eine ambulante Weiterbehandlung sowohl suchtttherapeutisch als auch psychiatrisch zu organisieren, damit die psychopharmakologische Behandlung angepasst beziehungsweise im Verlauf wieder abgesetzt werden kann.

Es gibt in diesem Bereich besondere Herausforderungen, wie z.B. häufige Therapieabbrüche und die mangelnde Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme.

Literatur

- Convey, K., Compton, W., Stinson, F. & Grant, B. (2016). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*, 67(2), 247–257. doi:10.4088/JCP.v67n0211
- Oliva, F., Mangiapane, C., Nibbio, G., Berchiolla, P., Colombi, N. & Vigna-Taglianti, F. (2020). Prevalence of cocaine use and cocaine use disorder among adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatry Res*, 143, 587–598. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.11.021
- Roncero, C., Daigre, C., Grau-López, L., Barral, C., Pérez-Pazos, J., Martínez-Luna, N. et al. (2014). An international perspective and review of cocaine-induced psychosis: a call to action. *Subst Abus*, 35(3), 321–327. doi:10.1080/08897077.2014.933726
- Schulte, M. T. & Hser, Y.-I. (2014). Substance use and associated health conditions throughout the lifespan. *Public Health Rev*, 35, 3. doi:10.1007/BF03391702
- Saunders, E., Lambert-Harris, Ch., McGovern, M., Meier, A. & Xie, H. (2015). The prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms among addiction treatment patients with cocaine use disorders. *J Psychoactive Drugs*, 47(1), 42–50. doi:10.1080/02791072.2014.977501
- Vergara-Moragues, E., Araos Gómez, P., González-Saiz, F. & Rodríguez-Fonseca, F. (2014). Cocaine-induced psychotic symptoms in clinical setting. *Psychiatry Res*, 217(1–2), 115–120. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.024



Dr. Peter Strate, eMBA UZH

Chefarzt der Klinik für Abhängigkeits-
erkrankungen,
Asklepios Klinik Nord, Hamburg-Ochsenzoll
p.strate@asklepios.com

Alterlaa

Sonja Bachmayer







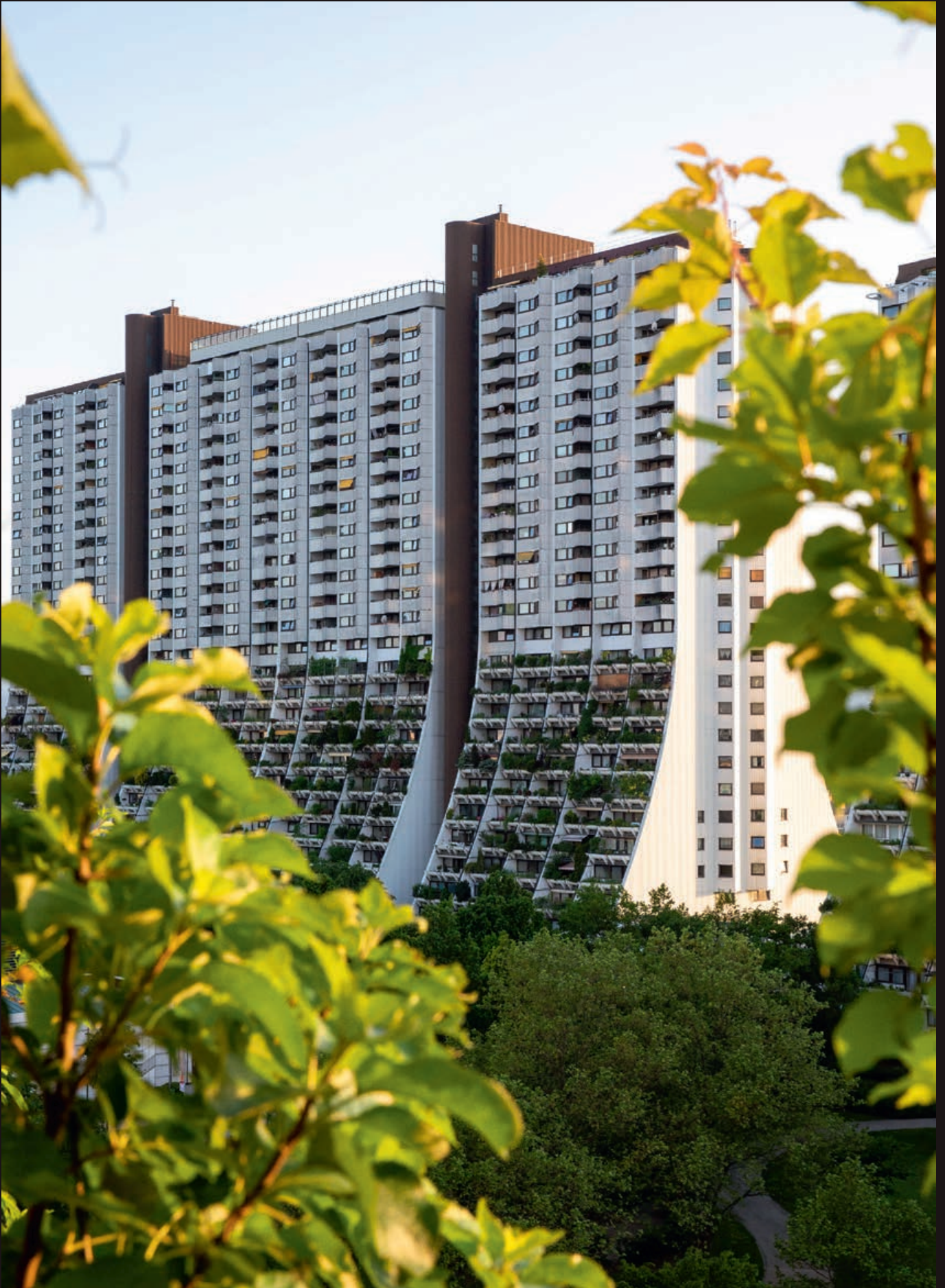












Drogenselbsthilfe als wichtiger Hinweisgeber für Veränderungen im Drogenmarkt

Dirk Schäffer

Zusammenfassung

Der nachfolgende Beitrag gibt einen Einblick in die Potenziale des Einbezugs bzw. der engen Kooperation mit Peers, also Menschen, die selbst Erfahrungen mit dem Konsum von Kokain, Opioiden und anderen Substanzen haben, am Beispiel von Konsumutensilien.

Schlüsselwörter: Konsumutensilien, Peer

Abstract

The following article gives an insight into the potential of inclusion of and close cooperation with peers, i.e. people who themselves have experienced cocaine, opioids and other substances, using the example of consumer utensils.

Keywords: drug use equipment, peer

JES – das Netzwerk von Usern, Ehemaligen und Substituierten

JES (Junkies, Ehemalige und Substituierte) ist ein 1989 gegründetes bundesweites Selbsthilfenetzwerk mit etwa 20 lokalen Gruppen und landesweiten Zusammenschlüssen. Anders als in vielen anderen Selbsthilfen bietet *JES* allen DrogengebraucherInnen Zugang unabhängig davon, ob sie ehemals konsumiert haben oder aktuell illegalisierte Substanzen konsumieren bzw. substituiert werden, Zugang zum Netzwerk.

Im Mittelpunkt der Arbeit steht neben der individuellen Unterstützung und Hilfe vor allem das Engagement in der strukturellen Prävention. Dies bedeutet Menschen durch die Bereitstellung von neutralen Informationen in informierten Konsumententscheidungen zu unterstützen und auf einen risikoreduzierten Konsum hinzuwirken. Auf der anderen Seite ist es die Aufgabe von *JES*, gesellschaftliche und politische Strukturen und Haltungen gegenüber Drogen und DrogengebraucherInnen zu verändern.

Peers oder Menschen mit Erfahrungen im Substanzkonsum sind die aktuellen Bedarfe

drogenkonsumierender Menschen unmittelbar zugänglich. Deshalb können Peers als „Frühwarnsystem“ im Hinblick auf neue Substanzen oder sich verändernde Konsumformen dienen und frühzeitig den künftigen Bedarf für professionelle Hilfsangebote aufzeigen. Über die Auseinandersetzung kann das professionelle Hilfesystem wesentliche Impulse geben, um ergebnisorientiertere und bedürfnisgerechtere Angebote zu entwickeln. Peers in Strukturen der Selbsthilfe verstehen sich damit als Impulsgeber für die Modernisierung bestehender professioneller Ansätze der Prävention und Schadensminderung.

Über die Entwicklung und Stärkung informeller Netzwerke können neue und qualitativ andere als dem professionellen Hilfesystem zugängliche Potentiale erschlossen werden. Folgerichtig liegt nahe, Eigenarbeit von Betroffenen und professionelles Fachwissen zum gegenseitigen Vorteil zu verknüpfen. *JES* versteht seine Angebote an Hilfe und Unterstützung deshalb eher als Ergänzung zu professioneller Hilfeleistung und damit als Erhöhung der Wirksamkeit entsprechender Angebote.

Crack in regionalen Drogenszenen

Bedingt durch die große Nähe zu kommunalen Drogenszenen wurden Veränderungen hinsichtlich veränderter Applikationsformen von Kokain bereits vor mehr als zehn Jahren durch den JES-Bundesverband und seine Mitglieder in Vor-Ort-Strukturen wahrgenommen. Hierzu ist allerdings anzumerken, dass der inhalative Konsum von Kokain kein neues Phänomen ist, sondern diese Konsumform seit dem Aufkommen des Heroinkonsums in Deutschland in den 1970er Jahren praktiziert wird.

Damals wurde der inhalative Konsum von Kokain zumeist als „Add-on“ genutzt. Heute wird deutlich, dass sich der Konsum von Crack bzw. von inhalativ konsumiertem Kokain täglich vollzieht und Crack den Stellenwert einer Primärschubstanz erlangt hat. Hierdurch vollzieht sich der Konsum oftmals in monatlichen Abständen über den gesamten Tag hinweg.

Mit dem verstärkten Aufkommen der direkten Zubereitung von inhalativ konsumierbarem Kokain und dem Konsum des fertigen „Steins“ in der Öffentlichkeit (vielfach im Umfeld von niedrigschwelligen Einrichtungen sowie von Drogenkonsumräumen) wurden risikoreiche Herstellungs- und Konsumformen deutlich.

So wurde in der Zubereitung vielfach Ammoniak verwendet, um aus Kokainpulver einen rauchbaren Stein herzustellen. Das besondere Risiko des Gebrauchs besteht darin, dass gasförmiges Ammoniak vor allem über die Lungen aufgenommen wird und stark ätzend auf die Schleimhäute wirkt. Im Hinblick auf vielfach bestehende COPD-Erkrankungen kann der dauerhafte Konsum von mit Ammoniak hergestelltem Crack dramatische gesundheitliche Folgen haben. Auch die Augen können durch die Einwirkung von Ammoniak stark geschädigt werden. Beim Einatmen hoher Konzentrationen besteht Lebensgefahr durch Schäden in den Atemwegen (Kehlkopfödem, Stimmritzenkrampf, Lungenödem, Pneumonitis) und Atemstillstand. Beim Übergang großer Mengen Ammoniak ins Blut kommt es zu zentralnervösen Erscheinungen wie Tremor der Hände, Sprach- und Sehstörungen und Verwirrung.

Infolge von Verletzungen durch eine große Hitzeentwicklung beim Konsum sind bei vielen KonsumentInnen Blasen, Wunden und Schnitte an Lippen und Zahnfleisch zu sehen. In verschiedenen Studien wird das Pipe Sharing mit einem erhöhten Risiko einer Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) in Verbindung gebracht.

JES verschiebte sich der Aufgabe, einen erleichterten Zugang zu Crack-Pfeifen sowie zu

entsprechenden Mundstücken zu realisieren, KonsumentInnen über die Risiken zu informieren und somit die Übertragung von durch Blut übertragbaren Krankheiten in dieser Gruppe zu verringern.

Durch die stetig steigende Zahl von CrackkonsumentInnen wurde deutlich, dass das niedrigschwellige Hilfesystem über Pfeifen verfügte, aber Natron, Siebe und andere Konsumutensilien nicht in ausreichender Menge und nur gegen ein erhebliches Entgelt zur Verfügung standen.

Der Weg zum „Safer Crack Use-Container“

Der JES-Bundesverband begab sich auf die Recherche nach hochwertigen, aber bezahlbaren Konsumutensilien und stellte Überlegungen an, welche Konsumutensilien in ein Komplettsset gehören könnten.

Bei der Nutzung sogenannter „Single Use Pipes“ aus einer festen Papierrolle mit einem Sieb auf der Oberseite des Röhrchens entstand eine zu große Hitzeentwicklung, weil die Pfeife zu kurz war. Entsprechende Mundstücke waren aufgrund des zu großen Durchmessers der Pfeife nicht erhältlich. Im Mittelpunkt stand nicht nur die Bereitstellung von Pfeifen, sondern die Distribution eines sicheren, hochwertigen und bezahlbaren Komplettssets das einen risikoreduzierten Crackkonsum möglich machte.

Im nächsten Schritt wurden im einem Pretest hochwertige Crackpfeifen mit einer Länge von 10 cm aus Pyrexglas eingesetzt. Zudem wurde das Set mit einem kleinen Beutel mit einigen Gramm Natron sowie zwei Hochleistungssieben ausgestattet. Ein eigens für das Set entwickelter Flyer gab Auskunft über die Verwendung von Natron und Mischverhältnisse zur Herstellung von rauchbarem Kokain. Um die Risiken des Pipe Sharing zu reduzieren, enthielt das Set zudem ein Mundstück. Als Behälter fungiert ein kleiner Plastikcontainer, der von außen nicht einsehbar ist und dafür sorgt, dass alle Utensilien sauber und sicher transportiert werden können (JES-Bundesverband, o.J.).

Dieses Set wurde im Hilfesystem für einen Preis von zwei Euro zur Verfügung gestellt. Das Echo der Aids- und Drogenhilfen, aber auch der UserInnen war überaus positiv. Trotz der Tatsache, dass viele UserInnen ihre ganz eigenen Utensilien verwenden und die Herstellung von Crack auch individuelle Rituale beinhaltet, signalisierten KonsumentInnen eine hohe Zufriedenheit mit dem bereitgestellten Set.

Diese Zufriedenheit spiegelte sich recht schnell in den Anforderungszahlen wider. In

den letzten drei Jahren wurden insgesamt ca. 30 000 Crack-Sets bei JES abgefordert.

JES und seine Mitglieder tragen bei diesem Projekt die Gesamtverantwortung: vom Einkauf der Materialien, der Bestückung der Container, der Bewerbung des Angebots bis zur Distribution und Abrechnung der bestellten Einheiten. Dies ist für ein ehrenamtlich arbeitendes Netzwerk eine Herausforderung, die bisher hervorragend gemeistert wird. Dass die Zahl der abgeforderten Safer-Crack-Use-Sets nicht noch deutlich höher ist, liegt eher an den begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen der Selbsthilfe als am Bedarf des Hilfesystems.

Dieses Projekt ist nur ein Beispiel, was man mit der Einbeziehung von Peers in die Projekte von Aids und Drogenhilfen erreichen kann. Sie können das Team um einen Blickwinkel ergänzen, den niemand anderes, und sei er/sie noch so gut ausgebildet, haben kann. Es ist die Nähe zur Drogenszene bzw. zu DrogenkonsumentInnen, die sie in die Lage versetzen, Veränderungen schnell wahrzunehmen und in der Kommunikation mit MitarbeiterInnen der Pro-

jekte für eine Anpassung bestehender Angebote zu sorgen.

Literatur

JES-Bundesverband. (o.J.). *Safer Use Crack Container 3.0*. Verfügbar unter: <https://www.jes-bundesverband.de/projekte/projekt-safer-crack-pack>



Dirk Schäffer

Deutsche Aidshilfe, Berlin, Teamleitung;
Referent für Drogen, Strafvollzug und JES.
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

„Warum oder wieso, das weiß eigentlich keiner“

Eine qualitative Studie zum Crackkonsum in Frankfurt

Bernd Werse, Lukas Sarvari & Jennifer Martens

Zusammenfassung

Crack ist seit fast zwei Jahrzehnten die „Co-Nr.-1-Droge“ in der Frankfurter Szene marginalisierter DrogenkonsumentInnen. Nachdem die öffentliche Diskussion um die Droge und die Szene seit einigen Jahren zugenommen hatte, wurden KonsumentInnen, ihre Motive für den Crackkonsum und Verbindungen zum lokalen drogenpolitischen Diskurs einer näheren Betrachtung unterzogen. Mittels teilstrukturierter Interviews wurden Daten von 30 Personen (12 Frauen, 18 Männer) erhoben, die in der Öffentlichkeit, vor allem in der Nähe von Hilfseinrichtungen, angesprochen wurden. Die Befragten konsumieren regelmäßig Crack sowie verschiedene andere Drogen; die Hälfte befindet sich aktuell in Opioidsubstitution. Die Gebrauchsmuster variieren zwischen mehrstündigen oder mehrtägigen „Binges“ und regelmäßigeren Konsumformen. Viele Befragte können keine besonderen Motive für den Crackkonsum nennen. Stattdessen wird häufig berichtet, dass die Droge den Alltag beherrsche. Eine Mehrheit bezeichnet den bloßen Aufenthalt im Kernbereich der Drogenszene als stärksten Auslöser für den Konsum. Diese Wahrnehmung unterstreicht die Bedeutung sozialer Faktoren für Konsumgewohnheiten: Öffentliche und individuelle Auffassungen über das Suchtpotenzial der Droge verstärken sich gegenseitig und führen zu dem beobachteten „motivlosen“ und dennoch allgegenwärtigen Konsum der Droge.

Schlüsselwörter: Crack, Kokain, marginalisierte Konsumenten, Konsummotive, Craving

Abstract

For more than two decades, crack cocaine has been the 'co-no. 1 drug' in the local scene of marginalised drug users in Frankfurt. After public discussion about the drug and the associated setting took pace since some years, we took a closer look at the users, their motivations for using crack and links to the local discourse on drug policy. Semi-structured interviews were employed to gather data from 30 persons (12 female, 18 male), recruited by approaching them in public, mainly around harm reduction services. Participants of the study use crack cocaine regularly, as well as several other drugs. Half of the users receive opioid maintenance therapy. Patterns of use vary between 'binges' of several hours or days and more regular modes of use. Many respondents cannot refer to particular motives for crack use. Instead, the drug was often described as dominating daily routines. A majority described staying in the core area of the drug scene as the strongest trigger for use. This perception underlines the significance of social factors for habits of use: Public and individual beliefs about the addictive potential of the drug reinforce each other, leading to the observed 'motiveless', however ubiquitous use of the drug.

Keywords: crack, cocaine, marginalised users, motives of use, craving

1 Einleitung

Nachdem Crack nach den 1990er Jahren weitgehend aus dem Fokus der sozialwissenschaftlichen Drogenforschung verschwunden war, ist es in der Frankfurter Szene marginalisierter

DrogenkonsumentInnen seit mindestens zwei Jahrzehnten die „Co-Nr.-1-Droge“ (neben Heroin). Diese Szene nimmt in Deutschland mit ihrer sozialräumlichen Struktur ohnehin eine Sonderrolle ein: Viele der Konsumierenden halten sich in den Straßen des vergleichsweise

kleinen Bahnhofsviertels auf, wo seit der Einführung eines relativ liberalen Ansatzes in der Drogenpolitik („Frankfurter Weg“) in den frühen 1990er Jahren auch diverse niedrigschwellige Einrichtungen zur Schadensminimierung eingerichtet wurden. Somit sind marginalisierte DrogenkonsumentInnen in Frankfurt ein seltenes Beispiel für eine relativ große, im zentralen öffentlichen Raum sichtbare offene Szene von KonsumentInnen harter Drogen. Darüber hinaus war Frankfurt neben Hamburg und Hannover über lange Zeit die einzige deutsche Stadt mit einem signifikanten Anteil an Crackkonsumierenden (Robert-Koch-Institut, 2016) – seit rund 20 Jahren haben durchweg mehr als acht von zehn Szenemitgliedern die Droge im Vormonat konsumiert (Werse & Kamphausen, 2023), mehr als in jeder anderen deutschen Stadt. Erst seit wenigen Jahren gibt es auch aus einigen anderen deutschen Städten, etwa Bremen oder Berlin, Berichte über eine wachsende Crack-Prävalenz (Prepeliczay & Schmidt-Semisch, 2021; Morgenpost, 2022). Auch im europäischen Kontext ist die Frankfurter Szene damit ein Sonderfall: Auch wenn es in den letzten Jahren ebenfalls Anzeichen für eine insgesamt steigende Verbreitung gab, beschränkt diese sich offenbar abgesehen von den besagten deutschen Städten weiterhin auf einige städtische Milieus marginalisierter DrogenkonsumentInnen in Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und Portugal (EMCDDA, 2007, 2022).

Seit Mitte der 2010er Jahre wird in lokalen Medien und unter politischen Akteuren eine verstärkte Diskussion über die Frankfurter Szene und insbesondere über Crack geführt. Nach und nach erhielt der Konsum der Droge an öffentlichen Orten mehr Aufmerksamkeit von verschiedenen Akteuren: PassantInnen und Geschäftsleute fühlten sich gestört, wohlhabende AnwohnerInnen beschwerten sich über Lärm und Schmutz und die Presse heizte die Debatte zusätzlich an. Schließlich sahen sich Ordnungsbehörden und Kommunalpolitik gezwungen, zu reagieren. Die Häufigkeit von Polizeikontrollen nahm zu, ebenso wie die Zahl der Großrazzien bei Crack-Dealern (Kamphausen et al., 2018). Gleichzeitig wurde das Thema so diskutiert, als sei der Crackkonsum ein neues Phänomen in der Stadt (Kamphausen, 2018). Tatsächlich erreichte der Konsum der Droge in den letzten Jahren neue Rekordwerte und ging erst in jüngster Zeit wieder leicht zurück (24-Stunden-Prävalenz: 2002: 79%, 2004: 62%, 2006: 65%, 2008: 59%, 2010: 64%, 2012: 75%, 2014: 83%, 2016: 84%, 2018: 81%, 2020: 87%, 2022: 77%; Werse & Kamphausen, 2023). Diese Zahlen zeigen jedoch auch, dass die Crack-Prävalenz seit der ersten quantitativen Erhebung

in diesem Umfeld seit dem Jahr 2002 kontinuierlich hoch ist.

Diese Entwicklungen legten nahe, die KonsumentInnen, ihre Beweggründe für den Crackkonsum und etwaige Verbindungen zum lokalen drogenpolitischen Diskurs näher zu betrachten, zumal über die Gründe für die „Erfolgsgeschichte“ des Crackkonsums in Frankfurt wenig bekannt war. Daher zielte die in diesem Beitrag präsentierte Untersuchung darauf ab, mehr Informationen über die ortsspezifischen Bedingungen, die den Aufstieg der Droge begünstigt haben könnten, sowie über die Motive der KonsumentInnen zu erhalten (siehe auch Werse et al., 2018; Werse & Sarvari, 2019).

Die sozialwissenschaftliche Literatur über Crack konzentriert sich größtenteils auf die US-amerikanische „Crack-Epidemie“ Mitte bis Ende der 1980er Jahre, beginnend mit Pamphleten, welche die damalige Moralpanik unterstützten (z. B. Chatlos, 1987), gefolgt von Untersuchungen über KonsumentInnen (z. B. Boyd & Mieczkowski, 1990). Zur gleichen Zeit erschienen die ersten kritischen Abhandlungen über die Medienberichte, die das Phänomen skandalisierten (z. B. Rosenbaum et al., 1990; Gieringer, 1990), kulminierend in einem kritischen Sammelband zu diesem Thema (Reinarman & Levine, 1997). Ein viel diskutiertes Thema in diesem Zusammenhang ist die „soziale Pharmakologie“ von Crack (Morgan & Zimmer, 1997): Dabei ist die Frage, inwieweit die Wirkungen und insbesondere das intensive Verlangen, das mit Crack (das pharmakologisch gesehen die gleiche Droge wie Kokain ist) assoziiert ist, mit dem sozialen Kontext (überwiegend marginalisierte Schwarze im Gegensatz zu den überwiegend weißen Mittelschicht-KonsumentInnen von Kokainpulver) in Verbindung gebracht werden können.

Weitere US-Veröffentlichungen über Crack enthalten diverse weitere empirische Betrachtungen von KonsumentInnen und Settings, inklusive solchen außerhalb der „typischen“ Umfelder (z. B. Bourgois, 1995; Sterk, 1999; Baumer et al., 1998; Jackson-Jacobs, 2004). In den letzten Jahren konzentrierten sich die außereuropäischen Veröffentlichungen zum Konsum der Droge stärker auf Brasilien, das seit geraumer Zeit einen landesweiten Anstieg des Crackkonsums und -handels verzeichnete (Toledo et al., 2017).

Bereits 1993 wurde die erste größere europäische Veröffentlichung zu Crack veröffentlicht, die ähnlich zu den früheren Veröffentlichungen aus den USA kritische Ansichten zur „promotion of an epidemic“ (Bean, 1993, S. 59) im Vereinigten Königreich enthielt. Seitdem gab es nur wenige Arbeiten zum Crackkonsum in Europa,

wobei der Schwerpunkt ebenfalls auf dem Vereinigten Königreich lag (z. B. Green et al., 2000; Gossop et al., 2002). Eine europäische multizentrische Studie (Haasen et al., 2004) fand Anfang der 2000er Jahre nur im Vereinigten Königreich und in Deutschland (Frankfurt und Hamburg) Schwerpunkte des Crackkonsums.

Der erste größere Überblick über den Crackkonsum in Deutschland war eine Studie von Stöver (2001), in welcher der Crackkonsum in verschiedenen Milieus bewertet wurde, einschließlich der Feststellung, dass Frankfurt und Hamburg zu diesem Zeitpunkt die einzigen Städte mit signifikanter Prävalenz der Droge waren. Einige Pilotprojekte untersuchten damals die Besonderheiten und Auswirkungen des Crackkonsums in diesen beiden Städten (Vogt et al., 2000; Thane & Thiel, 2000; Langer et al., 2004). Im Rahmen einer bundesweiten Online-Befragung (Höfelbarth, 2014) konnte rund eine Dekade später auch eine kleine Teilstichprobe von Konsumierenden außerhalb der „harten Szenen“ rekrutiert werden (28 weniger als wöchentliche Konsumenten). Abgesehen von Probierkonsum (Kemmesies, 2004) scheint es sich hierbei aber im Vergleich zu KonsumentInnen aus marginalisierten Milieus um ein eher seltenes Phänomen zu handeln.

Die Entwicklung des Crackkonsums in der Frankfurter Szene wird seit 2002 alle zwei Jahre in einer quantitativen Längsschnittstudie dokumentiert (aktuell: Werse & Kamphausen, 2023). Seither erschienene qualitative Studien zum Thema konzentrierten sich auf Frauen in diesem Milieu (Langer, 2004; Bernard, 2013). Dabei wurde u. a. deutlich, dass insbesondere Frauen, die als Prostituierte arbeiten, Crack nicht selten deshalb intensiv konsumieren, um Probleme im Zusammenhang mit der Sexarbeit zu bewältigen. Eine andere qualitative Studie zu Personen aus solchen Milieus in Frankfurt, Hamburg und Hannover (Höfelbarth, 2014) wies auf eine gewisse Vielfalt von Konsummustern hin sowie auf die generelle Möglichkeit, auch regelmäßigen Crackkonsum kontrollieren zu können. Allerdings wurden auch in dieser Untersuchung ähnlich wie in vorherigen internationalen Forschungen lange, schwer kontrollierbare Konsumepisoden („Binges“) als eher üblicher Modus regelmäßiger Konsumierender ausgemacht.

Dennoch gab es vor der hier präsentierten Erhebung hierzulande keine Erkenntnisse über die Frage, warum Menschen in bestimmten städtischen Milieus marginalisierter DrogenkonsumentInnen in Deutschland Crack konsumieren, geschweige denn über die Zusammenhänge zwischen solchen Motiven und räumlichen Bedingungen. Dies ist der Schwer-

punkt der vorliegenden Untersuchung. Im Zentrum des Interesses stehen dabei

- a) allgemeine Gründe für den Crackkonsum in solchen Milieus,
- b) Muster und Dynamiken des Crackkonsums, u. a. in Verbindung mit anderweitigem Drogenkonsum,
- c) Wahrnehmungen von Qualität und Wirkung,
- d) mögliche Alternativen zum Crackkonsum sowie
- e) kollektive und individuelle soziale Konstruktionen rund um die Droge und ihre Zusammenhänge mit Motiven und Dynamik des Konsums.

2 Methoden

Die folgenden Daten basieren auf einer qualitativen Studie, die von der Stadt Frankfurt gefördert wurde. Wir verwendeten eine spezielle leitfadengestützte Form des fokussierten Interviews (Merton & Kendall, 1946) mit biographischen Elementen. Mit diesen Interviews wurden Daten von 30 Personen (12 weiblich, 18 männlich) mit einem Durchschnittsalter von 41 Jahren erhoben, die als Angehörige der lokalen Szene der marginalisierten KonsumentInnen „harter“ Drogen identifiziert wurden. Die Interviews fanden zwischen Juli und September 2017 statt. Die Befragten wurden rekrutiert, indem sie auf der Straße oder im Umfeld von Einrichtungen der Drogenhilfe (z. B. Drogenkonsumräume) im Frankfurter Bahnhofsviertel angesprochen wurden. Die Befragten erhielten 20 Euro für ein durchgeführtes Interview. Der Leitfaden enthielt Fragen zu allgemeinen soziodemografischen Merkmalen, Drogenkonsummustern, Definitionen und Wahrnehmungen der Droge, (lokalen) Besonderheiten und Meinungen zum Crackkonsum, Motiven und Funktionen des Konsums, Abhängigkeitspotenzial, Alternativen zu Crack, Sozialer Arbeit und Repression.

Die qualitative Analyse wurde mit halb offener Kodierung vorgenommen, die weitgehend den Grundsätzen der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967) und der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2000) folgte, wobei bestehende Kategorien aus früheren Untersuchungen und dem Interviewleitfaden berücksichtigt wurden.

3 Ergebnisse

3.1 Allgemeine Situation und Muster des Drogenkonsums

Der Alltag der Befragten besteht größtenteils aus einer Abfolge von Geldbeschaffung, Drogenkauf und Drogenkonsum. Die überwiegende Mehrheit der Befragten hat vor ihrem ersten Crackkonsum verschiedene legale und illegale Drogen einschließlich Heroin konsumiert. Die meisten Befragten weisen eine körperliche Opioidabhängigkeit auf; die Hälfte der Befragten befindet sich in Substitution mit Methadon oder Buprenorphin. Bei der Betrachtung des Drogenkonsums in den letzten 24 Stunden war Crack die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz (90%), gefolgt von Alkohol (47%), Cannabis (43%), Heroin (40%) und Benzodiazepinen (17%).

3.2 Definitionen und Qualitätswahrnehmungen

Die Droge selbst wird in der Regel als „Stein“ bezeichnet; „Crack“ als Begriff ist in der Frankfurter Szene eher unüblich. Über Qualität und mögliche Verfälschungen von Crack gibt es unterschiedliche Auffassungen. Die meisten Befragten sind der Meinung, dass es neben „guten Steinen“ auch „schlechte Steine“ gibt, die nicht selten als „Chemo-Steine“ bezeichnet werden, weil sie angeblich synthetische Drogen, vor allem aus der Gruppe der Amphetamine, enthalten. Diese Vermutung konnte in einer toxikologischen Untersuchung von Drogenrückständen aus Frankfurter Drogenkonsumräumen indes nicht bestätigt werden, da keine der (Crack-)Kokainproben irgendwelche anderen wirksamen Stoffe außer Kokain enthielt (Peter et al., 2018). Bemerkenswert ist, dass ein großer Teil der Befragten angebliche Wirkungen der vermeintlichen „Chemo-Steine“ angibt, die weniger typisch für amphetaminartige Stimulanzien, sondern eher für hohe Dosierungen von ‚echtem‘ Crack sind – neben Unruhe und Paranoia vor allem starkes Craving kurz nach dem Konsum. Gleichzeitig bezeichnen viele KonsumentInnen die Wirkung der „guten Steine“ – paradoxerweise – als beruhigend und entspannend.

