

Steinbruch Drogenhilfe - Wie Crack-Raucher an einem falschen Kompromiß kratzen

Wenn das Risiko nicht mehr kleiner wird

Im alten Konflikt zwischen akzeptanz- und therapieorientierten Ansätzen in der Drogenhilfe stellt die massive Verbreitung von Crack¹ mindestens in den Straßenszenen in Frankfurt und Hamburg ganz neue Fragen. Möglicherweise kann diese neue Herausforderung zu einer Überwindung unsinniger Entgegensetzungen, Bekenntnisabfragen und Positionen beitragen. In diesem Konflikt wurde die Seite der „akzeptierenden niedrighwelligen Drogenarbeit“ durch den Ansatz der *harm reduction* deutlich gestärkt. Im Laufe der 90er Jahre richtete sich die Drogenhilfe auf Überlebenshilfen und Risikominimierungsstrategien als notwendiger Voraussetzung für alle weitergehenden Hilfen ein. In der praktischen Arbeit in den jeweiligen Straßenszenen hat sich der Konflikt vielfach zu Gunsten pragmatischer Handlungsansätze aufgelöst. Auf gesellschaftlicher und politischer Ebene verlor der Konflikt aber nichts an Schärfe, gegenwärtig scheint er auf eine weitere Medizinisierung² des „Drogenproblems“ herauszulaufen.

Im Sinne der *harm reduction* verständigten sich Sozialarbeit und Medizin auf Arbeitsformen, die den Konsum akzeptieren. Gleichzeitig stärkte diese Entwicklung allerdings auch die zentrale Basis der therapeutisch-abstinenzorientierten Ansätze: den individualisierten Krankheitsbegriff. Die Begründungen für die Finanzierung risikominimierender Hilfsangebote stützten

¹ In der Szene wird das rauchbar gemachte Kokain in Anlehnung an den US-Begriff „rocks“ meist als „Stein“ bezeichnet. Gängig ist auch die irreführende Bezeichnung „basen“ für das „Steine rauchen“. Über die jeweiligen Inhaltsstoffe herrscht bei Konsumierenden und ExpertInnen regelmäßig Verwirrung.

² Die bundesweite Heroinstudie z.B., die nach großen Anlaufschwierigkeiten jetzt in sieben Städten läuft, hat zwar als ein Untersuchungsziel die Überprüfung der Wirksamkeit verschiedener psychosozialer Betreuungskonzepte, stützt aber vor allem den individualisierten medizinischen Krankheitsbegriff. So sinnvoll die Erweiterung ärztlicher Handlungsspielräume ist, so sehr unterschlägt

sich auf Argumentationen, die Drogenkonsum als Krankheit und DrogenkonsumentInnen folglich als Kranke definierten. Die praktische Umsetzung der *harm reduction*-Strategie führte also einerseits zu einer Verkürzung des akzeptierenden Ansatzes auf die Akzeptanz des Konsums. Andererseits wurde die massive Gesundheitsgefährdung des intravenösen Konsumvorgangs insbesondere bei Opiaten (Infektionen und Überdosierungen) hervorgehoben. Die Verbreitung des Crack-Konsums in der Straßenszene wirft dagegen neue Fragen auf, denn die Möglichkeiten der *harm reduction* in diesem Bereich sind begrenzt. Crack ist eine Droge, deren Konsum weder eine Sättigungsgrenze kennt noch aufgrund des Rauchens als Konsumform unmittelbar an die Übertragung von Krankheiten gekoppelt ist. Alte „seuchenpolitische“ Begründungen für Substitutionsprogramme und Konsumräume³ greifen hierfür nur noch sehr eingeschränkt. Zugleich sind neue massive Verelendungstendenzen und wachsende gesundheitliche Gefahren in der Szene zu beobachten.

Ansätze zur Reduktion des Risikos beim Konsum von Crack

Grundsätzlich lässt sich das Risiko von gesundheitsgefährdenden Nebenwirkungen des Konsums bei jeder Droge reduzieren. Nach Auseinandersetzungen darüber, ob es in Deutschland überhaupt Crack gäbe⁴, bestand die erste Reaktion sowohl in Hamburg wie in Frankfurt darin, Flyer mit Verhaltensregeln zu produzieren. Wie bei vielen anderen Stoffen auch waren die wichtigsten Hinweise: Aufnahme von Getränken, Einhalten von Konsumpausen und die Be-

riff. So sinnvoll die Erweiterung ärztlicher Handlungsspielräume ist, so sehr unterschlägt sie gesellschaftliche Bedingungen und Implikationen illegalisierten Drogenkonsums.

³ Der unbestreitbare Erfolg dieser Programme zeigt sich beispielsweise in Frankfurt an Hand eines Rückgangs von mehr als 150 Drogentoten auf unter 30 im Jahr. In diese Zahlen gehen natürlich nur die von der Polizei so klassifizierten Todesfälle ein.

