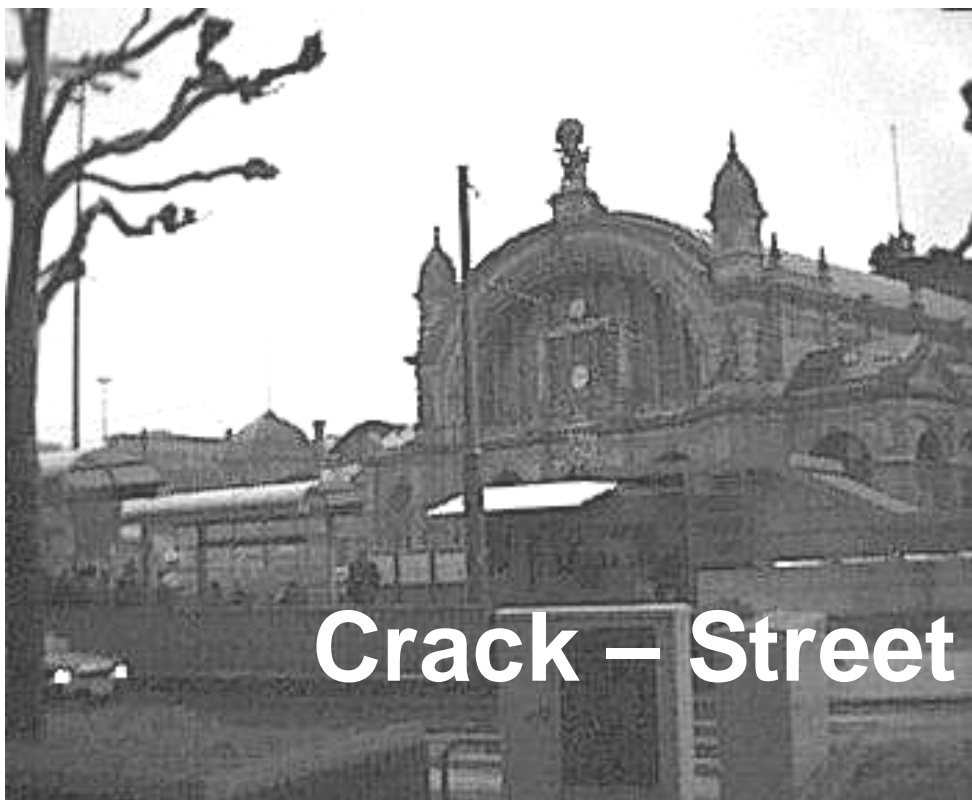


Erfahrungsbericht über aufsuchende Sozialarbeit und Medizin  
in Frankfurt am Main  
1997 bis 2003

Ein Kooperationsmodell von  
Drogenhilfe, Jugendhilfe und Medizin



# **Crack – Street – Projekt**

## **Frankfurt am Main**

**Arbeitsbericht Frühjahr 2004**

# Inhalt

Inhalt .....	2
Einleitung .....	3
1. Entstehung des Crack-Street-Projektes.....	3
2. Entwicklung der Arbeit.....	5
▶ Einzelfallhilfe vs. Serviceleistung .....	6
3. Arbeitsziele .....	7
4. Methode .....	8
5. Kooperation.....	9
6. Zielgruppenbeschreibung .....	9
7. Der Wandel der Frankfurter Straßenszene .....	11
8. Verlagerung der Szene und daraus folgende Veränderung unserer Arbeit.....	12
9. Geschlechtsspezifische Aspekte und Schwangere .....	13
10. Mögliche Anregungen für das bestehende Hilfesystems aus unserer Sicht.....	16
11. Wirkungsweise und Stoffkunde .....	17
▶ Crack ist rauchbar gemachtes Kokain .....	18
▶ Risiko .....	19
12. Statistik.....	20
Sozialarbeiterischer Bereich .....	20
▶ Vermittlung in Übernachtungsmöglichkeiten.....	21
Medizinische und therapeutische Hilfen .....	22
Aufschlüsselung nach Alter .....	24
▶ Hier: bis 18 Jahren .....	24
▶ Hier: über 18 Jahren.....	25

## Kontakt über:

### **WALK MAN**

Kommunale Kinder-, Jugend- und Familienhilfe  
Niddastraße 49  
60329 Frankfurt  
Tel: 069 / 73 68 90  
Fax: 24 00 57 28  
e-mail: [walkman@freenet.de](mailto:walkman@freenet.de)

### **La Strada**

AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.  
Mainzer Landstraße 93  
60329 Frankfurt  
069 / 23 10 20  
23 10 04  
[lastrada@frankfurt.aidshilfe.de](mailto:lastrada@frankfurt.aidshilfe.de)

### **Malteser**

Malteser Werke  
Schielestraße 24  
60314 Frankfurt  
069 / 942191-08  
40806806  
[joachim.krause@malteser-frankfurt.org](mailto:joachim.krause@malteser-frankfurt.org)

## Sechs Jahre Crack-Street-Projekt

Das Crack-Street-Projekt ist sechs Jahre alt geworden. Wir wollen dieses Heft nutzen, um ein wenig von der Entwicklung, die unsere Arbeit in diesem Zeitraum genommen hat, darzustellen. Es ist leider nicht damit zu rechnen, dass Frankfurt und Hamburg mit der Verbreitung des Crack-Konsums in der Drogenszene allein bleiben werden. Deshalb hoffen wir sehr, dass in anderen Städten Lehren aus diesen Erfahrungen gezogen werden können. Natürlich stellen sich zunächst viele Fragen: was waren die ersten Anzeichen, wie war die Veränderung zu bemerken, was konnte getan werden?

### 1. Entstehung des Crack-Street-Projektes

Das Crack-Street-Projekt ist ein interdisziplinäres Team aus MitarbeiterInnen von Jugendhilfe, Drogenhilfe und Medizin, das Konsumentinnen und Konsumenten von Crack in der Frankfurter Straßen-Drogenszene aufsucht. Auftraggeber und Finanziers für die drei beteiligten Träger sind das Frankfurter Drogenreferat und Jugendamt. Diese Kombination ergab sich aus der besonderen Situation in Frankfurt, die vor allem in einer langjährigen Zusammenarbeit der verschiedensten städtischen Stellen, der niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen in Kooperation mit Polizei und Justiz besteht. In dem entsprechenden Abstimmungsgremium, der sogenannten Montagsrunde, wurde im Laufe des Jahres 1997 der zunehmende Crack-Konsum und die zunehmende Auffälligkeit der KonsumentInnen thematisiert. Um das Ausmaß des Problems und die Erreichbarkeit der Ziel-

In Frankfurt stellten zum Beispiel Straßenbahnfahrer in der Mitte der 90er Jahre plötzlich fest, dass sich bei den Drogenkonsumenten etwas verändert haben musste. Die klassischen Opiatabhängigen konnten zwar egal wo sie standen, und sei es direkt neben den Straßenbahnschienen, schlafen und dabei Verrenkungen jenseits der Gesetze der Schwerkraft vollziehen, aber die Straßenbahn konnte ohne Gefährdung direkt an ihnen vorbei fahren.

Jetzt gab es aber plötzlich Drogenabhängige, die hektisch hin- und herliefen, und dabei auch eine laut klingelnde und hupende Straßenbahn einfach ignorierten. Bei diesen Menschen musste man als Fahrer immer auf eine Vollbremsung vorbereitet sein, ihre Bewegungen waren einfach nicht kalkulierbar.

#### ► Crackhandel in der Straßenbahn

Auch die Fahrgäste konnten deutliche Veränderungen erkennen. Da in Frankfurt lange eine bestimmte Straßenbahnlinie für den Kleinhandel von Crack genutzt wurde, waren sie immer wieder mit den Begleiterscheinungen konfrontiert. Die interessanteste Erfahrung für uns war eine ältere Dame, die in ihrem

Fortsetzung auf der nächsten Seite

**gruppe zu untersuchen, wurde ein Streetwork-Projekt installiert, das aus den genannten Einrichtungen bestand.**

Die Träger bzw. die konkreten Einrichtungen wurden ausgewählt, da sie sich schon über unterschiedliche Zeiträume und in verschiedenen Formen mit dem Problem des zunehmenden Crack-Konsums in Frankfurt auseinandergesetzt hatten. So wurde von Seiten des Jugendamtes und den dazugehörigen Straßensozialarbeitern schon seit etwa 1993 der Crack-Konsum von Jugendlichen in der Straßenszene thematisiert. Wie auch in

wohlsortierten Weltbild zwischen Händler und Kunde vermittelte. Mit ihren 70 Jahren Lebenserfahrung konnte sie beiden klar sagen, dass ein Kunde, der schon bezahlt hat, natürlich auch seinen Gegenwert dafür bekommen muss. Nach ihrem handfesten eingreifen entspannte sich die Situation im Straßenbahnwagen merklich.

Auch die Polizei stellte Veränderungen fest. Nach einer ersten Sicherstellung noch vor Beginn der 90er Jahre stießen die Beamten ab Mitte des Jahrzehnts zunehmend auf Drogenfunde, bei denen es sich weder um Heroin noch um Kokain handelte. Einrichtungen der Obdachlosenhilfe beschwerten sich, da vor ihren Türen beliebte Handelstreffpunkte lagen. Später änderte sich auch das Verhalten der Besucher von Einrichtungen der Drogenhilfe. Sie wurden hektischer, rannten rein und raus, gingen schneller unter die Decke und suchten „Steine“ an Orten, die sonst niemanden interessiert hatten.

Hamburg beim BASIS-Projekt benannten Jugendliche und Mitarbeiter den Konsum besonders früh. Die Ausgrenzung von drogenkonsumierenden Jugendlichen aus den Einrichtungen der Jugendhilfe machte es in beiden Städten notwendig, das Problem offensiv anzugehen. In Frankfurt war die Crack-Szene zu diesem Zeitpunkt auch noch klar von der Szene der älteren Opiatabhängigen getrennt.

Mit dem zunehmenden Konsum auch bei Opiatabhängigen und Substituierten in der Mit-

te der 90er Jahre vermehrten sich auch die Probleme in den Einrichtungen der Drogenhilfe. In den Substitutionsambulanzen wurde bei einer wachsenden Zahl von Patienten ein massiver Kokainbeigebrauch festgestellt. Parallel dazu stieg die Zahl der psychiatrischen Diagnosen und Überweisungen zu entsprechenden Fachärzten. Die Auffälligkeiten im Verhalten führten zu Schwierigkeiten im Einrichtungsablauf sowohl der Ambulanzen als auch der niedrighschwelligen

Anlaufstellen. Es gab mehr Hausverbote für den Rahmen dieser Einrichtungen sprengendes, hoch agitiertes Verhalten und psychische Auffälligkeiten. Vereinzelt wurde diese Entwicklung wie ein vermehrter intravenöser Konsum von Kokain thematisiert. In den niedrighschwelligsten Einrichtungen wurde jedoch frühzeitig die Veränderung durch die neue Konsumform des Rauchens benannt. Besonders die später am Crack-Street-Projekt beteiligten Institutionen versuchten durch konzeptionelle Überlegungen und Veränderungen auch diesen Teil ihrer KlientInnen zu erreichen.

Die Frankfurter Polizei begann 1997 Crack in der Sicherstellungsstatistik gesondert auszuweisen.