Darüber hinaus treten mehreren Befragten zufolge die üblichen körperlichen Nebenwirkungen von Crack, wie Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit, bei „guten“ bzw. „echten“ Steinen nicht auf:

„Es gibt Crack, das macht so hibbelig und gierig, weil unheimlich viel Speed oder was auch immer

drin ist. Und es gibt Crack, das rauchst du und dann kommst du richtig cool wieder runter. Du kannst essen, trinken, schlafen.“ (Petra, 50 J.)

„Ist es richtiges Kokain, ist es total gechillt. (...) Du hast halt einen trockenen Mund, aber hast dann irgendwann eine Menge Durst, aber bist total relaxed. Weil Kokain kommt ganz langsam und geht auch ganz langsam.“ (Tanja, 48 J.)

Diese Wahrnehmungen, die gängigen Berichten über die Wirkung von Crack bzw. Kokain geradezu zuwiderlaufen, deuten bereits ein ausgesprochen ambivalentes Verhältnis der Befragten zur Droge an, das vermutlich in einem komplexen Zusammenhang mit Konsummuster, Stigmatisierung und Verelendung steht.

3.3 Konsummuster

Zum Zeitpunkt der Interviews wurde Crack zwar überwiegend geraucht, aber auch in erheblichem Umfang intravenös konsumiert: Nur etwa ein Drittel der Befragten gibt an, die Droge ausschließlich zu rauchen, während die anderen meist beide Verabreichungsformen nutzen¹. Es können zwei grundlegende Konsummuster festgestellt werden: Das erste, das ohnehin häufig mit der Droge in Verbindung gebracht wird, ist das „Bingeing“, das von einigen Stunden bis zu mehrtägigen Konsumepisoden dauern kann, gefolgt von unterschiedlich langen Pausen:

„Mein Alltag, der sieht so aus, kennst du den Film Ice Age? (I: Ja). Kennst du dieses komische Vieh, was immer hinter der Nuss herrennt und wenn's mal in der Hand hat, dann fällt's ihr aus der Hand? So sieht mein Alltag aus. 24 Stunden rund um die Uhr, immer hinter dem Stein her. Es sei denn ich bin so übermüdet, sechs, sieben Tage am Stück wach (...) dann zieh ich mich zurück und in einen safen Raum, also an einen sicheren Ort, ob's jetzt Café M ist oben, im Tagesbett oder so, dass ich nicht einfach komatös umfalle.“ (Nilhan, 48 J.)

Das zweite Konsummuster ist ein regelmäßigeres, bei dem die Befragten täglich vergleichsweise geringe Mengen konsumieren (und manchmal erst am Nachmittag damit beginnen) und einen regelmäßigen Schlafrhythmus und -ort haben:

¹ Mittlerweile hat sich dies offenbar geändert: in der jüngsten Szenebefragung gaben nur noch 27 Prozent der aktuell Konsumierenden an, Crack (auch) zu injizieren (Werse & Kamphausen, 2023, S. 35).

„Also normalerweise hab ich immer den ganzen Tag geraucht, bis abends. Bis kurz vor dem Schlafengehen, abends eher weniger (...) Das ist halt morgens, mittags der meiste Konsum. Dann abends klingt das wieder so ab.“ (Giovanni, 45 J.)

Die Befragten bestätigen also die Einschätzung, dass Crackkonsummuster durchaus variabel und in gewissem Maße kontrolliert sein können. Vermutlich hängt die genaue Ausprägung der Gebrauchsmodi unter anderem von der Art und Weise ab, in der andere psychoaktive Substanzen konsumiert werden. So wird beispielsweise über das von zwei Dritteln der Befragten konsumierte Cannabis konstatiert, dass es Anwendungen von Paranoia entgegenwirke und generell helfe, vom Stein „runterzukommen“. Gleiches gilt für Alkohol, der von ähnlich vielen getrunken wird.

Laut den hier interviewten Personen werden weitere, insbesondere sedierende Drogen, nicht selten zusammen mit Crack konsumiert, um unerwünschte Wirkungen zu mildern, aber die Droge wird auch direkt mit Heroin kombiniert (in Form eines „Cocktails“). Darüber hinaus erwähnen die opioidsubstituierten Befragten (die Hälfte der Stichprobe) den Wunsch nach einem „Kick“ durch Crack. Es ist zu erwähnen, dass fast alle Befragten körperlich von Opioiden abhängig sind – diejenigen, die keine Substitution erhalten, sind tägliche HeroinkonsumentInnen. Abgesehen von der Tatsache, dass die nicht substituierten Befragten ihre Opioide kaufen müssen, konnten indes keine wesentlichen Unterschiede in den Drogenkonsummustern der beiden Gruppen festgestellt werden.

Was das Verhältnis von Crack zu Kokainpulver betrifft, so geben viele Befragte an, dass Kokainpulver in der Szene einen besseren Ruf genießt als Crack. Die Wirkung von Kokainpulver wird zudem als angenehmer beschrieben. Dennoch ziehen es viele Konsumierende – selbst wenn Kokainpulver verfügbar ist – vor, Crack zu rauchen, da die rauchbare Form der Droge als „bequemer“ empfunden wird. Einige KonsumentInnen geben sogar an, ihr Crack selbst zu kochen, wenn sie Zugang zu Kokainpulver haben. Es existieren also ausgesprochen ambivalente Auffassungen und Praktiken hinsichtlich Kokainpulver und rauchbarem Crack.

3.4 Motive für den Konsum

Auf die Frage nach Gründen für den Crackkonsum konnten relativ viele Befragte kein konkretes Motiv nennen; die Droge erfüllte oft auch keine bestimmte Funktion. Sie konsumie-

ren Crack vor allem, weil die Droge verfügbar ist und mit der Frankfurter „offenen Drogenszene“ assoziiert wird, wobei teilweise auf das Abhängigkeitspotenzial der Droge verwiesen wird:

„(I: Hat Crack eine bestimmte Funktion in deinem Alltag?) Ich probiere es ja eigentlich wegzukriegen, aber das ist einfach die Sucht und wenn ich das jedes Mal genommen hab, ich ärgere mich jedes Mal, dass ich's wieder gemacht hab. Aber so mit einer gewissen [Funktion] im Alltag... kann man nicht sagen eigentlich.“ (Marco, 25 J.)

„Nee, das ist eigentlich... Keine Ahnung, mir gefällt der Kick halt. (I: Du magst einfach den Kick?) Warum oder wieso, das weiß eigentlich keiner. Wir wissen alle, was es mit einem macht. Aber man nimmt es trotzdem in Kauf. Das ist halt die Sucht. Es ist halt eine Krankheit, wirklich.“ (Jennifer, 41 J.)

Darüber hinaus berichten einige Befragte, dass sie die aufputschenden Wirkungen von Crack im Alltag nutzen. Diese leistungssteigernden Effekte wirken sich auf verschiedene Lebensbereiche aus, z. B. bei einigen der Konsumentinnen, die als Prostituierte arbeiten, aber auch auf gängige Routinen des Alltags. Zwei Befragte vergleichen den Konsum von Crack mit einer Tasse Kaffee am Morgen:

„Die meisten brauchen ihren Kaffee morgens und ich hab dann das genommen.“ (Marco, 25 J.)

„Dann hatte ich einfach mal zwei Tage nichts geraucht, weil ich keinen Bock hatte. Und dann habe ich aber so einen Leistungseinbruch bekommen, weil täglich, das brauche ich schon mal, um in die Gänge zu kommen, brauche ich schon mal eine Pfeife, ne. Ohne die bin ich schon so träge.“ (Dennis, 32 J.)

Darüber hinaus wird die Wirkung des Crackkonsums zuweilen für bestimmte Tätigkeiten genutzt, etwa für die Beschaffung von Geld:

„Ich glaube, wenn ich Crack nehme, bin ich leistungsfähiger, also macht auf mich so den Eindruck, ob's stimmt, weiß ich nicht, aber ich komme mir leistungsfähiger vor. (...) Weil, ich laufe auch viel, ich geh ja Pfandsammeln und wenn ich dann Crack drin hab, dann geb ich da Gas und ich glaub, das macht mich einfach nur leistungsfähiger, dass ich noch mehr machen kann wie sonst.“ (Turbo B, 30 J.)

Umgekehrt geben viele Befragte an, dass die Droge den Alltag bestimmt, vor allem, wenn die erste Pfeife schon geraucht wurde und das Verlangen nach mehr Crack einsetzt:

„Das bestimmt schon sehr, muss man sagen. Man rennt dem Zeug mehr hinterher, als das überhaupt nötig ist. Also früher, da ging's ja... da hab ich's net so hingekriegt, dass ich morgens die Sachen erledige. Da bin ich wirklich von morgens bis abends nur rumgerannt und hab Geld gemacht, Stein geholt, Geld gemacht.“ (Marco, 25 J.)

Dieser Befragte berichtet im Folgenden darüber, dass er mittlerweile mehr Kontrolle über seinen Konsum erlangt hat und „nur noch mittags“ konsumiere („das ist trotzdem ein Hinterherrennen, das ist aber nicht mehr so, wie es vorher war“); dementsprechend stellt er ein Beispiel für durchaus wandelbare Gebrauchsmuster dar.

3.5 Wahrnehmung des Abhängigkeitspotenzials

Die meisten Befragten bezeichnen sich selbst als „süchtig“ nach Crack, doch diese „Sucht“ unterscheidet sich maßgeblich von einer dauerhaften, körperlichen Opioidabhängigkeit: Die meisten Konsumierenden verweisen darauf, dass sich das Verlangen nach Crack „nur im Kopf“ abspiele. Übereinstimmend mit gängigen Vorstellungen von der Dynamik des Crackkonsums berichten die meisten Befragten, dass das entsprechende Craving nach dem ersten Zug des Tages einsetze; jeder weitere Konsum rufe das Verlangen nach mehr hervor.

„Ich weiß nicht, was die hier reinmischen, aber wenn man raucht, man will immer mehr. Das macht gierig. Man findet kein Ende. Und mit Geld in der Tasche kann man nicht aufhören.“ (Mandy, 36 J.)

Viele InterviewpartnerInnen nennen die bloße Anwesenheit im Frankfurter Bahnhofsviertel als einen wesentlichen Faktor, der den Wunsch nach Konsum auslöst. Wenn sich die DrogenkonsumentInnen woanders aufhalten, ist es für sie viel einfacher, ohne die Droge auszukommen. Einer von ihnen gibt an, dass er es geschafft hat, seinen Crackkonsum einzustellen, was er vor allem dadurch erreicht habe, dass er das Bahnhofsviertel nicht mehr aufsucht. Für fast alle anderen Befragten wäre ein solcher Schritt angesichts ihres langjährigen

Lebensalltags in diesem Sozialraum jedoch undenkbar.

Wenn die Befragten aufhören, Crack zu konsumieren, erleben viele von ihnen verschiedene Symptome wie Nervosität, aggressives Verhalten und depressive Verstimmungen. Ein kleinerer Teil der Befragten berichtet auch über körperliche Entzugsserscheinungen wie Kopfschmerzen oder starkes Schwitzen. Darüber hinaus fühlen sich einige Befragte nach dem Aufwachen schwach, insbesondere, wenn sie zuvor tagelang nicht geschlafen haben. Es wird ein Gefühl beschrieben, nur durch Crack wieder zu Kräften kommen zu können. Gleichzeitig glauben sie mit dem Konsum der Droge aufsteigende negative Gefühle bekämpfen zu müssen:

„Du wirst immer nervöser, also Schmerzen hast du nicht, aber es ist so ein Stechen und ein Bohren in der Seele, so ‚ah, ich will jetzt‘ und so (...) Und wenn du rauchst, kommt das wie Ritalin für den ADHS-Kranken (...) Also vom Stein, das ist schon, das ist schon abartig. Das ist ja kein körperlicher Schmerz, das ist mehr hier da drinnen, dieses Bohren, dieses ‚hah, los jetzt, ich will.‘“ (Giovanni, 45 J.)

Es wird also anschaulich ein starker psychischer Drang beschrieben, gleichzeitig werden körperliche Entzugssymptome weitgehend negiert.

3.6 Alternativen zu Crack

Die unmittelbare Frage nach möglichen Alternativen oder Substituten für Crack wird von den InterviewpartnerInnen mehrheitlich verneint. Ein Befragter (Dennis, 32 J.) stellt im Interview Überlegungen an, inwiefern ein anderes Stimulans als Ersatzdroge dienen könnte, kommt aber zu dem Schluss, dass es weniger die konkrete Wirkung, sondern eher der „Kick“, das „schnelle Anfluten“ der Substanz im Körper an sich sei, woran sich die meisten Konsumierenden gewöhnt hätten. So nennt eine nennenswerte Minderheit auch Cannabis als möglicherweise sinnvollen Ersatz, vor allem wegen der ähnlichen Konsumform und dem ebenfalls relativ schnellen Einsetzen der Wirkung. Es scheint, als ob diese Konsumierenden vor allem den Akt des Rauchens selbst (einschließlich der sensorischen Wahrnehmungen) plus eine psychoaktive Wirkung suchen – auch wenn die Wirkung geradezu gegensätzlich zum „Original“ ist:

„Wenn ich kiffen tue, dann denke ich einfach nicht an Stein. Da will ich einfach mal ein biss-

chen für mich sein, einfach mal locker zur Ruhe kommen. (...) Also mir hilft es komplett. Ich habe das Verlangen [nach Stein] nicht. Ich habe keinen Turkey oder sonst irgendwas.“ (Paul, 41 J.)

Einige wenige Befragte erwähnten andere Drogen (etwa Benzodiazepine) oder Sport als möglichen Ersatz. Weitaus häufiger wurde jedoch die Ansicht vertreten, dass nur eine wesentliche Änderung der Lebensbedingungen, einschließlich eines Ortswechsels, zu einer Verringerung oder Beendigung des Crackkonsums führen könnte:

„(I: Hast du ne Idee, was dir persönlich helfen könnte, weniger Steine zu rauchen?) Einfach von Frankfurt weg und dann ist gut. (I: Warum wird gerade so in Frankfurt viel Stein konsumiert?) Das weiß ich nicht. (...) wenn ich woanders bin, dann ich konsumier überhaupt gar kein Stein, aber wenn ich wieder hier, dann wieder.“ (Maria, 38 Jahre)

Auch hier wird also wieder auf die starke Assoziation der Droge mit dem Sozialraum des Frankfurter Bahnhofsviertels rekurriert.

3.7 Crack, Frankfurt und das Bahnhofsviertel

Bereits in den vorherigen Abschnitten wurde deutlich, dass die meisten dem Bahnhofsviertel die „Schuld“ daran geben, dass sie Crack konsumieren und ihr Leben auch nicht ändern können.

„(I: Welche Rolle spielt denn Frankfurt?) Absolut, absolut. Ich kann dir sagen, in der Zeit, wo ich clean war, diese neun Jahre, wenn ich mi'm Auto manchmal meine Mutter hier in die Kaiserstraße gefahren hab, weil hier in der Passage gibt es persische Geschäfte, wo du so Spezialitäten aus dem Iran kaufen konntest. Meine Mutter meinte, einmal im Monat musst du das mit mir machen. Dann sind wir hergefahren und ich war auf der Autobahn, kurz vor der Aral-Tankstelle, es ist mir eiskalt den Rücken runtergelaufen, schweißnass, also total nasse Hände und ich hab so ein Rumoren im Bauch gekriegt, wie so eine Art Durchfallgefühl. Es hat wirklich nur mit Frankfurt zu tun.“ (Nilhan, 48 J.)

Gleichzeitig fehlt vielen KonsumentInnen der Zugang zu grundlegenden Dingen des täglichen Lebens wie Arbeit oder Wohnung, teils auch der Kontakt zu Familienmitgliedern, wie er bei der oben Zitierten immerhin vorübergehend bestand, was die generelle Möglichkeit,

Abstand zur Szene und Drogenkonsum zu bekommen, stark einschränkt. Die meisten haben jedoch immer noch die Vorstellung, dass sie einmal aus diesem Umfeld aussteigen können. So ist das folgende Zitat eines bekennenden „Junkies“ eine seltene Ausnahme:

„Dieser Geruch, dieses Rotlichtviertel, diese Nutten, diese Schwulen, diese Prostituierten, das gehört einfach zusammen irgendwie. Ich weiß es, ich kann dir, ich bin Bahnhofsjunkie, ich bin Hardcore-Bahnhofsjunkie, doppelt und dreifach.“ (Giovanni, 45 J.)

Auf die Frage, warum die Droge in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt eine so große Rolle spielt, nennen die Befragten verschiedene mögliche Gründe. Dazu gehört die Wahrnehmung, dass Frankfurt schon seit langem eine „Kokainstadt“ sei und dass sich Kokain in den 1990er Jahren, als die Methadonsubstitution eingeführt wurde, unter marginalisierten KonsumentInnen verbreitete, da weiterhin der Wunsch nach einem „Kick“ bestand, der seinerzeit überwiegend durch intravenösen Kokainkonsum erzielt wurde. Der Umstand, dass sich damals viele US-BürgerInnen (u. a. aus der Armee) in der Stadt aufhielten, könnte dazu beigetragen haben, dass in den späten 1990er Jahren der Übergang von Pulver- zu Crack-Kokain erfolgte, zunächst in einer kleinen, separaten Szene. Zu einem bestimmten Zeitpunkt stellten dann die Kokain-Dealer in der eigentlichen ‚harten Szene‘ vollständig auf die rauchbare Form um, u. a., weil die ‚Stein‘-Form den Verkauf auf der Straße unkomplizierter gestaltete.

4 Diskussion

Zunächst ist festzuhalten, dass fast alle hier Befragten Crack zusätzlich zu verschiedenen anderen Drogen konsumieren. Für den/die typische Frankfurter CrackkonsumentIn begann die Karriere intensiven Drogenkonsums mit einer Heroinabhängigkeit (die Hälfte der Befragten ist derzeit in Opioidsubstitution), praktiziert aber seit vielen Jahren polyvalenten Drogenkonsum. Während ein erheblicher Teil von ihnen stunden- oder tagelange Konsumepisoden („Binges“) als typisches Crackkonsummuster angibt, konsumieren andere die Droge regelmäßiger, z. B. auf wenige Gelegenheiten pro Tag beschränkt. Damit bestätigen unsere Ergebnisse die Beobachtung, dass die Muster des Crackkonsums variabel sein können (z. B. German & Sterk, 2002; Hößelbarth, 2014). Abgesehen von einigen Konsumierenden, die auf die leistungssteigernde Wirkung verweisen, ist

ein wesentliches Ergebnis dieser Studie, dass der Crackkonsum häufig ohne konkretes Motiv stattfindet. Stattdessen geben Konsumierende häufig an, dass die Droge nach dem ersten Zug aus der Pfeife die Gedanken und den Ablauf des Tages beherrsche. Als stärkster Auslöser für den Crackkonsum wurde von der überwiegenden Mehrheit der Aufenthalt im Kerngebiet der Drogenszene, dem Frankfurter Bahnhofsviertel, genannt. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass die meisten der Befragten Crack als die wichtigste Droge bezeichneten, obwohl fast alle von ihnen körperlich von Opioiden abhängig sind und eine Mehrheit eine Reihe anderer Drogen konsumiert.

Der Umstand, dass fast alle KonsumentInnen davon ausgehen, dass es „schlechte Steine“ gibt, die mit synthetischen Stimulanzien gepanscht sind (was durch Analysen widerlegt wurde), stellt einen interessanten Fall einer sozialen Konstruktion durch Konsumierende dar. Über die Gründe für diesen weit verbreiteten Mythos kann nur spekuliert werden: Möglicherweise führen zuweilen ungünstige Set- und Setting-Bedingungen beim Konsum, gemeinsam mit einer ungewöhnlichen Beschaffenheit von Crack, das mit nicht psychoaktiven Substanzen gestreckt wurde, zu negativen Erwartungshaltungen und damit auch zu einer negativen Wahrnehmung der Drogenwirkung. Darüber hinaus entsprechen aber die Beschreibungen der Befragten über die Wirkung von „schlechten Steinen“ den Merkmalen von hochpotentem Crack, während ihre Beschreibungen von „guten Steinen“ eher auf Crack mit niedrigem Wirkstoffgehalt hindeuten könnten. Eine mögliche Erklärung könnte daher sein, dass viele Konsumierende trotz intensiver Konsummuster den spezifischen Crack-Rausch und insbesondere das rasch einsetzende Verlangen nach mehr nicht mögen und daher „Steine“ mit niedrigerem Wirkstoffanteil bevorzugen. Damit könnte auch zusammenhängen, dass relativ viele unserer Befragten nicht in der Lage sind, positive Wirkungen der Droge zu beschreiben. Diese Beobachtungen sind besonders bemerkenswert, wenn man „humans' extensive homeostatic responses to stimulant drugs“ (Morgan & Zimmer, 1997, S. 155) berücksichtigt, die für das intensive „Tief“ nach einem kurzen Kokain-„High“ verantwortlich sind, insbesondere in der beschleunigten Form von gerauchtem Crack, und die bei vielen Konsumierenden für Craving und „Binges“ verantwortlich gemacht werden können. Es scheint, dass ein Teil der CrackkonsumentInnen unbewusst darauf abzielt, die Wirkung der Droge und insbesondere ihre Nachwirkungen zu begrenzen.

Obwohl davon auszugehen ist, dass ein starkes Verlangen nach dem Konsum von Crack eine charakteristische Wirkung der Droge ist, lässt sich das starke Verlangen der KonsumentInnen nicht hinreichend durch die bloße Anwesenheit im Kernbereich der Szene erklären. Wir gehen von einem hochgradig sozialen Wechselspiel zwischen abweichender Identität, Stigmatisierung, Ritualisierung und Drogenwirkung aus, einer kollektiven Form einer sehr effektiven Autosuggestion, infolge langer psychosozialer Prozesse. In dieser Hinsicht ähneln die Frankfurter CrackkonsumentInnen den marginalisierten Konsumierenden in den USA: Die Intensität ihrer psychischen „Sucht“ lässt sich allenfalls teilweise durch die Pharmakologie des rauchbaren Kokains erklären, viel mehr aber durch soziale Kontexte und Lebensgeschichten (Morgan & Zimmer, 1997).

Wie oben angesprochen, ist die einzige konkrete Funktion des Crackkonsums, die von einer nennenswerten Zahl der Befragten genannt wird, die Leistungssteigerung. In Anbetracht dessen, dass fast alle Befragten den Wunsch äußern, ihr Leben verändern zu können, und angesichts der Tatsache, dass ihr Alltag nicht nur von Geld- und Drogenbeschaffung und Drogenkonsum, sondern auch von (oft aufgeschobenen) Besuchen bei Behörden, Arztpraxen und Beratung geprägt ist, ist diese Funktionalität des Crackkonsums, die wiederum für die „Dysfunktionalität“ der KonsumentInnen verantwortlich ist, möglicherweise leichter nachzuvollziehen. Einige der Konsumierenden sind der Meinung, dass Crack ihnen die Energie gibt, die sie für Aufgaben benötigen, um ihren Wunsch nach Veränderung zu verwirklichen: Wohnung, medizinische Behandlungen, Entgiftung, Sozialleistungen oder sogar einen Arbeitsplatz. Gleichzeitig ist Crackkonsum gerade angesichts des hohen Preises pro Gramm im Besonderen mit der (oft illegalen) Beschaffung von Geld assoziiert. Diebstahl, Flaschensammeln, Verkauf von Diebesgut, Sexarbeit oder Drogenhandel gehören für viele Szenemitglieder zum Alltag (Werse et al., 2018). Während sie diese Arbeiten verrichten, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren, verbraucht dies wiederum ihre gesamte Energie – gerade nach langen „Binges“ kommt es dann zu Phasen extremer Müdigkeit. Zumindest ein Teil der KonsumentInnen nimmt also eine Droge (deren Wirkungen sie nur teilweise mögen) zum Zweck ihrer täglichen Arbeit ein, die sie verrichten, um sich eben diese Droge leisten zu können, von der sie hoffen, dass sie ihnen die Energie liefert, um die Lebensziele zu erreichen, die mit dem Ausstieg aus der Droge verbunden sind. Dieser paradoxe Teufelskreis ist nur schwer zu durch-

brechen und gibt denjenigen, die in ihm gefangen sind, die Möglichkeit, auf der Ebene der täglichen Geld- und Drogenbeschaffung gerade genug kleine Erfolge zu erzielen, um sich selbst ihre Fähigkeiten, ihre Leistungsfähigkeit und ihr Durchhaltevermögen zu beweisen – Anforderungen, die typisch für die moderne Arbeitsgesellschaft sind. In gewisser Weise kann Crack somit als „Motor“ eines ökonomischen Mikrokosmos (Szene im Frankfurter Bahnhofsviertel) verstanden werden, in dem der Drogenkonsum unter dem Paradigma von „Arbeit“ und Selbstbehauptung steht.

Mehrere Befragte geben an, dass Cannabis ihnen hilft, weniger Crack zu konsumieren; einige betrachten Cannabis sogar als potenzielles Substitut für Crack. Diese Beobachtung ist gerade im Hinblick auf Bemühungen zur Schadensminimierung von Belang: Trotz unterschiedlicher Wirkungen der beiden Drogen befriedigt Cannabis das unbestimmte Bedürfnis nach einem Rausch, kann inhaliert werden und sorgt daher für ein schnelles Einsetzen des ‚Kicks‘. Offenbar ist das schnelle Anfluten der Wirkung ohnehin wichtiger als die Wirkung selbst. Abgesehen von solchen kompensatorischen Effekten kann Cannabis auch dazu beitragen, die negativen Nebenwirkungen von Crack zu verringern, was mit den Ergebnissen von Gonçalves und Nappo (2015) übereinstimmt, welche die Vorteile des kombinierten Cannabis- und Crackkonsums unter brasilianischen KonsumentInnen untersucht haben:

„The interviewees emphasized that the improved quality of life as a result of eliminating or reducing cravings and paranoid symptoms was the most positive effect of using the cannabis-crack combination. [...] the interviewees slowed or even stopped their crack use due to the state of relaxation induced by cannabis.“ (Gonçalves & Nappo, 2015, S. 6).

Neben einer Verringerung von Craving, paranoiden Zuständen und/oder psychischem Stress hat Cannabis auch schlaffördernde und appetitanregende Eigenschaften, die sich möglicherweise positiv auf die körperliche Gesundheit der KonsumentInnen auswirken. Gonçalves und Nappo (2015) vermuten, dass antipsychotische Wirkungen und weitere gesundheitliche Vorteile hauptsächlich auf den Wirkstoff Cannabidiol (CBD) zurückzuführen sind. CBD ist in Deutschland im Gegensatz zu THC legal und daher leicht erhältlich (z. B. als Öl in Drogerien). Obwohl das beschriebene Verlangen nach einem „High“ mit dem fast nicht psychoaktiven CBD nicht befriedigt werden kann, könnten sich eine Reduktion von Craving, eine

Verbesserung der psychischen Gesundheit und die Förderung regelmäßiger Schlafgewohnheiten bereits durch CBD-Produkte positiv auf das Leben von marginalisierten Crackkonsumierenden auswirken. Darüber hinaus könnte eine vereinfachte Verschreibungs- und Erstattungspraxis für medizinisches (THC-haltiges) Cannabis für einen besseren Zugang zu psychoaktiv wirksamen Cannabisprodukten und einer Entlastung von CrackkonsumentInnen beitragen.

Während diese Ergebnisse auch auf andere Orte, an denen Crackkonsum verbreitet ist, übertragbar sein könnten, gibt es für einige andere Ergebnisse dieser Studie gewisse sozialräumliche Einschränkungen: Dies betrifft z. B. den „Trigger-Effekt“ des geografischen Umfelds sowie die spezifischen Muster polyvalenten Drogenkonsums. Daher wären weitere Untersuchungen zu diesen Fragen, insbesondere in anderen europäischen Städten mit CrackkonsumentInnen, wünschenswert.

Was die Ausgangsfrage betrifft, warum durchschnittliche Angehörige der Frankfurter Szene marginalisierter DrogenkonsumentInnen derart viel Crack konsumieren, so lässt sich feststellen, dass viele dieser Personen zwar subjektiv keinen konkreten Grund für den Gebrauch nennen können, die Droge aber eine wichtige Funktion in einem psychosozialpharmakologisch-räumlichen Gesamtkontext hat. Dieser Komplex kann als eines von mehreren Paradoxen in der besonderen Lebensweise dieser Personen betrachtet werden: Sie kehren immer wieder ins Bahnhofsviertel zurück, obwohl sie diesen Ort für ihre Sucht verantwortlich machen; sie träumen von einem „normalen Leben“, obwohl ihr langfristig erworbener Habitus ohnehin kaum damit kompatibel ist, und sie nehmen eine aufputschende Droge, um an Geld zu kommen, mit dem sie weitere Dosen dieser aufputschenden Droge finanzieren können.