⁴ Angeblich handelte es sich damals „nur“ um „Freebase“, ein chemisch verwandter Stoff, der sich für den Sozialarbeiter vor allem durch die Notwendigkeit einer gewissen Infrastruktur von Crack unterscheidet. Die geringe Haltbarkeit des Endprodukts setzt die Lagerung von Utensilien und Zutaten und damit eine private Wohnmöglichkeit voraus, die in der Straßenszene nicht gegeben ist. Hier ist man eher auf den Verkauf des Fertigproduktes Crack angewiesen.

achtung der Konsumsituation (möglichst große Ruhe und Begleitung durch vertraute Personen). Diese Safer-Use-Regeln können dazu beitragen, den Konsum möglichst risikoarm zu gestalten. Erste Überlegungen in der zweiten Hälfte der 90er Jahre in Frankfurt zielten deshalb auf die Verteilung isotonischer oder sonstiger Getränke in der Szene. Größere Ansammlungen wie früher bei den Opiatabhängigen, die man in dieser Form hätte versorgen können, gab es im Crackbereich jedoch zunächst nicht. Unter den Bedingungen von starkem Polizeidruck und kurzen Handels- und Konsumvorgängen bestand weder die Möglichkeit noch die Notwendigkeit, sich in größeren Gruppen zusammenzufinden. Wir Streetworker wurden von Crack-KonsumentInnen sofort für Polizei gehalten, wenn wir nicht über guten Kontakt zu Einzelnen aus der jeweiligen Kleingruppe verfügten.

Die Lebenssituation obdachloser DrogenkonsumentInnen auf der Szene ist ganz unabhängig vom Crack/Kokain mit enormen Stressfaktoren verbunden. Die Schaffung einer ruhigen Konsumsituation ist auf der Straße zwischen Polizei, Passanten und Wachdiensten praktisch ausgeschlossen. Für die meisten Crack-KonsumentInnen ist auch das Einhalten von Konsumpausen, die der körperlichen und psychischen Erholung dienen könnten, unvorstellbar. „Runs“, also mehr oder weniger durchgehende Konsumphasen, können auch bei sozial integrierten RaucherInnen mehrere Tage dauern. Auf der Straße kommen Konsumphasen von bis zu einer Woche vor.

Der Konsum von Crack macht die Einhaltung von Regeln jedoch trotz aller Horrormeldungen über Crack und dessen Suchtpotential keineswegs prinzipiell unmöglich. Das zeigte sich deutlich in der praktischen Arbeit mit einer 16-Jährigen, die auf der Straße massiv Crack konsumiert hatte. Auf Grund vollständiger körperlicher Erschöpfung wurde sie in ein Krankenhaus eingeliefert. Hier wurde ihr von den Krankenschwestern, den Ärzten und den Sozialarbeitern ein Maß an Aufmerksamkeit zu teil, wie sie es vorher kaum erlebt hatte. In dieser Zeit spielte die Möglichkeit, aufgekochtes Kokain zu konsumieren, für sie überhaupt keine Rolle mehr. Erst nachdem sie aus dem Krankenhaus entlassen worden war, begann sie wieder an Crack

überhaupt zu denken. Zurück in der Straßensituation konsumierte sie wieder in demselben Ausmaß wie vorher.

Das Auftauchen von Crack hat in Frankfurt nicht dazu geführt, dass die Anzahl der ausgegrenzten Drogenabhängigen in den Straßenszenen erheblich angestiegen wäre.⁵ Angesichts der langen „runs“ und der fehlenden Konsumgrenzen wäre genau dieser Effekt des schnellen Absturzes und Verlustes sozialer Kontakte zu erwarten gewesen. Doch der Konsum von Crack, wie auch von Kokain, findet im sozial integrierten bürgerlichen Milieu unter gänzlich anderen Bedingungen statt. Es gibt kaum verlässliche Informationen zu diesem Bereich, entsprechende Forschungen stoßen auf enge Grenzen gesellschaftlicher Tabuisierung. Dennoch scheint der Grad der sozialen Integration ein wesentlicher Aspekt der Minimierung des Konsumrisikos zu sein.

Gestiegene Krankheitsrisiken in der Straßenszene durch den Crack-Konsum

Der Anteil der Hepatitis C-positiv getesteten KonsumentInnen in der Straßenszene in Frankfurt ist enorm hoch.⁶ Dies wird von MedizinerInnen vor allem auf die größere Haltbarkeit der Viren und die teilweise ungeklärten Übertragungswege zurückgeführt. Auch die HIV-Infektionen sind, seit dem in der Frankfurter Szene massiv Crack konsumiert wird, gestiegen. Gelegentlich treten Fälle von offener Tuberkulose auf. Die Anzahl und Intensität von Begleiterkrankungen, wie Infektionen, Pneumonien, Abszessen und ähnlichen, nimmt nach dem Eindruck von MedizinerInnen zu.⁷ Ein Nachweis der hierfür ursächlichen Übertragungswege konnte bisher allerdings nicht erbracht werden. Da Crack in der Regel geraucht wird, konnte es nur sehr eingeschränkt mit dieser Entwicklung in Verbindung gebracht werden. Vielmehr

⁵ Auch die Anzahl der sozial integrierten KonsumentInnen, die auf Grund von Problemen Drogenberatungsstellen aufsuchen, ist nicht sonderlich gestiegen. Entweder ist die Gesamtzahl zu klein oder eventuelle Probleme werden von den KonsumentInnen nicht auf die Droge zurückgeführt.