Auch KonsumentInnen dieser Droge wurden jetzt als solche erfaßt. Dadurch trat dieses Problem zunehmend in den Blick und der Handlungsbedarf wurde deutlich. Polizeilicherseits wurde Ende des Jahres eine spezielle Arbeitsgruppe installiert, das Dunkelfeld in diesem Bereich wurde zunehmend „ausgeleuchtet“. Drogenreferat und Jugendamt verständigten sich daraufhin, von Seiten der entsprechenden Hilfesysteme gezielt auf diese Personengruppe zuzugehen. Um das Ausmaß des Problems und mögliche Hilfsangebote auszuloten, wurde das Crack-

angebote auszuloten, wurde das Crack-Street-Projekt zunächst mit einer dreimonatigen Probephase installiert. Von jedem der drei beauftragten Träger wurden zwei Mitarbeiter benannt, die im Rahmen des Crack-Street-Projektes auf die Straße gehen sollten. Für die Sozialarbeiter von AIDS-Hilfe („La Strada“) und Jugendamt („WALK MAN“<sup>1</sup>) stand jeweils eine halbe Stelle, für die Ärzte von den „Maltesern“ (Substitutionsambulanz in der Schielestraße) 15 Wochenstunden zur Verfügung. Diese Zeitkapazitäten wurden in

den vergangenen sechs Jahren so beibehalten, auch wenn in allen drei Projekten eine Menge zusätzliche Arbeit investiert werden mußte. Inzwischen gehen wir davon aus, daß eine Stunde auf der Straße eine weitere Stunde an Folgearbeiten verursacht.

---

<sup>1</sup> Im Rahmen der Umorganisation des Jugend- und Sozialamtes wurde diese Arbeitsgruppe in die neu gegründete städtische Gesellschaft „Kommunale Kinder-, Jugend- und Familienhilfe“ überführt.

## 2. Entwicklung der Arbeit

Im Vorfeld der Probephase bewegten sich die Vorstellungen zum Crack-Street-Projekt zwischen dem extrem einzelfallorientierten Arbeitsansatz der Jugendhilfe und den Konzepten, mit denen Ende der 80er Jahre auf die offene Szene der Opiatabhängigen zugegangen worden war. So wurde dem Projekt ein Bus zur Verfügung gestellt, der eigentlich dazu vorgesehen war, „in die Crack-Szene“ zu fahren und sie mit Iso-Drinks und anderen gesunden Sachen zu versorgen. Dieses Konzept wurde allerdings nicht in die Tat umgesetzt, da es keine größeren Ansammlungen von KonsumentInnen gab, der schnelle Handel und Konsum von Crack vielmehr in kleinen hektischen Grüppchen stattfand. Der relativ große Druck der Polizei führte dazu, daß auch wir das verursachten, was wir damals in einem Tätigkeitsbericht den „Kripo-Effekt“ nannten. Da wir zu mehreren durch die Straßen zogen und ein Interesse an den Crack-KonsumentInnen zeigten, war für jeden klar, daß wir von der Polizei sein müßten. Unser Erscheinen vertrieb häufig genug die KonsumentInnen genauso wie das Auftreten der Kriminalpolizei. Über die situationsangemessene Angst vor der Polizei führte der Crackkonsum zur Verstärkung paranoider Tendenzen, so daß ein allgemeines Angebot an die Szene scheitern mußte. Der persönliche Zugang zu einzelnen KlientInnen war also die wesentliche Arbeitsgrundlage. Den mehr oder weniger engen Kontakt aller MitarbeiterInnen des Projektes aus ihrer sonstigen Tätigkeit zu den verschiedenen Teilgruppen konnten wir einsetzen, um relativ schnell einen gewissen Bekanntheitsgrad zu erreichen. Die Ärzte kannten vor allem substituierte KonsumentInnen, ältere Opiatabhängige waren häufig den MitarbeiterInnen aus dem Kontaktcafe der AIDS-Hilfe bekannt und die meisten Minderjährigen und jungen Erwachsenen hatten einen engen Kontakt zu den MitarbeiterInnen von WALK MAN. Nur die Gruppe der illegalisierten MigrantInnen war für uns praktisch unzugänglich. Die jeweils einzelnen bekannten KlientInnen mußten in der Regel nach einem Kontakt zu uns den jeweils Umstehenden erklären, daß wir Sozialarbeiter und Ärzte sind, um den naheliegenden Verdacht der Zusammenarbeit mit der Polizei zu vermeiden. So erlangten wir relativ schnell einen gewissen Be-

**kanntheitsgrad. Der direkte Zugang zu den KonsumentInnen beruhte aber zu Beginn auf der längeren Zusammenarbeit im Rahmen unserer sonstigen Tätigkeiten. Erst nach und nach ließ sich eine tragfähige Vertrauensebene zu vielen Einzelpersonen aus der Gruppe der Crack-KonsumentInnen schaffen.**

Die Probephase von September bis Dezember 1997 zeigte deutlich, daß die KonsumentInnen von Crack sowohl erreichbar als auch hilfebedürftig waren. In Absprache zwischen Drogenreferat und Jugendamt wurde folglich beschlossen, das Projekt zunächst weiterzuführen und den beiden Auftraggebern regelmäßig Bericht über die Arbeit und Veränderungen auf der Szene zu erstatten. Allerdings mußten die Vorstellungen über die Herangehensweise an eine geschlossene „Konsumentengruppe“ revidiert werden. Dies war auch ein längerer Prozeß innerhalb des Projektes, da die bewußten und unbewußten Prämissen der eigenen Arbeit durch die enge Kooperation im Projekt deutlich wurden. Die Ansätze der verschiedenen Disziplinen zeigten sich beispielsweise im Umgang mit dem geringen Handgeld, das uns zur Verfügung gestellt wurde, aber auch in der Vorstellung davon, wann ein Gespräch beendet werden konnte oder wie weit den einzelnen KlientInnen nachgelaufen werden mußte. Auch die Definitionen erfolgreicher Arbeit unterschieden sich und wurden in der täglichen Praxis deutlich erkennbar.

### ► Einzelfallhilfe vs. Serviceleistung

Häufig beendeten unsere Ärzte Gespräche zu einem Zeitpunkt, an dem die Sozialarbeiter des Projektes meinten, mit der Arbeit beginnen zu können. Umgekehrt beschwerten sich die Mediziner über die „Labertaschen“ aus der Sozialarbeit. Bei den Mitarbeitern aus der Drogenhilfe entstand das Gefühl, nichts erreicht zu haben, wenn sie die Arbeit im Crack-Street-Projekt in Relation zum „Spritzentausch“ in der Einrichtung oder zu Beginn der 90er Jahre auf der offenen Szene setzten. Dem Bewußtsein, „heute 547 Pum-

pen getauscht“ zu haben, entsprach das „fünf Leuten ‚Hallo‘ gesagt“ zu haben überhaupt nicht. Die Jugendhelfemitarbeiter stolperten immer wieder darüber, daß sie meinten, die hohen Ansprüche der Jugendhilfe auf die Einrichtungen der Drogenhilfe übertragen zu müssen.

Die intensive Zusammenarbeit auf der Straße ermöglichte es dem Team aber, diese Unterschiede und Gemeinsamkeiten so zu reflektieren, daß sich eine harmonische tragfähige Arbeitsebene entwickeln konnte. Der gemeinsame Wunsch, für die Klientinnen und Klienten positive Veränderungen zu erreichen, schuf eine tatsächlich interdisziplinäre Basis für dieses Projekt. Die Tatsache, daß wir alle unsere Voraussetzungen immer wieder überprüfen und einander vermitteln mußten, führte auch zu klareren Vorstellungen über die eigene Arbeit.

Sehr früh zeigte sich, daß eine wesentliche Anforderung der Zielgruppe des Projektes eine Form von Beziehungsarbeit notwendig machte. Jedwede positive Situationsveränderung setzte eine besondere Vertrauensbasis zu den Mitarbeitern des Projektes voraus. Erst wenn nicht nur ein Streetworkprojekt als Institution bekannt ist, sondern der einzelne Klient seine konkreten Erfahrungen mit einem bestimmten Mitarbeiter gemacht hat, läßt sich diese Basis herstellen. Auch die Persönlichkeit jedes Teammitglieds ist eine wesentliche Voraussetzung hierfür. So geschah es natürlich häufiger, daß einzelne Altkonsumenten aus individuellen Gründen ein besseres Verhältnis zu einem Mitarbeiter der Jugendhilfe oder ein Jugendlicher zu einem aus der Drogenhilfe hatten. Insbesondere in diesen Fällen kam es darauf an, die Kenntnisse aus den verschiedenen Arbeitsbereichen nutzbringend gemeinsam einzusetzen.

Sowohl für den fachlichen Austausch, als auch für die Möglichkeit des langfristigen Beziehungsaufbaus war es uns besonders wichtig, mit den gleichen MitarbeiterInnen möglichst über einen längeren Zeitraum mit

dieser Zielgruppe zu arbeiten. Entsprechend versuchten wir im Rahmen der Möglichkeiten eine personelle Kontinuität aufrecht zu erhalten.

### 3. Arbeitziele

Zentrales gemeinsames Ziel aller beteiligten MitarbeiterInnen ist die konkrete Verbesserung der Lebenssituation und des Gesundheitszustandes der von uns betreuten einzelnen Klientinnen und Klienten. Da wir Streetwork in der Straßenszene machen handelt es sich hierbei um Crack-KonsumentInnen, die in oder am Rande der Obdachlosigkeit leben und ihren Drogenkonsum in der Regel nicht kontrollieren können. Sozial integrierte Crack-KonsumentInnen sind über diesen Arbeitsansatz nur in Ausnahmefällen erreichbar, da sie sich auf der Szene höchstens mit ihrer Droge versorgen. Verbesserung der Lebenssituation heißt deshalb für unsere Zielgruppe zunächst, daß wir versuchen, Wege zur wenigstens minimalen Befriedigung der Grundbedürfnisse zu finden und aufzuzeigen. Hierzu zählen sowohl die medizinische Versorgung (etwa Verbandswechsel bei offenen Beinen, die Medikation etwa bei Lungenentzündungen etc.) auf der Straße (ansonsten die kurzfristige Begleitung zu Ambulanzen oder Fachärzten), die Versorgung jüngerer KlientInnen mit Essensgutscheinen für das Café Fix oder älterer KonsumentInnen mit Döner, Hamburger etc., die kurzfristige Vermittlung oder Begleitung zu den bestehenden Notübernachtungsmöglichkeiten und in begründeten Einzelfällen Geld für Tabak, Trinken, Fahrkarten etc.

Dabei ist uns klar, daß eine grundlegende Verbesserung der Situation nur außerhalb der Szene erreichbar ist. Bleibt der dauerhaft zentrale Lebensort das Bahnhofsviertel, können unsere „Versorgungsangebote“ nur eine kurzfristige Entlastung für die KlientInnen bringen. In einer Reihe von Fällen führt dieses hilflose Unterstützen aber längerfristig dazu, eine Basis für eine grundlegende Veränderungsbereitschaft zu schaffen. Diese kann durch (geringfügige) äußere Ereignisse angestoßen werden. Gerade dann ist es aber wichtig, ad hoc weitergehende Hilfen anbieten und diese Perspektive aufrechterhalten zu können. Dafür ist es notwendig, veränderungsbereite KlientInnen auch in Einrichtungen, JVA's, Krankenhäusern aufzusuchen und nicht darauf zu warten, daß sie erst wie-

der in die Szene zurückkehren. Hier wäre eine weitergehende Flexibilisierung der Hilfsangebote nützlich.