Literatur

- Baumer, E., Lauritsen, J. L., Rosenfeld, R. & Wright, R. (1998). The influence of crack cocaine on robbery, burglary, and homicide rates: a cross-city, longitudinal analysis. *J Res Crime Delinq*, 35(3), 316–340.
- Bean, P. (1993). Cocaine and crack: The promotion of an epidemic. In P. Bean (Ed.), *Cocaine and crack. Supply and use* (pp. 59–75). Houndmills: Macmillan.
- Bernard, C. (2013). *Frauen in Drogenszenen. Drogenkonsum, Alltagswelt und Kontrollpolitik in*

- Deutschland und den USA am Beispiel Frankfurt und New York City. Wiesbaden: Springer VS.
- Boyd, C. J. & Mieczkowski, T. (1990). Drug use, health, family and social support in 'crack' cocaine users. *Addict Behav*, 15(5), 481–485.
- Bourgois, P. (1995). *In search of respect. Selling crack in El Barrio*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Chatlos, C. (1987). *Crack. What you should know about the cocaine epidemic*. New York: Perigee.
- EMCDDA. (2007). *Selected issue – Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA. (2022). *Europäischer Drogenbericht 2022: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- German, D. & Sterk, C. E. (2002). Looking beyond stereotypes: Exploring variations among crack smokers. *J Psychoactive Drugs*, 34(4), 383–392.
- Gieringer, D. (1990, March/April). How many crack babies? *The Drug Policy Letter*, 4.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. New Brunswick, USA: Aldine Transaction.
- Gonçalves, J. R. & Nappo, S. A. (2015). Factors that lead to the use of crack cocaine in combination with marijuana in Brazil: a qualitative study. *BMC Public Health*, 15, 706.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Kidd, T. (2002). Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4–5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Depend*, 66, 21–28.
- Green, A., Day, S. & Ward, H. (2000). Crack cocaine and prostitution in London in the 1990s. *Sociol Health Illn*, 22, 27–39.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H., Rehm, J., Güttinger, F., Fischer, G. et al. (2004). Cocaine use in Europe – A multi-centre study. *Eur Addict Res*, 10, 139–146.
- Höfelbarth, S. (2014). *Crack, Freebase, Stein. Konsumverhalten und Kontrollstrategien von KonsumentInnen rauchbaren Kokains*. Wiesbaden: Springer VS.
- Jackson-Jacobs, C. (2004). Hard drugs in a soft context: managing trouble and crack use on a college campus. *Sociol Q*, 45(4), 835–856.
- Kamphausen, G. (2018). Steine auf dem Frankfurter Weg – Crack in Frankfurt am Main. In akzept e.V., Deutsche Aidshilfe e.V. (Hrsg.), 5. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (S. 135–142). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kamphausen, G., Werse, B., Klaus, L. & Sarvari, L. (2018). *MoSyD Jahresbericht 2017. Drogentrends in Frankfurt am Main*. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research, Goethe-Universität.
- Kemmesies, U. E. (2004). *Zwischen Rausch und Realität. Drogenkonsum im bürgerlichen Milieu* (Unter Mitarbeit von Bernd Werse). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Langer, A. (2004). Prostitution von Stein zu Stein. In H. Stöver & M. Prinzleve (Hrsg.), *Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote* (S. 159–178). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Langer, A., Behr, R. & Hess, H. (2004). Was dir der Stein gibt, kann dir keine Nase geben. *Forschung Frankfurt*, 22(01), 28–32.
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis [28 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 1(2), 20. Verfügbar unter: <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>
- Merton, R. K. & Kendall, P. L. (1946). The focussed interview. *Am J Sociol*, 51, 541–557.
- Morgan, J. P. & Zimmer, L. (1997). The social pharmacology of smokeable cocaine: Not all it's cracked up to be. In C. Reinerman & H. G. (Eds.), *Crack in America: demon drugs and social justice* (pp. 131–170). Berkeley: University of California Press.
- Morgenpost. (2022, 15. Sept.). Crack statt Heroin: Wie im „Kotti“ Drogen konsumiert werden. *Berliner Morgenpost*. Verfügbar unter: <https://www.morgenpost.de/bezirke/friedrichshainkreuzberg/article236427023/Viele-Menschen-nutzen-Drogenkonsumraum-am-Kotti.html>
- Peter, R., Kempf, J. & Auwärter, V. (2018, 18. März). *Substanzmonitoring in Konsumräumen – Analysergebnisse der Untersuchungen des Jahres 2017* [Poster]. Freiburg i. Br.: Universitätsklinikum, Institut für Rechtsmedizin.
- Prepeliczay, S. & Schmidt-Semisch, H. (2021). Gesundheitliche Risikolagen in der Bremer Drogenszene. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16, 1–6.
- Reinerman, C. & Levine, H. G. (Eds.). (1997). *Crack in America: demon drugs and social justice*. Berkeley: University of California Press.
- Robert-Koch-Institut. (2016). *Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“* (DRUCK-Studie). Berlin. doi:10.17886/rkipubl-2016-0072
- Rosenbaum, M., Murphy, S., Irwin, J. & Watson, L. (1990). Women and crack: what's the real story? In A. S. Trebach & K. B. Zeese (Eds.), *Drug prohibition and the conscience of nations* (pp. 69–71). Washington D.C.: Drug Policy Foundation.
- Sterk, C. E. (1999). *Fast Lives: women who use crack cocaine*. Philadelphia: Temple University Press.
- Stöver, H. (2001). *Bestandsaufnahme „Crack-Konsum“ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht*. Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen.

- Thane, K. & Thiel, G. (2000). Eine explorative Studie zum Crack-Konsum in der Hamburger „offenen Drogenszene“. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 23(2), 15–19.
- Toledo, L., Cano, I., Bastos, L., Bertoni, N. & Bastos, F. I. (2017). Criminal justice involvement of crack cocaine users in the city of Rio de Janeiro and Greater Metropolitan Area: Implications for public health and the public security agenda. *Int J Drug Policy*, 49, 65–72.
- Vogt, I., Schmid, M. & Roth, M. (2000). Crack-Konsum in der Drogenszene in Frankfurt am Main: Ergebnisse empirischer Studien. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 23(2), 5–13.
- Werse, B. & Kamphausen, G. (2023). *MoSyD Szenestudie 2022 – Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main*. Frankfurt a. M.: Goethe-Universität, Centre for Drug Research.
- Werse, B., Sarvari, L., Martens, J., Feilberg, N. & Kamphausen, G. (2018). *Crack in Frankfurt – Eine qualitative Untersuchung zum Alltag von Crack-Konsumentinnen und -Konsumenten. Abschlussbericht*. Frankfurt a. M.: Goethe-Universität, Centre for Drug Research.
- Werse, B. & Sarvari, L. (2019). „I have no clue“ – a qualitative study on crack cocaine use in Frankfurt, Germany. In Z. Kaló, J. Tieberghien & D. J. Korf (Eds.), *Why? Explanations for drug use and drug dealing in social drug research* (pp. 75–90). Lengerich: Pabst Science Publishers.



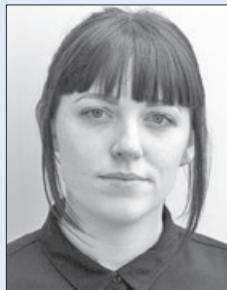
Dr. Bernd Werse

Soziologe und Mitbegründer des sozialwissenschaftlichen Centre for Drug Research (CDR) an der Goethe-Universität Frankfurt, seit 2002. Arbeitsschwerpunkte: Drogentrends, Drogenkleinhandel, neue psychoaktive Substanzen, Cannabisregulierung, Lebenswelt „harter“ Drogenszenen
werse@em.uni-frankfurt.de



Lukas Sarvari, Mag.

Doktorand an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Von 2011 bis 2019 studentischer bzw. freier Mitarbeiter am Centre for Drug Research an der Goethe-Universität Frankfurt
lsarvari@uni-mainz.de



Jennifer Martens

Masterstudentin an der Goethe-Universität Frankfurt. Seit 2017 studentische Mitarbeiterin am Centre for Drug Research an der Goethe-Universität Frankfurt
martens@stud.uni-frankfurt.de

Treatment of crack-cocaine dependence in the Netherlands

Peter Blanken

Abstract

In this paper I summarize my presentation given at the 'Internationale Fachtagung: Crack in deutschen Großstädten – von der Forschung zu praktischen Entscheidungen' on 4 Oktober 2022. I will address two treatment options for patients with crack-cocaine use disorder and present some results from studies conducted in the Netherlands: contingency management and sustained-release dexamphetamine treatment. Furthermore, I will summarize the main recommendations from the Dutch Multidisciplinary Guideline Non-Opioid Drugs pertaining to the treatment of (crack) cocaine dependence. Finally, I present some current developments, including the outline of our current placebo-controlled randomised trial investigating the safety and efficacy of sustained-release dexamphetamine for patients with (crack-)cocaine use disorder participating in routine methadone maintenance treatment for their comorbid opioid use disorder: REDUCE.

Keywords: crack-cocaine, psychosocial treatment, contingency management, pharmacological treatment, sustained-release dexamphetamine

Zusammenfassung

In diesem Beitrag fasse ich meinen Vortrag zusammen, den ich auf der „Internationalen Fachtagung: Crack in deutschen Großstädten – von der Forschung zu praktischen Entscheidungen“ am 4. Oktober 2022 gehalten habe. Ich werde zwei Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit einer Crack-Kokain-Konsumstörung aufzeigen und einige Ergebnisse von in den Niederlanden durchgeführten Studien vorstellen: Kontingenzmanagement und die Behandlung mit retardiertem Dexamphetamin. Darüber hinaus werde ich die wichtigsten Empfehlungen der niederländischen multidisziplinären Leitlinie für Nicht-Opioid-Medikamente zur Behandlung der (Crack-)Kokainabhängigkeit zusammenfassen. Abschließend stelle ich einige aktuelle Entwicklungen vor, darunter den Entwurf unserer aktuellen placebokontrollierten randomisierten Studie zur Untersuchung der Sicherheit und Wirksamkeit von retardiertem Dexamphetamin bei Patienten mit (Crack-)Kokainkonsumstörung, die an einer routinemäßigen Methadonerhaltungstherapie zur Behandlung ihrer komorbiden Opioidkonsumstörung teilnehmen: REDUCE.

Schlüsselwörter: Crack-Kokain, psychosoziale Behandlung, Kontingenzmanagement, medikamentöse Behandlung, retardiertes Dexamphetamin

Background

Cocaine use in the general population in the Netherlands has been quite stable over the years with last year and last month prevalences around 2.0 percent and 0.8 percent respectively. However, there are indications of an increased prevalence of cocaine use in some subpopulations (Nationale Drug Monitor, 2023). There are no reliable prevalence estimates of crack-cocaine use.

Treatment demand for problematic cocaine use reached its peak in the years between 2004 to 2009 (approximately 10,000 patients with a 'primary' and 8,000 patients with a 'secondary' cocaine problem) and then gradually declined to 14,750 patients with a primary or secondary cocaine problem in 2015 (Wisselink et al., 2016) [Unfortunately, no data since 2015 are available due to General Data Protection Regulation restrictions]. About half of the patients in treatment for cocaine use 'snorted' cocaine while the

other half smoked (crack)-cocaine. Injecting cocaine was hardly reported.

Among patients in treatment, cocaine use as a 'secondary problem' was often linked to (problematic) heroin use. For instance, among patients participating in heroin-assisted treatment (HAT), cocaine use was highly prevalent (approximately 90%) and the majority of the patients 'smoked' crack-cocaine. Moreover, during the first year(s) of HAT, participants sharply reduced or discontinued use of illicit, non-prescribed heroin, but hardly reduced their concomitant use of crack-cocaine (Blanken et al., 2010; Van den Brink et al., 2003).

Given the absence of registered medications for the treatment of (crack) cocaine dependence and the limited psychosocial treatment options available for the treatment of (crack) cocaine use disorder and the modest efficacy of these treatments, we decided to conduct a randomised controlled trial among patients in HAT with comorbid crack-cocaine use to determine the efficacy of contingency management targeting cocaine use (Blanken et al., 2016; see Panel 1).

Psychosocial treatment for cocaine: Contingency management

Patients participating in heroin-assisted treatment with comorbid cocaine use were randomised to six months ongoing HAT plus cocaine contingency management (HAT+CM; $n = 107$) or six months ongoing routine HAT

The basis of all treatment for health problems is, first of all, to do no harm to the patient. This applies not only to the treatment of somatic problems, but also to the treatment of mental health and substance use disorders (i.e., dependence).

For the treatment of substance use disorders this entails, if necessary, *crisis intervention* and treatment of *acute intoxication* or (*severe*) *withdrawal*, as well as treatment of acute psychiatric or somatic (co-)morbidities. Then, if possible, treatment could aim for 'cure', i.e., *initiate abstinence* and *prevent relapse* (or limit the frequency/severity of relapse).

However, 'cure' is not always feasible or a patient's treatment goal. In those situations, treatment should aim for 'care', including *stabilisation* or *reductions in substance use* and simultaneously to *reduce health damages*, as well as to stimulate patients in taking control, and improve patients' social functioning and quality of life.

Panel 1

Primum non nocere

without cocaine contingency management (HAT-only; $n = 107$). Patients in HAT+CM submitted urine samples, under supervision, and received vouchers with increased value according to an escalating reward schedule upon providing subsequent cocaine-negative urine samples (starting at € 2 increasing to € 16 per cocaine-negative urine sample; maximum total earnings amounted to € 1,111 in case of six months uninterrupted cocaine abstinence). Patients in HAT-only also submitted urine samples and received a remuneration of € 2.50 for each urine sample submitted, irrespective of whether the sample contained the cocaine metabolite benzoyllecgonine.

After six months, it was demonstrated that patients in HAT+CM, compared with patients in HAT-only, had longer periods of consecutive cocaine abstinence (3.7 versus 1.6 weeks,

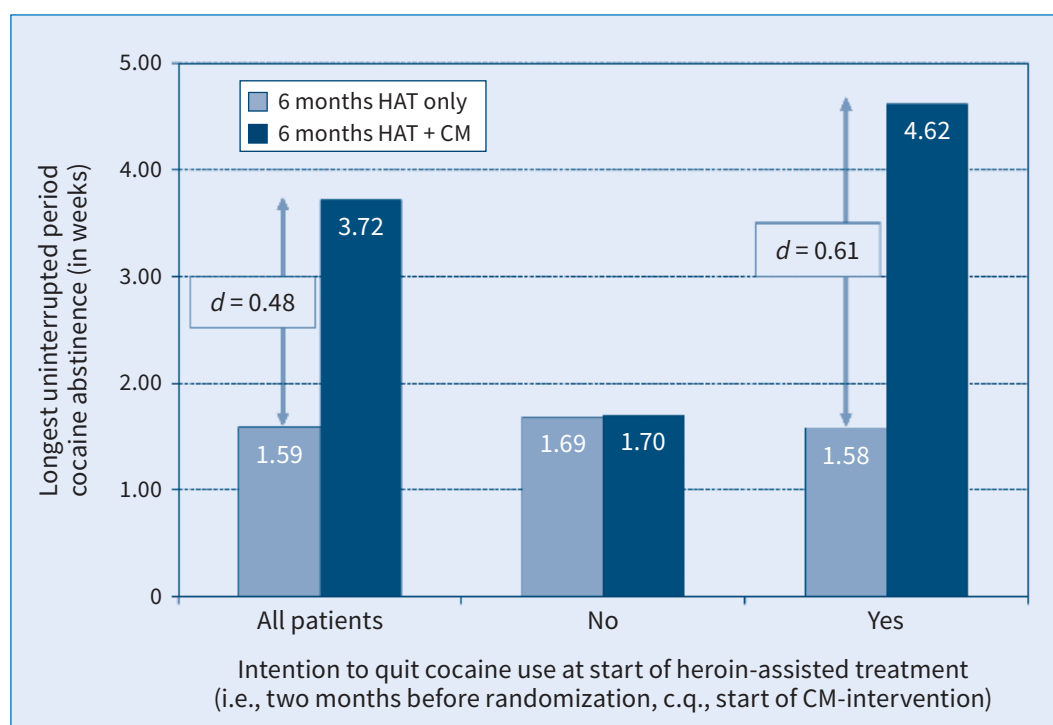


Figure 1

Cocaine contingency management:
Secondary analysis

respectively; $p < 0.001$; Cohen's d : 0.48), had more weeks of cocaine abstinence (6.3 versus 3.6 weeks, respectively; $p = 0.008$; Cohen's d : 0.47), and more often had 8, 12 or 16 weeks of uninterrupted cocaine abstinence. Moreover, an exploratory, secondary analysis suggested that patients who expressed an intention to quit cocaine use, at the start of heroin-assisted treatment and two months before starting CM, had benefitted most from HAT + CM, while patients who did not express the intention to quit cocaine use had no benefit from HAT + CM compared with HAT-only (Blanken et al., 2016; see Figure 1).

Recommendations from the Dutch multidisciplinary guideline non-opioid drugs

The evidence of contingency management – especially for the treatment of cocaine use disorder (Dutra et al., 2008; Minozzi et al., 2016), including our trial among patients in HAT – found its way in the Dutch Multidisciplinary Guideline for the treatment of cannabis, cocaine, amphetamine, ecstasy, GHB and benzodiazepine use disorder (Hendriks et al., 2018). Pertaining to the psychological treatment of cocaine use disorder, contingency management targeting cocaine is recommended as first choice treatment:

‘Es wird empfohlen, dass bei Personen mit einer Kokainabhängigkeit eine Behandlung mit einem auf den Drogenkonsum ausgerichteten Kontingenzmanagement als erste Wahl angeboten wird.’

In addition, it was stated that

‘Die Kombination von auf den Substanzkonsum ausgerichteten Kontingenzmanagement und ko-

gnitiver Verhaltenstherapie hat wahrscheinlich keinen zusätzlichen Nutzen bei der Behandlung von Menschen mit einer Kokainabhängigkeit.’ (see for instance: Sheridan Rains et al., 2020)

Furthermore, cognitive behavioural therapy (CBT) and the community reinforcement approach (CRA) were recommended as second and third line treatment choices, respectively:

‘Wenn eine Behandlung mit substanzkonsumorientiertem Kontingenzmanagement nicht möglich ist, wird empfohlen, Personen mit einer Kokainabhängigkeit eine Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie anzubieten. (...) Wenn Patienten von einer kognitiven Verhaltenstherapie nicht ausreichend profitieren, könnte eine Behandlung mit dem Community Reinforcement Approach (CRA) in Betracht gezogen werden.’

More recently, Zorgverzekeraars Nederland (ZN; Health Insurers Nederland) – the umbrella organization of eleven health insurers in the Netherlands – concluded that: ‘Kontingenzmanagement ist auf dem neuesten Stand von Wissenschaft und Praxis’ (...) and can be offered ‘eigenständig im Falle der Kokainsucht’. Furthermore, pertaining to other non-opioid and opioid drugs ZN concluded that contingency management can be offered as

‘Teil der Behandlung: bei Opiatabhängigkeit als zusätzliche Maßnahme zur pharmakologischen Behandlung und bei Cannabis- und (Meth)Amphetaminabhängigkeit nur in Kombination mit CBT als begrenzter Teil der Behandlung und wenn die Behandlungsziele im Behandlungsplan enthalten sind.’

However, it should be noted that the additional costs of contingency management – the rewards that patients receive as well as the costs of multiple urine-tests – are not yet reimbursed by the insurance companies. Hopefully the Dutch Healthcare Authority (NZa) will come with a solution for this dilemma.

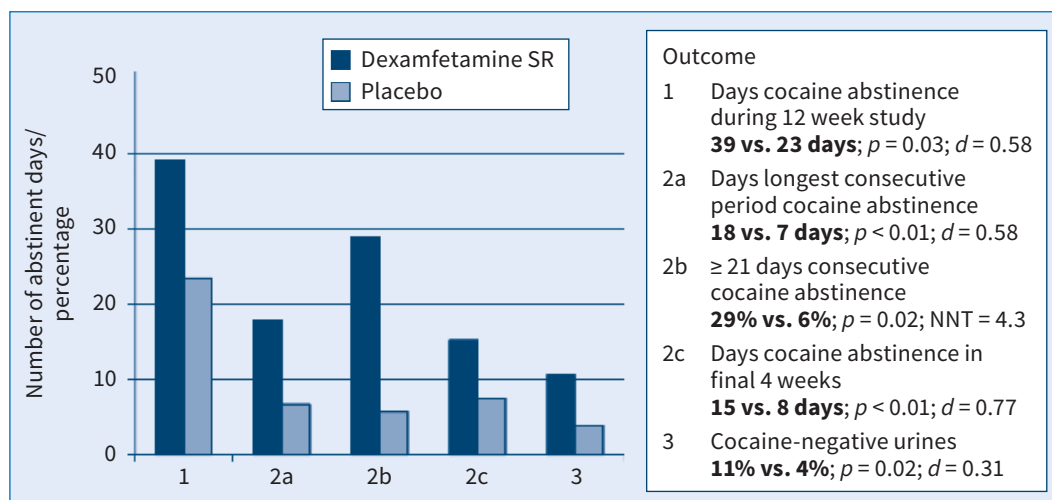
Pharmacological treatment for cocaine: Sustained-release dexamphetamine

In spite of over 100 studies with more than 10,000 participants there is no proven effective pharmacotherapy for cocaine use disorders (Castells et al., 2016; Indave et al., 2016; Minozzi, Amato et al., 2015; Minozzi, Cinquini et al., 2015; Pani et al., 2010, 2011). However, there are some indications that psychostimulants improved cocaine abstinence and Castells and colleagues

Panel 2

Rationale for pharmacotherapy with agonist medications

- In case of:
no (proven) effective pharmacotherapy for some substance use disorders in terms of abstinence and/or relapse-prevention, or insufficient response to treatment (treatment-refractory patients)
- Aimed at replacing:
uncontrolled and (potentially) harmful use
by
controlled, medical, supervised and (relatively) safe use
- Thereby
stabilising: biology, addiction-related behaviour, daily structure and potentially
motivating patients for additional (recovery-oriented) interventions
...
- and always
balancing potential positive effects versus potential harms

**Figure 2**

Cocaine use outcomes

(2016) concluded that ‘substitution treatment with psychostimulants appears promising and deserves further investigation’ (see Panel 2).

In 2009 we started our CATCH project: Cocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm, in which we studied the efficacy of three medications (Nuijten et al., 2011). The first two trials, on topiramate (Nuijten et al., 2014) and modafinil (Nuijten et al., 2015) did not demonstrate positive effects in terms of reductions in use of crack-cocaine. The third trial, pertaining to sustained-release (SR) dexamphetamine was, again, conducted among patients in HAT with treatment refractory crack-cocaine use (Nuijten et al., 2016). In this double-blind, placebo-controlled study, patients were randomised to twelve weeks treatment with either SR-dexamphetamine ($n = 38$) or identical placebo ($n = 35$) as add on to their regular, ongoing treatment with pharmaceutical grade diacetylmorphine (heroin). Medication was dispensed each morning (2 tablets containing 30 mg SR-dexamphetamine or 2 identical placebo-tablets) and intake was supervised.

The course of the study was quite successful: medication adherence was high (92%) and so was compliance with the study assessments (72 out of 73 endpoint interviews after twelve weeks; 516 out 584 scheduled urine samples were submitted). In addition, blinding was quite successful: patients were not able to discern beyond chance what they had been prescribed: SR-dexamphetamine (54% correct) or placebo (60% correct).

Patients treated with SR-dexamphetamine had, compared with placebo-treated patients, significantly more days without cocaine use during the twelve-week study, our primary endpoint (39 versus 23 days, respectively; $p = 0.03$; Cohen’s d : 0.58). In all other, secondary, cocaine-related outcomes SR-dexamphetamine

was more effective than placebo (see Figure 2). Furthermore, SR-dexamphetamine was associated with more patients who reported adverse events – like sleep disturbance, agitation or physical arousal – than placebo-treated patients (74% versus 46%; $p = 0.02$), but these adverse events were mostly mild and transient. In an exploratory, post hoc analysis, we found indications that the increase in the proportion of patients with good or improved overall health status was larger in the SR-dexamphetamine group than in the placebo group (24.9 versus 8.6 percentage points; $p = 0.045$; Blanken et al. 2020). Finally, among patients who were not in good overall health at baseline ($n = 50$; 68.5% of the total study sample), each additional day of cocaine abstinence during the twelve-week trial was associated with an increased odds ratio of being an overall health responder (OR = 1.08; 95%-CI = 1.03–1.13; $p = 0.003$).

Recommendations from the Dutch multidisciplinary guideline non-opioid drugs

Pertaining to the pharmacological treatment of cocaine use disorder, the afore mentioned Dutch Guideline (Hendriks et al., 2018) concluded:

‘Trotz zahlreicher Studien gibt es keine überzeugenden Beweise für die Wirksamkeit einer pharmakologischen Behandlung der Kokainabhängigkeit. Bei der Behandlung einer Kokainabhängigkeit sollte man daher mit der Verschreibung von Medikamenten vorsichtig sein. (...) Bei Erwachsenen mit Kokainabhängigkeit, die von einer psychologischen Behandlung nicht ausreichend profitieren, kann eine Pharmakotherapie mit indirekten Dopaminagonisten in

Betracht gezogen werden. Insbesondere Dexamphetamin und gemischte Amphetaminsalze mit verzögerter Wirkstofffreisetzung und vielleicht auch – bei ausreichender Adhärenz – Bupropion und Modafinil könnten wirksam sein.'

In addition, it was emphasised that pharmacotherapy for patients with cocaine use disorder – given the fact that no medication has been approved by the authorities (like the FDA, EMA or BfArM) – is by definition 'off-label' and this should be discussed with the patient:

'Wenn die Entscheidung getroffen wird, eine Pharmakotherapie für die Behandlung einer Kokainabhängigkeit zu starten, sollte der Arzt den Patienten deutlich darauf hinweisen, daß es sich um ein „Off-Label“ verordnetes Arzneimittel handelt und der Patient sein Einverständnis („informed consent“) dazu geben muß. Es wird empfohlen, dies sorgfältig zu legitimieren und zu dokumentieren und den Fortschritt der Behandlungsfortschritte, einschließlich der Nebenwirkungen, regelmäßig zu überwachen.'

What happened since then...?

In 2019, the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) presented a discussion paper, resulting from a two-days expert meeting on the 'Treatment of stimulant use disorders – Current practices and promising perspectives'. It was concluded, pertaining to pharmacotherapy, that 'the strongest evidence supports the use of extended release formulations of methylphenidate in the treatment for amphetamine use disorder and the use of extended release formulations of amphetamine products in the treatment for cocaine use disorder' (UNODC, 2019, p. 44; also see: Bisaga et al., 2022, and Tardelli et al., 2023).

More recently, Tardelli and colleagues (2022) published a systematic review and meta-analysis in which they demonstrated that prescriptions psychostimulants are effective in the treatment of stimulant use disorders, with prescription amphetamines in sustained-release formulations and robust dosages in particular for patients with cocaine use disorder.

Finally, the program 'Rational Pharmacotherapy' from the Netherlands Organisation for Health Research and Development (ZonMw) granted our research proposal in its subprogram 'Rediscovery'. In this study, Reduce (Research on Dexamphetamine treatment for Use of CocainE), we will expand our previous CATCH-study and will investigate the efficacy and safety of 24 weeks sustained-release dex-

amphetamine treatment in a double-blind, placebo-controlled randomised trial. Patients with moderate to severe cocaine use disorder, who are participating in routine methadone maintenance treatment for their comorbid opioid use disorder, will be prescribed sustained-release dexamphetamine (max. 90 mg/day, if tolerated) or identical placebo for 24 weeks. After 24 weeks we will investigate the consequences of discontinuing dexamphetamine treatment in a double-blind, placebo-controlled randomised withdrawal design. Cocaine abstinence in the final four weeks of treatment and patient's overall health status will be primary and key secondary endpoints, respectively. Safety will be monitored and assessed, using vital signs, haematology, ECG, and in terms of (serious) adverse events (for further information on this RCT see: NCT05529927 on www.clinicaltrials.gov).

References

- Bisaga, A., Tardelli, V. S., Gerra, G., Busse, A., Campello, G., Kashino, W. et al. (2022). Continuing increase in stimulant dependence – time to implement medical treatment. *Can J Psychiatry*, 67(7), 507–511.
- Blanken, P., Hendriks, V. M., Huijsman, I. A., van Ree, J. M. & van den Brink, W. (2016). Efficacy of cocaine contingency management in heroin-assisted treatment: Results of a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*, 164, 55–63.
- Blanken, P., Hendriks, V. M., van Ree, J. M. & van den Brink, W. (2010). Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction*, 105(2), 300–308.
- Blanken, P., Nuijten, M., van den Brink, W. & Hendriks, V. M. (2020). Clinical effects beyond cocaine use of sustained-release dexamphetamine for the treatment of cocaine dependent patients with comorbid opioid dependence: Secondary analysis of a double-blind, placebo-controlled randomised trial. *Addiction*, 115, 917–923.
- Castells, X., Cunill, R., Pérez-Mañá, C., Vidal, X. & Capellà, D. (2016). Psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9), CD007380.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B. & Otto, M. W. (2008) A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 165(2), 179–187.
- Hendriks, V., Blanken, P., Croes, E., Schippers, G., Schellekens, A., Stollenga, M. & van den Brink,

- W. (2018). *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines*. Utrecht (NL): Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO).
- Indave, B. I., Minozzi, S., Pani, P. P. & Amato, L. (2016). Antipsychotic medications for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD006306.
- Minozzi, S., Amato, L., Pani, P. P., Solimini, R., Vecchi, S., De Crescenzo, F. et al. (2015). Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, CD003352.
- Minozzi, S., Cinquini, M., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M. F., Pani, P. P. & Vecchi, S. (2015). Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD006754.
- Minozzi, S., Saulle, R., De Crescenzo, F. & Amato, L. (2016). Psychosocial interventions for psychostimulant misuse. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD011866.
- Nationale Drug Monitor. (2023). *Cocaïne. 4.2 Gebruik: algemene bevolking – Nationale Drug Monitor*. Den Haag: Trimbos-instituut. Available at: <https://www.nationaledrugmonitor.nl/cocaine-gebruik-algemene-bevolking/>
- Nuijten, M., Blanken, P., van den Brink, W. & Hendriks, V. (2011). Cocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm (CATCH): New pharmacological treatment options for crack-cocaine dependence in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 11(1), 135.
- Nuijten, M., Blanken, P., van den Brink, W. & Hendriks, V. (2014). Treatment of crack-cocaine dependence with topiramate: A randomized controlled feasibility trial in the Netherlands. *Drug Alcohol Depend*, 138, 177–184.
- Nuijten, M., Blanken, P., van den Brink, W. & Hendriks, V. (2015). Modafinil in the treatment of crack-cocaine dependence in the Netherlands: Results of an open-label randomised controlled feasibility trial. *J Psychopharmacol*, 29(6), 678–687.
- Nuijten, M., Blanken, P., van de Wetering, B., Nuijten, B., van den Brink, W. & Hendriks, V. M. (2016). Sustained-release dexamfetamine in the treatment of chronic cocaine-dependent patients on heroin-assisted treatment: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 387(10034), 2226–2234.
- Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. & Davoli, M. (2010). Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD007024.
- Pani, P. P., Trogu, E., Vecchi, S. & Amato, L. (2011). Antidepressants for cocaine dependence and problematic cocaine use. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, CD002950.
- Sheridan Rains, L., Steare, T., Mason, O. & Johnson, S. (2020). Improving substance misuse outcomes in contingency management treatment with adjunctive formal psychotherapy: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10(10), e034735.
- Tardelli, V. S., Bisaga, A., Arcadevani, F. B., Gerra, G., Levin, F. R. & Fidalgo, T. M. (2020). Prescription psychostimulants for the treatment of stimulant use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacology*, 237, 2233–2255.
- Tardelli, V. S., Berro, L. F., Gerra, G., Tadonio, L., Bisaga, A. & Fidalgo, T. M. (2023). Prescription psychostimulants for cocaine use disorder: A review from molecular basis to clinical approach. *Addict Biol*, 28(4), e13271.
- UNODC. (2019). *Treatment of stimulant use disorders: Current practices and promising perspectives*. United Nations Office on Drugs and Crime. Available at: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment_of_PSUD_for_website_24.05.19.pdf
- van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Koeter, M. W., van Zwieten, B. J. & van Ree, J. M. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: Two randomised controlled trials. *BMJ*, 327(7410), 310–312.
- Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T. & Mol, A. (2016). *Kerncijfers Verslavingszorg 2015: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten (NL): Stichting Informatie Voorziening Zorg.

Further References

- Bentzley, B. S., Han, S. S., Neuner, S., Humphreys, K., Kampman, K. M. & Halpern, C. H. (2021). Comparison of treatments for cocaine use disorder among adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 4(5), e218049–e218049.
- Tardelli, V. S., Lago, M., Mendez, M., Bisaga, A. & Fidalgo, T. M. (2018). Contingency management with pharmacologic treatment for stimulant use disorders: A review. *Behav Res Ther*, 111, 57–63.



Dr. Peter Blanken

Parnassia Addiction Research Centre (PARC)
Brijder Addiction Treatment,
The Hague – The Netherlands
peter.blanken@brijder.nl

Crack – eine Herausforderung für die großstädtische Suchthilfe und Suchtmedizin. Hier: Hannover

Sylvia Bruns & Frank Woike

Zusammenfassung

Insgesamt gibt es bei einigen Bundesländern und Kommunen den Willen neue Wege für den Umgang mit dem Crackkonsum zu entwickeln und auszuprobieren. Das Bundesgesundheitsministerium und der Bundesdrogenbeauftragte sind unerlässliche Kooperationspartner, um den finanziellen und rechtlichen Rahmen zu schaffen, der es ermöglicht, mit einem oder mehreren Stoffen oder auch mit einem Substitutionsmix neue Wege zu gehen, um der Abhängigkeit von Crack ein suchtmedizinisch wirksames Medikament entgegenzusetzen. Die Herausforderungen sind sehr groß und am besten in engem konzeptionellen Austausch mit anderen Großstädten zu bewältigen. Die Landeshauptstadt Hannover macht sich auf den Weg, die Arbeit der Suchthilfe im Bereich des Crackkonsums mit den beschriebenen Maßnahmen auszuweiten.