⁶ Vergl. Kemmesies, Müller, Wense, 2002

⁷ So Joachim Krause beim Hearing des Magistrats der Stadt Frankfurt 2002

spricht einiges dafür, dass diese Zunahme vor allem durch die soziale Situation der KonsumentInnen und die massiv gestiegenen Stressfaktoren in der Straßenszene zu erklären ist. Entsprechend gibt es bisher keine Hinweise auf eine Steigerung vergleichbarer Erkrankungen bei GelegenheitskonsumentInnen oder sozial integrierten Usern.

Insbesondere die hohe Zahl der Hepatitis-Infektionen ruft die alten Reflexe der Gesundheitsprophylaxe im Drogenbereich hervor. So wurde in Anlehnung an den Spriztenschwamm der frühen Zeiten in der Drogenhilfe über Pfeifentausch bzw. -aufsätze nachgedacht. Dies stieß sofort auf Widerstand der Polizei, der wegen des fehlenden Nachweises der Infektionswege nicht überwunden werden konnte. Auch bei den KonsumentInnen auf der Straße ließ sich dieser Versuch nicht durchsetzen. Es ist nach wie vor normal, seine Pfeife an andere KonsumentInnen auszuleihen, vor allem um die in der Pfeife verbleibenden Reste nachher selber konsumieren zu können. Ein Pfeifentausch liegt so überhaupt nicht im Interesse der KonsumentInnen, die Übertragung von Krankheiten wird von ihnen nicht auf den Austausch von Pfeifen in der Szene zurückgeführt.

Die Beschleunigung in der Szene obdachloser DrogenkonsumentInnen

Die zentrale Veränderung der Straßenszene durch die Verbreitung von Crack besteht in einer enormen Beschleunigung aller Prozesse. Die Aufbereitung der „Steine“ reduziert sich auf das auf die Pfeife legen und mit Zigarettenasche versehen. Dafür reichen in der Regel Hauseingänge, windgeschützte Ecken, eine Jacke oder die Lücke zwischen zwei geparkten Autos. Selbst der Straßenhandel findet schneller als bei Opiaten statt. Einerseits sind die Händler einem höheren Druck durch die Polizei ausgesetzt, andererseits reduziert sich auch die Prüfung des Materials, nicht zuletzt durch den eiligen Konsumwunsch der Käufer⁸. Gleichzeitig werden die KonsumentInnen direkt durch die Wirkung von Crack aktiver und bewegen sich

⁸ Die Polizei hat schon alles mögliche in Crack-Steinen gefunden. Ein Konsument berichtete wiederholt davon, dass er Hornhautpartikel seines Fußes problemlos als „Stein“ verkaufen konnte.

mehr. Die sedierende Wirkung von Opiaten und Tabletten verlangsamt die Prozesse in der Szene kaum noch, da sie durch den Crackkonsum konterkariert wird.

Die städtische Straßenszene wird gesucht, weil der extrem kurze Rauschzustand (wenige Augenblicke bis zu ein oder zwei Minuten) einen enormen Drang nach einer weiteren Versorgung mit Crack hervorruft. Da die meisten obdachlosen KonsumentInnen auch auf zufällige Möglichkeiten (Anbahnung und Vermittlung von Geschäften, Übernahme von Funktionen bei Handel oder Prostitution oder das Auftauchen von vertrauten Händlern) angewiesen sind, kann diese weitere Versorgung nicht außerhalb der Szene gesucht werden. Der Rückzug an einen ruhigen Ort ist unter diesen Bedingungen nicht möglich. Dadurch entsteht eine größere Hektik und Auseinandersetzungen spitzen sich schneller zu. Faktoren, die sonst gar nicht wahrgenommen werden, treten nun als zusätzliche Belastung auf. Die Eile der KonsumentInnen führt dazu, dass sie permanent in neue Stresssituationen geraten. Sie stoßen sich versehentlich an und reagieren auf jede Remperei oder quer über die Straße vernommene Beleidigung.

Während der Phasen massiven Konsums werden die Grundbedürfnisse Essen, Trinken, Schlafen, Hygiene usw. fast vollständig ignoriert. Damit ist eine Verstärkung der Stressfaktoren verbunden, die auch gesundheitliche Auswirkungen hat. Der massiv verschlechterte medizinische Allgemeinzustand reduziert nochmals die physischen und psychischen Abwehrkräfte der KonsumentInnen. Gleichzeitig wachsen die Gefährdungen, da Stress, Hektik und der Wunsch nach „Steinen“ normale Vorsichtsmaßnahmen außer Kraft setzen und die Risikobereitschaft deutlich erhöhen. Dies zeigt sich beispielsweise auch in der steigenden Zahl von Schwangerschaften⁹ bei sich prostituierenden Crack-Konsumentinnen. Sie achten nicht nur weniger auf Schwangerschaftsverhütung, sie lassen auch Safer-Sex-Regeln außer Acht. Dabei werden

Anzeichen für eine Schwangerschaft erst in einem sehr fortgeschrittenen Stadium ernst genommen, so dass sich die Frage nach einem Abbruch regelmäßig schon aus rechtlichen Gründen nicht mehr stellt. Insgesamt werden Signale des Körpers – wie Hunger, Durst, Müdigkeit oder Schmerzen – ignoriert.