Im Bereich der Jugendhilfe ist der Weg aus der Szene heraus relativ leicht zu bewerkstelligen, da es verschiedenste Angebote hierfür gibt. Aber auch bei den älteren KonsumentInnen gibt es immer wieder die Möglichkeit, eine Entwicklung außerhalb der Szene anzustoßen. Hierzu ist eine sehr viel größere Anstrengung der betroffenen KonsumentInnen nötig, so daß häufig mehrere Anläufe gebraucht werden, um die von uns angestrebte Veränderung zu erreichen. Dies setzt die Offenheit der MitarbeiterInnen für die weitere Arbeit mit (zum Teil auch hoffnungslos erscheinenden) Fällen voraus. Die „mißlungenen“ Versuche sehen wir dabei als

einen Teil eines längeren Prozesses, der aus Fort- und Rückschritten besteht. Beides sind

notwendige Bestandteile und beide tragen im Endeffekt zu einem positiven Ergebnis bei.

## 4. Methode

Das Crack-Street-Projekt setzt sich aus einem multiprofessionellen Team zusammen. Das heißt Drogenhilfe, Medizin und Jugendhilfe sind gemeinsam, dreimal pro Woche, auf der Straße präsent. Durch die starke Präsenz auf der Straße, wie auch durch die unterschiedlichen Professionen können möglichst viele Menschen erreicht werden. Auch z.B. diejenigen, die aus dem Angebot der Einrichtungen der Drogenhilfe rausgefallen sind. Das Crack-Street-Projekt kann Hilfen von akuter Krisenintervention bis zur langfristigen Perspektivplanung leisten. Jeder Teil des Crack-Street-Projekt überblickt die Bandbreite eines bestimmten Angebotes und kann in dieses vermitteln. Die Jugendhilfe versorgt die Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Essensmärkchen für das Café Fix, Hotelunterbringungen, Überlebensgeld, Vermittlung in Entgiftung und in adäquate Einrichtungen der Jugendhilfe. Die Drogenhilfe ist für das ältere Klientel zuständig, vermittelt die Klienten in die Einrichtungen der Drogenhilfe, in Notschlafstellen, Entgiftungen und Therapieeinrichtungen. Durch die Medizin kann eine Erst-/ Notfallversorgung stattfinden, eine Vermittlung in allgemeinmedizinische und fachärztliche Behandlung, Aufnahme in die Substitutionsbehandlung.

Für den Großteil unseres Klientels reichen die bestehenden, reinen Service-Angebote nicht aus und das Konzept der Komm-Struktur funktioniert bei ihnen oft nicht. Für das primär Crack konsumierende Klientel kann die erwünschte Anbindung somit nicht immer erreicht werden. Wir sehen unsere Möglichkeiten in der nachlaufenden Arbeit, d.h. in der intensiven Betreuung und auch Auseinandersetzung mit der jeweiligen Person wie auch in der (langfristigen) Beziehungsarbeit.

Auf der Straße werden Kontakte hergestellt bzw. abgebrochene wieder aufgenommen, die in den Einrichtungen fortgeführt werden können. Wir haben einen kleinen Betrag als Handgeld mit dem wir dem Wunsch nach einem Päckchen Zigaretten, einer Kleinigkeit zu Essen, Fahrkarten, Hygieneartikeln etc. nachkommen können. Dieses Handgeld dient auch als Kontaktmittel. Weiter kann sehr rasch ein Schlafplatz für die Nacht in

den Einrichtungen der Drogenhilfe organisiert werden. Bei dem Wunsch nach einem Entgiftungsplatz werden KlientInnen von uns unterstützt. Sie haben auch die Möglichkeit, direkt von der Straße bei der jeweiligen Entgiftungsklinik anzurufen oder wir organisieren eine Fahrkarte dorthin bzw. bringen die KlientInnen persönlich hin, falls sie dazu alleine nicht in der Lage sind.

Durch die Anwesenheit der Ärzte ist erste medizinische Versorgung sofort und ohne jegliche Hürden möglich. Es können offene Wunden, Abszesse, Lungenentzündungen u.ä. behandelt werden. Dies geschieht in einem uns zur Verfügung stehenden szenenahen Behandlungsraum. Zusätzlich haben Klienten auch die Möglichkeit, sich auf HIV oder Hepatitis testen zu lassen. Auch bei dem Wunsch der oft politoxikomanen Patienten nach Methadonsubstitution findet eine Weitervermittlung statt.

Die Ärzte können auch direkt auf der Straße die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung feststellen und eine entsprechende Einweisung veranlassen. Anschließend besteht weiterhin im Krankenhaus die Möglichkeit, die KlientInnen im Rahmen des Crack-Street-Projekt zu betreuen. D.h. wir machen Krankenhausbesuche, bringen die notwendigen Artikel mit und motivieren den stationären Aufenthalt bis zur Ausheilung der Krankheit durchzuhalten. Ein Krankenhausaufenthalt zeigt sich oft als Wendepunkt und es können von dort aus weitere Hilfsmöglichkeiten eingeleitet werden.

Insbesondere bei den Crack-KonsumentInnen muß Hilfe „Jetzt und sofort“ geleistet werden. Oft kann nicht gewartet oder langfristig geplant werden. Wenn die Klientin etwas will und sich in einem ansprechbaren Zustand befindet, handeln wir sofort. Wird dieses Zeitfenster genutzt, kann eine Anbindung des Klienten erfolgen, die dann häufig zu einer perspektivisch, längerfristigen Beziehung führt. Dieses zeitnahe Handeln wird nur möglich, da wir als multiprofessionelles Team alle Hilfsangebote der verschiedenen Hilfesysteme überblicken und darauf Zugriff haben.

## 5. Kooperation

Es findet eine Kooperation mit den Einrichtungen der Drogenhilfe und Jugendhilfe statt. Besonders die Einrichtungen im Bahnhofsviertel sind ständige Anlaufpunkte während unserer Außertätigkeit. Neben unseren direkten Hilfsmöglichkeiten nutzen wir die vorhandenen Strukturen. Die Versorgung mit Essen, Schlafplätzen etc. kann nur durch die Zusammenarbeit mit den bestehenden Einrichtungen funktionieren. Die gute Zusammenarbeit ermöglicht es vielfach, Bedingungen und Voraussetzungen der Hilfsangebote den Erfordernissen der konkreten Probleme der KlientInnen anzupassen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist auch die Anwesenheit des Crack-Street-Projekt in der AG-Spitzenfälle. Hier werden besonders von Verelendung bedrohte bzw. schwierige, wie auch gewalttätige KonsumentInnen besprochen, die keine Anbindung an eine Einrichtung haben. In diesen Fällen besteht für das Crack-Street-Projekt die Möglichkeit, den Kontakt zu den KlientInnen aufzunehmen oder auch ad hoc Begleitung und Hilfe zu leisten.

## 6. Zielgruppenbeschreibung

Mit dem flächendeckenden Auftreten von Crack in der Frankfurter Szene geht insgesamt eine neue Dynamik aller mit Drogenszenen verbundenen Schwierigkeiten einher. Bei Opiatabhängigen gibt es Pausen, die durch die Befriedigung des Bedürfnisses nach der Droge eintreten. Ein weiteres „Nachlegen“ kann nur zur Überdosierung führen. Eine dem entsprechende „Sättigungsgrenze“ existiert für Crack nicht. Die KonsumentInnen von Crack sind dauerhaft auf der Suche nach der Droge. Die Szene und mittlerweile auch die Einrichtungen sind durch diese Veränderung geprägt.

Die Zielgruppe des Crack-Street-Projektes besteht aus Personen, die ihren Lebensraum am Frankfurter Hauptbahnhof in der Stra-

Benszene haben. Sie sind zwischen 14 und 60 Jahren alt. Praktisch die gesamte Zeit über sind diese Leute entweder mit dem Kon-

sum, dem Besorgen von Drogen oder dafür erforderlichen Geldmitteln beschäftigt. Ist Geld vorhanden, wird es im wesentlichen für Crack ausgegeben, ist Crack vorhanden, wird es konsumiert. Dadurch ist die Situation in der Szene mit einer permanenten Hektik und Streß verbunden. Dieser wird durch die massive Präsenz von Polizei und Ordnungskräften noch erhöht. Das gilt inzwischen nicht nur für die Situation auf der Straße, sondern setzt sich auch in den Einrichtungen der Drogenhilfe fort. Diese Dauerbelastungen erhöhen in Kombination mit der Wirkung von Crack das Aggressionspotential und eskalieren damit die Gesamtsituation.

Die CrackkonsumentInnen zeichnen sich vor allem dadurch aus, daß sie ständig unter Strom stehen und hochgradig agitiert sind. Das Gefühl für Tageszeiten oder Wochentage geht unter diesen Bedingungen vollkommen verloren. Die Wirkung der Droge reduziert die Wahrnehmung der eigenen Grundbedürfnisse, Hunger, Durst, Schlaf, auf ein Minimum. Das gängige Konsummuster führt bis zur vollständigen körperlichen und geistigen Erschöpfung. Es zeichnet sich dadurch aus, daß über mehrere Tage und Nächte ohne Unterbrechung konsumiert wird. Diese „runs“ können – je nach finanziellen Möglichkeiten – bis zu vier oder fünf Tagen dauern. Häufig werden CrackkonsumentInnen deshalb nach einem körperlichen Zusammenbruch in ein Krankenhaus gebracht. Nur ein kleiner Teil davon schafft es mit Unterstützung diese unfreiwillige Unterbrechung für eine grundlegende Veränderung zu nutzen. Der größere Teil kehrt in die Szene und damit den Kreislauf von Drogenbeschaffung und –konsum zurück.

Die Vernachlässigung der eigenen Grundbedürfnisse und die Zunahme der Risikobereitschaft führen zunehmend zu Infektionen (HIV, Hepatitis B und C, Tuberkulose, Lungenentzündungen) und Mangelerscheinungen (Anämien, Vitaminmangel etc.). Der körperliche Verfall erreicht oder übertrifft in vie-

len Einzelfällen die Dimensionen aus Zeiten der Taunusanlage Ende der 80er Jahre. Durch den Crack-Konsum kommt es häufig zu drogeninduzierten Psychosen und psychiatrischen Auffälligkeiten. Dies beschleunigt den körperlichen Verfall der KlientInnen und erschwert den Zugang zu ihnen. Aufgrund der desolaten Gesamtsituation sind auch die Begleiterscheinungen des illegalen intravenösen Drogenkonsums (Abszesse, Überdosierungen etc.) zunehmend problematisch. Krankenhäuser wehren sich häufig gegen die Aufnahme von Personen aus dieser Klientengruppe, da sie schwierig zu behandeln sind und Unruhe auf die Station bringen. Die formale Begründung dazu verweist meistens auf die theoretische Möglichkeit einer ambulanten Behandlung, die aber in der Regel nicht wahrgenommen wird.

Gleichzeitig werden von dieser Klientengruppe auch alle anderen Anforderungen weitgehend ignoriert. Das führt bei einem relativ großen Teil dazu, daß etwa Sozialhilfe nicht abgeholt wird, von den Behörden eingeforderte Gänge nicht erledigt werden und (Ausweis-)Papiere nicht vorhanden sind. Bei KonsumentInnen mit Pässen anderer Staaten führt das zu fehlenden oder unklaren Aufenthaltssituationen. Auch bei Deutschen sind häufig Finanzierung von Hilfen oder die Sicherung der Krankenversorgung unklar bzw. fehlen ganz.

