

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN
zum Umgang mit
Crack-Konsum
im Kontext der Drogen- und Suchthilfe

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe

Inhalt

Einleitung	1
1 Prävention/-Medien	5
<i>Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und Harm Reduction</i>	13
2 Psycho-soziale Betreuung und medizinische Behandlung	15
3 Rechtlich-politisch-administrativer Umgang mit Crack-Konsum	17
4 Forschungsfelder zu Crack-Konsum	23
5 Interdisziplinäre Kooperation / Stadtplanung	27
<i>Überblick Kernempfehlungen</i>	
Beteiligte Expert:innen	37
Literatur / Quellen	39

Impressum

Herausgeber

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
www.akzept.eu



im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

Redaktion

Prof. Dr. Heino Stöver
Larissa Hornig

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Gestaltung und Satz

Christine Kluge Haberkorn

Titelfoto

Anna Schamschula

Druck

Copy Terra Berlin

Berlin, Januar 2023

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe

Einleitung

In vielen Großstädten – vor allem in den westlich und nördlich gelegenen Bundesländern, breitet sich seit einigen Jahren der Crack-Konsum (rauchbares Derivat von Kokain) im öffentlichen Raum und unter bestimmten Konsumierenden in problematischer Weise aus. Dieser war zuvor jahrzehntelang auf Hamburg, Frankfurt und Hannover beschränkt¹. Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogen- und Suchthilfe wie Drogenkonsumräumen und Kontaktstellen aus dem gesamten Bundesgebiet berichten von den Folgen des exzessiven Crack-Konsums von Nutzenden der Einrichtungen.

Eine „Sonderauswertung Crack“ im Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) zeigt hingegen für die allgemeine erwachsene Bevölkerung keine Unterschiede im Crackkonsum zwischen 1995 und 2018 in der 12-Monats-Prävalenz (maximal 0,1%)².

Crack wird von problematisch Konsumierenden in „Rausch-Einheiten“ (binges) an zumeist mehreren aufeinanderfolgenden Tagen konsumiert. Der „Alltag auf Crack“ ist meist schneller, hektischer und bietet kaum Erholungsphasen für die Gebraucher:innen, bis z.T.

¹ Kühnl et al., 2021; Stöver, 2001.

² Neumeier, 2022.

körperliche Erschöpfungszustände, Zusammenbrüche und finanzielle Grenzen erreicht sind.

In diesen Phasen lässt sich bei Konsumierenden ein ständiger Wechsel von Euphorie und Dysphorie verzeichnen. Die psychoaktive Substanz führt häufig zu einem übersteigerten Selbstbewusstsein und bei dem anschließenden Entzug zur sofortigen Leere und Depression³. Dieser rasante Wechsel zwischen den Gemüts- und Gefühlszuständen sowie die starke Ich-Bezogenheit wirken sich nicht nur auf die psychische Gesundheit, sondern auch sozial sowie auf die körperliche Gesundheit negativ aus. Häufig kommt es zu Konflikten der Konsumierenden untereinander sowie zu Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Hausordnungen und Regelungen der Drogenhilfeeinrichtungen. Erkrankungen der Atemwege in Folge des Rauchkonsums, Infektionen aufgrund mangelnder Hygiene und Abmagerung wegen Mangel- und Fehlernährung können weitere Auswirkungen des intensiven Konsums sein.⁴

Problematisch Crack-Konsumierende auf der Szene verelenden unter solchen Umständen zusehends, wobei eine niedrigschwellig zugängliche medizinische und insbesondere psychiatrische Erst- und Akut-Versorgung fehlt bzw. nur lückenhaft vorhanden ist. Die massiven Auswirkungen des Konsums übersteigen z.T. die Kapazitäten in den niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe und die Vorgaben und Zugangsregelungen der Drogenkonsumräume⁵. Viele Einrichtungen verfügen nicht über die notwendigen Angebote für diese Zielgruppe (Rauchräume, Tages- und Nacht-Ruheräume/-betten) sowie über ausreichend ausgeweitete

³ Werse et al., 2017.

⁴ Hößelbarth, 2014: 24.

⁵ Pauly/Jeschky, 2021: 25.

Öffnungszeiten. Die Folgen sind gravierend: Abhängige rauchen Crack auf der offenen Straße statt Drogenkonsumräume zu nutzen. Infolge des enormen Beschaffungsdrucks kommt es teilweise auch zu Auseinandersetzungen unter den Konsumierenden.