Schlüsselwörter: Crack, Suchthilfe, Substitution, Straßensozialarbeit, Suchtmedizin, Aufenthaltsqualität

Abstract

Overall, there is a will among some federal states (in Germany called Länder) and municipalities to develop and try out new ways of dealing with crack use. The Federal Ministry of Health and the Federal Commissioner on Narcotic Drugs are indispensable cooperation partners to create the financial and legal framework that makes it possible to embark on new paths with one or more substances or also with a substitution mix in order to counter crack addiction with a drug that is effective in addiction medicine. The challenges are enormous and can best be met in close conceptual exchange with other large cities. The state capital of Hannover is setting out to expand the work of addiction support in the area of crack use with the measures described.

Keywords: crack, addiction support, substitution, street social work, addiction medicine, quality of stay

Die Zahl der KonsumentInnen und Abhängigen in westdeutschen Großstädten steigt, der Reinheitsgehalt der Droge steigt, die zeitliche Verfügbarkeit rund um die Uhr wird durch kriminelle Strukturen sichergestellt, die Zahlen der durch die Polizei festgestellten Delikte im Zusammenhang mit Kokain und Crack in westdeutschen Großstädten erhöhen sich laut Bundeslagebericht 2021 des Bundeskriminalamtes (2022) von Jahr zu Jahr – kurzum, Crack ist auf dem Vormarsch und nimmt in den offenen Drogenszenen einen immer größeren Raum ein. Neben Frankfurt am Main, Hamburg und Hannover sind weitere Großstädte, die bis-

lang kaum Beobachtungen zum Konsum von Crack machten, hinzugekommen. Der aktuellste Stand ist im Bericht „Trendspotter“ (DBDD, 2021) dokumentiert.

Diese Situation stellt Kommunen vor neue Herausforderungen, die sie durch neue Konzepte, zusätzliche eigene Angebote oder mit Zuwendungen an Dritte innerhalb der Suchthilfe bewältigen müssen. Außerdem erschwert die momentane Fassung des Betäubungsmittelgesetzes und das Fehlen einer medizinischen Behandlung mit einem Substitut eine notwendige Erweiterung des derzeitigen Hilfsystems.

Für die Landeshauptstadt Hannover fokussiert sich dieses Problem auf den öffentlichen Plätzen rund um den Hauptbahnhof. Auf diesen Plätzen treffen sich auch wohnungslose Menschen und Suchtkranke mit einer vorrangigen Alkoholabhängigkeit. Häufig verwischen die Grenzen zwischen einzelnen Gruppen. Aus diesem Grund bearbeiten die Mitarbeitenden aus den Bereichen Sucht- und Wohnungslosenhilfe Themen gemeinsam bzw. stimmen sich bei der konzeptionellen Festlegung der Ziele eng ab. Bislang entstanden häufig an Orten, an denen sich suchtkranke Menschen aufhielten, entsprechende Angebote. Dadurch haben sich rund um den Hauptbahnhof zahlreiche Einrichtungen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe etabliert. Diese dauerhafte Nutzung der bahnhofsnahen Plätze hat neben der zentralen Frage, welche spezifischen Angebote für das Thema Crack zu entwickeln sind, auch konzeptionelle Überlegungen in den Fokus gerückt, wie viele zentrale und wie viele dezentrale Angebote der Suchthilfe notwendig sind. Durch die weitere bauliche Verdichtung im Innenstadtbereich, aber auch durch Verdrängungen und Konkurrenzen zwischen den einzelnen Gruppen kommt auch der öffentliche Raum rund um den Hauptbahnhof an seine soziale Belastungsgrenze. Ebenfalls haben erste Verlagerungen zu dezentralen Angeboten der Wohnungslosenhilfe gezeigt, dass diese sehr gut angenommen werden, wenn es eine gute Anbindung an den Personennahverkehr gibt.

Der Konsum von Crack ist in Hannover kein neues Phänomen. Bereits seit über zwei Jahrzehnten ist dieser Konsum auf öffentlichen Plätzen zu beobachten. Öffentlich auch deshalb, weil bislang in Hannover kein Konsumraum für Crack angeboten wird. Die Zunahme der Zahl der KonsumentInnen in den letzten Jahren ist nicht nur durch die Pandemie zu erklären. Zum einen sind es häufig Suchtkranke, die bereits viele Jahre andere Drogen wie Heroin konsumieren und Crack in ihre Konsummuster integriert haben. Aus diesem Grund sind die KonsumentInnen von Crack mit den Angeboten des Suchthilfesystems vertraut. Insgesamt ist der polytoxikomane Konsum von Drogen eher die Regel als die Ausnahme. Außerdem suchen auch Menschen die Dealerszene auf, die für das Wochenende, Feiern, Chemsex-Aktivitäten gezielt einkaufen und die bahnhofsnahen Plätze umgehend wieder verlassen.

Dies führte Mitte des letzten Jahres zu dem Auftrag, das bisherige Suchthilfesystem zu überprüfen und neue Konzepte für den Umgang mit Crack zu entwickeln. Der Aspekt der Entzerrung der Szenen und die Überprüfung, inwieweit dezentrale Angebote sinnvoll sind,

waren Bestandteil des Auftrages. In dieser Bearbeitung gab es auch einen regen Austausch mit anderen Großstädten, die eine ähnliche Situation haben.

Die konzeptionellen Ideen konzentrierten sich auf folgende Aspekte:

- (1) Vernetzung bislang separater Angebote von Suchthilfe und Suchtmedizin,
- (2) Ausbau des Diamorphinangebotes,
- (3) Schaffung eines Crack-Konsumraums,
- (4) Ausbau sowie Kombination von aufsuchender Straßensozialarbeit und Sozialpsychiatrischem Dienst,
- (5) Aufenthaltsqualität im öffentlichen Raum für Suchtkranke,
- (6) Modellprojekt „anlaufstelle“/Durchgängigkeit eines Behandlungsangebotes und unmittelbarer Zugang zur Suchtmedizin,
- (7) Möglichkeiten einer Substitution für Crack.

Zu (1): Vernetzung bislang separater Angebote von Suchthilfe und Suchtmedizin

Etliche Menschen der offenen Drogenszene nehmen Angebote der Suchthilfe und Suchtmedizin wahr. Doch im Anschluss kehren sie immer wieder zum Hauptbahnhof mangels räumlicher und zeitlicher Alternativen zurück, auch um dort ihre sozialen Kontakte zu pflegen. Deshalb ist ein innovatives Angebot notwendig, welches eine Kombination bereits vorhandener Angebote unter folgendem Rahmen konzeptionell zusammenfasst:

Bett – „Stoff“ – Aufenthaltsqualität

- Bett: Bundesweit sind die Prognosen und Erfahrungswerte, Menschen langfristig vom Konsum illegaler Drogen abzuhalten, sehr stark von dem Angebot eines Bettes abhängig. Obdachlosigkeit destabilisiert den medizinischen Behandlungsprozess. Derzeit sind sämtliche dieser Angebote der Suchthilfe ausgelastet und führen Wartelisten. Geplant wird eine Einrichtung mit einer Bettenkapazität für 50 Personen.
- „Stoff“: Mit dem Übernachtungsangebot soll sich eine Substitutionsambulanz unter einem Dach befinden. Ansonsten ist die Versuchung sehr groß, am Morgen wieder zum Hauptbahnhof zu fahren, um sich mit Drogen zu versorgen. Diese Substitution soll sich im Sinne einer niedrigschwelligen Behandlung auch an Nicht-Versicherte wenden. Die Hansestadt Hamburg hat dazu seit Beginn der Pandemie sehr gute Erfahrun-

gen gesammelt. Inzwischen werden knapp 100 Nicht-Versicherte in einer Suchthilfeinrichtung kontinuierlich versorgt.

- Aufenthaltsqualität: Für die Tagesstruktur und die Möglichkeit des Aufenthaltes sind Angebote und Ressourcen (Kochnische, Sport, TV, WLAN etc.) notwendig, um eine attraktive Alternative zum täglichen Verbleiben in dieser Einrichtung zu bieten und den Weg zum Raschplatz bzw. Hauptbahnhof zu vermeiden. Die Diamorphinambulanz Patrida in Berlin bietet als Vorbild bei Öffnungszeiten von bis zu 10,5 Stunden täglich und an sieben Tagen die Woche neben der medizinischen Vergabe auch Möglichkeiten zur psychosozialen Betreuung, Psychotherapie, Kochnische und Beschäftigungsmöglichkeiten an. Die sehr hohe Haltequote und 100-prozentige Auslastung sind ein Beleg für das Funktionieren dieser Einrichtung.

Bislang gibt es mehrere dezentrale Angebote der Suchthilfe, die sehr gut angenommen werden, wie zum Beispiel das U.D.O. (Unterkunft drogenabhängiger Obdachloser) im Stadtteil Lahe, das Betreute Wohnen Substituierter in der Warstraße/Nordstadt, die Jugendwerksiedlung im Stadtteil Misburg, der Übergangseinrichtung der Step in der Bachstraße/Nordstadt oder die Tagesstätte der Step an der Schulenburg Landstraße/Hainholz. Das Innovative dieses neuen Ansatzes ist die Verknüpfung mit der (Sucht)Medizin und mehrerer Angebote der Suchthilfe unter einem Dach. Voraussetzung für dieses dezentrale Angebot ist eine gute Anbindung an den ÖPNV.

Zu (2): Ausbau des Diamorphinangebotes

Die Diamorphinambulanz Hannover mit der Vergabe von synthetischem Heroin mit einem Wirkgehalt von 98,5 Prozent in der Innenstadt bietet eine wichtige Alternative im Bereich der Substitution. In den letzten zwei Jahren ist es den ÄrztInnen und der Sozialarbeit dieser Ambulanz gelungen, wieder mehr Menschen, die sich rund um den Hauptbahnhof befinden, für die heroingestützte Substitution zu gewinnen. Inzwischen ist die Anzahl der PatientInnen für die derzeitigen räumlichen Kapazitäten mit knapp 80 Personen erreicht.

Durch einen Umzug besteht die Möglichkeit, sowohl die Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung für 150 PatientInnen auszuschöpfen und gegenüber heute fast zu verdoppeln als auch eine Verbesserung der Aufenthaltsqualität zu schaffen. Der Hintergrund ist, den Menschen neben der Versorgung

mit Heroin Angebote zu schaffen, um einen möglichst großen Teil der Öffnungszeiten sinnvoll vor Ort nutzen zu können und damit eine Alternative zu der offenen Drogenszene zu schaffen.

Trotz intensiver Suche ist bislang keine entsprechende Immobilie gefunden worden. Eine neue Immobilie in der Innenstadt ist nicht zwingend notwendig. Bei einem Standort in einem angrenzenden Stadtteil ist aber eine gute ÖPNV-Anbindung unbedingt erforderlich.

Wenn die Suchtkranken sich im Laufe der Behandlung stabilisieren und ihre Lebensumstände (Schulden, Arbeitsgelegenheiten nach § 16i SGB II, Kontakt zu Kindern etc.) mit Hilfe der Sozialarbeit ordnen, tauchen manchmal auch offene Haftstrafen auf, die zeitnah zu verbüßen sind. Da die Diamorphinbehandlung in den JVs nicht angeboten wird, wird diese Form der Behandlung unterbrochen. Mit dem großen Risiko der Rückfälligkeit und des Kontaktabbruchs zur Diamorphinambulanz.

Die Erwähnung der heroingestützten Behandlung mit dem Konsum von Crack hat insofern seine fachliche Berechtigung, weil Suchtkranke mit einem Mischkonsum von Heroin und Crack häufig durch die Gabe von Diamorphin Zugang zur Suchtmedizin finden und sich der Konsum von Crack spürbar reduziert. Medizinisch besteht das Problem eher in der Behandlung an Abhängigen, die vorrangig Crack konsumieren.

Zu (3): Schaffung eines Crackkonsumraums

Bislang ist der Konsum von Crack in Hannover nur in der Öffentlichkeit möglich. Um diese Situation zu verbessern, nimmt die Schaffung für den Einzelkonsum auf dem Grundstück des bereits bestehenden Drogenkonsumraums immer konkretere Formen an. Neben dem Konsum wird auch das Aufkochen erlaubt sein, um den Raum so attraktiv wie möglich zu gestalten. Trotzdem bildet der Einzelkonsum nur einen Teil der Realität auf der offenen Drogenszene ab. Häufig ist zu beobachten, dass keine Substanz mehr gekauft wird, sondern einzelne Züge aus der Pfeife. Dieser Gruppenkonsum ist derzeit nach dem BtMG aber nicht in den Konsumräumen gestattet. Dadurch werden zahlreiche Suchtkranke mit diesem Angebot nicht erreicht. Trotzdem wird die Stadt Hannover einen solchen Konsumraum schaffen. Gleichzeitig gibt es die Arbeitsebene mit anderen Großstädten, um gemeinsam das Gespräch mit der Bundesebene mit dem Ziel einer Novellierung der bisherigen gesetzlichen Grundlage aufzu-

nehmen. Ziel muss eine Attraktivierung der Konsumräume sein.

Zu (4): Ausbau sowie Kombination von aufsuchender Straßensozialarbeit und Sozialpsychiatrischem Dienst

Im Rahmen des stationären Ausbaus der Suchthilfe in den letzten zwei Jahrzehnten hat die Straßensozialarbeit auch bei der finanziellen Förderung eher eine untergeordnete Rolle gespielt. Im Vordergrund stand der stationäre Ausbau der Suchthilfe. Ihre Wichtigkeit hat sich während der Pandemie gezeigt. Bedingt durch die Schließungen der Anlauf- und Beratungsstellen war diese Arbeit oftmals die einzige Möglichkeit, Beziehungs- und Kontaktabbrüche zu verhindern. Gleichzeitig wurde durch den steigenden Crackkonsum deutlich, dass neben dem pädagogischen Angebot auch der Bedarf an psychiatrischer Arbeit deutlich gestiegen ist. Der jahrelange Konsum von Crack führt zu massiven Konzentrationsstörungen, hektischem Bewegungsdrang und gesteigerter Reizbarkeit. Dadurch erschwert sich der Zugang durch die Straßensozialarbeit deutlich. Häufig kommen die StreetworkerInnen dabei an die Grenze ihrer Möglichkeiten. Aus diesem Grund ist eine gemeinsame Arbeit von sozialarbeiterischen und psychiatrischen Kräften vor Ort ein neuer und sinnvoller Weg. Gemeinsam Kontakte aufbauen und Hilfen anbieten sind ein künftiger Weg in der kommunalen Suchthilfe.

Außerdem ist die Suchtmedizin zu hochschwellig! Es gibt zwar Zugänge der Hilfesuchenden zur Medizin. Feste Telefonzeiten für die Anmeldung, weite Wege und die Eintragung in lange Wartelisten verhindern letztendlich den Weg in die Behandlung. Damit die Straßensozialarbeit die Chance hat ihren Auftrag zu erfüllen, ist ein direkter Zugang für sie zum medizinischen System unbedingt mit der Ärztekammer abzusprechen. In der Praxis laufen Medizin und Sozialarbeit parallel und haben kaum Berührungspunkte zueinander. Jede Profession bearbeitet jeweils einen Teilaspekt. Die Hauptaufgabe der Straßensozialarbeit soll zukünftig die Vermittlung in das Suchthilfe- und das medizinische System sein. Dabei wird es konzeptionell immer wichtiger, neben den Angeboten der harm reduction ein casemanagement innerhalb der Straßensozialarbeit zu verankern. Es reicht nicht mehr, Suchtkranke in die Entgiftung zu vermitteln und danach den Kontakt zu diesen Menschen zu verlieren. Vielmehr sollten die abhängigen Menschen bei ihrem Weg zu den einzelnen Abschnitten der

Suchtmedizin begleitet und motiviert werden. Es bedarf auch einer fachlichen Orientierung, welche nächsten Schritte sinnvoll und notwendig sind.

Zu (5): Aufenthaltsqualität im öffentlichen Raum für Suchtkranke

In allen Großstädten verdichtet sich der öffentliche Raum – besonders in den Innenstädten und rund um die Hauptbahnhöfe. Gleichzeitig fehlen Suchtkranke neben einer Substitution auch Angebote für die Tagesstruktur. Da mindestens ein Großteil von ihnen ebenfalls wohnungslos ist, suchen sie gerade in der kalten und zunehmend auch in den immer heißer werdenden Monaten einen wetterfesten Anlaufpunkt. Außerdem sind die sozialen Kontakte auf der Szene oft die einzigen, die die Suchtkranken noch haben. All diese Fakten führen dazu, dass in den Großstädten Drogenszene im Erscheinungsbild deutlich präsent sind. Meistens an Stellen, an denen ihre Anwesenheit als störend empfunden wird. In Hannover gibt es den Konsens mit nahezu allen Parteien, dass diese Menschen auch zum Stadtbild gehören und deshalb ihren Platz haben müssen. Deshalb sind Akzeptanzräume für Suchtkranke in der Innenstadt wichtig und da, wo es sie nicht gibt, zu schaffen! Die jetzigen Aufenthaltsorte werden insbesondere wegen ihres Wetterschutzes aufgesucht. Deshalb sind für die Zukunft nicht nur Akzeptanzorte dringend erforderlich, sondern sie müssen auch eine Aufenthaltsqualität erfüllen, damit sie dauerhaft angenommen werden. Sitzgelegenheiten, Dächer und Windschutz sind Mindestanforderungen an die Aufenthaltsqualität.

Diese Anforderungen stehen meistens in einem Spannungsverhältnis zu den Aufgaben der Polizei. Diese möchte die Dealer und die Suchtkranken im Auge behalten und kontrollieren. Es gilt daher einen Interessensausgleich zu finden. Die Akzeptanzorte werden aber nur dann von der Szene wahrgenommen, wenn sie auch ohne Verdrängung durch den Kontrolldruck der Polizei attraktiv genug sind.

Zu (6): Modellprojekt „anlaufstelle“/ Durchgängigkeit eines Behandlungsangebotes und unmittelbarer Zugang zur Suchtmedizin

Um die Aspekte Straßensozialarbeit und Suchtmedizin besser zu vernetzen, wird in Hannover über ein Modellprojekt für eine „Anlaufstelle“ in Bahnhofsnähe nachgedacht, in der

beide Professionen mittels einer Kooperationsvereinbarung zusammenarbeiten. Wichtig ist ein unmittelbarer Zugang der Straßensozialarbeit zur Suchtmedizin. Diese Unmittelbarkeit ist sehr wichtig, weil es nur kurze Phasen der Krankheitseinsicht, verbunden mit der Bereitschaft Hilfe anzunehmen, gibt. Das aktuelle Hilfesystem bietet in der Regel Plätze auf Wartelisten an. Die Ausdauer, mitunter Wochen auf eine Behandlung zu warten, ist bei vielen Suchtkranken nicht vorhanden. Auch sind mangelnde eigene Wertschätzung und bisherige Negativerfahrungen mit Institutionen kein Fundament, auf denen die Abhängigen eigenverantwortlich den Schritt in das medizinische Hilfesystem wagen.

Außerdem ist eine Vernetzung mit der Psychiatrie notwendig, denn die Crackabhängigkeit äußert sich besonders durch psychische Auffälligkeiten, die sich häufig in manifesten

Krankheitsbildern ausdrücken. Deshalb ist eine Kooperationsvereinbarung zwischen Suchtmedizin, der Kommune, den psychiatrischen und suchtmmedizinischen Abteilungen der Krankenhäuser notwendig. Diese „Anlaufstelle“ muss eine niedrigschwellige Substitution, eine (Tages-)Aufenthaltsqualität sowie psychiatrisch-allgemeinmedizinische Hilfe anbieten.

Ebenfalls entscheidend ist die Begleitung und Überleitung der Abhängigen in weiterführende Hilfen, die wirklich weiterführend sind. Insofern ist dieses neue Modellprojekt eines, das in Bahnhofsnähe beginnt und im weiteren, nicht unterbrochenen Verlauf die suchtkranken Menschen an dezentrale Orte weitervermittelt. Um diese Arbeit leisten zu können, bedarf es des Aufbaus eines Netzwerkes und einer entsprechenden Koordination, um auch verpflichtende weitere Hilfen zu veranlassen und zu entscheiden.



132 Seiten
ISBN 978-3-95853-822-1
Preis: 15,- €
 PDF:
 ISBN 978-3-95853-823-8
 Preis: 10,- €

Ewald Brandt, Paul Brieler & Klaus Püschel (Hrsg.)

Alkohol, Drogen, Verkehrseignung – Luftverkehr

Mit Alkohol, Drogen oder psychotropen Medikamenten im Blut setzt sich kaum ein Pilot an den Steuerknüppel. Es ist gesetzlich verboten, geschieht jedoch in seltenen Ausnahmefällen – vorwiegend bei kleineren Maschinen. Eine Expertengruppe fordert daher eine Optimierung der Vorsichtsmaßnahmen und erläutert sie in ihrem Fachbuch „Alkohol, Drogen, Verkehrseignung – Luftverkehr“.

Ein besonders tragisches Beispiel berichten Prof. Dr. Klaus Püschel und Kollegen: Am 14. März 2002 startete der Rettungshubschrauber SAR-71 vom Bundeswehrkrankenhaus Hamburg-Wandsbeck zu einem internistischen Notfall, flog in einem akrobatischen Stil und stürzte wenige Minuten später in Hamburg-Hummelsbüttel in eine Kleingartenanlage zu Boden. Der Pilot, der Techniker, der Rettungsassistent, der Notarzt und die Ärztin starben. Pilot und Techniker hatten reichlich Alkohol getankt. Der Pilot befand sich „offensichtlich im Zustand der Enthemmung, übersteigter Selbsteinschätzung, verminderter Kritikfähigkeit, Erhöhung der Risikobereitschaft und gleichzeitig objektiv verminderter Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit.“

Die Autoren berichten über eine große Zahl vergleichbarer Unfälle aus dem internationalen – v. a. amerikanischen – Flugverkehr. Um das überdurchschnittlich hohe Sicherheitsniveau im deutschen Flugwesen zu stabilisieren, empfiehlt die Expertengruppe:

- Relevante Verstöße sollten datenmäßig erfasst und registriert werden.
- Externe Mediziner sollten Piloten untersuchen und eine fragliche Verkehrseignung melden. „Meldungen gehen bisher beim Luftfahrt-Bundesamt kaum ein.“ Ärzte scheuen sich meist, eine mangelnde Verkehrseignung des Piloten zu melden, „obwohl die Berufsordnungen in diesen Fällen ausdrücklich die Durchbrechung der Schweigepflicht zulassen. Hier sind neue Anstrengungen und Aufklärungsmaßnahmen unverzichtbar.“
- Kontrollen im Dienst sollten häufiger stattfinden.
- Wird ein Pilot außerhalb des Dienstes – z. B. im Straßenverkehr – mit Alkohol oder Drogen auffällig, sollte das Luftfahrt-Bundesamt unterrichtet werden.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28
 D-49525 Lengerich

Telefon +49 (0)5484 308
 pabst@pabst-publishers.com

www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.com

Zu (7): Möglichkeiten einer Substitution für Crack

Bei einem Mischkonsum mit Heroin gibt es gute Behandlungschancen mit Diamorphin. Zu Beginn dieser Substitution gelingt es nach einer kurzen Einstellungsphase häufig, den Konsum von Crack zu vermeiden oder deutlich zu reduzieren. Anders sieht es bei Abhängigen aus, bei denen Crack die dominante Droge ist. Dort fehlt derzeit ein medizinisches Angebot für eine Substitution.

Wie auch bei der OST (Opioid-Substitutions-Therapie) sind grundsätzlich sowohl eine Originalstoffvergabe als auch eine Vergabe mit anderen Präparaten denkbar. Das Herausfordernde an dieser Form der Substitution ist nicht nur die Sucht nach einem wirksamen Stoff. Vielmehr sind die Konsumfrequenzen um ein Vielfaches höher als bei Heroin. Dort reicht die tägliche Gabe eines Substitutes (Methadon o.ä.) und die Gabe des Diamorphins am Morgen und am Abend zur Bekämpfung des Cravings. Auch Depotlösungen haben mittlerweile ihre Wirksamkeit belegt und werden als medizinische Möglichkeit in Betracht gezogen. Die Tatsache, dass die Wirkung des Cracks schon nach etwa zehn Minuten beendet ist, wirft auch die Frage auf, ob nicht etwa Cannabis eine Möglichkeit ist, die ständige Wiederholung des Konsums zu unterbrechen und den Suchtkranken etwas zur Ruhe kommen zu lassen. Auch die Möglichkeit einer Kombination mit einem Opioid-Substitut ist bei einem Mischkonsum nicht auszuschließen. All diese Überlegungen müssen unter wissenschaftlicher Begleitung ausprobiert und ausgewertet werden. Die dafür notwendigen Mittel überfordern aber jede Kommune, wenn sie diese Aufgabe allein bewältigen will.

Um eine wissenschaftliche Evidenz zu erzielen, sucht Frankfurt die Kooperation mit anderen Großstädten. Hannover hat dazu die Bereitschaft signalisiert, sich an diesem Modellprojekt zu beteiligen.

Die Hansestadt Hamburg hat bei der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden eine Beschlussvorlage für ein wissenschaftliches Modellprojekt zur medikamentengestützten Behandlung bei Kokain- bzw. Crackabhängigkeit eingebracht, die von Nordrhein-Westfalen, Bremen und Hessen mitgetragen werden wird. Die Stadt Hannover ist ebenfalls bereit, sich an diesem Modellprojekt zu beteiligen.

Im Koalitionsvertrag der Stadt Frankfurt am Main (GRÜNE, SPD, FDP & Volt, 2021) steht die Initiierung eines Modellprojektes zur Behandlung von Menschen mit einer Crackabhängig-

keit mit medizinischem Cannabis bei gleichzeitiger Teilnahme am verhaltenstherapeutischen Programm KISS und an tagesstrukturierenden Maßnahmen. Hauptfragestellung ist, ob die Teilnehmenden durch die Behandlung mit medizinischem Cannabis ihren Crackkonsum während der zwölf Monate Projektbeteiligung reduzieren.

Literatur

- Bundeskriminalamt. (2022). *Rauschmittelkriminalität Bundeslagebericht 2021*. Wiesbaden.
- DBDD. (2021). *Crack – Trendspotter Dezember 2021*. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- GRÜNE, SPD, FDP & Volt. (2021). *Ein neues Frankfurt gestalten. Koalitionsvertrag 2021–2026*. Verfügbar unter: <https://fdp-frankfurt.de/wp-content/uploads/sites/6/2021/06/FINAL-mit-Inhaltsverzeichnis-und-Deckblatt.pdf>



Sylvia Bruns

Seit Oktober 2021 Dezernentin für Soziales und Integration der Landeshauptstadt Hannover
dezernatIII@hannover-stadt.de



Frank Woike

Diplom-Sozialarbeiter
Beauftragter Sucht und Suchtprävention der Landeshauptstadt Hannover
frank.woike@hannover-stadt.de

Crackkonsum und Hilfsangebote in Hamburg

Situationsbeschreibung und Herausforderungen aus Sicht der Verwaltung

Daniel Kiefer

Zusammenfassung

In Hamburg ist bereits seit den 1990er Jahren Crackkonsum feststellbar. Durch die langjährige Erfahrung mit Crackkonsumierenden konnte ein ausdifferenziertes Hilfesystem für die Zielgruppe aufgebaut werden, das eine gute Basis für die Versorgung darstellt. Zentrale Anlaufstelle und Einstieg in das Hilfesystem für Szeneangehörige in Hamburg sind niedrigschwellige Kontakt- und Beratungsstellen mit Drogenkonsumräumen, in denen ein breites Portfolio von Angeboten vorgehalten wird. Spezialisierte Angebote für obdachlose Konsumierende und aufsuchende Arbeit sind weitere Ansatzpunkte. Zuletzt sind erhöhte Problemlagen in Zusammenhang mit Crackkonsum in Hamburg feststellbar. Ursächlich sind neben der mutmaßlichen Zunahme des Konsums auch Veränderungen innerhalb der Szene. Aufgrund der etablierten und gut angenommenen Angebote ist eine fundamentale Neuausrichtung der Helfelandschaft nicht notwendig. Trotzdem ist eine Anpassung erforderlich. Es gilt zu prüfen, ob die Kapazitäten in den Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe noch ausreichend sind für die Bedarfe und um qualitative Verbesserungen und Ergänzungen umzusetzen. Hierzu sind auch bundesweite Lösungsansätze notwendig.

Schlüsselwörter: Crack, Drogenszene, kommunale Suchthilfesysteme, niedrigschwellige Hilfen

Abstract

Crack consumption has been observed in Hamburg since the 1990s. Due to the many years of experience with crack-consuming people, a differentiated help system for the target group has been established, which is a good basis for the consumer needs. Central contact point and introduction to the help system for scene members in Hamburg are low-threshold contact and advice centers with drug consumption rooms in which a wide portfolio of offers is kept. Specialized offers for homeless consumers and outreach work are further approaches. Finally, increased problems can be determined in connection with crack consumption in Hamburg. In addition to the alleged increase in consumption, the causes for consumption have also changed within the scene. Due to the established and well-accepted offers, a fundamental realignment of the service landscape is not necessary. Nevertheless, an adjustment is required. It is important to check whether the capacities in the facilities of drug and addiction aid are still sufficient for the needs and to implement qualitative improvements and supplements. Nationwide solutions are also necessary for this.

Keywords: crack, drug scene, municipal addiction support system, low-threshold services

1 Einleitung

Die Freie und Hansestadt Hamburg als zweitgrößte Metropole Deutschlands ist traditionell durch ein großstädtisch liberales Zusammenleben von Menschen unterschiedlicher Herkunft, sozio-kultureller Hintergründe und ökonomischen Status geprägt. Als Hafenstadt steht Hamburg zudem in langer Tradition eines

stetigen internationalen Austauschs, was den Verkehr von Waren, aber auch gesellschaftlichen Entwicklungen betrifft. Vor diesem Hintergrund ist auch der Konsum legaler und illegaler psychotroper Substanzen zu betrachten, der sowohl gesamtgesellschaftlichen, aber auch szenespezifischen Entwicklungen unterliegt. Im medialen und politischen Fokus stehen hierbei oftmals Problemlagen im Zusammen-

hang mit öffentlich wahrnehmbaren Szenen. Eine starke Zunahme und öffentliche Wahrnehmbarkeit erlangte der Konsum von Heroin in den 1980er und 1990er Jahren mit einer entsprechenden Szenebildung, insbesondere in dem am Hauptbahnhof angrenzenden Stadtteil St. Georg. Kurze Zeit später, ab Mitte der 1990er Jahre, wurden auch erste Berichte über Crackkonsum in der Szene bekannt, dessen Verbreitung sich bis Anfang der 2000er Jahre rasant ausbreitete. Hamburg zählt damit neben Frankfurt am Main und Hannover zu den ersten Großstädten in Deutschland, in denen Crackkonsum verbreitet war (vgl. Stöver, 2001). In Reaktion darauf ist das Drogen- und Suchthilfesystem in Hamburg somit bereits seit mehr als zwei Jahrzehnten auf die Versorgung dieser Zielgruppe eingestellt. Zugleich scheinen die Verfügbarkeit und der Konsum von Kokain im Allgemeinen und von Crack im Speziellen in den letzten Jahren zugenommen zu haben. Insbesondere der Umgang mit Crackkonsum und dessen Begleiterscheinungen sowohl im öffentlichen Raum als auch in den Einrichtungen der Suchthilfe stellt daher weiterhin eine große Herausforderung für Verwaltung und Politik in Hamburg dar.