Die desolote Gesamtsituation, gesundheitliche, physische, psychische und soziale Probleme führen dazu, daß die Möglichkeiten für eine Veränderung der Lebenssituation minimal sind. Häufig stellen Krankenhaus und Justizvollzugsanstalten die einzige kurzfristige Unterbrechung der Dynamik in der Szene dar. Eigene Vorstellungen über ein Leben jenseits der Straße werden kaum noch entwickelt. Von seiten des Hilfesystems können kaum adäquate Veränderungsangebote gemacht werden. Diese massive Perspektivlosigkeit schlägt sich im Umgang untereinander und im Verhältnis zu den Mitar-

beiterInnen der Drogenhilfe und Ordnungskräfte nieder. In Verbindung mit der erhöhten Wahrnehmungsfähigkeit durch den Kokain/Crack-Gebrauch, dem größeren Bewegungsdrang, dem vermehrten Vorkommen von psychotischem Erleben und dem permanenten Streß kommt es häufiger zu Aggressionsausbrüchen und Auseinandersetzungen. (Persönliche) Grenzen werden weniger eingehalten und nur noch im direkten Kontakt wahrgenommen. Wertvorstellungen und Normen untereinander und gegenüber den MitarbeiterInnen in den Einrichtungen verschwimmen zunehmend oder verschwinden ganz.

Diese Situation führt dazu, daß in den Einrichtungen der Drogenhilfe zunehmend Hausverbote ausgesprochen werden. Dadurch verringern sich die dortigen sozialarbeiterischen Hilfsangebote und reduzieren sich häufig auf die (wenigen) Grundversorgungsangebote. Versorgungsangebote werden von den KonsumentInnen mittlerweile als das genutzt, was sie sind, als eine Dienstleistung ohne verbindliche Auswirkungen. Damit bieten sie aber kaum noch die Möglichkeit, eine tragfähige Beziehung aufzubauen, die gerade bei dieser Zielgruppe eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Veränderung ist.

## 7. Der Wandel der Frankfurter Straßenszene

**Als wir vor sechs Jahren die Arbeit unsres Projekts begonnen haben, gab es im Bahnhofsbereich eine große Heroinszene und eine deutlich kleinere Crack-Szene, diese waren auch räumlich von einander getrennt. Überschneidungen waren kaum vorhanden, Crack galt auch unter den polyvalenten Heroingebrauchern als besonders gefährlich und schwer kontrollierbar.**

In den letzten 6 Jahren ist es zu einschneidenden Veränderungen gekommen. Beide Szenen sind miteinander verschmolzen, es gibt so gut wie keine reinen Opiatabhängigen mehr, Crack ist für viele Drogengebraucher Präferenzdroge Nummer 1. Die Folgen sind gravierende Veränderungen in der Szene, sowohl auf der Straße, als auch innerhalb der Hilfseinrichtungen. Wir weisen seit längerer Zeit darauf hin, daß ein Teil unserer KlientInnen massive Verleundungs- und Verwahrlosungstendenzen aufweist, in der Regel als Folge von zeitweise exzessivem Crackgebrauch. Diese Klienten haben zu den Einrichtungen der Drogenhilfe, zum Teil auf Grund von drogeninduzierten psychischen Auffälligkeiten nur eine eingeschränkte oder überhaupt keine Anbindung. Vor und in den Einrichtungen,

bzw. im Bereich des Bahnhofsviertels, die Orte an denen sie sich derzeit aufhalten, sind sie unerwünscht und werden durch Polizei oder Sicherheitsdienste vertrieben. Da Crack sich mittlerweile innerhalb der Straßenszene als eine der Hauptdrogen etabliert hat, wird die Zahl der problematischen Klienten weiter steigen. Somit werden sich auch die derzeit schon massiven Probleme weiter verschärfen. Das Klima innerhalb der Straßenszene ist zunehmend von Gewalt und Vertreibungsdruck geprägt. Bei der Diskussion sollte allerdings beachtet werden, daß der Anteil der hoch problematischen und/oder extrem aggressiven Drogenabhängigen eine deutliche Minderheit auf der Szene darstellt. Im Laufe der letzten Jahre läßt sich aber eine deutlich steigende Tendenz feststellen. Unterschiedli-

che Konsummuster und eine Reihe anderer Faktoren, z.B. Persönlichkeit, soziale Situationen, führen zu sehr unterschiedlichen Entwicklungen. Eine pauschale Beurteilung

von Crack- Rauchern als psychotisch, aggressive und „unkontrollierte“ Drogengebraucher sollte einer differenzierteren Betrachtungsweise weichen.

## 8. Verlagerung der Szene in das Stadtgebiet und daraus folgende Veränderung unserer Arbeit

Im Lauf des Jahres 2003 ist die Straßenszene zunehmend räumlich flexibler geworden. Die Aktivitäten verteilen sich inzwischen auf das gesamte Stadtgebiet. Ein Schwerpunkt ist der Bereich innerhalb des Anlagenrings, insbesondere zwischen Konstabler-, Hauptwache und Römer. Es kommt zu Ansammlungen an den Orten, an denen Dealer vermutet werden, die sich zum Teil nur kurzzeitig zum Teil aber auch über längere Zeiträume an den verschiedenen Plätzen aufhalten. Die konkreten Stellen sind dabei variabel und wechseln je nach Polizei- und Dealeraufkommen. Die Verlagerung auch bei den Dealern führt dazu, daß Crack und andere Drogen zumindest phasenweise in allen Stadtteilen erhältlich sind. Gleichzeitig gibt es Tendenzen zur Privatisierung in weniger öffentlichen Räumen. KonsumentInnen halten sich immer wieder für mehrere Tage kaum noch an den gewohnten Orten im Bahnhofsbereich auf. Immer wieder sind KlientInnen, bei denen wichtige Termine oder Arztbesuche anstehen, für Tage oder Wochen nicht mehr an den üblichen Punkten im Bahnhofsbereich zu erreichen.

Der Aufenthalt in privaten Wohnungen und die Versorgungsmöglichkeit auch außerhalb des Bahnhofsbereichs macht es – im Gegensatz zu vor einem Jahr – vielfach nicht mehr notwendig, das Viertel aufzusuchen. Bisher war klar gewesen, daß unsere KlientInnen nach dem Einkauf schnell wieder das Bahnhofsviertel aufsuchen. KonsumentInnen, die über einen längeren Zeitraum im Bahnhofsbereich nicht anzutreffen waren, hatten eine relative Distanz zur Szene gewonnen und ihre Lebenssituation in der Regel deutlich verbessert. Diese Annahme trifft inzwischen so nicht mehr zu. Vielmehr kann ein massiver Absturz und exzessiver Konsum mit dem Verschwinden aus der Bahnhofsszene verbunden sein.

Die Veränderung führte dazu, daß wir unsere KlientInnen an den verschiedensten Stellen

außerhalb des Bahnhofsbereiches suchen mußten. Im Juni 2003 beschlossen wir als Reaktion auf das veränderte Verhalten der Szene zunächst wöchentlich den Bereich um das Sozialamt in der Berliner Straße aufzusuchen. Die Auswertung der Erfahrungen hiermit im September 2003 führte dazu, daß wir nunmehr regelmäßig den Bereich zwischen Berliner Straße und Hauptwache aufsuchen. Die Zahl der Crack-KonsumentInnen, die wir dort antreffen, hat bis zum Beginn des Jahres 2004 weiter zugenommen. Vereinzelt suchen wir KlientInnen auch an anderen Orten des Stadtgebietes auf. Die Schwierigkeit besteht aber darin, daß diese Orte nur vorübergehend und zu unterschiedlichen Zeiten frequentiert werden. Wir sind deshalb inzwischen gezwungen, einen großen Teil unserer gemeinsamen Arbeitszeit

auch außerhalb des Bahnhofsviertels zu verbringen, um begonnene Veränderungsprozesse weiter voran zu treiben.

Die Kombination aus phasenweise verstärkter Repression und auf Grund der Kürzungen dauerhaft verringerten Hilfeangeboten erschwert im Moment deutlich die Möglichkeiten auch des Crack-Street-Projektes zur Veränderung der Lebenssituation einzelner KonsumentInnen. Dabei fallen insbesondere diejenigen KlientInnen durch die Raster des Hilfesystems, die schon vorher kaum zu erreichen waren, da sie beispielsweise in allen Einrichtungen Hausverbot hatten. Die Anwe-

senheit dieser Personen in den anderen Bereichen der Stadt scheint bisher kein besonderes Problem darzustellen. Weder von politischer, noch von polizeilicher Seite wird diese Entwicklung problematisiert, da es zu keinen klassischen Szeneansammlungen kommt. Das vermehrte Auftreten von KonsumentInnen an den verschiedensten Stellen im Stadtgebiet scheint solange toleriert zu werden, wie diese keine Spritzen hinterlassen und durchgehend in Bewegung bleiben. Für eine positive Veränderung der konkreten Lebenssituation Einzelner stellt diese Veränderung aber ein zentrales Problem dar.

## 9. Geschlechtsspezifische Aspekte und Schwangere

**Verhalten und Auffälligkeit bei Mädchen/Frauen und Jungen/Männern unterscheiden sich sehr. Mädchen und Frauen sind oft Einzelgängerinnen. Jungen und Männer hingegen stabilisieren sich eher in Gruppen. Sie erfahren dadurch noch einen Rückhalt oder werden, wenn auch im negativen Sinn, wahrgenommen. Mädchen und Frauen verhalten sich eher sozial unauffällig und fallen dadurch durch bestehende Hilfesysteme.**

### ► Frauen und Drogenkonsum allgemein

Wenn man Aggressionen bei Mädchen/Frauen und Jungen/Männern vergleicht, fällt auf, daß Jungen/Männer ihre Aggressionen eher nach außen richten und gegenüber anderen gewalttätig werden. Mädchen/Frauen neigen im Gegensatz dazu, ihre Aggressionen gegen den eigenen Körper zu richten. Sichtbar wird dies an hauptsächlich weiblichen Krankheiten wie Bulimie und Magersucht. Weiteres selbstverletzendes Verhalten wie „Ritzen“ scheint primär ein weibliches Phänomen zu sein. Wir gehen davon aus, daß weibliche Konsumentinnen früher mit dem intravenösen Drogenkonsum als ihre Altersgenossen

beginnen. Die Hemmschwelle, sich mit der Nadel zu „verletzen“, scheint hier deutlich niedriger zu liegen. Auch ist nach unserer Wahrnehmung die Intensität des Drogenkonsums oft viel größer als bei Jungen/Männern. Mädchen erleben oft eine starke Abhängigkeit in der Familie z.B. einen sehr dominanten Vater. Dies setzt sich in ihrem außerfamiliären Kontext fort und sie suchen sich wieder eine dominante Person. Insbesondere diese Mädchen haben auch oft Kontakte zu älteren Jungen/Männern und kommen so auch früher in Kontakt mit Drogen. Mädchen, die in ihrer Familie eine dominante Person erlebt haben, suchen sich häufig auch in der Szene, einer ihnen fremde Situation, eine dominante Person (auch Zuhälter). Ihr Selbstbewußtsein wie auch ihr Körperbewußtsein

wurde oft durch Gewalterfahrungen und sexuellen Mißbrauch beschädigt.

### ► Anteil und Alter der Mädchen/Frauen in der Szene

Die Anzahl der weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist überproportional hoch. Bei den älteren KonsumentInnen überwiegt der männliche Teil deutlich.

### ► Status

Weibliche Drogenkonsumenten werden weit- aus stärker stigmatisiert als männliche, so der Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU. Wir sehen diese Stigmatisierung nicht nur von „außen“, also von gesellschaftlicher Seite, sondern auch innerhalb der Szene selbst, von Freiern wie auch von den männlichen Drogenkonsumenten. Sie werden sozusagen mehrfach stigmatisiert. Es zeigt sich in unserer Arbeit, daß Frauen auch in der Szene stärker der Gewalt von Männern ausgesetzt sind.