Ursachen für einen verschlechterten Gesundheitszustand in der Szene

Entscheidend für die Verschlechterung des Allgemeinzustandes in der Straßenszene sind nicht allein die Risiken und Nebenwirkungen eines Stoffes, wesentlich sind die sozialen Voraussetzungen, auf deren Grundlage dieser Stoff seine Wirkung entfaltet. Die krankmachenden Faktoren stehen nicht in einem direkten Zusammenhang mit dem Konsumvorgang selbst, gravierende körperliche Entzugserscheinungen lassen sich nicht feststellen. Trotzdem bewerten Polizei und Justiz Besitz und Handel von Crack im Vergleich zu Opiaten als problematischer. Hier scheint die fehlende Sättigungsgrenze und eine gewisse Crack-Hysterie eine Rolle zu spielen. Die hierdurch massivere Verfolgung von Crack-KonsumentInnen und -Kleindealern führt zu einer Erhöhung des Drucks in der Szene und einer Verschärfung der mit dem Crack-Konsum einhergehenden Stressfaktoren.

Unter den Bedingungen von Obdachlosigkeit und Straßenszene haben die klassischen Infektionswege schnellere und gravierendere Auswirkungen. In der von Druck, Hektik und Unsicherheit geprägten Lebenssituation geht die Sorge um die Gesundheit und vor allem das Gefühl für den eigenen körperlichen Zustand vollständig verloren. Weil die Erholungsphasen für Körper und Geist fehlen, nehmen die KonsumentInnen negative Folgen und Gefahren häufig nicht mehr wahr. Die Wiederverwendung von Injektionsbesteck, die in den letzten Jahren fast

⁹ Der Eindruck, dass seit der Verbreitung von Crack die Anzahl der Schwangerschaften in der Szene deutlich zugenommen hat, lässt sich mangels Statistik nicht nachweisen. Er wird aber durch die Einschätzung von Medizinern und die Wahrnehmung der Helfer in allen Bereichen bestätigt.

vollständig zurückgegangen war, tritt wieder auf, die Verunreinigungen beim sogenannten „Service“ bekommen eine größere Bedeutung.¹⁰

Gleichzeitig geht vielfach eine Anbindung an das Drogenhilfesystem verloren, die in Frankfurt etwa Mitte der 90er Jahre erreicht worden war. Die Regelmäßigkeit der darüber ermöglichten medizinischen Anbindung und Versorgung war insbesondere durch das Methadonprogramm verstärkt worden. In den Krisenzentren können Crack-Konsumierende häufig die nötigen Hilfsangebote nicht wahrnehmen, da sie wegen ihres hektischen, nervösen, oft auch aggressiven Verhaltens mit Hausverbot belegt werden. Die medizinische Versorgung obdachloser Crack-KonsumentInnen verschlechtert sich damit deutlich. Die durch die Entgiftungsfunktion der Haut auch beim Rauchen verursachten Pickel (sogenannte „Koka-Akne“) werden aufgekratzt und führen zu Abszessen. Die lokalanästhetische Wirkung bei der Injektion von Crack-Steinen ermöglicht, wie beim Pulverkokain, ein nervositätsbedingtes Rumstochern in der Vene. Dabei auftretende Verunreinigungen führen gleichfalls zu vermehrten Abszessen. Wie zu Zeiten der offenen Szenen in Frankfurt und Zürich in den siebziger/achtziger Jahren werden diese kaum noch gereinigt, so dass sie nicht abheilen, sondern sich neue Infektionen bilden. Selbst niedrigschwelligste medizinische Angebote und einfachste Untersuchungen werden in vielen Fällen nicht wahrgenommen. So können Diagnosen häufig erst in extrem fortgeschrittenem Stadium gestellt werden. Das ist gerade bei Lungenkrankheiten, von der Lungenentzündung bis zur Tuberkulose, problematisch. Nachvollziehbar ist das erst auf dem Hintergrund der allgemeinen Perspektivlosigkeit in dieser Szene. Tatsächlich werden von

¹⁰ Tatsächlich besteht beim i.v.-Konsum auch von Crack nach wie vor das Risiko der Infektionsübertragung durch den Austausch oder gemeinsamen Gebrauch von Spritzen. Dieser „klassische“ Übertragungsweg lässt sich erfolgreich durch die bestehenden Angebote begrenzen. Problematisch ist allerdings der zunehmende Teil der aus diesen Angeboten ausgegrenzten KonsumentInnen. Für diese Gruppe lässt sich *harm reduction* nur mit einem gesteigerten Aufwand realisieren. Die veränderten Verhaltens- und Lebensweisen machen sowohl einen größeren Personalaufwand wie auch eine Ausweitung von Öffnungszeiten und das Vorhalten unterschiedlicher Angebote notwendig.

vielen KonsumentInnen nur Knast, Friedhof und Krankenhaus (etwa nach einem Unfall) als Ausweg aus der Szene gesehen. Diese „Schicksalsschläge“ stellen dann allerdings nur eine vorübergehende Unterbrechung des Drogenkonsums und des Aufenthalts in der Straßenszene dar.