2 Epidemiologie des Crackkonsums in Hamburg

Die Datenlage zu Crackkonsum in Deutschland ist wenig belastbar, so dass auch für Hamburg leider keine repräsentativen Daten zur Konsumprävalenz in der Allgemeinbevölkerung vorliegen. Hamburg beteiligt sich im Rahmen des epidemiologischen Suchtsurveys regelmäßig an einer Zusatzerhebung, die bevölkerungsrepräsentative Aussagen zur Verbreitung des Substanzkonsums in Hamburg zulässt, die Prävalenz des Kokain- und Crackkonsums wird jedoch zusammengefasst. Laut der zuletzt 2021 durchgeführten Erhebung haben in den vergangenen zwölf Monaten 2,7 Prozent der Männer und 2,1 Prozent der Frauen in Hamburg Kokain oder Crack konsumiert, wobei vermutlich der überwiegende Anteil auf den Konsum von Pulverkokain entfallen dürfte (vgl. Olderbak et al., 2023). Kühnl und KollegInnen (2021) stellten mittels einer ExpertInnenbefragung jedoch auch eine Zunahme des Crackkonsums in Hamburg fest, die hauptsächlich auf Beobachtungen im Bereich der niedrigschwelligen Drogenhilfe basiert (a.a.O., S. 5 f.). Dies korrespondiert mit den Berichten der Träger der Suchthilfeeinrichtungen, wonach ein großer Teil der NutzerInnen der Drogenkonsumräume einen polyvalenten Konsum betreibt. Der

Crackkonsum ist somit vornehmlich in der öffentlich wahrnehmbaren Drogenszene in Hamburg weit verbreitet.

Belastbarere Daten liegen in Hamburg für die Inanspruchnahme von Angeboten der ambulanten Suchthilfe und Eingliederungshilfe durch Crackkonsumierende vor. Durch die Einrichtungen wurde 2021 in der begleitenden Basisdatendokumentation für 993 KlientInnen festgehalten, dass (auch) eine Problematik in Hinblick auf Crack vorliegt (Martens & Neumann-Runde, 2022). Zu berücksichtigen ist hierbei ein Spezifikum in Hamburg. Die Nutzung der zuwendungsfinanzierten Angebote ist grundsätzlich anonym möglich, um Zugangsbarrieren zu reduzieren. Zudem werden KlientInnen der niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtungen, die ausschließlich die Drogenkonsumräume und sonstige Hilfen zum Überleben in Anspruch nehmen, nicht durch die Basisdatendokumentation erfasst. Die ca. 1000 Personen sind daher als Mindestzahl der durch die Suchthilfe in Hamburg betreuten Crackkonsumierenden zu betrachten.

3 Umgang mit Crackkonsum

„Grausam wie die Roten Khmer“ betitelte *Der Spiegel* Ende 2000 seinen Artikel über die zunehmende Verbreitung und Auswirkungen des Crackkonsums u. a. in Hamburg und Frankfurt und stellt damit eine prototypische Form der damaligen Berichterstattung dar (vgl. Bölsche, 2000). In dramatischen Schilderungen über die Gefahren von Crack wird durch Stereotypen zwar der Stigmatisierung Konsumierender Vorschub geleistet, gleichzeitig wird aber auch die damalige Herausforderung deutlich, der sich Politik und Verwaltung gegenübersehen, adäquat auf die durch den Crackkonsum verursachten Probleme zu reagieren. Dies betrifft Strafverfolgung und Justiz, ein Bereich, auf den im Folgenden nicht näher eingegangen werden soll, zum anderen die Angebotsgestaltung der Drogen- und Suchthilfe. Diese wurde in Hamburg unter den Erfahrungen mit der offenen Heroinszene zwar frühzeitig um niedrigschwellige, akzeptanzorientierte Einrichtungen erweitert, Konzepte und Angebote mussten jedoch angepasst werden, um auf die spezifischen Bedarfe der Crackkonsumierenden zu reagieren. Ein großer Teil der im Folgenden beschriebenen Angebote ist daher auch nicht nur Crackkonsumierenden vorbehalten, sondern richtet sich selbstverständlich auch an Konsumierende anderer Substanzen, zumal aufgrund überwiegend polyvalenter Konsummuster in

der Szene ein reiner Crackkonsum eher selten ist.

3.1 Angebote Drogen- und Suchthilfe in Hamburg

Hamburg verfügt über ein umfangreiches und differenziertes Beratungs- und Behandlungsangebot für Menschen mit Suchtproblemen in unterschiedlicher Kostenträgerschaft (vgl. Sucht.Hamburg gGmbH, 2023). Im Folgenden sollen jedoch primär für die Zielgruppe der Crackkonsumierenden relevante Angebote vorgestellt werden, die durch die Stadt Hamburg finanziert werden. In Hamburg fördert die Sozialbehörde die Suchthilfe und die Suchtprävention nach Maßgabe der Landeshaushaltsordnung (LHO), der Verwaltungsvorschriften (VV) zu § 46 LHO in der jeweils aktuellen Fassung sowie den Bestimmungen der Richtlinie zur Förderung der Suchthilfe und Suchtprävention in Hamburg durch Zuwendungen der Freien und Hansestadt Hamburg. Seit 2017 sind die Beratungsstellen in Hamburg sozialräumlich orientiert und bieten grundsätzlich eine suchtmittelübergreifende Beratung an. Der Zugang ist für die KlientInnen voraussetzungslos und kostenfrei möglich. Bei Bedarf kann die Beratung anonym in Anspruch genommen werden. CrackkonsumentInnen stehen in Hamburg somit immer wohnortnahe Beratungsangebote zur Verfügung, die bedarfsgerecht in Anspruch genommen werden können. Hiervon unberührt besteht eine Wahlfreiheit, welche Suchthilfeeinrichtung tatsächlich genutzt wird. Durch die regionale Vernetzung und enge Zusammenarbeit der Suchthilfeträger mit angrenzenden Hilfesystemen und weiterführenden medizinisch-therapeutischen Angeboten können verschiedene, im Kontext der Suchterkrankung auftretende Problembereiche adressiert werden. Auch wenn KlientInnen mit dem Problembereich Crack in den Beratungsstellen eine eher untergeordnete Rolle spielen, kann insbesondere in einem frühen Stadium problematischen Konsumverhaltens ggf. eine Stabilisierung der KlientInnen erzielt werden. In Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern kann einer drohenden sozialen Desintegration, z. B. durch Wohnraumverlust, entgegengewirkt werden.

3.2 Niedrigschwellige Angebote der Suchthilfe

Neben den „klassischen“ Beratungsstellen hält Hamburg in drei verschiedenen Stadtteilen

insgesamt vier niedrigschwellige Kontakt- und Beratungseinrichtungen mit integrierten Drogenkonsumräumen vor. Die Angebote haben einen stadtteilübergreifenden Versorgungsauftrag. Bei der Standortwahl der Einrichtungen wurde jedoch gezielt darauf geachtet, diese in der Nähe bereits bestehenden Szenetreffpunkten einzurichten. Damit wird das Ziel verfolgt, Zugangsbarrieren durch eine einfache Erreichbarkeit zu reduzieren und die Versorgung der Zielgruppe zu verbessern. Zugleich soll aber auch aus ordnungspolitischer Sicht eine Entlastung der Stadtteile erreicht werden, die von öffentlich wahrnehmbarem Konsum betroffen sind, indem Konsumvorgänge vom öffentlichen Raum in die Drogenkonsumräume verlagert werden. Der Zugang ist nicht an eine Meldeadresse in Hamburg gekoppelt. Durch einen anonymen Einlass werden Zugangsbarrieren reduziert, z. B. für den Teil der KlientInnen mit Migrationsgeschichte, die aufgrund der repressiven Drogenpolitik in einigen Herkunftsländern zunächst wenig Vertrauen in institutionelle Hilfsangebote haben und diese sonst ggf. meiden würden.

Hamburg verfolgt den Ansatz, dass Drogenkonsumräume immer in ein breites Portfolio von Basis- und Überlebenshilfen sowie Beratungsangeboten eingebunden sind. Die konkrete Ausgestaltung kann je nach Konzept variieren und ist lokalen Gegebenheiten und Bedarfen angepasst. Der Betrieb der Einrichtungen erfolgt durch verschiedene freie Träger der Drogen- und Suchthilfe. Es sind jedoch in allen Einrichtungen Räume für den inhalativen Konsum vorhanden. Diese werden durch Crackkonsumierende gut angenommen, so dass mittlerweile ein großer bis überwiegender Anteil der inhalativen Konsumvorgänge auf Crack bzw. die Kombination von Crack und Heroin entfällt. Utensilien für den Crackkonsum, z. B. Pfeifen zum Selbstkostenpreis, werden in den Einrichtungen vorgehalten.

In der Einrichtung Abrigado im Hamburger Süden ist neben dem regulären Rauchraum ein zusätzlicher Raum mit so genannten Express-Plätzen für den inhalativen Konsum von Crack vorhanden. So kann zum einen der eher hektische Konsum von Crack räumlich vom Heroin-Konsum („Blech-Rauchen“) entkoppelt werden, um mögliche Beeinträchtigungen zu vermeiden. Des Weiteren werden durch reduzierte Wartezeiten bei den Express-Plätzen Anreize geschaffen, den zum Teil hochfrequenten Crackkonsum aus dem öffentlichen Raum in den Drogenkonsumraum zu verlagern.

Die größte niedrigschwellige Einrichtung mit Drogenkonsumraum in Hamburg ist das *Drob Inn*, zentral gelegen in der Nähe des

Hauptbahnhofs. Der dortige Anteil polyvalent, d.h. auch Crack, konsumierender BesucherInnen ist seit langem sehr hoch. Die frühen Erfahrungen mit der Zielgruppe haben gezeigt, dass die unter Crackkonsumierenden verbreiteten langen Konsumphasen („Binges“) und verschobene Tag-/Nachtrhythmen eine Anpassung der Öffnungszeiten notwendig machen. Im *Drob Inn* wurden daher bereits 2004 auch Nachtöffnungszeiten eingeführt. Derzeit ist an fünf Tagen die Woche sowohl die Konsumraumnutzung als auch die Inanspruchnahme weiterer Basishilfen und Beratung bis fünf Uhr morgens möglich.

Ein großer Anteil der Frauen in der Szene, die abhängig Crack konsumieren, finanzieren ihren Konsum über Sexarbeit. Diese Frauen sind in ihrem Alltag besonderen Risiken, Gewalterfahrungen und Stigmatisierungen ausgesetzt. Aufgrund der szenetypischen Geschlechterverhältnisse, mit einem Männeranteil von ca. 80 Prozent, bieten niedrigschwellige Einrichtungen nicht das optimale Setting für Frauen. Mit dem *ragazza* wird in Hamburg daher eine niedrigschwellige Einrichtung mit Drogenkonsumraum ausschließlich für drogenkonsumierende und der Sexarbeit nachgehende Frauen¹ vorgehalten. Dies bietet den erforderlichen Schutzraum, um neben den Hilfen zum Überleben auch die Sicherheit und das notwendige Vertrauensverhältnis herzustellen, um besser Zugänge für weiterführende Beratungsprozesse schaffen zu können. Obgleich auch die Konsummuster der Frauen häufig polyvalent sind, entfallen ca. 80 Prozent der Konsumvorgänge in den Drogenkonsumräumen des *ragazza* auf den inhalativen Konsum, wobei Crack die mit deutlichem Abstand am häufigsten konsumierte Substanz ist.

Zentrales Element aller niedrigschwelligen Einrichtungen in Hamburg ist ein offener Bereich bzw. Cafébereich. Der offene Bereich dient dem Zugang zur Einrichtung und den weiteren Angeboten sowie als Wartebereich für die Drogenkonsumräume. Zudem stellt er eine Aufenthaltsmöglichkeit für die BesucherInnen dar. Hier können die Menschen sich ausruhen, essen und trinken, aufwärmen und unterhalten. Insbesondere für die Zielgruppe, die sich sonst primär im öffentlichen Raum aufhalten müsste, ist der Cafébereich daher eine wichtige Anlaufstelle und geschützter Raum, um zur Ruhe zu kommen. In dieser Atmosphäre können auch Beratungsangebote besser angebahnt werden. Durch die Anwesenheit von sozialarbeiterischen Fachkräften im offenen Bereich entstehen

zwanglose Gespräche und kurze Ad-hoc-Beratungen. Mit zunehmendem Beziehungsaufbau kann so die Basis für eine weiterführende Beratung geschaffen werden, die in allen niedrigschwelligen Einrichtungen zum Regelangebot zählt. Der Übergang ist somit fließend gestaltet, ein Bruch durch Vermittlung in externe Suchtberatungsstellen wird vermieden. Zunehmend problematisch gestaltet sich allerdings die Weitervermittlung in therapeutische Angebote. Ein wachsender Anteil der KlientInnen kann diese aufgrund fehlender Leistungsansprüche nicht wahrnehmen. Die Beratungsstellen unterstützen zwar bei der (Wieder-)Herstellung des Krankenversicherungsschutzes, die notwendigen Voraussetzungen sind jedoch bei einigen Menschen aufgrund des ausländerrechtlichen Status nicht gegeben.

Umso mehr Bedeutung kommt der medizinischen bzw. pflegerischen Grundversorgung zu, die in allen niedrigschwelligen Einrichtungen angeboten wird. Den häufig stark verletzten KlientInnen wird hier neben Beratung zu gesundheitlichen Fragen und safer-use u. a. auch eine Versorgung von Wunden und Abszessen ermöglicht. Bei Bedarf und wenn möglich findet eine Vermittlung ins medizinische Regelsystem zur Weiterbehandlung statt.

3.3 Angebote für obdachlose Crackkonsumierende

Viele crackkonsumierende KlientInnen der niedrigschwelligen Einrichtungen sind von Obdachlosigkeit betroffen. Neben dem allgemeinen Hilfesystem für obdach- und wohnungslose Menschen stehen in Hamburg spezialisierte Angebote zur Verfügung, die sich an obdachloser KonsumentInnen illegaler Drogen richten. In diesen Einrichtungen ist eine engmaschige sozialarbeiterische Betreuung gewährleistet, die sich an den spezifischen Bedarfen der Zielgruppe orientiert.

Hierbei werden zwei unterschiedliche Ansätze verfolgt. Mit dem *Projekt Nox* wird ein szenenahes, integriertes Angebot vorgehalten. Das *Projekt Nox* ist integrierter Bestandteil des in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof gelegenen Beratungs- und Gesundheitszentrum St. Georg, welches auch das *Drob Inn* umfasst, eine niedrigschwellige Kontakt- und Beratungsstelle mit Drogenkonsumraum. Im *Projekt Nox* sind fünf reizarme Ruheplätze vorhanden. Insbesondere für Crackkonsumierende mit exzessiven, polyvalenten Konsummustern ist die Möglichkeit, bei Bedarf schnell und unkompliziert zur Ruhe kommen zu können, essenziell. Der Aufenthalt ist im Regelfall auf

¹ Hier sind explizit auch Transfrauen inbegriffen. Aufgrund des Schutzraumkonzepts sind Männer und genderfluide Menschen von der Nutzung der Einrichtung ausgeschlossen.

24 Stunden begrenzt. Eine Betreuung ist dauerhaft gewährleistet. Dies hat den Vorteil, dass durch Ruhephasen bzw. Konsumpausen Zeitfenster für Beratung entstehen, die direkt vor Ort genutzt werden können. Hierzu erfolgt auch eine proaktive Ansprache durch die SozialarbeiterInnen. Neben einer Erstberatung und Safer-use-Informationen kann bei Bedarf auch in weitere Hilfeleistungen des Beratungs- und Gesundheitszentrums St. Georg übergeleitet werden oder eine Weitervermittlung in externe Angebote (z.B. Krankenhaus) erfolgen. Neben den Ruheplätzen beinhaltet das *Projekt Nox* 30 betreute Notübernachtungsplätze, die hauptsächlich in Doppel-, aber auch einigen Einzelzimmern vorgehalten werden. Die Unterbringungsdauer richtet sich flexibel nach dem individuellen Bedarf, ist aber im Regelfall auf sechs Monate limitiert. Auch hier ist eine niedrigschwellige Aufnahme möglich und kann z.B. über den Kontaktbereich im *Drob Inn* initiiert werden. Aufgrund der oftmals multiplen Problemlagen ist eine Stabilisierung der Klientel vorrangiges Ziel der Unterbringung. Die vorhandene 24/7-Betreuung ermöglicht neben der Akutberatung auch, die KlientInnen perspektivisch zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen zu motivieren und bei Bedarf entsprechend zu vermitteln.

Ein weiterer szenenaher und integrierter, wenn auch vom zeitlichen Umfang reduzierter Ansatz wird im *ragazza* verfolgt, der bereits dargestellten niedrigschwelligen Einrichtung für Frauen, die der Prostitution nachgehen. Das Angebot ist an die Bedarfe und Lebensrhythmen der Klientinnen angepasst, die oftmals von Wohnungs- und Obdachlosigkeit betroffen sind. Während der Öffnungszeiten werden Not-Schlafmöglichkeiten für bis zu sechs Frauen angeboten. Somit wird eine niedrigschwellige Gelegenheit geboten, von der Abfolge aus Geldbeschaffung, Drogenerwerb und Konsum zur Ruhe zu kommen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit für bis zu vier Frauen, von Sonntag auf Montag im *ragazza* zu übernachten². Da auch im *ragazza* immer eine fachlich qualifizierte Betreuung der Klientinnen sichergestellt ist, eröffnen sich durch die Ruhemöglichkeiten auch für die exzessiv (Crack) konsumierenden Frauen zusätzliche Fenster für Beratung und Weitervermittlung.

Als komplementärer Ansatz wird mit *Malteser Nordlicht* eine dezentrale Übergangseinrichtung mit Schlafplätzen für 26 drogenabhängige wohnungs- oder obdachlose Männer zuwen-

dungsgefördert. Im *Malteser Nordlicht* gibt es keine Konsumräume, die Klienten müssen jedoch nicht abstinent sein, um die Einrichtung nutzen zu können. Im Gegensatz zu den szenenahen integrierten Einrichtungen ist durch das etwas außerhalb gelegene Angebot ein Abstand zu den üblichen Szenetreffpunkten gewährleistet. Auch für Crack ist bekannt, dass diese einen Trigger für den Konsum darstellen können (vgl. z.B. Werse et al., 2018). Insbesondere für Konsumierende mit der Absicht, den Konsum zu reduzieren oder einzustellen, ist das *Malteser Nordlicht* daher eine wichtige Alternative zu den zuvor beschriebenen Angeboten. Auch im *Malteser Nordlicht* ist die Betreuung durch ausgebildete Fachkräfte sichergestellt, da neben der Bereitstellung der Hilfen zum Überleben (Übernachtungsplätze, Mahlzeiten, Duschen etc.) die sozialarbeiterische Beratung und Unterstützung der KlientInnen vor Ort zum Kernangebot der Einrichtung gehört. Hierbei können je nach individueller Situation und Bedarf der KlientInnen sowohl kurzfristige Ziele, wie Risikominimierung in Hinblick auf aktuellen Suchtmittelkonsum, als auch weiterführende Zielsetzungen u. a. zu Salutogenese und gesellschaftlicher Teilhabe adressiert werden.

3.4 Aufsuchende Angebote

Die niedrigschwelligen Kontakt- und Beratungsstellen bieten ein umfangreiches Portfolio an Angeboten für die verschiedenen Bedarfe der Crackkonsumierenden und öffnen somit den Zugang ins Hilfesystem. Durch die Komm-Struktur sind jedoch nicht alle Konsumierenden erreichbar. Aufsuchende Arbeit an Szenetreffpunkten kann daher bei der Kontaktaufnahme und -aufrechterhaltung unterstützen. In Hamburg bestehen aufsuchende Angebote der Straßensozialarbeit, die institutionell in den niedrigschwelligen Einrichtungen verankert sind und räumlich primär das jeweilige Umfeld der Standorte berücksichtigen. Die Straßensozialarbeit soll dabei unterstützen, Menschen vom öffentlichen Raum in die Einrichtungen zu orientieren, und ermöglicht hierbei eine personelle Kontinuität in der Betreuung. Auch kann eine Betreuung von Personen eingeleitet und aufrechterhalten werden, bei denen eine Anbindung an die Einrichtungen nicht (mehr) möglich ist. Konzeptionell gibt es je nach Angebot eine unterschiedliche Ausrichtung der aufsuchenden Arbeit, die bedarfsgerecht und zielgruppendifferenziert funktioniert. Beispielsweise wird durch das *ragazza* u. a. aufsuchende Sozialarbeit an Standorten des Straßenstrichs durchgeführt.

² Aufgrund der erhöhten Verdienstmöglichkeiten auf dem Straßenstrich findet am Wochenende mehr Beschäftigungsprostitution statt. Es entstehen eher Schlafdefizite, weshalb die Not-Schlafmöglichkeit in dieser Nacht vorgehalten wird.

4 Aktuelle Herausforderungen und Handlungsansätze

Trotz des etablierten Hilfesystems in Hamburg haben zuletzt Problemlagen in Zusammenhang mit Crack zugenommen. Betroffen sind insbesondere drei Bezirke, in denen auch eine öffentlich wahrnehmbare Szene anzutreffen ist. Als Ursache ist ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren wahrscheinlich. Neben dem anzunehmenden Anstieg des Crackkonsums als solchem, sind verschiedene andere Entwicklungen in der Szene feststellbar. In Hamburg ist in den letzten Jahren ein sehr starker Anstieg obdachloser Menschen zu verzeichnen (vgl. Ratzka & Kämper, 2018). Drogen- bzw. crackabhängige Menschen haben ein erhöhtes Risiko, von Wohnungs- oder Obdachlosigkeit betroffen zu sein. So verfügen nur ca. dreiviertel der durch die Basisdatendokumentation erfassten KlientInnen der Hamburger Suchthilfeeinrichtungen über eigenen Wohnraum (vgl. Martens & Neumann-Runde, 2022). In der Szene ist der entsprechende Anteil betroffener Personen noch deutlich höher. So berichten die Träger der niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe über einen stark zunehmenden Anteil obdachloser KlientInnen. Insbesondere die Kombination von Obdachlosigkeit und exzessiven Konsummustern führt zu einer schnellen Verelendung der Konsumierenden mit gravierenden Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit. Eine Vermittlung der KlientInnen der niedrigschwelligen Einrichtungen in das medizinische Regelsystem wird erschwert, da ein zunehmender Anteil, v.a. Menschen mit Migrationsgeschichte, nicht über die notwendigen Krankenversicherungsansprüche verfügen. Crackkonsumierende halten sich vermehrt im öffentlichen Raum auf und konsumieren dort auch. Die Menschen sind zwar im Hilfesystem meist bekannt und an niedrigschwellige Einrichtungen angebunden, der Zug aus der Pfeife ist aber auch im öffentlichen Raum ohne größeren Aufwand möglich. In der schnellen Abfolge von Erwerb der Substanz und Konsum sinken die Anreize, zum Rauchen extra einen Drogenkonsumraum aufzusuchen. Verstärkt wurde dieser Effekt durch die erhöhten Wartezeiten aufgrund der während der Corona-Pandemie geltenden Infektionsschutzmaßnahmen, die eine Kapazitätsreduktion der Einrichtungen zur Folge hatten. Diese Gewohnheit, alternativ in der Öffentlichkeit zu konsumieren, hat sich bei vielen verfestigt.

Der Aufenthalt von Szeneangehörigen auf der Straße und sichtbarer Konsum führen zu vermehrten Beschwerdelagen in den betroffe-

nen Stadtteilen. In der wachsenden Stadt Hamburg findet eine räumliche Verdichtung statt, Aufenthaltsmöglichkeiten für Menschen in prekären Lebenslagen gehen vielerorts verloren. Durch die Gentrifizierung von Stadtteilen sinkt z.T. die Akzeptanz in den Nachbarschaften für Einrichtungen der Drogenhilfe. Daher ist es wichtig, weiterhin zentrale szenenahe Standorte betreiben zu können und gleichzeitig die Sorgen und Bedarfe der Nachbarschaft angemessen zu berücksichtigen.

Hamburg hat entsprechende Gremien, die regelmäßig oder anlassbezogen den Austausch sowohl zwischen zuwendungsgebender Fachbehörde und freien Trägern der Drogen- und Suchthilfe als auch den verwaltungsinternen Austausch zwischen zuständigen Fachbehörden und Bezirken ermöglichen. Des Weiteren findet ein regelhafter Austausch auf kommunaler und Bundesländerebene zu aktuellen Themen und Problemlagen im Kontext von Drogenkonsum und Suchthilfe statt. In Bezug auf Crack war Hamburg z.B. zuletzt an der Organisation der Fachtagung „Crack in deutschen Großstädten – von der Forschung zu praktischen Entscheidungen“ in Frankfurt beteiligt. Der fachliche und interdisziplinäre Austausch ist unabdingbar, um Lösungsansätze für die komplexen Problemstellungen im Kontext des zunehmenden Crackkonsums zu erarbeiten.

In Hamburg bestehen erste konkrete Ansätze für eine Weiterentwicklung der Hilfelandschaft. Um Alternativen zu Verdrängungsprozessen zu schaffen und eine bedarfsgerechte Aufenthaltsmöglichkeit in Bahnhofsnähe zu erhalten, wird demnächst der Vorplatz des *Drob Inn* neu gestaltet. Schattenspende, Sitzgelegenheiten, Beleuchtung, eine öffentliche Toilette und Wasserspender werden installiert sowie der Bodenbelag erneuert, um die Situation für die Anwesenden zu verbessern. Gleichzeitig ist eine räumlich enge Anbindung an die Einrichtung gegeben, um den niedrigschwelligen Zugang zu Beratung und Hilfen zum Überleben zu gewährleisten. Im niedrigschwelligen Bereich ist derzeit ein Neubau der Einrichtung in Harburg in Planung, um den gestiegenen Bedarf im Süderelberaum mit einem vergrößerten Angebot begegnen zu können. Hamburg setzt sich für ein Modellprojekt zur Erprobung medikamentengestützter Behandlungsansätze bei Kokain- bzw. Crackabhängigkeit ein. Der Forschungsstand in diesem Bereich ist unzureichend. Ziel eines wissenschaftlich begleiteten Modells sollte sein, die Wirksamkeit solcher Ansätze zu überprüfen, um ggf. zumindest für spezifische Teilgruppen der Suchtkranken Behandlungsalternativen vorhalten zu können.

Zusätzliche Ansatzpunkte werden derzeit in Hamburg diskutiert, um weitere Problemfelder im Zusammenhang mit Crackkonsum adressieren und die Infrastruktur in Hamburg bedarfsgerecht anpassen zu können. Hierbei sind Ansätze zu unterscheiden, die sich grundsätzlich bei Bedarf eigenständig auf städtischer Ebene umsetzen ließen, wie etwa eine Ausweitung und Anpassung der Angebotsstruktur. Für einige qualitative Verbesserungen müssten aber bundesweite Lösungen erarbeitet werden. Unter anderem wäre hier der Umgang mit Menschen ohne gesetzlichen Krankenversicherungsschutz oder sozialrechtliche Ansprüche zu nennen oder mögliche Anpassungen in der Betäubungsmittelgesetzgebung.

Literatur

- Bölschem, J. (2000). Grausam wie die Roten Khmer. *Der Spiegel*, 52, 54–67.
- Kraus, L., Seitz, N. N., Schulte, B., Cremer-Schaeffer, P., Braun, B., Verthein, U. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019). Estimation of the number of people with opioid addiction in Germany. *Dtsch Arztebl Int*, 116, 137–143. doi:10.3238/arztebl.2019.0137
- Kühnl, R., Meier, C., Prins, G. & Neumeier, E. (2021, Dez.). *Crack. Trendspotter*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Martens, M.-S. & Neumann-Runde, E. (2022). *Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2021 der Hamburger Basisdatendokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe. Auswertungsleistungen und Bericht zur Hamburger Basisdatendokumentation 2021*. Hamburg: BADO e.V.
- Olderbak, S., Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.-N. & Kraus, L. (2023). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Ratzka, M. & Kämper, A. (2018). *Befragung obdachloser, auf der Straße lebender Menschen und wohnungsloser, öffentlich-rechtlich untergebrachter Haushalte 2018 in Hamburg. Auswertungsbericht*. Bielefeld: GOE.
- Stöver, H. (2001). *Bestandsaufnahme „Crack Konsum“ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeeangebote. Endbericht*. Universität Bremen, Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO).
- Sucht.Hamburg gGmbH. (2023). *Kursbuch Sucht. Suchthilfe in Hamburg finden*. Verfügbar unter: <https://www.kursbuch-sucht.de>
- Werse, B., Sarvari, L., Martens, J., Feilberg, N. & Kamphausen, G. (2018). *Crack in Frankfurt. Eine qualitative Untersuchung zum Alltag von Crack-Konsumentinnen und -Konsumenten. Abschlussbericht*. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research, Goethe-Universität.



Daniel Kiefer

Fachreferent in der Fachabteilung Drogen und Sucht der Sozialbehörde Hamburg
daniel.kiefer@soziales.hamburg.de

flowers

Sonja Bachmayer

















Crackkonsum in der Bahnhofsszene in Bremen

Lea Albrecht

In vielen Städten wird die Droge Crack zu einem immer größeren Problem – seit ca. 2018 auch in Bremen. Die Drogenszene ist innerhalb der letzten Jahre rasant gewachsen, immer mehr neue Gruppierungen beginnen mit dem Konsum von Crack, darunter nicht nur die bisherigen Drogenkonsumierenden (die diese Substanz zusätzlich zu anderen Drogen konsumieren), sondern auch Obdachlose, Alkoholkonsumierende sowie viele MigrantInnen, die bisher keine oder wenig Berührungspunkte mit der Drogenszene hatten. Immer mehr Menschen finden sich in einer Verkettung von Problemen wieder, wovon eins das nächste bedingt: Verlust des Arbeitsplatzes, fehlender Wohnraum und somit Obdachlosigkeit, Wegfall oder erst gar kein Zugang zu Leistungsansprüchen sowie damit einhergehend keine Krankenversicherung und keine Behandlung. Eine steigende Anzahl an Menschen verelendet in einer neuen Geschwindigkeit. Auch die (Wieder-)Erlangung eines Leistungsbezugs bei abgelaufenen oder nicht vorhandenen Duldungen ist an viele, zumeist für das Klientel nicht umsetzbare und hochschwellige, Voraussetzungen gebunden. Als Stadtstaat ist Bremen zudem massiv davon betroffen, dass zahlreiche Menschen aus dem (meist niedersächsischen) Umland sich regelmäßig in Bremen aufhalten und hier keinerlei Anspruchsgrundlage haben.

Ordnungspolitische Organe haben den Druck auf die Konsumierenden rund um den Bahnhof in Bremen massiv erhöht und versuchen die Szene umzusteuern und zu einem jüngst eingerichteten Akzeptanzort zu orientieren. Der Akzeptanzort bietet zurzeit die Möglichkeit, sich auf einem überdachten Areal direkt gegenüber des Drogenkonsumraumes aufzuhalten. Die konsumierenden Menschen vor Ort haben begonnen, die Fläche und die darauf aufgestellten offenen Container in ihrem Sinne zu gestalten und zu nutzen.

Die Konsumierenden sind immer gehetzter, sowohl aufgrund des hohen Beschaffungsdrucks, der durch die kurze Wirkungsdauer

von Crack zustande kommt, aber auch durch äußere Einflüsse durch Polizei und Ordnungsamt. Dadurch sowie durch teilweise bestehende Sprachbarrieren zeigt sich diese extrem vulnerable Personengruppe für Hilfsangebote als schwer erreichbar. Zudem hat die Aggressivität der Szene massiv zugenommen. Es kommt sowohl vermehrt zu Übergriffen untereinander als auch zu Ausschreitungen gegenüber Hilfseinrichtungen und deren Mitarbeitenden.