### ► Finanzierung

Der Drogenkonsum der Mädchen/Frauen wird fast ausschließlich über die Prostitution finanziert. Jungen/Männer finanzieren sich häufiger über Kleinkriminalität, dealen und Service<sup>2</sup> und weniger über Prostitution. Insbesondere die drogenkonsumierenden Mädchen und Frauen sind besonders gewalttätigen Freiern ausgesetzt und von Vergewaltigung bedroht. Inzwischen locken Freier oft mit „Steinen“ und anderen Naturalien. Diese können die Versorgung mit Drogen, Kleidung, Wohnraum etc. beinhalten. Befinden sich die Mädchen/Frauen in sehr desolaten Zuständen haben sie kaum noch die Möglichkeit an Geld zu kommen und lassen sich

oft auch auf unsichere Deals ein. Das „sichere“ Anschaffen wird meist zweitrangig. Massiv Crack konsumierende Mädchen/Frauen lassen sich oft auf Druck der Freier auf ungeschützten Geschlechtsverkehr ohne Kondome ein und setzen sich dadurch einem hohen Infektionsrisiko aus (HIV, Hepatitis, diverse Geschlechtskrankheiten). Ähnliches gilt für sich prostituierende (Stricher)Jungen. Diese sind in unserem Arbeitsfeld jedoch deutlich unterrepräsentiert.

### ► Schwangerschaft

Durch den Drogenkonsum ist der weibliche Zyklus meist gestört. Die Periode kommt nicht mehr regelmäßig oder bleibt über einen längeren Zeitraum aus. Durch den Streß der Straße und den extremen Drogenkonsum geht das Gefühl für den eigenen Körper völlig verloren. Der enorme Suchtdruck und die allgemeine desolante Situation machen eine Verhütung zweitrangig bzw. kaum durchführbar. Das führt dazu, daß in der Szene immer wieder Frauen schwanger werden. Die Frauen sind geprägt von Schuldgefühlen und starken Ängsten. Für die Frauen, die auf der Szene leben und schwanger werden, gibt es kaum Hilfsmöglichkeiten. Sie sind trotz ihrer Schwangerschaft den Widrigkeiten der Straße ausgesetzt. Oft gehen sie weiterhin an-schaffen, um Geld zu verdienen.

Diese Frauen finden unterschiedliche Wege, mit der Schwangerschaft umzugehen. Meist wird die Schwangerschaft sehr spät oder gar nicht erkannt, weil die Anzeichen dafür anders gedeutet oder völlig verdrängt werden. Die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs kommt häufig nicht in Betracht, da die Schwangerschaft zu weit fortgeschritten ist. Manche Frauen verknüpfen ihre Schwangerschaft mit dem Wunsch nach einem geordneten Leben und sehen ihren Traum einer glücklichen Familie Wirklichkeit werden. Das werdende Kind motiviert zu einem Ausstieg und es kann sich ein Wendepunkt ergeben.

---

<sup>2</sup> Service: ist ein Angebot von Drogenkonsumenten an Drogenkonsumenten, sich die Droge aufkochen, dosieren und injizieren zu lassen. Der/Die Service-Mann/ Frau bekommt eine materielle Gegenleistung in Form von Geld oder Drogen.

Die Suche nach Essen, Hilfe, einem Dach über dem Kopf, die Suche nach einer Entgiftungsmöglichkeit und der Wunsch nach Veränderung besteht. Hier wäre ein Ansatzpunkt gegeben, der oft an der fehlenden Flexibilität der bestehenden Hilfsmöglichkeiten scheitert.

Trotz der engen Kooperation mit der Einrichtung für schwangere und für sich prostituierende Drogenkonsumentinnen („Lichtblick“ und „hotline“) bleiben weiterhin entscheidende Versorgungslücken. Im folgenden erläutern wir anhand von verschiedenen Hilfsangeboten deren Defizite in der Betreuung von drogenkonsumierenden Schwangeren..

## ÜBERNACHTUNGSMÖGLICHKEITEN

Es existiert kein Wohnraum für Schwangere. In den Einrichtungen der Drogenhilfe gibt es wenig Schlafplätze für Frauen im allgemeinen, für Schwangere existieren keine adäquaten Übernachtungsmöglichkeiten.

## ÄRZTLICHE ANBINDUNG

Die meisten Gynäkologen in Frankfurt sind nicht bereit, eine drogenkonsumierende Frau zu untersuchen und zu betreuen. Deswegen können die wichtigen, regelmäßigen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen werden. Bei einer zusätzlich bestehenden HIV-Infektion der Frau ist eine gynäkologische Betreuung besonders wichtig, um die Möglichkeit einer Infektionsübertragung auf das Kind zu reduzieren. Ohne medizinische Maßnahmen liegt das Übertragungsrisiko bei ca. 20 %, mit der Ausschöpfung aller Möglichkeiten kann das Transmissionsrisiko<sup>3</sup> auf unter 2% gesenkt werden.

Das Gesundheitsamt ist zwar bereit, diese Frauen zu untersuchen und kann eine Schwangerschaftsfeststellung machen, je-

doch bestehen dort die Möglichkeiten der Schwangerschaftskontrolle und der Vorsorgeuntersuchungen nicht.

Die bestehende Schwangerschaft ist zwar eine Indikation für die Methadon-Substitution, jedoch gibt es für die primär Crack-konsumierenden Frauen oder nur sporadisch Heroin-konsumierenden Frauen keine Substitutionsmöglichkeit.

Es ist sehr schwierig einen schnellen und passenden Entgiftungsplatz für schwangere Frauen zu finden. Die Möglichkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts bei auftretenden Problemen oder direkt nach einer Entgiftung stellt sich schwierig dar, da sich die Krankenhäuser gerade bei drogenabhängigen Frauen weigern, diese aufzunehmen. Es können meist nur Krankenhäuser für die Geburt in Betracht kommen, an die eine Kinderklinik angeschlossen ist, da die Säuglinge meist nach der Geburt entzügig sind. In Frankfurt sind dies die Kliniken Höchst und die Uni-Klinik Frankfurt.

Bei einer schwangeren Frau, die fortgesetzt Drogen konsumiert und /oder HIV- infiziert ist und die Möglichkeiten der bestehenden Hilfen nicht annimmt oder nicht annehmen kann, besteht als ultima ratio die Zwangseinweisung wegen Fremdgefährdung des Ungeborenen. Dies setzt eine sehr genaue Planung voraus, die mit Polizei und der ausgewählten Einrichtung abgesprochen werden muss. Sollte diese Zwangseinweisung jedoch scheitern, kann sich diese Maßnahme sehr kontraproduktiv auf die weitere Zusammenarbeit mit der Klientin auswirken. Ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Aspekt, einer fehlgeschlagenen Zwangseinweisung, sind die Auswirkungen auf andere schwangere Frauen in der Szene. Somit sollte die Zwangseinweisung als sehr sensibles Instrument betrachtet werden. Darauf hinzuwirken kann nicht unser Ziel sein. Unser Schwerpunkt sollte auf Unterstützung und nicht auf Repressalien liegen.

<sup>3</sup> Transmissionsrisiko: Übertragungsrisiko

Aufgrund von vorangegangenen negativen Erfahrungen ist der Kontakt zum Jugendamt meist angstbesetzt. Oft haben die Frauen schon ein Kind, das bei einer Pflegefamilie lebt und möchten diese Erfahrung nicht nochmals machen. So scheuen sie jeglichen Kontakt mit dem Jugendamt, das in ihrer Wahrnehmung keine unterstützende Funktion hat, sondern nur als intervenierende Behörde gesehen wird. Deshalb werden Hilfsangebote des Jugendamtes oft nicht wahrgenommen, obwohl eine Zuständigkeit des Jugendamtes für das werdende Kind spätestens ab dem 8. Monat nach § 19 KJHG besteht.

Familiäre/freundschaftliche Kontakte

Der Vater/Partner sollte mit einbezogen werden. In vielen Fällen wird er aus den Einrich-

tungen ausgeschlossen, obwohl er für die Betroffene häufig der letzte Halt ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass schwangere Frauen oft aus dem bestehenden Hilffsystem ausgegrenzt werden. Keine Einrichtung will sich diese Verantwortung zuziehen bzw. kann diese nicht tragen. Es besteht weder eine Anbindung an die Drogenhilfe, noch an Medizin oder Jugendhilfe. Somit werden diese Frauen durch die bestehenden Hilfsmöglichkeiten häufig nicht erreicht. Deshalb wäre es für die Straßensozialarbeit notwendig, ein flexibles Netzwerk zu konstruieren, in dessen Angebote die Frauen ankommen. Von diesen Angeboten wünschen wir uns, dass sie für die Frauen schnell und unbürokratisch zugänglich sind.

## 10. Mögliche Anregungen für das bestehende Hilffsystem aus unserer Sicht

In den letzten 10 Jahren hat die Drogenhilfe eine Menge erreicht. Die Todeszahlen sind von deutlich über 100 Menschen pro Jahr auf weit unter 50 gesunken. Das ist vor allem auf Versorgungsangebote (Methadonvergabe, Spritzentausch, Konsumräume, Notschlafstellen und sonstige medizinische Versorgung) zurückzuführen, die im letzten Jahrzehnt auf- und ausgebaut wurden. Gleichzeitig hat sich das Angebot der verschiedenen Träger der Drogenhilfe stabilisiert und einander angenähert. In der praktischen Arbeit ist die Notwendigkeit von niedrigschwelligen Angeboten vollkommen unumstritten. Das ist ein entscheidender Fortschritt gegenüber der in den 80ern üblichen Diskussionen über Abstinenzorientierung, therapeutische Ketten oder akzeptierende Ansätze. Auch dass die Vergabe von Heroin an Schwerstabhängige jetzt tatsächlich angegangen wird, ist ein Ergebnis dieser Normalisierung. Dabei werden Angebote für eine Vielzahl von DrogenkonsumentInnen gemacht, die Versorgung der „großen Zahl“ ist das zentrale Ziel.

Im Folgenden stellen wir aus unserer Erfahrung im Crack-Street-Projekt einige stichpunktartige Veränderungs- und Ergänzungsvorschläge für das bestehende Angebot der Drogenhilfe dar.

**Flexibilität:** auch die weiterführenden Angebote der Drogenhilfe wie z.B. Entgiftungen und betreute Wohngemeinschaften sollten flexibler reagieren, etwa bezüglich der Aufnahmemodalitäten aber auch der Hausregeln. Diese sind aus unserer Sicht zu wenig an den Kompetenzen und Ressourcen der häufig auf der Straße lebenden KlientInnen orientiert.

**Nachlaufende Arbeit:** Ein wesentlicher Aspekt der Arbeit im Crack-Street-Projekt ist die nachlaufende Arbeit. Auch für die MitarbeiterInnen in den Kontaktläden und Konsumräumen in der Frankfurter Szene wäre ein größerer Freiraum zur Begleitung ihrer KlientInnen auch außerhalb der Einrichtungen wünschenswert.

**Einzelfallorientierung:** Die Arbeit im Crack-Street-Projekt zeigt immer wieder deutlich, wie wichtig die persönliche Beziehungsebene der MitarbeiterInnen zu den einzelnen KlientInnen ist. Gerade bei Crackabhängigen spielt dieses Vertrauen zur Bezugsperson für die Entwicklung von Perspektiven eine ent-

scheidende Rolle. In den Einrichtungen kommt dieser Ansatz häufig zu kurz.