Grundlagen für die Verbesserung der Lebenssituation obdachloser Crack-KonsumentInnen

Es gibt jedoch Möglichkeiten, wie diese kurzfristigen Unterbrechungen für eine grundlegende Veränderung der Lebenssituation genutzt werden können. Bei Einzelnen kann dies gelingen, auch wenn es sich mitunter um extreme Fälle handelt. So konnte eine Klientin, die sich selbst nach einem Beckenbruch noch aus dem Krankenhaus auf die Szene schleppte, mit viel personellem und persönlichem Aufwand dazu motiviert werden, erste Schritte in Richtung auf eine neue Perspektive zu entwickeln. Entscheidend war dabei für sie, dass sie Zuwendung und Aufmerksamkeit erfahren konnte, dass sich Menschen Sorgen um ihre Person machten. Gerade der hierfür nötige Aufwand kann aber in Zeiten der allgemeinen Kürzungen kaum noch erbracht werden. Für erfolgreiche Veränderungen der Lebenssituation von massiv Crack konsumierenden obdachlosen Menschen in der Drogenszene ist aber zeitlicher und personeller Spielraum für wirkungsvolle Sozialarbeit notwendig.

Die Beschleunigung in der Straßenszene reduziert die Möglichkeiten für Terminvereinbarungen, längerfristige Perspektivplanung oder die eigenständige Weiterverfolgung eines solchen Planes. Wo es keinen Unterschied zwischen Tag und Nacht gibt und zu allen Zeiten Hektik herrscht, muss Hilfe sofort ansetzen und direkt erkennbare Erfolge vorweisen können. Es kann dabei nicht um abrufbare Serviceleistungen¹¹ gehen, Sozialarbeiter sind vielmehr als Person gefordert, die sich gemeinsam mit den KonsumentInnen mit der aktuellen Lebenssituation und den eventuellen Veränderungsmöglichkeiten ernsthaft auseinandersetzt.

¹¹ Serviceleistungen werden laut der Szenebefragung von Kemmesies et al. von den angeblichen „Kunden“ vielfach nur noch dort in Anspruch genommen, wo es um direkte materielle Hilfe geht.

tuation und den eventuellen Veränderungsmöglichkeiten ernsthaft auseinandersetzt. Nur auf dieser Basis kann eine Motivation zur Beeinflussung der aktuellen Situation gestärkt und unterstützt werden.

Auf Seiten der Sozialarbeit sind „professionelle Nähe“ und „nachlaufende Arbeit“ Voraussetzung,¹² um Perspektiven jenseits der Straßenszene entwickeln zu können. Sozialarbeit kann Entscheidungsspielräume von obdachlosen KonsumentInnen aber nur dann erweitern, wenn gesellschaftlich die hierfür notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Dabei geht es nicht nur um die Kapazitäten und Mittel, die der Sozialarbeit in diesem Bereich noch gelassen werden. Vielmehr gehört dazu auch die Möglichkeit, eine Wohnung oder eine Arbeitsstelle zu finden. Gegenwärtig werden diese Ressourcen eher beschnitten als dem vorhandenen Bedarf angepasst. Die Auswahl der von Kürzungen betroffenen Bereiche bestätigt die bereits bestehenden Formen gesellschaftlicher Diskriminierung. Mit der sich verschlechternden Wirtschaftslage und der Verbreitung neoliberaler Wertvorstellungen verschärfen sich die Ausgrenzungsmechanismen. Die Forcierung von Individualisierung und sozialer Ausgrenzung auch durch die aktuellen Kürzungen im Sozialbereich verringert die Chancen auf gesellschaftliche Integration drastisch.¹³

Im Gegensatz zu den frühen 80er Jahren, als vielfach noch der Wunsch nach einem anderen Leben die Antriebskraft war, ist der Drogenkonsum inzwischen weder individuell noch kollektiv mit einem eigenen Lebensentwurf verbunden. Vielmehr führt die gesellschaftliche Ausgrenzung zu einer Vertreibung der KonsumentInnen in die Straßenszenen hinein. Die Betonung des Maßstabs der ökonomischen Leistungsfähigkeit in bezug auf Drogenkonsumierende in der Straßenszene ist dabei weder vernünftig noch effektiv. Der langwierige Prozess

¹² Zu den beiden Begriffen siehe die Arbeitsberichte von WALK MAN bzw. Crack-Street-Projekt.

¹³ Die Situation auf dem Frankfurter Wohnungsmarkt schließt z.B. deutlicher als in Hamburg die Möglichkeit für Drogenabhängige aus, eine eigene Wohnung zu behalten oder zu finden. Bei weniger freien Wohnungen schlagen Vorurteile und Vorstellungen von Vermietern sehr viel massiver durch.

des Ausstiegs aus dem Kreislauf von Beschaffung und Konsum in der Straßenszene kann am Ende zu einer gesellschaftlich produktiven Beschäftigung führen. Bekanntlich fehlen aber in dieser Gesellschaft weniger Arbeitskräfte als vielmehr vernünftige Einkommensmöglichkeiten. Die Begrenzung auf das Kriterium Effizienz erhöht auf dem Umweg über Stigmatisierung, Ausgrenzung und Kriminalisierung die gesellschaftlichen Kosten für Sicherheit, Ordnung und Kontrolle. Die ideologischen Auseinandersetzungen um Kürzungen im Sozialbereich zielen tatsächlich nicht auf die randständigen DrogenkonsumentInnen, sondern auf die Noch-Beschäftigten in der Mitte der Gesellschaft. Dem muss auch in diesen Konflikten Rechnung getragen werden.