Das subjektive Sicherheitsgefühl von Menschen, die sich in diesen Stadtbereichen aufhalten bzw. dort leben und arbeiten, nimmt ab. Die Crackkonsumierenden kommen aus unterschiedlichen sozialen Bezügen und auch in den verschiedenen Städten aus vielfältigen Hintergründen mit differenzierten Motiven: Dabei handelt es sich um teils länger bekannte und langjährige Drogenkonsumierende, z.T. opioidabhängig, z.T. in einer Substitutionsbehandlung und einer Psycho-Sozialen Betreuung befindlich, aber auch um Menschen, die keinen Kontakt zum Drogenhilfesystem haben oder suchen, um geflüchtete Menschen, EU-Ausländer:innen, sowie Menschen mit einer Alkoholgebrauchsstörung. Zielgruppendifferenzierung ist also für eine lebensweltnahe Ansprache dieser Menschen – zumeist aus prekären Lebenslagen kommend – von größter Wichtigkeit.

Der Konsum von Crack hat zwar ein hohes psychisches Suchtpotential, epidemiologische Studien zeigen allerdings auch relevante Anteile an sporadischen und/oder unterbrochenen Konsummustern mit mehr oder weniger langen Konsumpausen⁶, d.h. Crack führt nicht unweigerlich in exzessive, der Selbststeuerung entzogene Konsummuster. Ein großes Problem stellt allerdings der weitverbreitete polyvalente Gebrauch mehrerer psychoaktiver Substanzen neben Crack dar. Die Konsumierenden von Crack bleiben jedoch ansprechbar, v.a. in ihren Kontrollphasen und sind auch offen für Hilfeangebote.

⁶ Prinzleve et al., 2004.

Ganz wichtig ist es v.a. dem, in manchen Medien verbreiteten Mythos entgegenzutreten, Crackkonsumierende seien völlig unkontrollierte und aggressive „Monster“⁷.

Anknüpfend an die Internationale Crack-Fachtagung am 04.10.2022 in Frankfurt am Main tagte am 05.10.2022 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine Expert:innen-Gruppe⁸ mit Vertreter:innen sowohl aus den Städten Hamburg, Frankfurt, Bremen und Hannover als auch Vertreter:innen von akzept e.V. sowie von freien Träger:innen der Suchthilfe und Hochschulen, um Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum und den damit einhergehenden Schwierigkeiten und Problemlagen zu erarbeiten.

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

Diese richten sich je nach den nachfolgend aufgeführten Themenschwerpunkten an psychosoziale Versorgungsdienste (Drogenhilfe, Psychiatrien, Sozialdienste), Mediziner:innen, sowie an Verantwortliche für die Versorgung Abhängigkeitserkrankter in Bund, Ländern und Kommunen.

⁷ Michels, 2004.

⁸ Siehe Teilnehmer:innen-Liste am Ende des Dokuments.

1. Prävention/-Medien

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

Selektive und indizierte präventive Maßnahmen

- ▶ Programme zum selbstkontrollierten Konsum von psychoaktiven Substanzen, die sich bereits bei anderen Substanzen bewährt haben, können auch mit dem Fokus auf den Konsum von Crack angeboten werden. Erste Wirksamkeitsbelege finden sich in der KISS Studie. Hier wurden im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie eine signifikante Crackkonsumreduktionen nachgewiesen⁹.
- ▶ Zur zielgerichteten Ansprache der vulnerablen Gruppen sollte die Situation aktuell Crack-Konsumierender berücksichtigt werden. Hierbei zeigt sich, dass es sich nicht nur um „neue“ Konsumierende handelt, sondern häufig um Personen, die bereits seit vielen Jahren andere Substanzen (z.B. Opioide und Kokain) konsumieren und nun ihren Substanzkonsum auf Crack erweitert und/oder verlagert haben¹⁰. Beobachtungen vor Ort

⁹ Körkel, J. et al., 2011.

¹⁰ EMCDDA, 2022: 13f.

zeigen, dass sich viele dieser Crack Konsument:innen auch in einer Opioid-Substitutionsbehandlung befinden. Somit könnte eine zielgerichtete Kontaktaufnahme durch Mediziner:innen, Pflegekräfte oder alternativ durch Mitarbeiter:innen aus Aids- und Drogenhilfen stattfinden, die für die psychosoziale Betreuung zuständig sind. Im Fall eines intakten Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzt:innen und Patient:innen sind substituierende Ärzt:innen geeignete Personen, über die eine Ansprache erfolgen kann.