**Krankenhaus und Strafvollzug als Chance:** Viele KlientInnen verlassen die Szene unfreiwillig in Richtung Krankenhaus oder Strafvollzug. Leider gibt es keine Möglichkeit sie nach dieser „Form“ der Entgiftung außerhalb der Szene unterzubringen. Eine Wohnmöglichkeit die hier ansetzt, und je nach persönlicher Situation, Wege und Möglichkeiten zur Integration erschließt, wäre eine sinnvolle Alternative zur „automatischen“ Rückkehr in die Szene.

**Neue Ausstiegsangebote:** Durch die Zunahme des Crack-Konsums ist bei Ausstiegsszenarien die Schaffung einer Distanz zur Straßenszene oft wichtiger als der körperliche Entzug. Leider sind die meisten Angebote aber auf die Bedürfnisse von Heroingebrauchern konzipiert. Hier neue Wege anzubieten z.B. Entgiftungsfreizeiten, sollte überdacht und ausprobiert werden.

## 11. Wirkungsweise und Stoffkunde

Bis Mitte der 90er Jahre wurde Kokain in der Frankfurter Drogenszene wie Heroin vor allem intravenös konsumiert. Im Unterschied zum Schnupfen treten die erhofften Wirkungen des Kokains beim Spritzen sicherer, stärker und schneller ein. Als Crack in Frankfurt auftauchte, waren die abschreckenden Bilder von unmotiviert aggressiven und vollständig verelendeten Crack-Rauchern in den USA längst bekannt. Daß sich der neue Stoff dennoch bei unterschiedlichen Konsumentengruppen durchgesetzt hat, ist wesentlich auf zwei Gründe zurückzuführen: Langjährigen DrogenkonsumentInnen, die Kokain vorher bereits – oft auch in Cocktails aus Kokain, Heroin und aufgelösten Medikamenten – gespritzt hatten, bot Crack den Vorteil, viel billiger zu sein als das relativ teure Kokain. Junge KonsumentInnen ohne lange Drogenkarriere konnten dagegen mit Crack die Hemmschwelle zum Spritzen des Suchtstoffs umgehen. Crack verschaffte ihnen beim Rauchen den gleichen „Kick“ wie der intravenöse Konsum, ohne sichtbare Einstichstellen.

Kokain wirkt auf das zentrale Nervensystem, dort behindert es den Abbauprozess von Dopamin, der Ausgangssubstanz der Hormone Adrenalin und Noadrenalin. Kokainkonsum kann Stimmungsaufhellung bewirken, Selbstvertrauen steigern, das Redebedürfnis erhöhen, sowie Bewegungsdrang und Sinesindrücke erheblich verstärken. Körperlich sind eine Verengung der Blutgefäße, geweitete Pupillen, erhöhte Temperatur, beschleunigter Puls und erhöhter Blutdruck die Folge. Für die Dauer der euphorisierenden Wirkung von Kokain kommt es zu einer Hyperstimulation, die die Ermüdung verzögert und die Realitätswahrnehmung herabsetzt. Je schneller das Kokain vom Körper aufgenommen wird, desto kürzer ist die Wirkung. Bei der Aufnahme durch die Nase kann die Wirkung 15 bis 30 Minuten dauern. Beim Rauchen hält sie höchstens 5 bis 10 Minuten an. Über die Lunge gelangt der Wirkstoff sehr viel schneller ins Gehirn, wirkt dort aber intensiver.

► Crack ist rauchbar gemachtes Kokain

Der Siedepunkt von Kokain, genauer von Kokainhydrochlorid, liegt bei 230 Grad Celsius, es läßt sich also in seiner gängigen Form

nicht rauchen. Um Kokain rauchbar zu machen, muss in einem chemischen Prozess der Salzsäureanteil des Kokainhydrochlorids abgespalten werden. Wird dafür Ammonium oder Äther benutzt, entsteht sogenanntes „Freebase“. Das in einem mit Explosionsgefahr verbundenen Herstellungsprozess entstehende Freebase stellt im Gegensatz zu Crack von Streckmitteln und Unreinheiten

**Kokain:**  $C_{17}H_{21}NO_4$ , eine Substanz, welche vor allem in Lateinamerika angebaut und synthetisiert wird. Ausgangsstoff sind die Blätter der Kokapflanze. 1860 gelang es erstmalig Albert Niemann (Firma Merck, Darmstadt) chemisch reines Kokain zu isolieren. Bis zum heutigen Tag ist die synthetische Herstellung von Kokain nicht möglich.

**Konsumform/Applikationsform:** Die Aufnahme von Kokain in den Körper ist auf verschiedene Weisen möglich. Dies ist abhängig von der vorliegenden Form des Kokains und hat dann Einfluß auf:

1. Einsetzen der Wirkung
2. Dauer der Wirkung
3. Intensität der Wirkung
  - I. Nasal: Übliche Dosis ca. 25 mg, wie aus Filmen bekannt, klein hacken mit Rasierklinge und über ein Röhrchen in die Nase ziehen. Der Wirkstoff wird über die Nasenschleimhäute absorbiert. Relativ langsames Anfluten und einsetzen der Wirkung (15 bis 20 Minuten). Der Ausnutzungsgrad ist gering, nur ein kleiner Teil der Substanz erreicht das Gehirn (Diese Konsumform spielt bei unseren schwerstabhängigen Patienten keine Rolle).
  - II. I.v.- Konsum: Kokain wird mit Wasser aufgeköcht und per Spritzenbesteck in die Vene injiziert. Schnelles Anfluten im Gehirn nach ca. 20 Sekunden. Häufig kombiniert mit anderen Drogen, z.B. Heroin oder Benzodiazepine, zu sogenannten „Cocktails“. Die Wirkung ist ein vielfaches stärker als beim nasal Gebrauch.

Fortsetzung auf der nächsten Seite

weitgehend freies Kokainalkaloid dar. Wird Kokain mit Bicarbonat (Backpulver) und Wasser aufgeköcht bis das Wasser verdunstet bilden sich Klumpen, die als „Steine“ oder „rocks“ bezeichnet werden und weiter alle vorherigen Verunreinigungen enthalten. Die Unterscheidung zwischen Crack und Freebase spielt in der Frankfurter Szene fast keine Rolle.

► Risiko

Crackkonsum erhöht die Risiken des Kokainmißbrauchs noch einmal um ein Vielfaches.

Müdigkeit oder auch ernste körperliche Beschwerden spielen keine Rolle. Erst der völlige körperliche Zusammenbruch und eine plötzlich auftretende extreme Müdigkeit ver-

III. Rauchen: Kokainhydrochlorid ist in dieser Form nicht zu rauchen. Hier ist es notwendig, das Kokain chemisch in eine andere Form zu überführen.  
 Freebase: In einem mit Explosionsgefahr verbundenen Herstellungsprozeß wird Kokainhydrochlorid mit Ammoniak oder Äther aufbereitet und in eine basische Form überführt. Das Ergebnis ist ein nicht sehr stabiles weitgehend freies Kokainalkaloid. Diese Form spielt auf der Straße keine große Rolle.  
 Crack: Wird hingegen Kokainhydrochlorid mit Bicarbonat (Backpulver) versetzt und mit Wasser aufgeköcht, so entsteht eine kleine bräunliche Kristallform – die sogenannten Steine. Diese Form ist einfach herzustellen, stabil, leicht zu handhaben und zu handeln. Konsumiert werden diese „Steine“ in speziellen kleinen Metall- oder Glaspfeifen. Ein versetzen mit Tabak ist nicht sinnvoll. Es werden beim Rauchen hohe Temperaturen (bis 200 Grad) benötigt, um die Aufnahme des Kokains in der Lunge möglich zu machen. Hierbei entsteht ein typisches Knacken und Krachen, das dem „Crack“ den Namen gab.

Der Wirkungseintritt beim Rauchen ist noch schneller als bei der i.v.-Injektion. Innerhalb weniger Sekunden ist das Kokain im Gehirn präsent. Dieses schnelle Anfluten im Gehirn ist auch für die extrem starke Wirkung von Crack verantwortlich. Die Wirkung hält allerdings nur wenige Augenblicke an.

Wirkweise: Kokain / Crack wirkt auf die Botenstoffe (Neurotransmitter) im zentralen Nervensystem. Hierbei kommt es zu einer Stimulation des Gehirns mit Steigerung der Aktivität, Euphorisierung, Glückgefühl, Überschätzung der eigenen Leistungsstärke, Stimmungsaufhellung, Unterdrückung von Hunger- und Durstgefühl, Öffnung gegenüber Sinneseindrücken, gesteigertes Interesse an Sex u.a.

**Gefahren:**

Neben Depressionen kann Crackkonsum vermehrt Ängste hervorrufen. Die psychiatrischen Krankheitsbilder sind vielfältig. Psychose oder akute Paranoia sind immer häufiger zu beobachten. Die Gefahr für epileptische Anfälle steigt an. Die Risikobereitschaft bei sexuellen Aktivitäten nimmt zu (Übertragung von HIV und sexuellen Erkrankungen).

anlaßt viele Crack-User zur kurzfristigen Unterbrechung ihres Konsums.

Zu den weit verbreiteten Auswirkungen gehört eine stark erhöhte Reizbarkeit, die zu unkalkulierbaren Aggressionsanfällen führen kann. Allgemein werden die Konsequenzen des eigenen Handelns für sich selbst und andere kaum noch berücksichtigt. Neben schweren Depressionen kann Crackkonsum Ängste hervorrufen, die sich bis zur Paranoia, zum Verfolgungswahn, oder zur Psychose steigern können. Einige KonsumentInnen entwickeln bestimmte Verhaltensmuster, die sie unablässig wiederholen. Körperlich spürbare Halluzinationen von unter der Haut kriechenden Insekten können auftreten und dazu führen, dass die Haut an

Sofort nach dem Ende des Crack-Rausches, als 5 bis 10 Minuten nach dem Rauchen, setzt eine oft heftige depressive Verstimmung ein. Um ihr zu entgehen setzt das hektische Bemühen, sich Geld und einem neuen „Stein“ zu beschaffen, ein. Essen, Trinken,

Armen und Beinen tiefgehend aufgekratzt wird. Auf die Dauer verschlechtert sich der gesamte Gesundheitszustand erheblich. Eine Vergiftung mit Crack kann zu Krampfanfällen, Bewußtlosigkeit, Atemstillstand und zu Herz-Kreislaufversagen führen.