„Entschleunigung“ oder: Was geht praktisch?

Die Strategie der sogenannten „Entschleunigung“¹⁴ soll zunächst der vorherrschenden Hektik in der Straßenszene entgegenwirken. Damit werden die Krankheitsrisiken, die mit dem exzessiven Konsum von rauchbar gemachtem Kokain auf der Straße verbunden sind, direkt nicht verringert. Entschleunigung bietet aber Ansatzpunkte für die zentrale Aufgabe von Sozialarbeit, der grundlegenden Veränderung der Lebenssituation der KonsumentInnen. Eine entspanntere Konsumsituation, die Möglichkeit zur ritualisierten Pfeifenreinigung (dem „Kratzen“¹⁵), Tagesruhebetten oder Akupunktur können Gelegenheit dazu bieten, eine Beziehungsbasis aufzubauen, die die Grundlage für eine Veränderung darstellen kann. In der Situation auf der Straße vermeiden diese Angebote aber weder die Übertragung von Krankheiten noch der Überdosierung bei Opiaten entsprechende Probleme.

¹⁴ So Joachim Krause bei der Magistratsanhörung am 12.11.02 in Frankfurt

¹⁵ In den Einrichtungen wurde diese Beschäftigung schnell verboten, um nicht zusätzliche Probleme mit Crack-Usern zu bekommen. Mangels Gelegenheit und durch die zunehmende Verbreitung des i.v.-Konsums ist diese Beschäftigung fast vollständig zurückgegangen. 1998 war versucht worden, sie zur Grundlage eines Konzeptes für eine Crack-Anlaufstelle ohne akuten Konsum zu machen, um die

Die – im Vergleich zum Spritzen – problemlosere Konsumform des Rauchens ist in den Niederlanden auch im Opiatbereich weit verbreitet¹⁶. Dort hat sie den Effekt einer deutlichen Reduktion des mit dem i.v.-Konsum verbundenen Infektionsrisikos. Deshalb wurde auch in Hamburger Konsumräumen das Rauchen von Drogen gestattet. Mit dem Aufkommen von rauchbaren Formen von Kokain führte das dort dazu, dass die ruhige Situation im Konsumraum vor allem zur Herstellung genutzt wurde. Geraucht wurde dann einfach im Anschluss in den gleichen Räumlichkeiten. Inzwischen werden in Hamburg wie in Frankfurt gesonderte „Rauchräume“ zur Verfügung gestellt. Der Nutzen für den Konsumenten besteht in einer relativ repressions- und stressfreien Umgebung. Da aber mittlerweile in beiden Städten „Steine“ praktisch konsumfertig gehandelt werden, finden die allermeisten Konsumvorgänge nach wie vor auf der Straße statt.¹⁷

Die Erweiterung der Angebotspalette um die Tagesruhebetten entspricht der Aufhebung des Tag-Nacht-Rhythmus im Leben obdachloser Crack-KonsumentInnen. Die Erschöpfungszustände und Versorgungsengpässe richten sich nicht nach den Öffnungszeiten von Notübernachtungseinrichtungen. Vielmehr schlafen insbesondere sich prostituierende Userinnen tagsüber, um zu den Hauptarbeitszeiten einsatzfähig zu sein. Ruhephasen über mehrere Tage, wie sie etwa aus Entgiftungseinrichtungen beschrieben werden, sind aber auch über dieses Angebot nicht möglich.

Insbesondere im Bereich der Methadon-Substitution von Polytoxikomanen wurden in Einzelfällen große Erfolge mit der Akupunktur erreicht. Die Stimulation der Suchtpunkte erreicht

besondere Zugänglichkeit der KonsumentInnen in dieser Phase zu nutzen. Sie konnte damals nicht umgesetzt werden.

¹⁶ Vor allem dürfte dies auf den höheren Reinheitsgehalt zurückzuführen sein. In der Frankfurter Szene etwa werden normalerweise Drogen mit gut 95% Beimengungen verkauft.

¹⁷ Wegen des „hohen Aggressionspotentials“, das angeblich durch die Steine verursacht wird, ist die Platzzahl in diesen Räumen in beiden Städten sehr begrenzt. Dadurch ist der Anteil der dort stattfindenden Konsumvorgänge an dem Gesamtaufkommen extrem gering.

vielfach eine beruhigende und entspannende Wirkung, die es erleichtert, Konsumpausen einzulegen oder zu verlängern. Ein großer Teil der KonsumentInnen beschreibt die Akupunktur als deutlich entlastende Unterstützung in dem Bemühen, das eigene Leben in den Griff zu bekommen. Ein wesentlicher Aspekt scheint hier schon die Entscheidung, sich für eine halbe oder dreiviertel Stunde in Ruhe in die Obhut der Akupunkteure zu begeben. Diese Möglichkeit bietet sich erfahrungsgemäß eher für diejenigen, die durch die Substitution schon eine basale Tagesstrukturierung geschafft haben. Zentral scheint auch bei der Akupunktur die Tatsache, dass sie mit einer regelmäßigen Hinwendung von Akupunktierenden und Akupunktierten verbunden ist. Sie ermöglicht regelmäßig eine weitere Perspektivplanung und die Einleitung entsprechender Schritte.