Die *Comeback* hilft an der Basis, versucht die Menschen niedrigschwellig in ihrer aktuellen Lebensrealität abzuholen und ihnen auf Augenhöhe zu begegnen. Oft sind es Grundbedürfnisse wie Schlafen, Essen, Trinken, sich waschen oder sicher konsumieren, die zuerst im Fokus der crackkonsumierenden Menschen stehen und somit einen Zugang zu ihnen ermöglichen. Häufig knüpft auch Streetwork erste Kontakte. Seit zwei Jahren hat Bremen einen temporären Drogenkonsumraum (das ARA) in Containern. Dort gibt es aktuell vier Plätze für den intravenösen und zwei Plätze für den inhalativen Konsum. Die Anzahl der Konsumvorgänge mit Crack hat auch hier deutlich zugenommen. Für die Menschenmengen, die mittlerweile das Angebot des DKR nutzen, sind die Kapazitäten nicht ausreichend – es entstehen immer wieder Wartelisten. Konsumierende, die die Wartezeiten nicht aushalten können, entscheiden sich im näheren Umfeld oder auf der unmittelbar gegenüberliegenden Akzeptanzfläche zu konsumieren. Der Umzug des temporären Drogenkonsumraumes sowie weiterer Angebote der *Comeback* (Überbrückungssubstitution, medizinische Ambulanz auch für unversicherte KlientInnen, das Projekt Eltern Plus, welches sich an konsumierende [werdende] Eltern richtet, Beratung, das Café, die Kleiderkammer und vieles mehr) in eine feste Immobilie, die deutlich mehr Kapazitäten und somit auch Konsumplätze bietet, ist geplant. Dieser wird jedoch nicht vor 2024 realisiert werden können.

Bis der geplante Umzug beginnen kann, wird die Immobilie jedoch auch schon zwi-

schengenutzt, indem die *Comeback* seit dem 2. Juni 2023 dort einen Ruhe- und Regenerationsort (RegO) betreibt. Der Ort ist so konzipiert, dass dort insgesamt acht Liegen für männlich gelesene Drogenkonsumierende und zwei Liegen für weiblich gelesene Drogenkonsumierende zur Verfügung stehen, auf denen sich ausgeruht/geschlafen werden kann, außerdem können an Tischen und Stühlen Heiß- und Kaltgetränken sowie kleineren Snacks eingenommen werden. Darüber hinaus findet selbstverständlich sozialarbeiterische Beratung und Weitervermittlung sowie auch Konsumutensilienausgabe statt.



Lea Albrecht

Suchttherapeutin (VT) und Sozialpädagogin –
Gesamtleitung –Comeback gGmbH
lea.albrecht@comebackgmbh.de

Plädoyer für ein Modellprojekt zur Behandlung von Menschen mit einer Crackabhängigkeit mit Medizinal-Cannabis und ergänzenden Angeboten

Gabi Becker

Zusammenfassung

Seit mehr als 20 Jahren ist in Frankfurt der Crackkonsum mit seinen Begleitscheinungen ein Problem sowohl für die Stadt und ihre BewohnerInnen als auch für Konsumierende und die Suchthilfe. Das Ausmaß des Crackkonsums ist im Jahr 2023 auf einem Höchststand angekommen und es bedarf dringend angemessener neuer Angebote für Menschen mit einer Crackabhängigkeit. Seit 2017 versucht die Integrative Drogenhilfe e.V. in Frankfurt ein Modellprojekt zur Behandlung mit Cannabis auf den Weg zu bringen. Der nachfolgende Artikel erläutert die Gründe für ein solches Angebot und skizziert dessen mögliche Ausgestaltung.

Schlüsselwörter: Crackabhängigkeit, Konsumreduktion

Abstract

Since more than 20 years crack consumption is one of the major problems for the city of Frankfurt, its inhabitants, for people who use crack as well as for the addiction treatment system. The crack consumption is on its highest level and it is obvious that new ways in treatment and support for pwud are necessary. In 2017 idh startet an initiative for the possibility to treat PWUD/crack with cannabis. The following article clarifies the reasons for such an offer and outlines its possible configuration.

Keywords: crack dependency, consumption reduction

1 Theoretischer Hintergrund – Problemaufriss

Der Crackkonsum von NutzerInnen der niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen in Frankfurt ist unvermindert hoch. Laut der Mo-SyD Szenestudie 2020 (vgl. Kamphausen & Wersse, 2021) ist der Crackkonsum – vor allem die Konsumintensität – auf einem neuen Höchststand. Es wird zugleich ein leichter Rückgang des Durchschnittsalters auf 41,3 Jahre festgestellt sowie eine Zunahme der Obdachlosigkeit.

Bei Menschen, deren Leben durch die Beschaffung und den Konsum von Crack geprägt ist, handelt es sich häufig um abhängigkeits-erkrankte Frauen und Männer mit multiplen Problemlagen, deren Lebenssituation und Gesundheitszustand prekär sind, u. a. durch ein-

getretene oder bedrohende Wohnungslosigkeit, mangelnde medizinische Grundversorgung, soziale Ausgrenzung und Kriminalisierung. Diese Menschen benötigen schadensminimierende und niedrigschwellige Überlebenshilfen, die zieloffen ausgerichtet, an ihren besonderen Bedarfen angepasst und an das bestehende Drogenhilfesystem angegliedert sind.

Eine interne nicht repräsentative qualitative Befragung im Mai 2017 in den Einrichtungen *Konsumraum Niddastraße* und *Eastside* der Integrativen Drogenhilfe e.V. (idh) in Frankfurt mit einem sehr kleinen Stichprobenumfang weist darauf hin, dass CrackkonsumentInnen die angebotenen schadensminimierenden Maßnahmen, wie etwa Pfeifenkauf, Konsum im Raucherraum und aufsuchende Sozialarbeit nur teilweise und mit deutlicher Präferenz zu

erstgenannter Safer-use-Intervention, annehmen und häufig auch außerhalb der Einrichtungen der Drogenhilfe Crack konsumieren. Das ist erstaunlich, da sich seit 2010 in der MySoD-Szenebefragung eine rasch ansteigende Tendenz zur Inanspruchnahme der Frankfurter Rauchräume abzeichnet (vgl. Kamphausen & Werse, 2021, S. 74), und legt den Rückschluss nahe, dass die Räume vor allem für das Folienrauchen von Heroin genutzt werden. Interne Erhebungen im Konsumraum Niddastraße in 2017 stellten eine 40-prozentige Nutzung durch CrackkonsumentInnen und 60 Prozent durch FolienraucherInnen fest. Im Jahr 2021 veränderte sich der Anteil (eventuell pandemiebedingt) auf 34 Prozent Crack- und 66 Prozent Folienrauchen, um dann in 2022 wieder bei 41 Prozent Crack- und 59 Prozent Folienrauchen zu landen. Bei den in 2017 durchgeführten Interviews berichteten die Betroffenen über ausgeprägtes Craving, Paranoia, Laber-Flashes und Such-Flashes sowie zunehmende Prekarisierung ihrer sozialen und finanziellen Situation. Zwei weitere interessante Erkenntnisse sind, dass viele der Drogengebrauchenden Crack gerne auch alleine – in Ruhe – als gemeinsam mit anderen konsumieren und dass ihr Crackkonsum häufig, insbesondere nachts, in Verbindung mit dem Besuch von Spielhallen steht. Zudem ergab die Befragung der CrackkonsumentInnen, dass diese Cannabis konsumieren, um den negativen Wirkungen des Crackkonsums zu entgehen und ihren Crackkonsum zu reduzieren.

Als Verein mit langjähriger Expertise in der niedrigschwelligen und zieloffenen Drogenhilfe sieht die idh es als ihre Aufgabe an, mit einem Modellprojekt auf die veränderte Situation zu reagieren, um in Zukunft auch für den Personenkreis der marginalisierten und existenzbedrohten, crackabhängigen Menschen – die gegenwärtig keine ausreichende Versorgung durch die Systeme Drogenhilfe und Gesundheitsversorgung erhalten – ein angemessenes erfolgsversprechendes Angebot vorhalten zu können.

1.1 Substanz

Crack ist eine Form von Kokain, die geraucht oder intravenös konsumiert werden kann. Der Handel, Besitz und Konsum von Crack ist in Deutschland durch das Betäubungsmittelgesetz verboten und wird strafrechtlich verfolgt (vgl. DHS, 2017). Crack wird aus Kokainhydrochlorid hergestellt, indem durch Erhitzen das Chlorid-Ion durch Natriumhydrogencarbonat (Natron) oder Ammoniumhydrogencarbonat herausgelöst wird. Crack wird als kleine Bro-

cken (der Szenenname ist „Steine“, im englischsprachigen Raum „rocks“) in der Größe von ca. 100–200 mg verkauft und kann mit einer speziellen Pfeife geraucht werden. Für den intravenösen Konsum muss Crack mit Ascorbinsäure zu Kokain-Hydroascorbat aufbereitet werden (vgl. Drug scouts, 2017; Langer et al., 2004, S. 29). Die typische Dosis eines Konsumvorgangs liegt bei einem Stein von ca. 100–200 mg (vgl. EMCDDA, 2017).

1.2 Rausch

Der Rausch von rauchbarem Crack hält nur ca. fünf bis zehn Minuten an, setzt bereits innerhalb weniger Sekunden nach dem Rauchen ein und endet mit einem abrupten „Runterkommen“. Analog zu anderen Stimulanzien hat Crack eine euphorisierende, stimmungsaufhellende Wirkung, die mit Appetitlosigkeit einhergeht. CrackkonsumentInnen erleben ein Gefühl erhöhter Wachheit, Leistungsfähigkeit und Aufmerksamkeit. Unerwünschte Rauschwirkungen sind u.a. unkontrolliertes Zucken und/oder Zittern, Schwächegefühl, Müdigkeit, Paranoia, Einsamkeitsgefühle und ein bedrohlich wirkendes Umfeld (vgl. Drug scouts, 2017; EMCDDA, 2017).

Nach der MoSyD-Szenestudie 2020 lässt sich anhand der dargestellten Daten weiterhin festhalten, dass Heroin und Crack nicht nur bei der Betrachtung der generell konsumierten Drogen, sondern auch in Hinblick auf die Anteile täglicher KonsumentInnen nach wie vor klar dominieren. In Frankfurt wird Crack meistens entweder geraucht oder injiziert, wobei ca. die Hälfte der Personen Crack ausschließlich inhalativ und nur vier Prozent ausschließlich i.v. konsumieren, wohingegen nur sehr wenige KonsumentInnen (2%) beide Konsumarten gleich häufig konsumieren (vgl. Kamphausen & Werse, 2021, S. 35). Die restlichen 43 Prozent nutzen beide Konsumformen mit unterschiedlichen Gewichtungungen. Beim i.v.-Konsum wird Crack häufig in Kombination mit Heroin konsumiert. Der Mischkonsum ist 2021 mit 31 Prozent das zweithäufigste i.v.-Konsummuster in den Frankfurter Konsumräumen (vgl. Stöver & Förster, 2022, S. 9). Der intravenöse Mischkonsum kann die unerwünschten Nebenwirkungen von Crackkonsum und das Craving nach Crack abmildern (vgl. Drug scouts, 2017). Neben der Selbstmedikation mit Heroin wird versucht, die negativen Wirkungen des Crackkonsums durch Alkohol und Benzodiazepine zu unterdrücken, u.a. auch um Schlaf herbeizuführen (vgl. Langer et al., 2004, S. 29; Chaves et al., 2011, S. 5). Eine qualitative brasilianische

Studie mit kleinem Stichprobenumfang zeigte, dass CrackkonsumentInnen dem Craving auch damit zu entgehen versuchen, dass sie ihre Gedanken auf anderes lenken, Aktivitäten wie Arbeiten, Schulbesuch, Sport, spirituelle Tätigkeiten und Sex praktizieren. Hierneben versuchen sich vorwiegend Frauen durch „Binge-Eating“ vom Verlangen nach Crack abzulenken (vgl. Chaves et al., 2011, S. 5).

Folgen von Crackkonsum sind kurzfristig vor allem psychische Abhängigkeit verbunden mit starkem Verlangen nach der Substanz. Langfristig treten häufig Lungenschädigungen, Gewichtsabnahme und psychische Erkrankungen auf (vgl. DHS, 2017). Bei Frauen können darüber hinaus Menstruationsbeschwerden, Fruchtbarkeitsstörungen und Unregelmäßigkeiten im Monatszyklus auftreten (vgl. Drug scouts, 2017).

Es sind überwiegend die beschriebenen negativen Rauschwirkungen, die zu abweichendem Verhalten, einem sichtbar reduzierten Gesundheits- und Ernährungszustand und auffälligem körperlichen Erscheinungsbild führen und neben der Illegalität des Crackkonsums an sich weitere Stigmatisierungs- und Kriminalisierungsprozesse bedingen, welche die Lebenssituation von Menschen mit Crackabhängigkeit zusätzlich verschlechtern. In einer Mixed Methods-Studie zu den Verhaltensweisen von Crackabhängigen in Brasilien (vgl. Krawczyk et al., 2015, S. 5 f.) wurde bestätigt, dass den Crackabhängigen die Labeling- und Stigmatisierungsprozesse bewusst sind und sie u. a. von der Polizei vermehrt aufgegriffen werden.

1.3 Prävalenz

Die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums ist in den einzelnen europäischen Ländern sehr verschieden; sie schwankt zwischen 0,7 Prozent und 13,6 Prozent mit einem gewichteten Mittelwert in Europa von 6,1 Prozent. Innerhalb des letzten Jahres haben ca. 2,5 Millionen (1,9 %) EuropäerInnen Kokain konsumiert. Es gibt keine vergleichbaren Routinedaten für die Prävalenz des Crackkonsums in Europa. Es gibt Hinweise darauf, dass Crack eher von Menschen konsumiert wird, die bereits zu den Randgruppen von Drogenkonsumierenden gehören (vgl. EMCDDA, 2017). In Frankfurt am Main findet intensiver Crackkonsum, analog zu intensivem Heroinkonsum, am häufigsten in der etablierten Drogenszene statt (vgl. Kamphausen & Werse, 2021). Neben Frankfurt ist Crackkonsum auch in Hamburg und Hannover zu einem bedeutenden Problem geworden (vgl. RKI, 2016, S. 41). In den letzten

zwei bis drei Jahren wurde vor allem aus den westlich und nördlich gelegenen Bundesländern und Berlin ein Anstieg des Crackkonsums insbesondere bei Hochrisikokonsumierenden beobachtet (vgl. Kühnl et al., 2021).

Seit 1995 steigt in Frankfurt die 24-Stunden-Prävalenz von Crack in der Frankfurter Drogenszene kontinuierlich an und erreicht mit 98 Prozent im Jahr 2020 den höchsten Wert. Auch in der Konsumhäufigkeit zeigt sich ein klarer Aufwärtstrend, immer mehr CrackkonsumentInnen rauchen Crack mehrmals täglich, fast ein Drittel der Frankfurter DrogengebraucherInnen raucht Crack mehr als achtmal täglich (vgl. Kamphausen & Werse, 2021, S. 35 ff.).

1.4 Behandlung und Interventionen bei Crackabhängigkeit

Derzeit existiert keine zugelassene pharmakologische Behandlungsstrategie für die Indikation einer Kokain-/Crackabhängigkeit oder einer Kokain-/Crackkonsumstörung, die, wie die Opioid-Substitution, dazu führen könnte, dass sich CrackkonsumentInnen unter medizinischer Behandlung insoweit stabilisieren, dass sie in der Lage sind, ihre Lebensverhältnisse und Perspektiven langfristig zu verbessern.

Mehrere Studien haben bisher erfolglos versucht, die Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung der Crackabhängigkeit nachzuweisen (NTA, 2002, S. 1 ff., EMCDDA, 2015, S. 2 f.).

Weder Antikonvulsiva, noch Dopamin-Agonisten, noch Disulfiram oder Antipsychotika führten bei den StudienteilnehmerInnen unterschiedlicher kontrollierter und nicht kontrollierter Studien zu signifikanter Konsumreduktion, verbesserten Haltequoten oder Rückfallvermeidung (vgl. Minozzi et al. 2015, 2014; Pani et al., 2010; Indave et al., 2016; NTA, 2002, S. 1 ff.).

Bei Psychostimulanzien konnten schwach positive Effekte auf die Konsumhäufigkeit und die positive Beeinflussung von Aufmerksamkeitsdefiziten beobachtet werden (vgl. Castells et al., 2016). Der Einsatz von Antidepressiva führte in mehreren Studien zu einer Verbesserung und Stabilisierung der Stimmung der Betroffenen (vgl. Pani et al., 2011).

Auch nicht-medikamentöse psycho-soziale Behandlungen und Interventionen, wie u. a. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Motivational Interviewing und Contingency Management werden systematisch auf ihre Wirksamkeit bei der Behandlung von Crackabhängigkeit untersucht. Die höchsten Effektstärken werden durch Contingency Management erzielt

(vgl. Vocci & Montoya, 2009; Vanderplassen et al., 2011); es findet vor allem im amerikanischen Raum Anwendung und ist nicht nahtlos auf das deutsche System zu übertragen. Zudem zeigen Ergebnisse eines systematischen Reviews, dass Kognitive Verhaltenstherapie einen signifikant positiven Einfluss auf die Konsummenge hat und effektiv zur Rückfallprävention eingesetzt werden kann (vgl. Knapp et al., 2007).

Eine kontrollierte randomisierte Studie des Programmes „Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS)“, durchgeführt durch die Integrative Drogenhilfe e.V., bestätigt in Deutschland in 2011 die Wirksamkeit dieses verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Programmes zur Reduktion von Crackkonsum. Weitere positive nachgewiesene Wirkungen waren u. a. die Reduktion von Kosten für die Beschaffung von Crack sowie die hohe Akzeptanz des Programmes und Veränderungsbereitschaft der Studienteilnehmenden (vgl. Körkel et al., 2011).

Eine Evaluation von spezialisierten Angeboten für Crackabhängige in Großbritannien stellte fest, dass die Anwendung von Motivational Interviewing sowohl durch CrackkonsumentInnen selbst, als auch durch Professionelle als wirksam beschrieben wurde. Bei einer qualitativen Befragung der NutzerInnen der spezialisierten Angebote gab es zudem Hinweise darauf, dass sich CrackkonsumentInnen szeneferne spezialisierte Angebote wünschen, die deutlich von den Angeboten für HeroinkonsumentInnen separiert sind (vgl. Weaver et al., 2007, S. 4 ff.).

Zusätzlich zu medikamentösen und psycho-sozialen Behandlungen und Interventionen werden auch Komplementärbehandlungen auf ihre Wirksamkeit beim Einsatz in der Behandlung von Crackabhängigkeit untersucht. Bei Akkupunktur konnte bislang weder die Reduktion von Crackkonsum, noch die Erhöhung der Haltequote nachgewiesen werden (vgl. D'Alberty, 2004).

Erkenntnisse aus zwei brasilianischen (vgl. Labigalini et al., 1999), einer jamaikanischen (vgl. Dreher, 2002) und zuletzt einer kanadischen Studie (vgl. Socias et al., 2017) zeigen, dass die Behandlung mit Medizinal-Cannabis mit einer Reduktion des Crackkonsums, Zurückgang von Craving und einer positiven Beeinflussung des Ernährungs- sowie Gesundheitszustand einhergehen könnte. Eine qualitative Studie mit einem Stichprobenumfang von 955 Crackabhängigen in Salvador (vgl. Andrade et al., 2011, S. 383 f.) untersuchte den Einsatz von ergänzendem Cannabiskonsum bei gleichzeitigem Crackkonsum. Die Studie gibt Hinweise

darauf, dass Crackabhängige durch Cannabiskonsum einen besseren Gesundheitsstatus erreichen, weniger Verlangen nach Crack empfinden und dennoch auf die stimulierenden Effekte nicht verzichten müssen.

In klinischen Studien erwies sich Cannabidiol (CBD) durch das Besetzen der Rezeptoren als wirksam gegen das Kokain- und Heroingedächtnis (vgl. Parker et al., 2004). Es gibt Hinweise aus Tierversuchen, dass CBD wirksam gegen Craving (vgl. Ren et al., 2009) und zur Angstreduktion (vgl. Hurd et al., 2015) bei Opioidabhängigen eingesetzt werden kann.

Die Langzeitstudie *Intentional cannabis use to reduce crack cocaine use in a Canadian setting: A longitudinal analysis* untersuchte die Selbstmedikation von CrackkonsumentInnen mit illegalem Cannabis. Auf Basis der Ergebnisse der Langzeitstudie sprechen die ForscherInnen die Empfehlung aus, in experimentellen Settings zu überprüfen, ob Cannabiskonsum den Konsum von Crack reduzieren und die Haltequoten in Interventionen erhöhen kann (vgl. Socias et al., 2017, S. 140 f.). Diese Handlungsempfehlung wird auch von den Ergebnissen eines systematischen Reviews von Fischer und KollegInnen (2015) gestützt.

Für den Einsatz mit medizinalem Cannabis wurden bisher wenig Neben- und Wechselwirkungen zurückgemeldet, sodass bisher nur PatientInnen mit schweren kardiologischen Erkrankungen (wie unbehandelten Bluthochdruck, Arrhythmien), Allergien gegenüber den Inhaltsstoffen, Schizophrenien und psychotischen Vorerkrankungen und einem Alter von unter 18 Jahren medizinisch gesehen von der Behandlung mit Medizinal-Cannabis ausgeschlossen werden müssen (vgl. Borgelt et al., 2013, S. 204).

Seit dem Inkrafttreten der neuen Betäubungsmittelverordnung (BtmVV) ab März 2017 ist es ÄrztInnen in Deutschland erlaubt, PatientInnen Medizinal-Cannabis zu verschreiben.

Auf diese Veränderung, wie auf die oben beschriebenen problematischen Entwicklungen der Situation von Crackkonsumierenden in Frankfurt, setzt die idh sich für ein Modellprojekt zur Behandlung von Menschen mit einer Crackabhängigkeit mit Medizinal-Cannabis ein.

Gestützt wird ein solches Vorgehen auch durch die Erkenntnisse der nächtlichen Straßensozialarbeit der idh im Frankfurter Bahnhofsviertel. Seit 2017 sind an jedem Wochentag zwei Sozialarbeitende nachts im Bahnhofsviertel mit einem VW-Bus unterwegs, um zum einen Safer-use-Materialien bedarfsorientiert zur Verfügung zu stellen, Menschen zu motivieren, das Bahnhofsviertel zugunsten eines

Schlafplatzes zu verlassen, Menschen zu einer notwendigen medizinischen Versorgung in Krankenhäuser zu begleiten, sozialarbeiterische Gespräche zu führen, entsprechende Vermittlungen auf den Weg zu bringen, Änderungsbedarfe zu unterstützen usw. usf. Bei diesen nächtlichen Fahrten wurden insgesamt 144 KlientInnen zu ihrem Crackkonsum befragt, um hieraus Erkenntnisse für die Arbeit zu gewinnen.

48 Prozent der Befragten gaben an, Cannabis zur Regulierung ihres Crackkonsums anzuwenden, um aus dem Zyklus Crackkonsum–Crackbeschaffung–Crackkonsum rauszukommen. Zum Runterkommen wird von einigen KlientInnen auch das Rauchen von Heroin benannt.

Auskünfte wurden zu folgenden Kategorien erteilt:

- Auslöser/Motivation für Crackkonsum,
- Wunsch nach Substitutionsmöglichkeit,
- psychische/physische/sonstige Auswirkungen des Crackkonsums,
- Auswirkungen Crackentzug,
- Rauschempfinden,
- allgemeine Lebensveränderungen bei Reduktion des Crackkonsums,
- Bewältigungsstrategien,
- Konsumveränderungswunsch,
- Konsumhäufigkeit/Dauer,
- Qualität/Reinheit Crack.

Die Angaben der KlientInnen machen deutlich, dass neben dem Wunsch nach Substitutionsangeboten für Crack, Wohnmöglichkeiten und Tagesstruktur/Beschäftigung außerhalb des Bahnhofsviertels wichtige Aspekte sind, um dem vorhandenen Änderungswunsch hinsichtlich des Crackkonsums auch nachkommen zu können.

Darüber hinaus bereitet insbesondere die Verschlechterung der gesundheitlichen Situation durch Gewichtsabnahme, massive Abszessbildungen, gestörte Wundheilung, verändertes aggressives Verhalten sowie die Vernachlässigung eigentlich aller Lebensbereiche den Betroffenen große Sorge. Die meisten benennen die immense Triggerfunktion des Bahnhofsviertels – ist man/frau erst mal dort, scheint es keine Möglichkeit zu geben, dem Suchtdruck nicht nachzugeben.

So berichtet bspw. ein Klient, dass durch Crack alles unwichtig wird. Crack ist für ihn wichtiger als Heroin. Er verkauft seine Klamotten und alle Dinge geraten aus den Augen. Leistungsbezüge, welche ihm zustehen, sind unwichtig und er kümmert sich weder um seine Krankenversicherung, noch um seine Wohnungslosigkeit, Termine mit seinen SozialarbeiterInnen kann er nicht einhalten. Gewalt sei

völlig normal und nicht schockierend. Schlimm sind die Momente, in denen all dies bewusst wird und er innerlich aufgegeben hat.

Ein anderer Klient erzählt, wie stark das Aufkommen von Crack das Sozialverhalten verändert habe, früher habe es mehr Zusammenhalt, Solidarität und Empathie innerhalb der Szene gegeben. Crack habe alle zu Einzelkämpfern gemacht, viel Aggressivität und Egoismus seien heute das alltägliche Verhalten.

Nehmen wir im Sinne von Selbstmedikation/Selbstheilung die Angaben der Menschen als ersten Hinweis, in welche Richtungen Veränderungen unterstützt werden müssen, dann muss man sich zwangsläufig der Frage nach medikamentöser Unterstützung zuwenden und registrieren, dass sowohl erste wissenschaftliche Erkenntnisse als auch die Handlungsstrategien der Betroffenen einen Modellversuch mit der Vergabe von Cannabis sinnvoll erscheinen lassen. Die Notwendigkeit, sowohl psychosoziale Unterstützung als auch Teilhabe- und Wohnmöglichkeiten begleitend zur Verfügung zu stellen, ist evident. Ein entsprechendes Angebot ist fernab des Bahnhofsviertels zu etablieren.

2 Das Modellprojekt

Die Teilnahme am Modellprojekt Behandlung mit Medizinal-Cannabis für Menschen mit einer Crackabhängigkeit ist auf Menschen über 18 Jahren beschränkt, bei denen eine Crackabhängigkeit nachgewiesen und deren Wohnsitz in Frankfurt am Main liegt. Abstinenz oder Abstinenzabsicht von illegalen und legalen Substanzen ist keine Voraussetzung für die Teilnahme. Die Teilnahme am Modellprojekt darf nicht durch eine bekannte zu erwartende Abwesenheit durch u. a. Haft, Umzug oder Klinikaufenthalt gefährdet sein.

Der zeitliche Rahmen des Modellprojektes wird auf 24 Monate festgelegt. Es können insgesamt 80 Crackabhängige am Modellprojekt teilnehmen, wobei vier Gruppen mit je 20 Teilnehmenden gebildet werden. Die individuelle Teilnahmedauer liegt bei zwölf Monaten. Alle drei Monate startet eine neue Gruppe. Das Modellprojekt endet nach 24 Monaten und wird bei Erfolg in eine Regelbehandlung überführt.

Das Hauptanliegen (Reduktion des Crackkonsums und Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Teilnehmenden) des Modellprojektes soll durch die kontrollierte Vergabe von Cannabis an CrackkonsumentInnen durch ÄrztInnen in Kooperation mit einer ortsansässigen Apotheke verwirklicht werden. Die genaue Verschreibungsdosis richtet sich nach den

individuellen Bedürfnissen der einzelnen KlientInnen, sie darf jedoch den rechtlichen Rahmen nach § 2 Ia BtmVV monatlich 1 000 mg Δ^9 -trans-Tetrahydrocannabinol oder 100 000 mg Cannabisblüten nicht überschreiten.

Die Einnahme des medizinischen Cannabis wird durch sozialarbeiterische und medizinische Unterstützungsangebote begleitet, deren Teilnahme für die CrackkonsumentInnen verpflichtend ist.

Ziel des begleitenden Programmes ist die Unterstützung der Crackabhängigen bei der Reduktion ihres Crackkonsums und die Erhöhung der Haltequote. Hier kommen verhal-

tenstherapeutische Angebote zum Einsatz. Am Anfang der jeweiligen Behandlung werden Reduktionsinterventionen in unterschiedlichen Intensitäten angeboten. Grundlage hierfür sind die Erkenntnisse der KISS-Studie. Zur Stabilisierung und zur Erreichung des Ziels werden jeweils zu Beginn der Teilnahme am Modellprojekt zwei KISS-Gruppen mit je zehn KlientInnen installiert. Im Bedarfsfall kann KISS auch im Einzelsetting durchgeführt werden.

Zusätzliches Anliegen ist die Verringerung des Cravings nach Crack, welches durch die Einbindung der StudienteilnehmerInnen in ein tagesstrukturierendes Angebot, das u. a. ein



72 Seiten

ISBN 978-3-95853-826-9

Preis: 12,- €

PDF:

ISBN 978-3-95853-827-6

Preis: 8,- €

Jürgen Fais

Gefühlswelten

Emotionsarbeit und Emotionsregulation in der niedrigschwelligen Drogenhilfe

Die Arbeitskräfte der niedrigschwelligen Drogenhilfe bieten emotionale Anteilnahme, Orientierung und Stabilisierung. Dabei kommen sie an die Grenzen der emotionalen Verträglichkeit und der organisationalen Leistungsfähigkeit. Emotionsarbeit soll „dem Klienten mit fürsorglicher Anteilnahme ein Gefühl des Umsorgtseins geben“ (Hochschild, 2006), im Eigeninteresse dem Selbstschutz dienen und zur Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung beitragen. Emotionsarbeit zeigt sich überwiegend als Gefühlsarbeit im Dienst der Überlebenshilfen und der Stärkung etablierter sozialer Emotionsnormen im zwischenmenschlichen Umgang. Die Begegnungsoffenheit schafft Nähe; zuviel Nähe verlangt nach dosierter Distanz. Emotionsarbeit soll eine Verbindung mit der Klientel und den Kollegen ermöglichen, Beziehungen gestalten und gleichzeitig vor emotionaler Überforderung schützen.

Die vorliegende qualitative Studie beschreibt das subjektive Erleben und die Bedeutung von Emotionen, Emotionsarbeit und Emotionsregulation aus der Perspektive der MitarbeiterInnen im Handlungsfeld der niedrigschwelligen Drogenhilfe. Vor allem Fachkräften der Suchthilfe bietet die Lektüre wertvolle Hinweise für das eigene Erleben und Arbeiten. Studierende und Mitarbeitende aus anderen psychosozialen Arbeitsfeldern und dem Dienstleistungssektor finden in der Publikation auch für ihre Bereiche fundierte arbeitspsychologische Informationen.

Jürgen Fais ist Arbeits- und Organisationspsychologe (M.A.), Kriminologe (M.A.), Diplom-Sozialpädagoge und Gesellschafter des Instituts für angewandte Gewaltprävention ParaVida.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28
D-49525 Lengerich

Telefon +49 (0)5484 308
pabst@pabst-publishers.com

www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.com

kurzzeitpädagogisches Angebot, gemeinsame Mahlzeiten und Gesundheitsförderung enthält, erreicht werden soll. Darüber hinaus zielt die Teilnahme an den tagesstrukturierenden Maßnahmen darauf, die persönliche Entwicklung, die Eigeninitiative und Selbsthilfepotentiale, Alltagskompetenzen, Fähigkeit zur Tagesstrukturierung, Mobilität, Aktivität, kommunikative und soziale Kompetenzen, die Teilhabe am Leben im Sozialraum – eine möglichst selbstbestimmte und eigenverantwortliche Lebensführung – zu fördern.