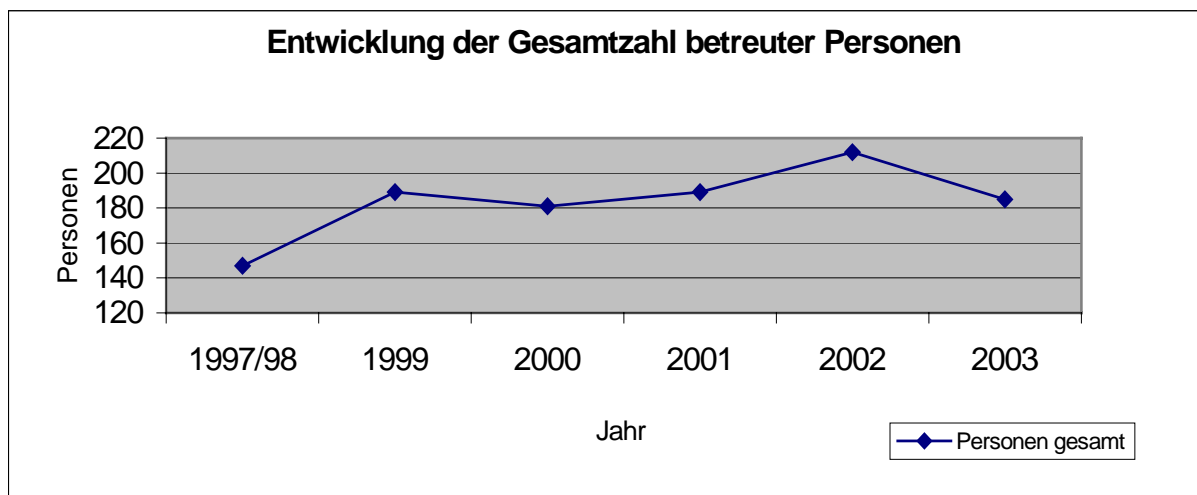
## 12. Statistik

### Crack-Street-Projekt in Zahlen für das Jahr 2003

Im Folgenden werden die Zahlen der KlientInnen für das Kalenderjahr 2003 dargestellt. Die Veränderungen gegenüber dem Vorjahr sind nicht allzu gravierend, so daß wir die Entwicklung im Verlauf des Projektes nur bei einzelnen Aspekten grafisch kurz zusammenfassen. Der geringfügige Rückgang an verschiedenen Punkten ist auf die veränderten Bedingungen in der Szene zurückzuführen. Der verschlechterte medizinische, soziale und psychische Gesamtzustand der Klientel sorgt dafür, daß die Prozesse länger dauern und Hilfen mit mehr Aufwand eingeleitet werden müssen.

### Sozialarbeiterischer Bereich

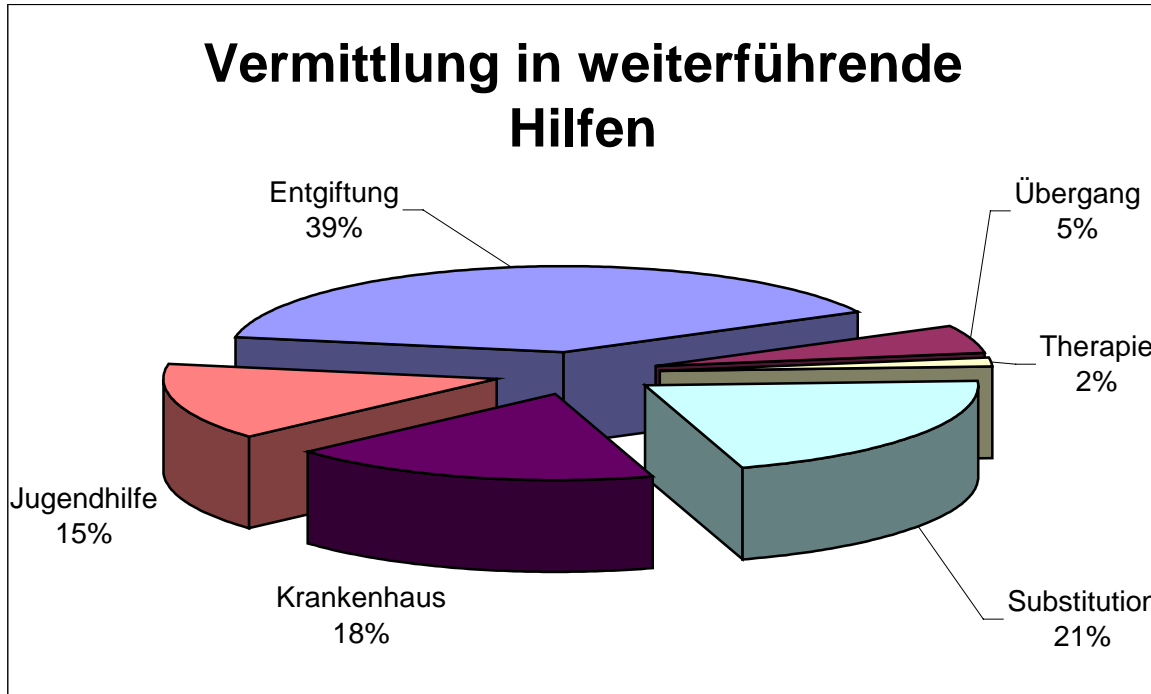
► Klienten gesamt 185



	1997/98	1999	2000	2001	2002	2003
Personen gesamt	147	189	181	189	212	185

Begleitung zu Ämtern	299
Vermittlung in Entgiftungsbehandlung	68
Vermittlung in Übergangseinrichtungen	9
Vermittlung in Therapie	3
Vermittlung in Betreute Wohngemeinschaft	/
Vermittlung in Substitution	36
Psychosoziale Substitutionsbetreuung	/
Vermittlung in Krankenhäuser	31
Vermittlung in stationäre Jugendhilfe	25
Vermittlung in eigenen Wohnraum	/
Vermittlung in ausländerrechtliche Beratung	16

Rückführung	18
Besuch in JVA	24
Elterngespräche	27
Prozessbegleitung	12
Essensgutscheine <sup>3</sup>	1428



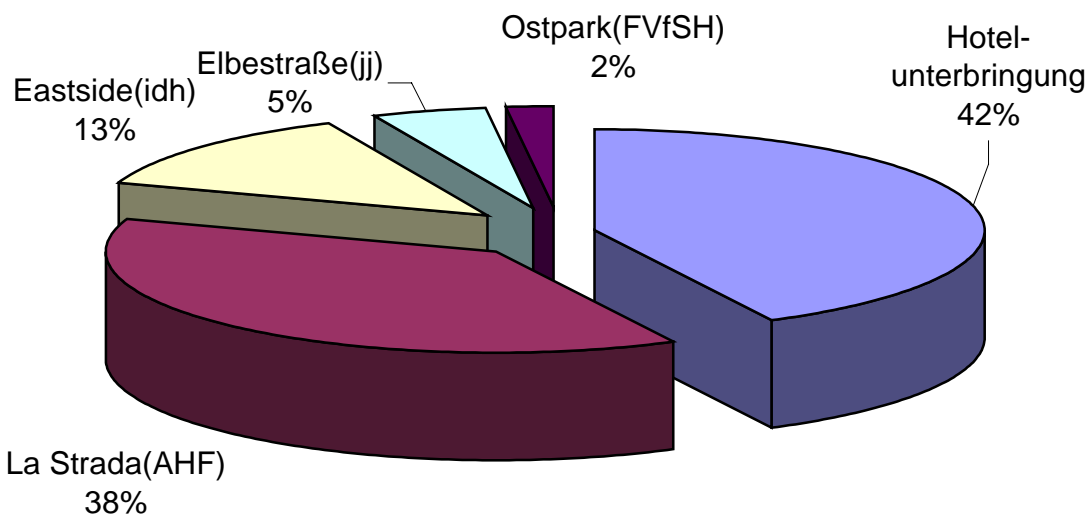
► Vermittlung in Übernachtungsmöglichkeiten

<b>Übernachtungen (Personen insgesamt)</b>	<b>106</b>
Hotelunterbringung <sup>4</sup>	45
La Strada (AHF)	40
Schielestr./Eastside (IDH)	14
Elbestr. (Drogennotdienst)	5
Ostpark (FVfSH)	2

<sup>3</sup> Essensgutscheine können nur von WALK MAN für die jungen KlientInnen ausgegeben werden. Für die Erwachsenen konnte noch keine entsprechende Versorgungsstruktur entwickelt werden.

<sup>4</sup> Die Hotelunterbringungen sind eine Leistung der Jugendhilfe. Sie werden ausschließlich über WALK MAN erbracht. Im Rahmen der Unterbringung erfolgt eine intensive Einzelbetreuung durch die MitarbeiterInnen von WALK MAN.

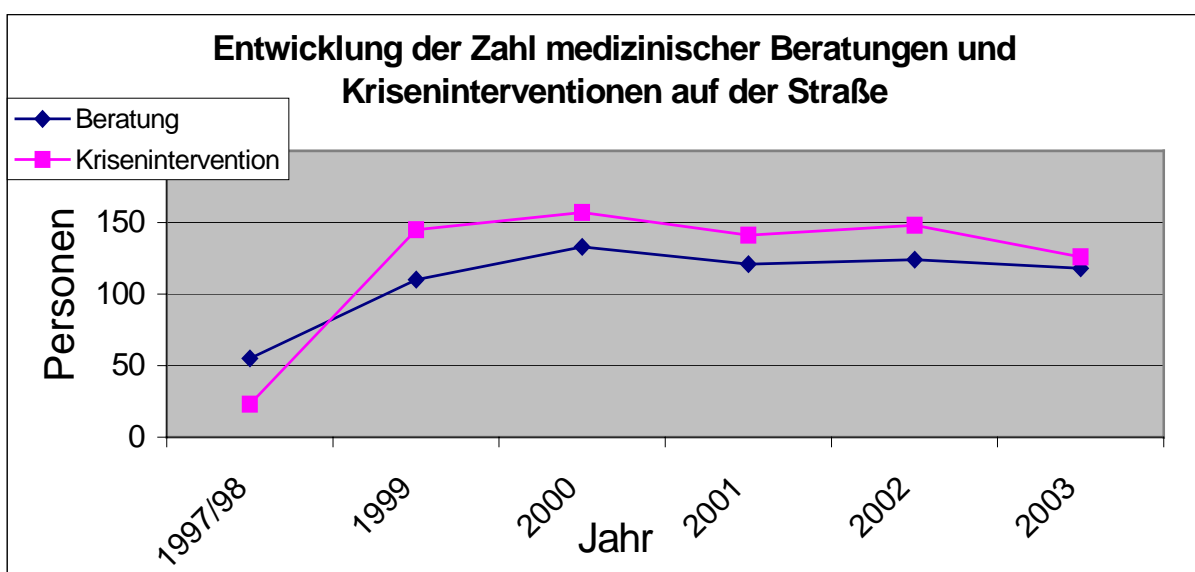
## Vermittlung in Übernachtungsmöglichkeiten



## Medizinische und therapeutische Hilfen

Die gestiegene Anspannung und der wachsende Streß auf der Szene führte auch dazu, daß die Möglichkeit zur medizinischen Beratung und Krisenintervention noch wichtiger geworden ist. Im vergangenen Jahr konnten wir den Ambulanzraum der Malteser in der Niddastraße vermehrt nutzen, so daß Abszeßspaltungen und ähnliches auch ad hoc möglich wurden.