Durch die Verbreitung polyvalenter Drogengebrauchsmuster bietet sich in den Straßenszenen nach wie vor die Substitution des Opiatanteils mit Polamidon oder Methadon zur Entschleunigung an. In der Praxis wird sie in dieser Form eingesetzt, soweit Kassen und Substitutionskommission das zulassen. Sozialarbeiterische Zwischenziele, die ohne diese Unterstützung nicht zu erreichen sind, können KonsumentInnen in die Lage versetzen, weitere Schritte überhaupt erst in Erwägung zu ziehen. Hierbei erreichte Erfolge bekräftigen häufig eine vorher kaum ausgebildete Motivation zum Ausstieg aus der Szene. Die Betonung eines kurzfristigen Abstinenzziels verhindert aber den erfolgreichen und auf längere Frist angelegten Weg. Dieser setzt eine gute und gut ausgestattete psychosoziale Betreuung voraus.

Der Steinbruch – was hat Crack anders gemacht?

Steine haben die Situation in den Szenen grundsätzlich verändert. Die Beschleunigung und Verelendung stellt die Drogenhilfe vor neue Anforderungen, die ihren Niederschlag auch in der Begründung von sozialer Arbeit in diesem Bereich finden muss. Insofern sind diese Veränderungen auch für Städte, in denen Crack (angeblich oder noch) nicht normal ist, von Bedeutung. Fasst man den Begriff der „harm reduction“ so eng, wie er zu einer Beruhigung der

ideologischen Auseinandersetzungen in der Drogenhilfe geführt hat, stellt der verbreitete Crack-Konsum in den Straßenszenen den Ansatz grundsätzlich in Frage. Die gesundheitlichen Gefahren in der Straßensituation sind nicht besonders mit der neuen Konsumform des Rauchens, sondern vor allem auch mit den sozialen Voraussetzungen und Effekten der Obdachlosigkeit von DrogenkonsumentInnen verbunden. Ohne diese Voraussetzungen stellt, wie etwa im bürgerlichen Milieu, der gesellschaftliche Absturz die größte Gefahr des Konsums von Crack dar.

Mit den Veränderungen sind die in den letzten Jahren entwickelten Hilfsangebote keineswegs obsolet geworden. Weder in Hamburg noch in Frankfurt hat sich ein ausschließlicher Konsum von rauchbar gemachtem Kokain auf Dauer ausbreiten können. In der Straßenszene sind die Steine zum permanenten Begleiter geworden. Sie haben alte Konsummuster aber nicht verdrängt, obdachlose DrogenkonsumentInnen und die entsprechenden Hilfesysteme haben nur ein zusätzliches Problem bekommen. Angesichts dieser Situation können die aufgebauten Hilfsangebote nicht reduziert werden. Auf dem Hintergrund eines zunehmenden intravenösen Crack-Konsums – häufig auch als Mischkonsum – behalten die bestehenden Einrichtungen und Hilfsangebote ihre Bedeutung. Die größere Risikobereitschaft und der körperliche Verfall führen zu einer extremen Gefährdung der KonsumentInnen. Zur Vermeidung höherer Todeszahlen¹⁸ werden damit insbesondere Angebote für den intravenösen Konsum weiterhin wichtig bleiben.

Sozialarbeit bekommt mit der Verbreitung rauchbar gemachten Kokains eine neue Grundlage, die sich auf die Erweiterung individueller Handlungsspielräume der KlientInnen beziehen muss. Diese ist unabhängig von der überkommenen Diskussion um abstinenz- und akzeptanzorientierte Ansätze. Die Loslösung aus der Szene ist nicht nur Bedingung für eine (mögli-

cherweise lebenslange) Abstinenz, wie sie von der einen Seite gefordert wird, sondern auch für das Überleben und die möglichst freie Entscheidung über Lebensentwürfe, wie sie von der anderen Seite angestrebt wird. Die Akzeptanz der realen Lebenssituation in der Szene ist dabei wesentliche Voraussetzung für jede Form von Arbeit, da sie noch direktere Auswirkungen auf die Entscheidungsmöglichkeiten der KonsumentInnen hat als früher.

Entscheidend ist, dass die Person des Konsumierenden als solche akzeptiert wird. In der Arbeit muss die Person von KlientIn (und SozialarbeiterIn) ernst genommen werden, um Handlungsspielräume zu eröffnen, die Motivation zu ihrer Wahrnehmung zu stärken und die Perspektive auch gegen Widerstände aufrecht zu erhalten. Das geht allerdings nur, wenn Sozialarbeit mit entsprechenden Ressourcen ausgestattet wird. Die Flexibilität und Einsatzbereitschaft der MitarbeiterInnen muss auch durch die Strukturen getragen und unterstützt werden.