Ein weiteres Ziel ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes der KlientInnen. Deshalb wird das Programm durch „Wellnessaspekte“ wie u.a. Anleitungen zur Haut- und Körperpflege und Angebote zur Reduktion von Stress- und Spannungszuständen ergänzt.

Wird durch die Behandlung mit medizinalem Cannabis und die Teilnahme am Begleitprogramm eine Stabilisierung des/der KlientIn erreicht, wird die Weitervermittlung in Arbeitsgelegenheiten oder Maßnahmen der Arbeitsförderung angestrebt.

Neben dem spezifischen Begleitprogramm erhalten alle TeilnehmerInnen bei Bedarf einzelfallbezogene sozialpädagogische Betreuung und Beratung einschließlich der Vermittlung in begleitende und/oder anschließende Hilfen.

Literatur

- Andrade, T., Santiago, L., Amari, E. & Fischer, B. (2011). 'What a pity' – Exploring the use of 'pitilho' as harm reduction among crack users in Salvador, Brazil. *Drugs: Educ Prev Policy*, 18(5), 382–382.
- Borgelt, L. M., Franson, K. L., Nussbaum, A. M. & Wang, G. S. (2013). The pharmacologic and clinical effects of medical cannabis. *Pharmacotherapy*, 33(2), 195–209.
- Castells, X., Cunill, R., Pérez-Mana, C., Vidal, X. & Capellà, D. (2016). Psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Conchrane Database of Syst Rev*, 9(9), CD007380. doi:10.1002/14651858.CD007380.pub4
- Chaves, T., Sanchez, Z., Ribeiro, L. A. & Nappo, S. A. (2011). Crack cocaine craving: behaviours and coping strategies among current and former users. *Rev Saúde Pública*, 45(6), 1168–1175. Available at: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/en_2774.pdf
- D'Alberty, A. (2004). Auricular acupuncture in the treatment of cocaine/crack abuse: A review of the efficacy, the use of the national acupuncture detoxification associational protocol, and the selection of sham points. *J Altern Complement Med*, 10(6), 985–1000.
- DHS. (2017). *Kokain, Crack & Freebase*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Verfügbar unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Sucht-und-ihre-Stoffe_KOKAIN.pdf
- Dreher, M. (2002). Crack heads and roots daughters: the therapeutic use of cannabis in Jamaica. *J Cannabis Ther*, 2(3–4), 121–133.
- Drug scouts. (2017). *Crack/Freebase*. Verfügbar unter: <https://drugscouts.de/de/lexikon/crack-freebase>
- EMCDDA. (2015). *Perspective on drugs. Treatment for cocaine dependence: reviewing current evidence*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/treatment-for-cocaine-dependence>
- EMCDDA. (2017). *Cocaine and crack drug profile*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine_en
- Fischer, B., Kuganesan, S., Gallassi, A., Malcher-Lopes, R., van den Brink, W. & Wood, E. (2015). Addressing the stimulant treatment gap: A call to investigate the therapeutic benefits potential of cannabinoids for crack-cocaine use. *Int J Drug Policy*, 26, 1077–1182.
- Hurd, Y. L., Yoon, M., Manini, A. F., Hernandez, S., Olmedo, R., Ostman, M. & Aswad, D. (2015). Early phase in the development of cannabidiol as a treatment for addiction: Opioid relapse takes initial center stage. *Neurotherapeutics*, 12(4), 807–815.
- Indave, B. I., Minozzi, S., Pani, P. P. & Amato, L. (2016). Antipsychotic medication for cocaine dependence. *Conchrane Database Syst Rev*, 3, CD006306. doi:10.1002/14651858.CD006306.pub3.
- Kamphausen, G. & Werse, B. (2021). *MoSyD Szenenstudie 2020. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main*. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research, Goethe-Universität. Verfügbar unter: https://www.uni-frankfurt.de/106415137/MoSyD_Szenebefragung_2020_final.pdf
- Knapp, W. P., Soares, B., Farrell, M. & Silva de Lima, M. (2007). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Conchrane Database Syst Rev*, 3, CD003023. doi:10.1002/14651858.CD003023.pub2
- Körkel, J., Becker, G., Happel, H. V. & Lipsmeier, G. (2011). *Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums. Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedragschwelligen Drogenhilfe 2006–2010*. Frankfurt a. M.: idh Integrative Drogenhilfe e.V. Verfügbar unter: http://www.idh-frankfurt.de/images/downloads/KISS_

- Studie_Abschlussbericht_Zusammenfassung.pdf
- Krawczyk, N., Filho, C. L. V. & Bastos, F. I. (2015). The interplay between drug-use behaviours, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and Sao Paulo, Brazil. *Harm Reduct J*, 12, 24. doi:10.1186/s12954-015-0059-9
- Kühnl, R., Meier, C., Prins, G. & Neumeier, E. (2021). *Crack Trendspotter Dezember 2021*. München: Institut für Therapieforschung (IFT).
- Labigalini, E., Rodrigues, L. R. & Da Silverira, D. X. (1999). Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. *J Psychoactive Drugs*, 31(4), 451–455.
- Langer, A., Behr, R. & Hess, H. (2004). „Was dir der Stein gibt, kann Dir keine Nase geben“. Crack auf der Frankfurter Drogenszene. *Forschung Frankfurt*, 1, 28–32.
- Minozzi, S., Amato, L., Pani, P. P., Solimini, R., Vecchi, S., De Crescenzo F. et al. (2015). Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence. *Conchrane Database Syst Rev*, 5, CD003352. doi:10.1002/14651858.CD003352.pub4
- Minozzi, S., Cinquini, M., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M. F., Pani, P. P. & Vecchi, S. (2014). Anticonvulsants for cocaine dependence. *Conchrane Database Syst Rev* 4, CD006754. doi:10.1002/14651858.CD006754.pub4
- NTA. (2002). *Treating cocaine crack dependence. Research into practice*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. & Davoli, M. (2010). Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. *Conchrane Database Syst Rev*, 1, CD007024. doi:10.1002/14651858.CD007024.pub2
- Pani, P. P., Trogu, E., Vecchi, S. & Amato, L. (2011). Antidepressants for cocaine dependence and problematic cocaine use. *Conchrane Database Syst Rev*, 12, CD002950. doi:10.1002/14651858.CD002950.pub3
- Parker, L. A., Burton, P., Sorge, R. E., Yakiwchuk, C. & Mechoulam, R. (2004). Effect of low doses of delta9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol on the extinction of cocaine-induced and amphetamine-induced conditions place preference learning in rats. *Psychopharmacology*, 175(3), 360–366.
- Ren, Y., Whittard, J., Higuera-Matas, A., Morris, C. V. & Hurd, Y. L. (2009). Cannabidiol, a non-psychoactive component of cannabis, inhibits cue-induced heroin seeking and normalizes discrete mesolimbic neuronal disturbances. *J Neurosci*, 29(47), 14764–14769.
- RKI. (2016). *DRUCK-Studie – Drogen und chronische Infektionskrankheiten*. Berlin: Robert-Koch-Institut. Verfügbar unter: <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/DruckStudie.html>
- Socias, M. E., Kerr, T., Wood, E., Dong, H., Lake, S., Hayashi, K. et al. (2017). Intentional cannabis use to reduce crack cocaine use in a Canadian setting: A longitudinal analysis. *Addict Behav*, 72, 138–143.
- Stöver, H. & Förster, S. (2022). *Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2014. Zusammenfassung. Dokumentationszeitrahmen: 01.01.–31.12.2021*. Frankfurt a. M.: Frankfurt University of Applied Sciences, ISFF – Institut für Suchtforschung. Verfügbar unter: https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Hochschule/Fachbereich_4/Forschung/ISFF/Publikationen/2022/Drogenkonsumraum_Jahresbericht_2021.pdf
- Vanderplasschen, W., Goossens, K., Vandervelde, D., Thienpont, J., Hauglustaine, V. & Littera, L. (2011). *De CRA+ouchers methodiek: is het belonen van abstinentie bij cocainegebruikers effectief?* Gent: Orthopedagogische Reeks.
- Vocci, F. J. & Montoya, I. D. (2009). Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. *Curr Opin Psychiatry*, 22(3), 263–268.
- Weaver, T., Hart, J., Rutter, D., Metrebian, N. & Chantler, K. (2007). *Summary of the NECTOS study of specialist crack services*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/9632943.pdf>



Gabi Becker

Diplom-Kauffrau, Wirtschaftspädagogin,
Coach der Wirtschaft. Geschäftsführerin
Integrative Drogenhilfe e.V., Frankfurt
am Main
g.becker@idh-frankfurt.de

Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crackkonsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe

Larissa Hornig unter Mitarbeit von Lea Albrecht, Gabi Becker, Daniel Deimel, Daniel Kiefer, Urs Köthner, Felicitas Krauss et al.

Einleitung

In vielen Großstädten – vor allem in den westlich und nördlich gelegenen Bundesländern, breitet sich seit einigen Jahren der Crackkonsum (rauchbares Derivat von Kokain) im öffentlichen Raum und unter bestimmten Konsumierenden in problematischer Weise aus. Dieser war zuvor jahrzehntelang auf Hamburg, Frankfurt und Hannover beschränkt (Kühnl et al., 2021; Stöver, 2001). Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogen- und Suchthilfe wie Drogenkonsumräume und Kontaktstellen aus dem gesamten Bundesgebiet berichten von den Folgen des exzessiven Crackkonsums von Nutzen der Einrichtungen.

Eine „Sonderauswertung Crack“ im Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) zeigt hingegen für die allgemeine erwachsene Bevölkerung keine Unterschiede im Crackkonsum zwischen 1995 und 2018 in der Zwölf-Monats-Prävalenz (maximal 0.1 %; Neumeier, 2022).

Crack wird von problematisch Konsumierenden in „Rausch-Einheiten“ (binges) an zu meist mehreren aufeinanderfolgenden Tagen konsumiert. Der „Alltag auf Crack“ ist meist schneller, hektischer und bietet kaum Erholungsphasen für die GebraucherInnen, bis z. T. körperliche Erschöpfungszustände, Zusammenbrüche und finanzielle Grenzen erreicht sind.

In diesen Phasen lässt sich bei Konsumierenden ein ständiger Wechsel von Euphorie und Dysphorie verzeichnen. Die psychoaktive Substanz führt häufig zu einem übersteigerten Selbstbewusstsein und bei dem anschließenden Entzug zur sofortigen Leere und Depression (Werse et al., 2017). Dieser rasante Wechsel zwischen den Gemüts- und Gefühlszuständen sowie die starke Ich-Bezogenheit wirken sich nicht nur auf die psychische Gesundheit,

sondern auch sozial sowie auf die körperliche Gesundheit negativ aus. Häufig kommt es zu Konflikten der Konsumierenden untereinander sowie zu Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Hausordnungen und Regelungen der Drogenhilfeeinrichtungen. Erkrankungen der Atemwege in Folge des Rauchkonsums, Infektionen aufgrund mangelnder Hygiene und Abmagerung wegen Mangel- und Fehlernährung können weitere Auswirkungen des intensiven Konsums sein (Höfelbarth, 2014, S. 24).

Problematisch Crackkonsumierende auf der Szene verelenden unter solchen Umständen zusehends, wobei eine niedrigschwellig zugängliche medizinische und insbesondere psychiatrische Erst- und Akut-Versorgung fehlt bzw. nur lückenhaft vorhanden ist. Die massiven Auswirkungen des Konsums übersteigen z. T. die Kapazitäten in den niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe und die Vorgaben und Zugangsregelungen der Drogenkonsumräume (Pauly & Jeschky, 2021, S. 25). Viele Einrichtungen verfügen nicht über die notwendigen Angebote für diese Zielgruppe (Rauchräume, Tages- und Nacht-Ruheräume/-betten) sowie über ausreichend ausgeweitete Öffnungszeiten. Die Folgen sind gravierend: Abhängige rauchen Crack auf der offenen Straße statt Drogenkonsumräume zu nutzen. Infolge des enormen Beschaffungsdrucks kommt es teilweise auch zu Auseinandersetzungen unter den Konsumierenden.

Das subjektive Sicherheitsgefühl von Menschen, die sich in diesen Stadtbereichen aufhalten bzw. dort leben und arbeiten, nimmt ab. Die Crackkonsumierenden kommen aus unterschiedlichen sozialen Bezügen und auch in den verschiedenen Städten aus vielfältigen Hintergründen mit differenzierten Motiven: Dabei handelt es sich um teils länger bekannte und langjährige Drogenkonsumierende, z. T.

opiodabhängig, z.T. in einer Substitutionsbehandlung und einer Psychosozialen Betreuung befindlich, aber auch um Menschen, die keinen Kontakt zum Drogenhilfesystem haben oder suchen, um geflüchtete Menschen, EU-AusländerInnen sowie Menschen mit einer Alkoholgebrauchsstörung. Zielgruppendifferenzierung ist also für eine lebensweltnahe Ansprache dieser Menschen – zumeist aus prekären Lebenslagen kommend – von größter Wichtigkeit.

Der Konsum von Crack hat zwar ein hohes psychisches Suchtpotential, epidemiologische Studien zeigen allerdings auch relevante Anteile an sporadischen und/oder unterbrochenen Konsummustern mit mehr oder weniger langen Konsumpausen (Prinzleve et al., 2004), d.h. Crack führt nicht unweigerlich in exzessive, der Selbststeuerung entzogene Konsummuster. Ein großes Problem stellt allerdings der weitverbreitete polyvalente Gebrauch mehrerer psychoaktiver Substanzen neben Crack dar. Die Konsumierenden von Crack bleiben jedoch ansprechbar, v.a. in ihren Kontrollphasen und sind auch offen für Hilfeangebote.

Ganz wichtig ist es v.a. dem in manchen Medien verbreiteten Mythos entgegenzutreten, Crackkonsumierende seien völlig unkontrollierte und aggressive „Monster“ (Michels, 2004).

Anknüpfend an die Internationale Crack-Fachtagung am 4. Oktober 2022 in Frankfurt am Main tagte am 5. Oktober 2022 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine ExpertInnengruppe¹ mit VertreterInnen sowohl aus den Städten Hamburg, Frankfurt, Bremen und Hannover als auch VertreterInnen von akzept e.V. sowie von freien TrägerInnen der Suchthilfe und Hochschulen, um Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crackkonsum und den damit einhergehenden Schwierigkeiten und Problemlagen zu erarbeiten.

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen wurden folglich im Rahmen eines ExpertInnengesprächs entwickelt. Hierbei konnten nicht alle Empfehlungen konsensual getroffen werden, so dass entsprechend auch Einschätzungen widerspiegelt werden, die nicht von allen ExpertInnen mitgetragen werden konnten. Die nachfolgenden Empfehlungen enthalten viele Anregungen, um in den fachlichen und fachpolitischen Diskurs zu gehen.

Diese richten sich je nach den nachfolgend aufgeführten Themenschwerpunkten an psychosoziale Versorgungsdienste (Drogenhilfe, Psychiatrien, Sozialdienste), MedizinerInnen, sowie an Verantwortliche für die Versorgung

Abhängigkeitserkrankter in Bund, Ländern und Kommunen.

1 Prävention/Medien

Die Standards für selektiv präventive sowie zielgruppenspezifische und lebensweltnahe Präventionsmaterialien/-medien zur adäquaten Ansprache und Vermittlung von Botschaften gelten auch für Crackkonsumierende. In folgenden Bereichen müssen Anpassungen erfolgen, um eine bessere Erreichbarkeit der Zielgruppen zu realisieren.

Selektive und indizierte präventive Maßnahmen

- Programme zum selbstkontrollierten Konsum von psychoaktiven Substanzen, die sich bereits bei anderen Substanzen bewährt haben, können auch mit dem Fokus auf den Konsum von Crack angeboten werden. Erste Wirksamkeitsbelege finden sich in der KISS-Studie. Hier wurde im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie eine signifikante Crackkonsumreduktion nachgewiesen (Körkel et al., 2011).
- Zur zielgerichteten Ansprache der vulnerablen Gruppen sollte die Situation aktuell Crackkonsumierender berücksichtigt werden. Hierbei zeigt sich, dass es sich nicht nur um „neue“ Konsumierende handelt, sondern häufig um Personen, die bereits seit vielen Jahren andere Substanzen (z.B. Opioide und Kokain) konsumieren und nun ihren Substanzkonsum auf Crack erweitert und/oder verlagert haben (EMCDDA, 2022, S. 13 f.). Beobachtungen vor Ort zeigen, dass sich viele dieser CrackkonsumentInnen auch in einer Opioid-Substitutionsbehandlung befinden. Somit könnte eine zielgerichtete Kontaktaufnahme durch MedizinerInnen, Pflegekräfte oder alternativ durch MitarbeiterInnen aus Aids- und Drogenhilfen stattfinden, die für die psychosoziale Betreuung zuständig sind. Im Fall eines intakten Vertrauensverhältnisses zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sind substituierende ÄrztInnen geeignete Personen, über die eine Ansprache erfolgen kann.

Orte des Konsums/Drogenkonsumräume (DKR)

- Drogenkonsumräume (nachfolgend DKR) und ihr unmittelbares Umfeld sowie Vor-

¹ Siehe TeilnehmerInnenliste am Ende des Dokuments.

plätze und Außengalerien sollten entsprechend den Nutzungsanforderungen attraktiv gestaltet werden, z. B. durch Ausstattung mit Sitzgelegenheiten, adäquater Beleuchtung, Witterungsschutz, Trinkwasser-Brunnen und Reinigung in erforderlicher Frequenz.

- Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum müssen für Menschen in problematischen Lebenssituationen geschaffen werden. Diese Orte dürfen nicht sich selbst überlassen bleiben, sondern müssen von den AkteurInnen der Kommune und ggf. des Landes (z. B. Straßen- und Grünflächenämter, Stadtreinigung, Ordnungsamt, Polizei, Sozialamt sowie freie Träger der Sozialen Arbeit) betreut werden.
- In vorhandenen DKR sollte – sofern nicht bereits ausreichend vorhanden – die Zahl der Rauchplätze den Bedarfen entsprechend erhöht und die Schwellen zur Inanspruchnahme wegen Wartezeiten und (Über-)Regulierungen abgesenkt werden. Damit soll es Konsumierenden zur Schadensminimierung erleichtert werden, zunehmend inhalative Konsumformen zu praktizieren. So kann z. B. die Implementierung von „Express-Rauchräumen“ für den schnelleren Zugang für Crackkonsumierende ermöglicht werden. Dies bietet Alternativen zum Konsum im öffentlichen Raum und kann diesen zumindest zeitweilig und punktuell entlasten.

Kommunikation/Kontakt

- Der Einbezug von Peers kann für umfassende Bedarfsanalysen sowie für die Erreichbarkeit von Konsumierenden und für die Akzeptanz von Interventionen im öffentlichen Raum hilfreich sein.
- Die bereits praktizierten Verfahren der zielgruppendifferenzierten Kontaktaufnahmen und der Kommunikation werden auf Crackspezifische Kurzinformationen, z. B. in Form von Printmedien mit mehrsprachigen Hinweisen oder mit Plakaten an szenenahen Orten angewendet. Auch in Bezug auf Crack ist darauf zu achten, dass die Inhalte kurz, prägnant und in „leichter Sprache“ formuliert sind.
- Die Übermittlung von Informationen und Botschaften zur Risikominderung kann für Konsumierende besonders attraktiv gestaltet werden, indem begleitend im persönlichen Face-to-Face-Kontakt die für den Crackkonsum benötigten Utensilien (Pfeifen, Siebe, Feuerzeuge/Feuerzeuggas, Na-

tron, Wasser, Lippenpflege, „Safer Crack Packs“) kostenlos und/oder zum Selbstkostenpreis abgegeben werden.

- Die Face-to-Face-Kontaktarbeit und die Aushändigung von Utensilien sollten mit einer Verknüpfung der Analog- und Face-to-Face-Angebote durch ein breites Digital-Angebot der Suchthilfe (z. B. QR-Codes auf Plakaten, Beratungskontakte durch App-Nutzung, Online-Beratung) ergänzt werden.
- Digitale Zugangsbarrieren können durch die Bereitstellung von internetfähigen Computern mit Kamera und Kopfhörern bzw. von Smartphones für drogenkonsumierende Personen, die mittellos sind und in prekären Verhältnissen leben, zur Nutzung in Kontakt- und Beratungsstellen zwecks Zugangs zu digitalen Angeboten von Suchtberatungsstellen reduziert werden.
- Weiter sollten Zugangsbarrieren minimiert werden, die z. T. vom Suchthilfesystem selbst etabliert worden sind, wie z. B. beschränkte und realitätsferne Zugangszeiten für Konsumierende zur Entzugsbehandlung.

Opioid-Substitutionsbehandlung

- Das Angebot einer individualisierten und bedürfnisorientierten Substitutionsmittel-Vergabe am Nachmittag oder Abend (statt am Morgen oder Vormittag) kann helfen, den Crackkonsum am Abend zu beenden und ist eine Alternative zum abendlichen Gebrauch von Schwarzmarkt-Opioiden/Benzodiazepin/Pregabalin.
- Ein standardisiertes, für alle PatientInnen gleiches Vorgehen und die Ausrichtung von Angeboten nach Institutionslogiken und -interessen müssen vermieden und abgebaut werden.

Crackzubereitung

Verschiedene Konsumutensilienvergabe-Modalitäten und in Konsumräumen sowie außerhalb von Konsumierenden praktizierte Crack-Zubereitungsverfahren (Aufbereitung mittels Natron oder Ammoniak) sollten hinsichtlich der fachlichen Risikoabwägung im Rahmen einer professionellen Harm-Reduction-Beratung mit Konsumierenden abgestimmt werden. Die Vor- und Nachteile der Selbstherstellung versus des Kaufs fertig zubereiteter „Steine“ sollen dabei erörtert werden. Der Einbezug von Peers in die Erarbeitung von Inhalten und Kernbotschaften ist sinnvoll. Das Erfahrungs-

wissen und die Perspektive von Konsum-Erfahrenen ist für wirksame Harm-Reduction-Maßnahmen essentiell, zumal es so gut wie keine Forschung(sergebnisse) zu den gesundheitlichen Risiken und Schutzmöglichkeiten beim Crackkonsum gibt.

Harm Reduction, Infektionsprophylaxe und Safer Use

- Auch der inhalative Konsum von Crack birgt das Risiko der Verbreitung von potentiell schwerwiegenden, übertragbaren Infektionen wie Virushepatitis oder Covid-19. Deshalb sollten mit einfachen Mitteln der Schadensminderung derartige gesundheitliche Folgeschäden des Crackkonsums minimiert werden.
- Durch die Vergabe von crackspezifischen Konsumutensilien (z.B. Mundstück, Sieb, Pfeife, Natron, Wasser) und Informations-/ Beipackzetteln (Infolyer) mit einer Anleitung zum Mischverhältnis von Natron und Kokainpulver – Bsp.: „Safer-Crack-Pack“ (JES-Bundesverband, o.J.) – und durch Zugang zu Mitteln der Händehygiene, z.B. durch die Vergabe von Händedesinfektionsmitteln und die Bereitstellung von Händewaschgelegenheiten in den Einrichtungen oder mit mobilen Waschbecken, können wirksam Infektionen vermieden werden. KonsumentInnen können für einen risikoreduzierten Konsum sensibilisiert und lebensweltnah wichtige Informationen zum Gesundheitsschutz können vermittelt werden. Es sollten im Alltag bewährte und auch von Angebotsnutzenden akzeptierte Modalitäten und Abgabestandards be-

züglich Safer-Crack-Utensilien praktiziert werden, wie z.B. die Abgabe von Pfeifen zum Selbstkostenpreis. Der verantwortliche, pflegliche und hygienische Umgang mit mehrfach zu verwendenden Utensilien (Crack-Pfeife) sollte durch Aufklärung, motivierende Gespräche und ggf. mit Incentives (z.B. mit Gutscheinen) für einen späteren kostenlosen Erwerb einer neuen Pfeife gefördert werden.

- Es müssen vielfältige und differenzierte Konsumutensilien-Vergabeangebote (EM-CDDA, 2021) durch Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe (Kontakt- und Beratungsstellen mit und ohne DKR, aber auch die höherschweligen Suchtberatungsstellen) geschaffen und entwickelt werden.
- Weitere Modelle der Vergabe im Rahmen regionaler Spezifitäten sollten realisiert werden, z.B. über Verkaufsautomaten, Spritzenautomaten, Nachtbusse und aufsuchende Sozialarbeit (Streetwork), um einen spezifischen und qualifizierten Zugang zu hygienischen Konsumutensilien und zu Informationen und Angeboten der Drogen- und Suchthilfe zu ermöglichen.
- Das Budget für eine Konsumutensilienvergabe zum Zwecke des Infektionsschutzes und der Öffentlichen Gesundheit muss von den Einrichtungen und deren ZuwendungsgeberInnen ausreichend ausgestattet werden.
- Entsprechende Empfehlungen der WHO analog zur Mindestzahl von Spritzen und Kanülen, die von qualifizierten Einrichtungen abgegeben werden, sollten konkretisiert werden (WHO, 2022).
- Erforderlich sind kontinuierliche interne Schulungen von Fachpersonal in den

Tabelle 1
Maßnahmen zur
Infektionsprophylaxe
und Harm Reduction

Vergabe von Konsumutensilien	• Mundstück, Sieb, Pfeife, Natron, Wasser • Informations- und Beipackzettel (Infolyer; inkl. Anleitung zum Mischverhältnis von Natron und Kokainpulver) • „Safer-Crack-Pack“
Einführung von Abgabestandards	• Entwicklung von Modalitäten wie z. B. die Abgabe der Konsumutensilien zum Selbstkostenpreis • Förderung eines verantwortlichen und hygienischen sowie pfleglichen Umgangs von Safer-Crack-Utensilien durch Crackkonsumierende
Entwicklung differenzierter Konsumutensilien-Vergabeangebote	• Erweiterung des Angebotes der Spritzen- und Kanülenvergabe um Utensilien für den inhalativen Konsum • Schaffung einer vielfältigen Angebotspalette für den inhalativen Konsum von Crack
Vergabemodelle	• Entwicklung im Rahmen regionaler Spezifitäten in Kontaktstellen, Konsumräumen, Beratungsstellen • Zum Beispiel Verkaufsautomaten, Nachtbusse, aufsuchende Sozialarbeit (Streetwork)
Schulungen von Fachpersonal	• Kontinuierliche, interne Schulungen von Fachpersonal in niedrigschweligen Einrichtungen für eine wissenschaftliche Informationsweitergabe und Beratung

spezifischen niedrigschwelligen Einrichtungen zur qualifizierten Konsumutensilienvergabe (u.a. DAH, o.J.), damit über das Sortiment, den hygienischen und ressourcenschonenden Umgang mit Konsumutensilien, die Zubereitung des Cracks und zur Risikominderung informiert und zu individuell passenden Risiko- bzw. Konsumreduktionsstrategien beraten werden kann.

- Die Empfehlungen zur Harm Reduction, insbesondere auch zu Modellen der Konsumutensilienvergabe und zur Zubereitung/zum Erwerb der Substanz (selbst aufkochen oder kaufen) sollten auf spezifische regionale Gegebenheiten, Voraussetzungen und Bedarfe hin überprüft und ausgesprochen werden (siehe Tabelle 1).

2 Psychosoziale Betreuung und medizinische Behandlung

Um den multifaktoriellen Problemlagen von Angebotsnutzenden und KlientInnen der Drogen- und Suchthilfe bedarfsgerecht und angemessen zu begegnen, wäre der Ausbau des niedrigschwelligen Hilfesystems mit lebensweltadäquaten Zugängen zur sozialen Beratung und zur psychosozialen Begleitung für alle problematisch Crackkonsumierenden folgerichtig.

Es werden Empfehlungen für eine Anpassung und Erweiterung der Angebote in der Beratung, Begleitung und Behandlung von Crackkonsumierenden aufgeführt, soweit sie ein spezifisch auf Crackkonsum zugeschnittenes Behandlungskonzept benötigen.

Ausbau niedrigschwelliger Angebote und professions-/institutionsübergreifende Vernetzung

Die Soziale Arbeit sollte aus professioneller Sicht ebenso wie aus Sicht der Angebotsnutzenden auch für Crackkonsumierende bedarfsgerecht definiert und ausgestattet werden. Die kontinuierliche Anpassung und eine Diversität der Angebote (aufsuchend, beratend etc.) erscheint dabei auch für Crackkonsumierende als zwingend notwendig. Um auch für Crackkonsumierende eine Entsülung des Hilfesystems und damit eine Durchlässigkeit von Hilfeangeboten beziehungsweise gelingende Kooperationen zu erreichen, ist eine professions-/institutionsübergreifende Vernetzung der Hilfen mit der Eingliederungshilfe sowie dem medizinischen und pflegerischen Hilfesystem unerlässlich.

Mit Ordnungs- und Sicherheitsbehörden bzw. der Polizei ist ein kontinuierlicher Austausch zur Situation im öffentlichen Raum bzw. hinsichtlich der Problemlagen und eine Abstimmung hinsichtlich einer Balance zwischen sozialen, medizinischen, ordnenden und sanktionierenden bzw. repressiven Maßnahmen herzustellen.

Die Weiterentwicklung niedrigschwelliger Angebote zur bedarfsgerechten Versorgung von Crackkonsumierenden ist dringend notwendig – zentral in innerstädtischen bzw. innerörtlichen Lagen, aber auch in Peripherie bzw. dezentral auf mehrere Orte verteilt. Drogenkonsumräume, Tagesruhemöglichkeiten, Not-Schlafstellen und eine hygienische Grundversorgung (Essen, Trinken, Toilette, Basishygiene) müssen dort etabliert werden, wo Konsumierende sich aufhalten bzw. bewegen, also zumeist an zentralen Plätzen oder in Bahnhofsnähe.

Bei höherschwelligen und ausstiegsorientierten Angeboten sollte eher auf eine szeneferne Lage geachtet werden, da bei Szenenähe die Wahrscheinlichkeit, bei Konsumierenden durch Verfügbarkeiten und Konsumorte Verlangen und Craving auszulösen, eher gegeben ist. Wesentlicher ist, dass die Angebote einen ausreichenden drogenfreien Schutzraum und ein tagesstrukturierendes Angebot sicherstellen müssen.

Der Zugang zu psychosozialer Betreuung sollte allen Konsumierenden – auch solchen, die keine sozialrechtlichen Ansprüche in Deutschland haben, oder solchen, die anonym bleiben wollen – offenstehen, um den Eintritt ins Hilfesystem zu ermöglichen.

3 Rechtlich-politisch-administrativer Umgang mit Crackkonsum

Um dem Crackkonsum im öffentlichen Raum angemessen begegnen und schadensmindernd wirken zu können, bedarf es u.a. der Etablierung einer rechtlichen Grundlage für einheitliche Rahmenbedingungen und erweiterte Handlungsspielräume für Einrichtungen der niedrigschwelligen Suchthilfe. Entsprechend besteht deutlicher Handlungsbedarf in nachfolgenden Bereichen:

Erweiterung und Vereinheitlichung rechtlicher Rahmenbedingungen für den Betrieb von Drogenkonsumräumen

Die Kommunen benötigen mehr Handlungsspielräume, um dem wachsenden Crackkon-

sum im öffentlichen Raum begegnen zu können. Dazu gehört unter anderem eine Novellierung des § 10a BtMG, der als Rechtsgrundlage für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Deutschland dient. Es soll ermöglicht werden, dass Rechtsverordnungen von Bundesländern zum Betrieb von Drogenkonsumräumen zukünftig optional entsprechend angepasst werden können. Bundesländer sollten eine fachliche Überprüfung sowie Änderungen vorhandener Landesrechtsverordnungen zum Betrieb von Drogenkonsumräumen dahingehend vornehmen, dass vermeidbare und unbeabsichtigte Zugangshürden beseitigt bzw. reduziert werden können. Dies betrifft vor allem:

a) Drug Checking im DKR

Drug Checking soll Konsumraum-Nutzenden niedrigschwellig zugänglich gemacht werden. Damit wird die Möglichkeit eröffnet, regelmäßig bzw. punktuell oder gezielt Erkenntnisse zu Wirkstoffgehalten sowie zur Zusammensetzung der Streckmittel (bzgl. gefährlichen Beimischungen auf dem Schwarzmarkt bzw. auf Ebene der EndverbraucherInnen) zu gewinnen.