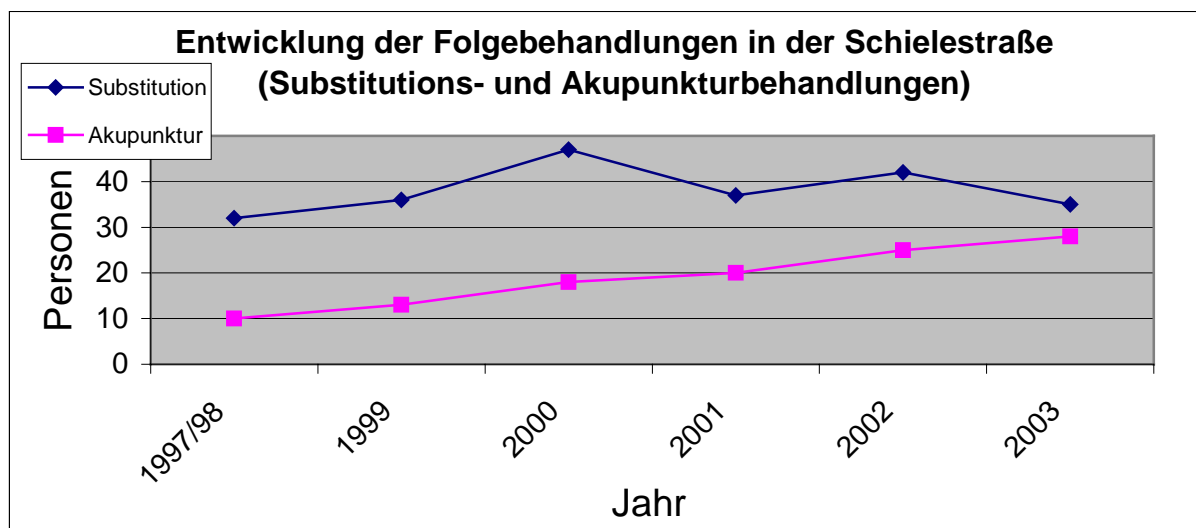
	1997/98	1999	2000	2001	2002	2003
Beratung	55	110	133	121	124	118
Krisenintervention	23	145	157	141	148	126



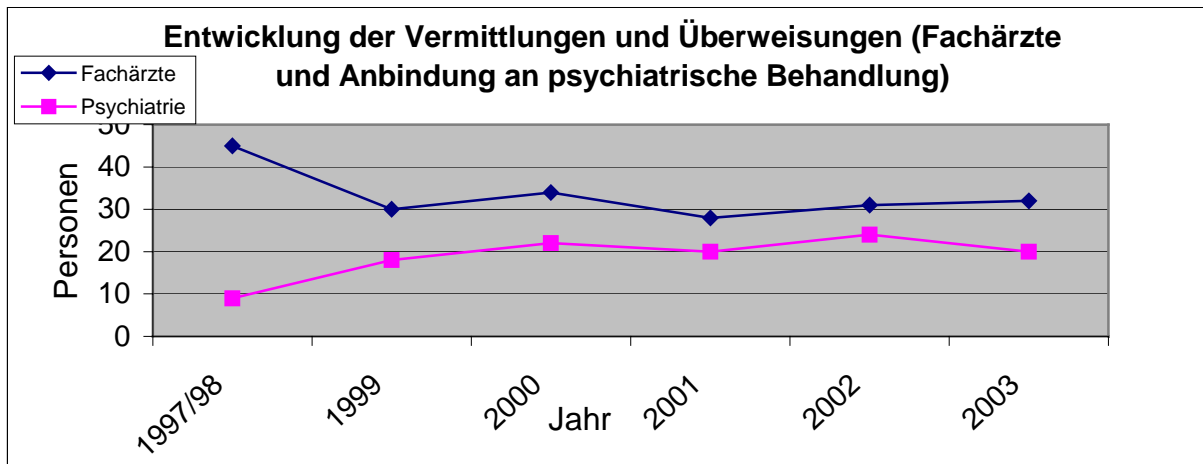
## Crack-Street-Projekt 97-03

Medizinische Beratung auf der Straße	118
Medizinische Krisenintervention auf der Straße	126
Substitutionsbehandlung (Schieleambulanz)	35
Akupunkturbehandlung	28
Überweisung zu Fachärzten und Ambulanzen	32
Schwangerschaftstests/Beratungen	9
Selektive Entgiftung bei Methadonsubstituierten	5
Vermittlung in höherschwellige Substitutionsbehandlung	5
Folgebehandlungen von Substituierten aus dem Crack-Street-Projekt in der Ambulanz Schielestraße	2220
Anbindung an psychiatrische Behandlung	20

Die positiven Auswirkungen eines regelmäßigen Kontaktes zu Ärzten, die tagesstrukturierende Funktion der Substitution und die Möglichkeit zur Anbindung an das Akupunkturangebot zeigen sich in den Fällen, in denen wir KlientInnen hierzu bewegen konnten. Tatsächlich konnte die Zahl der in die Akupunktur einbezogenen Konsumenten auch im letzten Jahr erhöht werden.



	1997/98	1999	2000	2001	2002	<b>2003</b>
Substitution	32	36	47	37	42	<b>35</b>
Akupunktur	10	13	18	20	25	<b>28</b>



	1997/98	1999	2000	2001	2002	<b>2003</b>
Fachärzte	45	30	34	28	31	<b>32</b>
Psychiatrie	9	18	22	20	24	<b>20</b>

## Aufschlüsselung nach Alter

Im Gegensatz zu früheren Arbeitsberichten unterscheiden wir nur noch zwischen Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen KlientInnen des Crack-Street-Projektes. Die bevorstehende Änderung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (wahrscheinliche Abschaffung des § 41 KJHG und Reduzierung und Verschiebung der Hilfen in den Bereich des BSHG) verringert unseren Handlungsspielraum erheblich. Jugendhilfen sind für junge Erwachsene nur noch selten möglich, auch wenn sich deren Problemlagen praktisch nicht verändert haben. Gleichzeitig wächst die Belastung durch eine gegenwärtig große Zahl von jungen Minderjährigen.

► Hier: bis 18 Jahren

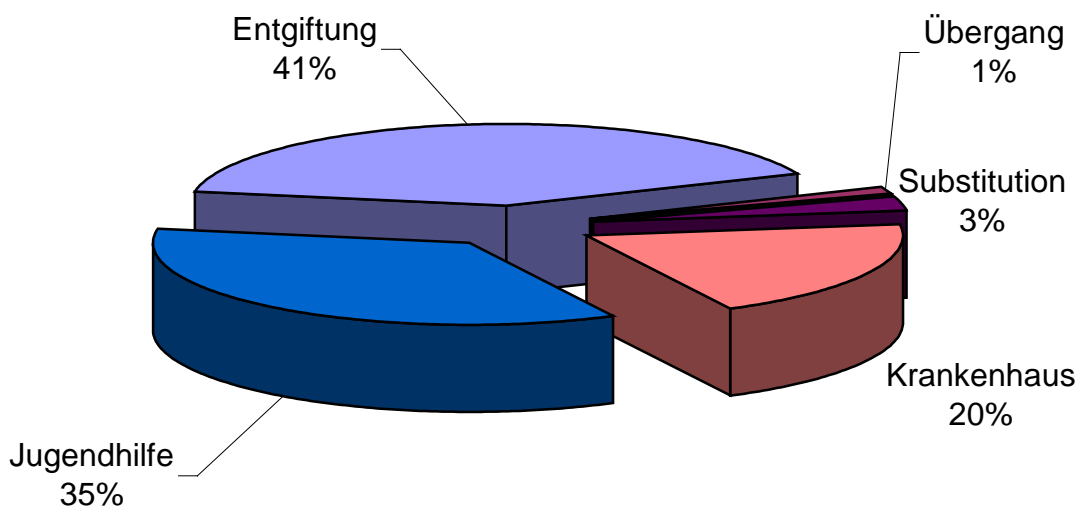
Eine klare Ausdifferenzierung zwischen KlientInnen von WALK MAN und jüngeren Klienten aus dem Crack-Street-Projekt ist nicht möglich. Faktisch alle Jugendlichen in der Straßen-Drogen-Szene konsumieren (auch) Crack. Der Arbeitsansatz der nachlaufenden Sozialarbeit schließt es aus, Tätigkeiten mit diesen KlientInnen dem Projekt oder WALK MAN zuzurechnen. Wesentlich für die Arbeit mit dieser Gruppe ist die permanente Präsenz in der Szene durch WALK MAN.

► Gesamt 67

Hotel (länger als drei Nächte)	45
Rückführung (z.B. Heimatgemeinden)	18
Essensgutscheine	1428

Begleitung zu Ämtern (Jugendämter, Sozialämter, ASD)	278
Prozessbegleitung	9
Vermittlung ins Krankenhaus	14
Vermittlung in Entgiftung	29
Vermittlung in Substitution	2
Vermittlung in BWG der Drogenhilfe	1
Vermittlung in Übergangseinrichtungen	1
Elterngespräche	27
Vermittlung in stationäre Jugendhilfe nach KJHG §§ 34, 35, 35a	25

### Vermittlung in weiterführende Hilfen (Jugendliche)

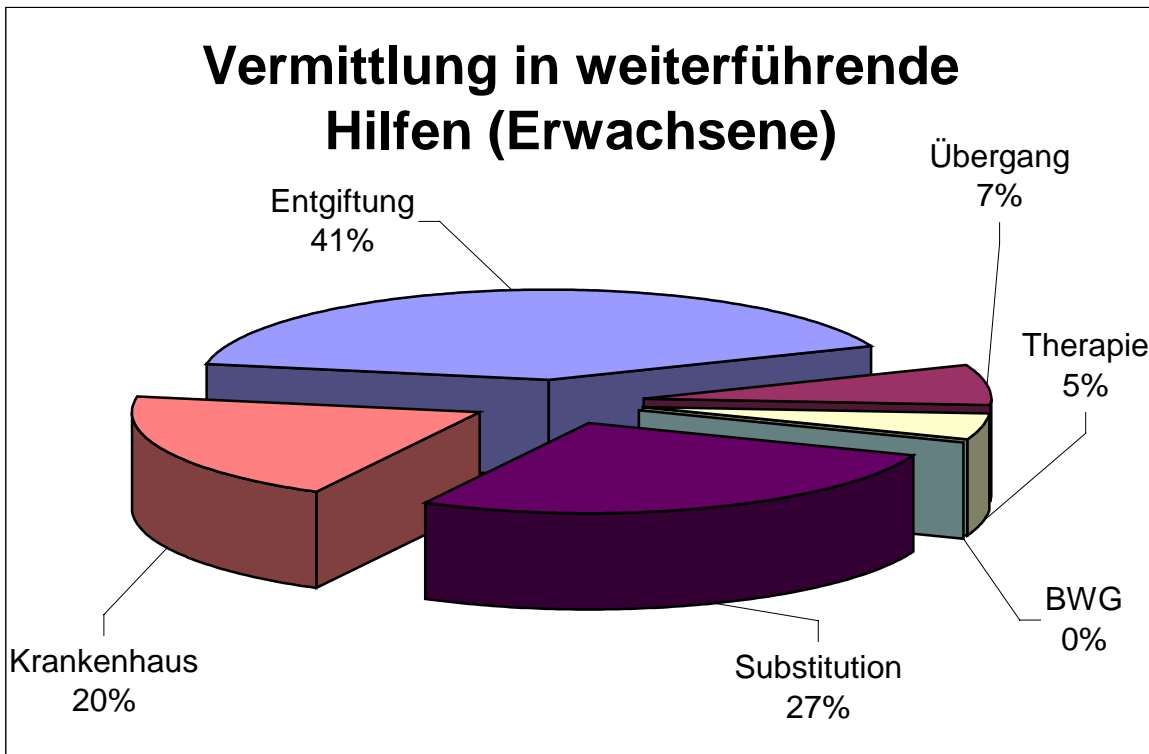


Entgiftung	Übergang	Therapie	BWG	Substitution	Krankenhaus	Jugendhilfe
29	1	/	/	2	14	25

► Hier: über 18 Jahren

► Gesamt 118

Begleitung zu Ämtern	21
Vermittlung in Entgiftungsbehandlung	39
Vermittlung in Übergangseinrichtungen	8
Vermittlung in stationäre Entwöhnungsbehandlung	3
Vermittlung in Substitution	34
Vermittlung in Krankenhäuser	17
Vermittlung in ausländerrechtliche Beratung	16
Besuch in JVA	6
Prozessbegleitung	3



Entgiftung	Übergang	Therapie	BWG	Substitution	Krankenhaus
39	8	3		34	17