Auch im medizinischen Bereich ist ein Umdenken erforderlich, das sich nicht auf eine ärztlich zu behandelnde Erkrankung namens „Drogenabhängigkeit“ reduzieren lässt, sondern auch gesellschaftliche Ausgrenzungs- und Selbstdiskriminierungsmechanismen in den Blick bekommt. Die massiven (sogenannten Begleit-)Erkrankungen in der durch Crack beschleunigten Szene sind nicht allein durch eine auf Komm-Strukturen aufbauende ärztliche Versorgung zu behandeln. Vielmehr sollte die medizinische Unterstützung auf der Straße beginnen und ihr Ziel darin bestehen, eine Basis für den schwierigen Weg aus der Straßenszene zu unterstützen. Hierbei können sich Medizin und Sozialarbeit gegenseitig unterstützen.

Die wesentliche Aufgabe des Hilfesystems besteht gegenwärtig darin, Angebote zu machen, die von den Konsumierenden auch wirklich wahrgenommen werden können. Dazu kann das Problem nicht allein bei den Usern oder dem jeweils aktuellen Stoff gesucht werden. Wo Perspektiven auf eine soziale Integration gesellschaftlich nicht gewollt sind, können sich weder

¹⁸ Neben der offiziellen Zahl der Drogentoten spielt zunehmend die Zahl der durch „Begleiterkrankungen“, Selbstmord oder allgemeine Schwäche zu Tode gekommenen eine Rolle. Diese werden aber

User noch Hilfesystem so verbiegen, dass eine erfolgreiche Situationsveränderung zu erreichen ist. Die Diskussion hierauf wieder auszurichten ist unter den aktuellen Bedingungen möglicherweise leichter, als unter den Bedingungen eines pragmatisch mit dem Konzept der *harm reduction* stillgestellten Konflikts. Die Auseinandersetzung zwischen akzeptanz- und abstinenzorientierten Ansätzen nicht zu führen, war so lange sinnvoll, wie dies dazu führte, die finanziellen Ressourcen für die Hilfsangebote zu sichern. Hinter die erreichten Standards der Überlebenshilfe ist inzwischen nicht mehr zurückzugehen. Dabei ist aber der individualisierte Krankheitsbegriff so gestärkt worden, dass Akzeptanz nur noch dem Konsum und nicht mehr den KonsumentInnen gilt. Diese Strategie greift angesichts der brutalen Konsequenzen des Crack-/Kokain-Konsums für die Lebenswelt Straßenszene heutzutage nicht mehr.

Literatur

- Crack-Street-Projekt, „Erfahrungsbericht über aufsuchende Sozialarbeit in Frankfurt a.M.“, wieder abgedruckt in: Streetcorner 2/99, Nürnberg, und verschiedene andere Arbeitsberichte (siehe WALK MAN)
- Dörrlamm, Martin; Heemann, Peter, 1998, „Youth help meets drug help - the ‚Frankfurt Crack-Street-Project‘“ in: ECDP NEWSLETTER, No. 16, Frankfurt a.M.
- Dörrlamm, Martin; Schwabe, Thomas, 1998: Rockhaus – Konzeptionsentwurf für eine Anlaufstelle, unveröffentlicht
- Kemmesies, Uwe; Müller, Oliver; Wersé, Bernd, 2002: „Drogentrends in Frankfurt am Main 2002“ hier: Szenebefragung, Centre for Drug Research
- Krause, Joachim, 2002: Mündlicher Vortrag beim Hearing des Magistrats der Stadt Frankfurt zu Crack am 12.11.2002

Stöver, Heino, 2001: „Bestandsaufnahme ‚Crack-Konsum‘ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote“ im Auftrag der Bundesregierung

WALK MAN, verschiedene Arbeitsberichte zu finden unter: <http://www.crack.at.md>

Martin M. Dörrlamm, Dipl.-Soz., seit 1995 als Streetworker für das Jugendamt Frankfurt (später Kommunale Jugendhilfe) im Bahnhofsviertel unterwegs. Von Seiten der Jugendhilfe von Beginn am Aufbau und der Weiterentwicklung des interdisziplinären (gemeinsam mit Drogenhilfe und Medizin) „Crack-Street-Projekt“ beteiligt. Zur Zeit nebenberufliche Tätigkeit als Lehrbeauftragter an der Fachhochschule Wiesbaden.

Drogenhilfe im Steinbruch	1
Ansätze zur Reduktion des Risikos beim Konsum von Crack.....	2
Gestiegene Krankheitsrisiken in der Straßenszene durch den Crack-Konsum	4
Die Beschleunigung in der Szene obdachloser DrogenkonsumentInnen.....	2
Ursachen für einen verschlechterten Gesundheitszustand in der Szene.....	7
Grundlagen für die Verbesserung der Lebenssituation obdachloser Crack-KonsumentInnen	9
„Entschleunigung“ oder: was geht praktisch ?.....	11
Der Steinbruch – was hat Crack anders gemacht ?	13
Literatur.....	16