Die Ergebnisse der Analysen sollen direkt an die Konsumierenden gegeben werden. Substanzanalyse-Beratungen können auf individueller Ebene Gesundheitsrisiken verringern. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, frühzeitig oder gezielt Informationen zu möglichen Veränderungen auf dem Drogenmarkt zu erhalten.

b) Gruppenkonsum im DKR

Die Zubereitung und der Konsum von Crack finden häufig in Gruppen statt. Substanzen, Utensilien sowie Aufgaben bei der Zubereitung des Cracks werden geteilt. Es wird gemeinsam konsumiert. Auch nach dem Konsum bleiben die Menschen in einer Gruppe zusammen. Um Alternativen zum Konsum im öffentlichen Raum zu geben, sind deshalb das BtMG respektive die entsprechenden Rechtsverordnungen der Länder bzw. einrichtungsspezifische Regelungen daraufhin zu überprüfen und ggf. zu verändern. Dazu gehört z. B. die Zulassung des Gruppenkonsums von Crack in den Konsumräumen.

c) Der § 29 BtMG sollte für diese Aspekte überarbeitet und angepasst werden

Mit einer Änderung des § 29 BtMG soll die Straffreiheit von Maßnahmen der Drogenhilfe für gemeinnützige soziale Einrichtungen sowie für Kommunen und Länder, die derartige Ein-

richtungen und Projekte fördern, klargestellt werden.

Einrichtungen, die im öffentlichen Auftrag gemäß BtMG § 29 (1) Satz 11 Gelegenheiten zum Mitbringen und zur Erlaubnis des „unbefugten Verbrauchs“ von Substanzen, die unter das BtMG oder das NPSG fallen oder die nicht ärztlich verordnet sind, ermöglichen, sollen unmissverständlich von Sanktionsandrohungen des BtMGs befreit werden. Hier geht es um Rechtssicherheit und eine eindeutige Straffreiheit für Maßnahmen der Drogenhilfe, keinesfalls um die Schaffung rechtsfreier Räume!

Entwicklung der Sozialraumarbeit und der innerstädtischen sowie einrichtungs- und städteübergreifenden Vernetzung

- Es ist für die öffentliche Debatte unerlässlich, dass bei der Gestaltung des öffentlichen Raumes die Bedarfe von Crackkonsumierenden berücksichtigt und Aufenthaltsmöglichkeiten für Crackkonsumierende als Standard eingeführt werden.
- Mindestens in der Nähe von DKR sollten solche Aufenthaltsorte im öffentlichen Raum vorhanden sein. Diese Aufenthaltsmöglichkeiten sollten gleichzeitig eine für Konsumierende und das Umfeld akzeptable Aufenthaltsqualität aufweisen. Dies kann Sitzgelegenheiten, Witterungsschutz, öffentliche Toiletten sowie Trinkwassermöglichkeiten etc. beinhalten.
- Es muss eine enge Abstimmung zwischen den niedrigschwelligen Einrichtungen und der Polizei erfolgen, damit repressive Maßnahmen im Umfeld der Aufenthaltsorte im öffentlichen Raum und den Einrichtungen nicht deren Inanspruchnahme gefährden.
- Mit einer aktiven, aufsuchenden Gemeinwesenarbeit erfolgt ein konstruktives, mediatorisches Konflikt- und Beschwerdemanagement sowie eine Koordination der aufsuchenden Arbeit als Schadensbegrenzung (für Konsumierende und andere NutzerInnengruppen) im öffentlichen Raum.
- Die Etablierung von niedrigschwelligen Einrichtungen mit integriertem Angebot von DKR und niedrigschwelligen Ruhe- und Schlafmöglichkeiten mit durchgehender psychosozialer bzw. sozialpädagogischer Beratung und Begleitung sollte in Städten und Kommunen umgesetzt werden.
- Die Städte und Kommunen sollten sich vernetzen und dabei Problemlagen umfassend analysieren und angehen. Es wird eine Gesundheits- und Ordnungspolitik mit klar

definierten Aufgaben und klarem Rollenverständnis benötigt.

- Unter Gender-Aspekten sind die Belange von crackkonsumierenden Frauen und Trans*-Menschen zu berücksichtigen. Notwendig sind z.B. Angebote wie spezielle Schutzräume und Tagesschlafplätze, die an die Bedingungen von Sexwork, z.B. auf dem „Straßenstrich“ angepasst sind und spezifische Unterstützung zum Empowerment und zur Praktizierung von Safer Work vorhalten.

Etablierung einer niedrigschwelligen medizinischen Grundversorgung

Eine szenenahe und niedrigschwellige medizinische Grundversorgung in niedrigschwelligen Einrichtungen mit und ohne Drogenkonsumräume sollte bereitgestellt werden, da eine Behandlung erkrankter Menschen im medizinischen Regelsystem oftmals aus formalen Gründen (z.B. wegen fehlender sozial- oder aufenthaltsrechtlicher Ansprüche oder fehlenden Dokumenten, fehlendem Krankenversicherungsschutz) oder aus personenbezogenen Gründen (z.B. suchtbestimmte Lebensweise) nicht möglich ist.

Dies gilt in besonderem Maße für exzessiv Crackkonsumierende.

Für den Personenkreis der Menschen ohne gesetzlichen Versicherungsanspruch, z.B. bei EU-AusländerInnen ohne sozialversicherungspflichtige Beschäftigung oder sozialrechtliche Ansprüche, sind auf Bundesebene Lösungen zu finden, wie zum Beispiel die Einführung des anonymen Krankenscheins. Zur Überbrückung sind solidarische Medizin-Netzwerke und Clearingstellen zur Kostenübernahme für sofort notwendige medizinische Leistungen erforderlich.

Dafür sind folgende Aspekte unerlässlich:

1. Enge Verzahnung von Suchthilfe und medizinischen Angeboten. Die Zeitfenster, in denen Crackkonsumierende zugänglich für eine medizinische und psychosoziale Behandlung bzw. für ein geeignetes und akzeptiertes Angebot sind, fallen in der Regel sehr klein aus. Umso wichtiger ist es, unmittelbar handeln zu können und eine direkte Überweisung von der Suchthilfe in das medizinische Hilfesystem zu ermöglichen. Bislang ist die medizinische Hilfe häufig zu hochschwellig.
2. Eine Entzugsbehandlung allein reicht in aller Regel nicht aus. Notwendig ist ein

Clearing, welche medizinischen und sozialarbeiterischen Maßnahmen sukzessive erforderlich sind.

Die nächsten Behandlungs-/Therapieschritte müssen lückenlos folgen. Im Grunde ist ein durchgehendes, aufeinander aufbauendes medizinisches und sozialarbeiterisches Behandlungskonzept notwendig. Besonders groß ist der Bedarf an psychiatrischer/psychotherapeutischer Unterstützung.

3. Aufsuchende Sozialarbeit der Drogen- und Suchthilfe und aufsuchende psychiatrische Hilfe sollten verzahnt werden. Denn häufig kommt die Drogenhilfe-Straßensozialarbeit vor Ort aufgrund der multiplen und manifesten psychiatrischen Auffälligkeiten der Crackkonsumierenden an ihre Grenzen.
4. Um die medizinische Versorgung zu verbessern und bundesweit zu diversifizieren, ist das Angebot einer Diamorphinbehandlung für Menschen mit einem ausgeprägten Mischkonsum von Heroin und Crack flächendeckend auszubauen.

Die Erfahrungen aus manchen Diamorphinambulanzen, die Menschen auch mit diesem Mischkonsum behandeln, zeigen erfreuliche Ergebnisse: In vielen Fällen können die PatientInnen mit einer Neueinstellung des Medikaments und einer Verbesserung bzw. Intensivierung der psychosozialen Betreuung und der alltagspraktischen Hilfen zur Tagesstruktur und zur Sicherung der Lebensgrundlagen bzw. Beendigung von Obdachlosigkeit oder Wohnraumerhalt die Fortsetzung des Crackkonsums unterbrechen oder reduzieren.

4 Forschungsfelder zu Crackkonsum

Im Hinblick auf die Prävalenzentwicklung des Crackkonsums im öffentlichen Raum bzw. in niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe bzw. bei der Substitutionsversorgung Opioidabhängiger liegen aktuell keine systematischen, verlässlichen bundesweiten Daten vor. Zudem wird in vielen Erhebungssystemen nicht zwischen „Crack“ und „Kokain“ differenziert (Neumeier, 2022). Deshalb stützen sich die hier vorliegenden Empfehlungen in erster Linie auf qualitative Berichte von Mitarbeitenden von Kontakt- und Beratungsstellen sowie Drogenkonsumräumen.

Im Folgenden werden vielfältige Forschungsbedarfe benannt, die sich sowohl auf die Motive, Hintergründe und Verläufe von CrackkonsumentInnen, die Epidemiologie und das Monitoring als auch auf die medizinische

und psychosoziale Versorgung sowie Therapie, auf die Wirksamkeit von etablierten Harm-Reduction-Strategien und auf Präventionsansätze beziehen. Staatlich finanzierte Modellprojekte zu folgenden Bereichen sollten dringend angebahnt, umgesetzt und finanziert werden.

Typologie der KonsumentInnen sowie Bedingungen und Verläufe des Crackkonsums

Es besteht eine erhebliche Forschungslücke in Bezug auf die Motive, Hintergründe und Typologie von CrackkonsumentInnen sowie deren Konsumverläufe. Offene Fragen beziehen sich insbesondere auf eine differenzierte Darstellung (Typologie) von KonsumentInnen-Gruppen, die etwa Konsummuster (mono- vs. polyvalenter Konsum), das Vorhandensein von psychischen Komorbiditäten und deren Spezifika, Selbstkontrollstrategien der KonsumentInnen in Bezug auf eine medizinische Behandlung sowie deren bisherige Einbindung in bestehende Hilfesysteme berücksichtigt. Zudem liegen bisher nur geringe Kenntnisse über den Einstig und den Verlauf des Crackkonsums vor. Hierzu zählen insbesondere die Identifikation von vulnerablen Personengruppen mit Risikomerkmale und -verhaltensweisen für einen Crackkonsum.

Epidemiologie des Crackkonsums, Substanz-Monitoring und Monitoring lokaler Drogenszenen

Es besteht eine geringe Evidenz zur Verbreitung des Crackkonsums in Deutschland bzw. in den offenen Drogenszenen im großstädtischen Raum. Hierzu bedarf es einerseits einer systematischen Erfassung des Crackkonsums in den etablierten epidemiologischen Erhebungen zum Substanzkonsum. Zudem sollte ein Monitoring der auf der Drogenszene verfügbaren Substanzen erfolgen (Drug Checking/Drogen-Analytik). Dieses Monitoring sollte sowohl den Reinheitsgehalt von Crack auf lokaler Ebene als auch den Vergleich mit anderen Substanzen (insbesondere Kokain) ermöglichen.

Ferner bedarf es Forschungen, welche die Situation und Bedingungen des Crackkonsums auf lokaler Ebene in den Blick nehmen. Hierzu zählen insbesondere die Darstellung der Strukturen von Drogenszenen in öffentlichen Räumen, Szenebefragungen sowie das Monitoring des Konsums und der Verszenung im öffentlichen Raum. Durch diese Forschungen sollen insbesondere regionale Unterschiede bezüglich

Verfügbarkeit, Konsumformen und -zubereitung sowie lokaler Markt- und Handelsstrukturen sichtbar gemacht werden.

Erprobung von neuen medikamentösen Behandlungsansätzen

Es bedarf medizinischer Studien, die explizit die medikamentöse Behandlung von CrackkonsumentInnen zum Gegenstand haben. Hierzu zählen insbesondere Modellprojekte mit medizinischem Cannabis und anderen psychoaktiven Substanzen (z.B. Amphetamine und Ketamin), zu denen bereits erste Hinweise auf eine mögliche Wirksamkeit vorliegen (UNODC, 2019). Neben der klinischen Erprobung dieser Medikamente sollte die Frage der Finanzierung und Etablierung solcher Behandlungsansätze berücksichtigt werden.

Identifikation von wirksamen psychosozialen Behandlungsansätzen und deren Erprobung

Es besteht ein Forschungsdefizit über die Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen, die sich auf CrackkonsumentInnen spezialisieren. Daher sollte hierzu einerseits ein systematischer Review über evidenzbasierte psychosoziale Interventionen für CrackkonsumentInnen erstellt werden. Ergänzend bedarf es einer Übersicht zu etablierten Interventionen, die bereits in Einrichtungen der Suchthilfe entwickelt wurden (praxisbasierte Evidenz). Auf der Basis dieser Übersichten sollten dann psychosoziale Behandlungsansätze in der Suchthilfe implementiert, erprobt und evaluiert werden.

Es bedarf – aufbauend auf niederländischen Erfahrungen – Studien, die eine Kombination der medikamentösen Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie und Contingency Management untersuchen (Blanken, 2022; GGZ Standaarden, 2022).

Harm Reduction

Es bedarf einer strukturierten Übersicht (Review) über die Wirksamkeit von Harm Reduction-Strategien und Maßnahmen für CrackkonsumentInnen sowie der Erprobung und Implementierung von neuen Interventionen, die auf die Reduktion spezifischer Konsumschäden abzielen, die mit dem Kokain- und Crackkonsum assoziiert werden.

Prävention des Crackkonsums

Auch für die selektive und indizierte Suchtprävention bedarf es einer Darstellung des aktuellen Wissensstandes über wirksame Präventionsstrategien, die potenzielle CrackkonsumentInnen adressieren. Auf der Basis identifizierter Risiko- und Schutzfaktoren sowie der identifizierten Evidenz sollten für Menschen, die ein hohes Risiko haben, mit dem Crackkonsum zu beginnen, gezielte präventive Angebote entwickelt, erprobt und evaluiert werden, die sich an vulnerable Zielgruppen richten. Ziel ist hier auch die Herausstellung von „Best-Practice-Ansätzen“, an denen sich Städte bzw. PraktikerInnen orientieren können. Bedeutsam sind hierfür die Erreichbarkeit und der Zugang zu diesem Personenkreis.

5 Interdisziplinäre Kooperation/ Stadtplanung

Die hohe Belastung der Zielgruppe und deren multifaktorielle Problemlagen erfordern entsprechend einen multiprofessionellen und interdisziplinären Zugang sowie eine bessere Verzahnung unterschiedlicher Akteure sowie der Kostenträgerschaften. Diese übergreifende Versorgung ist derzeit noch schwer sicherzustellen. Folgende Maßnahmen sollten angebahnt und ausgeweitet werden, um eine zunehmend verbesserte institutionsübergreifende und interdisziplinäre Kooperation sicherzustellen.

Verbesserung kommunaler Vernetzungen in der Eingliederungshilfe und bei Rehabilitationsmaßnahmen

Eine gute kommunale Vernetzung der Drogenhilfe zwecks tragfähiger Kooperationen spezifischer, nachhaltiger Hilfen für die Gruppe der Crack- bzw. polyvalent Konsumierenden ist notwendig, um eine schnelle Vermittlung in weiterführende medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Angebote vornehmen zu können (Entzug, Wohneinrichtungen, Betreutes Wohnen und viele Weitere).

Die noch weitgehend vorherrschende „Versäulung“ der Hilfen (SGB V, SGB XII, SGB VIII usw.) sowie die gegenseitigen Abgrenzungen und Nichtzuständigkeitserklärungen (von Polizei, Ordnungs- und Gesundheitsdiensten, Ämtern für soziale Dienste, Jugend-, Obdachlosen-/Wohnungs-/Straffälligenhilfe etc.) bzw. die unterschiedlichen Kostenträger (Ämter für Soziales, Krankenkassen, Rentenversicherung)

verhindern häufig die notwendige schnelle, unbürokratische und interdisziplinäre Versorgung durch Hilfeangebote sogar bei Menschen, die sozialrechtliche Ansprüche geltend machen könnten.

Die sozialrechtliche Grundlage für koordinierte Einzelfall-Eingliederungshilfen ist aber mit dem Sozialgesetzbuch IX gegeben: Das SGB IX hat den Zweck, Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen bezüglich ihrer Selbstbestimmung und ihrer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden bzw. entgegenzuwirken. Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat der Gesetzgeber sich das Ziel gesetzt, auch im Hinblick auf die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) eine bessere NutzerInnenorientierung und Zugänglichkeit sowie eine höhere Effizienz der Eingliederungshilfe zu erreichen (Leistungen aus einer Hand). Für Menschen, die keine sozialrechtlichen Ansprüche haben, sind im Sinne des BTHG und der UN-BRK vergleichbare Angebote und Zugänge zu schaffen.

Implementierung sozialpsychiatrischer Hilfen und medizinischer Akutversorgung

Sozialpsychiatrische Hilfen müssen stärker in ein Gesamtkonzept eingebunden werden. Die Mitarbeitenden von Sozialpsychiatrischen Diensten müssen entsprechend geschult werden. Bislang gibt es kaum psychiatrische Dienste oder niedergelassene PsychiaterInnen oder PsychologInnen, die niedrigschwellige Hilfen vor Ort für diese Konsumierendengruppe anbieten – eine niedrigschwellige psychiatrische Versorgung fehlt oder ist nur lückenhaft vorhanden. Aufgrund der vielfachen und gravierenden psychischen, psychiatrischen und somatischen Probleme (Konsum und Abhängigkeit von • Alkohol und Kokain • Heroin und Kokain • Trauma und Kokain • Psychose und Kokain • ADHS und Kokain • ASS und Kokain • somatische Krankheitsbilder) sind diese Angebote jedoch dringend notwendig.

Errichtung institutioneller Vernetzungen sowie Ausbau stadtplanerischer Konzepte

Die stadtplanerische Komponente und auch die Wohnungslosen- sowie Straffälligenhilfe sollten aufgrund der oftmals prekären Lebensbedingungen der Klientel und offenen Szenen in enger Kooperation und Verzahnung mit den Sozialämtern bzw. der Sozialen Wohnhilfe mit involviert werden, um insbe-

sondere die überproportionale Wohnungslosigkeit angehen zu können.

Stadtplanerische Überlegungen sollten dabei berücksichtigt werden (Verkehrsberuhigung; Verbesserung der Aufenthaltsqualität; Schaffung von Grünflächen sowie Sitz- und Ruhegelegenheiten; Förderung der Schaffung von günstigem Wohnraum etc.).

Vernetzungsaktivitäten und Abstimmung von Interventionen mit den Ordnungsämtern und der Polizei sollten umgesetzt werden. Bei 80 Prozent der Drogendelikte handelt es sich um sog. konsumnahe Delikte (Stöver, 2001).

Mit Polizei, Staatsanwaltschaften und JustizvertreterInnen können neue Ansätze zur Entkriminalisierung der Drogenkonsumierenden sachlich erörtert werden, um gemeinsame

Tabelle 2

Überblick Kernempfehlungen

1. Ausbau und Entwicklung selektiver lebensweltnaher und zielgruppendifferenzierter Präventionsmaßnahmen	• Zum Beispiel Ausbau von Programmen für einen selbstkontrollierten Konsum speziell bei Crack • Zielgerichtete Kontaktaufnahme durch MedizinerInnen, Pflegekräfte oder durch MitarbeiterInnen aus Aids- und Drogenhilfe
2. Verbesserte Kommunikation und Kontaktaufnahme zu Crackkonsumierenden	• Printmedien in verschiedenen Sprachen • Plakate an szenenahen Orten mit Informationen zur Risikominderung • Ausbau digitaler Ansätze (QR-Codes, App-Nutzung, Online Beratung) mit Bereitstellung des notwendigen Equipments in den Einrichtungen • Minimierung von Zugangsbarrieren (wie Öffnungszeiten von Einrichtungen)
3. Verbesserung des DKR-Angebots	• Nutzungsgerechte Gestaltung der DKR sowie des unmittelbaren Umfelds (Vorplätze, Außengalerien) • Ausbau von Rauchplätzen zur Schadensminimierung • Rechtlich abgesicherte Einführung von „Express-Räumen“
4. Ausbau von Harm Reduction/Safer Use	• Fachliche Abstimmung von Zubereitungsmodellen (Selbsterstellung vs. Kauf) unter Einbezug von Peers • Vielfältige Konsumutensilienvergabe-Angebote (z. B. „Safer Crack Pack“) unter Beachtung regionaler Spezifitäten und der Einführung von Abgabestandards • Ausreichende Budgetausstattung (analog zu den WHO-Empfehlungen) • Kontinuierliche Schulungen von Fachpersonal • Ausbau medizinischer Notfallhilfen vor Ort
5. Überprüfung der bestehenden Rechtsverordnungen und des BtMG	• Erweiterung und Vereinheitlichung rechtlicher Rahmenbedingungen für den Betrieb von DKR • Novellierung des § 10a BtMG zur Beseitigung von Zugangshürden in den DKR: Insbesondere Drug Checking; Gruppenkonsum von Crack • Anpassung des § 29 BtMG zur Schaffung von Rechtssicherheit für Maßnahmen der Drogenhilfe
6. Sozialraumarbeit und Ausbau einer institutions- und städteübergreifenden Vernetzung	• Vernetzung von Eingliederungshilfe und medizinischem und pflegerischem Hilfesystem • Abstimmung mit Ordnungsbehörden und Polizei • Einführung von Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum als Standard • Aktive Gemeinwesenarbeit für Beschwerde- und Konfliktmanagement • Vernetzung der Städte zur umfassenden Problemlagenanalyse und für ein klares Rollenverständnis • Stärkerer Einbezug sozialpsychiatrischer Hilfen
7. Weiterentwicklung der Stadtplanung und interdisziplinären Kooperation	• Verbesserung einer guten kommunalen Vernetzung der Drogenhilfe • Ausbau stadtplanerischer Konzepte und Involvierung der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe in enger Kooperation mit den Sozialämtern • Etablierung kommunaler und regelmäßiger Abstimmungsgremien • Gemeinwesenarbeit und Entstigmatisierungskampagnen
8. Weiterentwicklung niedrigschwelliger Angebote	• Etablierung von Tagesruhemöglichkeiten, Not-Schlafstellen und einer Grundversorgung an zentralen Plätzen • Zugang zu psychosozialer Betreuung für alle Crackkonsumierenden • Etablierung von niedrigschwelligen Einrichtungen mit integriertem Angebot von DKR und Not-Schlafstellen mit durchgehender psychosozialer bzw. sozialpädagogischer Beratung und Begleitung
9. Etablierung einer niedrigschwelligen medizinischen Grundversorgung	• Erarbeitung bundesweiter Lösungsansätze für Personen ohne gesetzlichen Krankenversicherungsschutz oder sozialrechtliche Ansprüche • Enge Verzahnung von Suchthilfe und medizinischen Angeboten • Etablierung eines durchgehenden, aufeinander aufbauenden medizinischen Behandlungskonzepts • Ausbau eines Angebots der Diamorphinbehandlung für Menschen mit einem ausgeprägten Mischkonsum von Heroin und Crack
10. Anbahnung staatlich finanzierter Modellprojekte im Rahmen des Forschungsbedarfs	• Motive, Hintergründe und Typologie von CrackkonsumentInnen • Epidemiologie des Crackkonsums, Substanz-Monitoring und Monitoring lokaler Drogenszenen • Erprobung neuer medikamentöser Behandlungsansätze (med. Cannabis, Amphetamine, Ketamin) • Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen bei CrackkonsumentInnen (CBT, Contingency Management) • Übersicht (Review) über die Wirksamkeit von Harm Reduction-Strategien • Wirksame Präventionsstrategien

Positionen, Konzepte und Vorschläge zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen dem Gesetzgeber übermitteln zu können. Der Gesetzgeber sollte sich mit unterschiedlichen Perspektiven auseinandersetzen und ggf. Gesetzesänderungen hinsichtlich einer kohärenten Gesundheits- und Drogenpolitik realisieren.

Es werden kommunale Abstimmungsgremien empfohlen, um die Hilfen gut zu verzahnen, wie z. B. die *Montagsrunde* in Frankfurt am Main oder die *PraktikerInnen-Runde Leopoldplatz* in Berlin-Mitte; d.h. ein regelmäßig tagendes Gremium von VertreterInnen der Ordnungs- und Polizeibehörden, der Sozial- und Gesundheitsdienste, der freien Träger der Drogenhilfe sowie der Selbsthilfe/-organisation der drogenkonsumierenden Menschen. In einem solchen Gremium können fachübergreifende Konzepte entwickelt und auf ihre Praxistauglichkeit überprüft werden, um ein besseres Verständnis für die jeweiligen Sichtweisen der handelnden Personen und Institutionen zu erreichen.

Gemeinwesenarbeit und Entstigmatisierungskampagnen

Die jeweilige Stadtbevölkerung sollte bei kommunalen Veränderungsprozessen hinsichtlich stigmatisierender Verhaltensweisen gegenüber Drogen-/Crackkonsumierenden sensibilisiert werden. Gleichzeitig sollten ebenfalls deren Bedürfnisse berücksichtigt werden, um letztlich einen Beitrag zur Entstigmatisierung zu leisten. Diese muss aktiv und offen vorangetrieben werden. Dazu muss es zum einen öffentlichkeitswirksame Aufklärungskampagnen geben, die ein Krankheitsverständnis auch in der Allgemeinbevölkerung ermöglichen, ohne wiederum zu stigmatisieren. Zum anderen müssen entstigmatisierende psychoedukative Ansätze in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Menschen, die sich im öffentlichen Raum aufhalten, verstetigt werden und müssen sich bereits in niedrigschwelligen Kontexten regulär wiederfinden (siehe Tabelle 2).

Beteiligte ExpertInnen

Lea Albrecht

Suchttherapeutin VT und Sozialpädagogin, Leitung des Drogenraums comeback gGmbH, Bremen

Gabi Becker

Geschäftsführerin der Integrativen Drogenhilfe e.V., Frankfurt am Main

Prof. Dr. Daniel Deimel

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Aachen, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)

Larissa Hornig

Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Doktorandin am Institut für Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences

Daniel Kiefer

Sozialbehörde – Amt für Gesundheit, Fachabteilung Drogen und Sucht, Freie und Hansestadt Hamburg

Urs Köthner

Diplom-Sozialarbeiter und Sozial-/SUCHT-Therapeut

Felicita Krauss

Arbeitsstab des Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen im Bundesministerium für Gesundheit

Astrid Leicht

Geschäftsführung Fixpunkt e.V., Berlin

Dr. Ingo Ilja Michels

Soziologe, Institut für Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences

Oliver Müller-Maar

Drogenreferat Stadt Frankfurt

Nina Pritzens

Geschäftsführung vista gGmbH, Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH, Berlin

Dirk Schäffer

Deutsche Aidshilfe, Referent für Drogen und Strafvollzug

Dr. Artur Schroers

Leiter Drogenreferat Stadt Frankfurt

Prof. Dr. Heino Stöver

Geschäftsführender Direktor Institut für Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences

Christine Tügel

Vorstand Jugendhilfe e.V., Hamburg

Frank Woike

Beauftragter Sucht und Suchtprävention, Dezernat für Soziales und Integration, Landeshauptstadt Hannover

Literatur

- Blanken, P. (2022). *Treatment of crack-cocaine dependence in the Netherlands*. Fachvortrag auf der internationalen Fachtagung „Crack in deutschen Großstädten – von der Forschung zu praktischen Entscheidungen“, Frankfurt am Main, 04.10.2022. Verfügbar unter: <https://frankfurt.de/de-de/aktuelle-meldung/Drogenreferat/Internationale-Crack-Fachtagung/>
- DAH. (o.J.). *Empfehlungen für die Vergabe von Drogenkonsumutensilien. Ein Handlungskonzept der*

- Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) zur Umsetzung der Empfehlungen der DRUCK-Studie und der nationalen Strategie BIS 2030 des Bundesministeriums für Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.drogenkonsumraum.net/de/empfehlungen-fuer-die-vergabe-von-drogenkonsumutensilien>
- EMCDDA. (2021). *Stimulanzien: Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen. Miniguide. Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen im Umgang mit Drogenproblemen: Ein europäischer Leitfaden 2021*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Verfügbar unter: https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/stimulants-health-and-social-responses_de
- EMCDDA. (2022). *Europäischer Drogenbericht 2022: Trends und Entwicklungen*. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- GGZ Standaarden. (2022). *Richtlijn. Drugs (niet-opioiden). Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines*. Verfügbar unter: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_ec6958f7-6a31-4183-be19-2d8ad4dc11c5_stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines__authorized-at_26-02-2018.pdf
- Höfelbarth, S. (2014). Crack, Freebase, Stein. Konsumverhalten und Kontrollstrategien von KonsumentInnen rauchbaren Kokains. In R. Anhorn, F. Bettinger, H. Schmidt-Semisch et al. (Hrsg.), *Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit* (Bd. 16, S. 24–25). Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-531-19548-3.
- JES-Bundesverband. (o.J.). *Safer Use Crack Container 3.0*. Verfügbar unter: <https://www.jes-bundesverband.de/projekte/projekt-safer-crack-pack/>
- Körkel, J., Becker, G., Happel, H. V. et al. (2011). *Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums. Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe 2006–2010*. Frankfurt a. M.: KISS – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum
- Kühnl, R., Meier, C., Prins, G. et al. (2021). *Crack Trendspotter, Dezember 2021*. München: Institut für Theapieforschung (IFT).
- Michels, I. I. (2004). Crackkonsum – vom Mythos zum verstehbaren Handeln. In H. Stöver & M. Prinzleve (Hrsg.), *Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Neumeier, E. (2022). *Crack- und Kokain-Konsum in Deutschland und Europa*. Fachtag Crack in deutschen Großstädten – von der Forschung zu praktischen Entscheidungen, 04.10.2022. Frankfurt a. M.: Hybrid.
- Pauly, A. & Jeschky, K. (2021). *Jahresbericht 2021. Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen*. Köln: Suchtkooperation NRW. Verfügbar unter: https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_2021_final_Korrektur.pdf
- Prinzleve, M., Martens, M. & Haasen, C. (2004). Alles nur noch Crack? Mythen und Fakten zum Crackkonsum am Beispiel der „offenen Drogenszene“ in Hamburg, Stadtteil St. Georg. In H. Stöver & M. Prinzleve (Hrsg.), *Kokain und Crack: Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Stöver, H. (2001). *Bestandsaufnahme „Crack Konsum“ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote*. Endbericht. Universität Bremen, BISDRO – Bremer Institut für Drogenforschung.
- UNODC. (2019). *Treatment of stimulant use disorders: Current practices and promising perspectives. Discussion paper*. United Nations Office on Drugs and Crime. Available at: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment_of_PSUD_for_web_site_24.05.19.pdf
- Werse, B., Sarvari, L., Martens, J., Feilberg, N. & Kamphausen, G. (2017). *Crack in Frankfurt. Eine qualitative Untersuchung zum Alltag von Crack-Konsumentinnen und -Konsumenten. Abschlussbericht. Einmaliges Zusatzmodul zum Monitoring-System Drogentrends (MoSyD) 2017*. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research, Goethe-Universität. Verfügbar unter: https://www.uni-frankfurt.de/75207922/Crack_in_Frankfurt_gesamt_Abschlussbericht.pdf
- WHO. (2022). *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>

akzept e.V.

akzeptbuero@yahoo.de