Orte des Konsums / Drogenkonsumräume (DKR)

- ▶ Drogenkonsumräume (nachfolgend DKR) und ihr unmittelbares Umfeld sowie Vorplätze und Außengalerien sollten entsprechend den Nutzungsanforderungen attraktiv gestaltet werden, z.B. durch Ausstattung mit Sitzgelegenheiten, adäquater Beleuchtung, Witterungsschutz, Trinkwasser-Brunnen und Reinigung in erforderlicher Frequenz.
- ▶ Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum müssen für Menschen in problematischen Lebenssituationen geschaffen werden. Diese Orte dürfen nicht sich selbst überlassen bleiben, sondern müssen von den Akteur:innen der Kommune und ggf. des Landes (z.B. Straßen- und Grünflächenämter, Stadtreinigung, Ordnungsamt, Polizei, Sozialamt sowie freie Träger der Sozialen Arbeit) betreut werden.
- ▶ In vorhandenen DKR sollte – sofern nicht bereits ausreichend vorhanden – die Zahl der Rauchplätze den Bedarfen entspre-

chend erhöht und die Schwellen zur Inanspruchnahme wegen Wartezeiten und (Über-)Regulierungen abgesenkt werden. Damit soll es Konsumierenden zur Schadensminimierung erleichtert werden, zunehmend inhalative Konsumformen zu praktizieren. So kann z.B. die Implementierung von „Express-Rauchräumen“ für den schnelleren Zugang für Crack-Konsumierende ermöglicht werden. Dies bietet Alternativen zum Konsum im öffentlichen Raum und kann diesen zumindest zeitweilig und punktuell entlasten.

Kommunikation / Kontakt

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

(Pfeifen, Siebe, Feuerzeuge/ Feuerzeug-Gas, Natron, Wasser, Lippenpflege, „Safer Crack Packs“) kostenlos und/oder zum Selbstkostenpreis abgegeben werden.

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

Opioide-Substitutionsbehandlung

- ▶ Das Angebot einer individualisierten und bedürfnisorientierten Substitutionsmittel-Vergabe am Nachmittag oder Abend (statt am Morgen oder Vormittag) kann helfen, den Crack-Konsum am Abend zu beenden und ist eine Alternative zum abendlichen

Gebrauch von Schwarzmarkt-Opioiden/Benzodiazepin/ Pregabalin.

- ▶ Ein standardisiertes, für alle Patient:innen gleiches Vorgehen und die Ausrichtung von Angeboten nach Institutionslogiken und -interessen müssen vermieden und abgebaut werden.

Crackzubereitung

Verschiedene Konsumutensilienvergabe-Modalitäten und in Konsumräumen sowie außerhalb von Konsumierenden praktizierte Crack-Zubereitungs-Verfahren (Aufbereitung mittels Natron oder Ammoniak) sollten hinsichtlich der fachlichen Risikoabwägung im Rahmen einer professionellen Harm Reduction-Beratung mit Konsumierenden abgestimmt werden. Die Vor- und Nachteile der Selbsterstellung versus des Kaufs fertig zubereiteter „Steine“ sollen dabei erörtert werden. Der Einbezug von Peers in die Erarbeitung von Inhalten und Kernbotschaften ist sinnvoll. Das Erfahrungswissen und die Perspektive von Konsum-Erfahrenen ist für wirksame Harm Reduction-Maßnahmen essentiell, zumal es so gut wie keine Forschung(-sergebnisse) zu den gesundheitlichen Risiken und Schutzmöglichkeiten beim Crack-Konsum gibt.

Harm Reduction, Infektionsprophylaxe und Safer Use

- ▶ Auch der inhalative Konsum von Crack birgt das Risiko der Verbreitung von potentiell schwerwiegenden, übertragbaren

Infektionen wie Virushepatitis oder Covid-19. Deshalb sollten mit einfachen Mitteln der Schadensminderung derartige gesundheitliche Folgeschäden des Crack-Konsums minimiert werden.

- Durch die Vergabe von Crack-spezifischen Konsumutensilien (z.B. Mundstück, Sieb, Pfeife, Natron, Wasser) und Informations-/Beipackzetteln (Infolyer) mit einer Anleitung zum Mischverhältnis von Natron und Kokainpulver – Bsp.: „Safer Crack Pack“ (JES-Bundesverband)¹¹ – und durch Zugang zu Mitteln der Händehygiene, z.B. durch die Vergabe von Händedesinfektionsmitteln und der Bereitstellung von Händewaschgelegenheiten in den Einrichtungen oder mit mobilen Waschbecken, können wirksam Infektionen vermieden werden. Konsument:innen können für einen risikoreduzierten Konsum sensibilisiert und lebensweltnah wichtige Informationen zum Gesundheitsschutz können vermittelt werden. Es sollten im Alltag bewährte und auch von Angebotsnutzenden akzeptierte Modalitäten und Abgabestandards bezüglich Safer Crack - Utensilien praktiziert werden, wie z.B. die Abgabe von Pfeifen zum Selbstkostenpreis. Der verantwortliche, pflegliche und hygienische Umgang mit mehrfach zu verwendenden Utensilien (Crack-Pfeife) sollte durch Aufklärung, motivierende Gespräche und ggf. mit Incentives (z.B. mit Gutscheinen) für einen späteren kostenlosen Erwerb einer neuen Pfeife, gefördert werden.

¹¹ <https://www.jes-bundesverband.de/projekte/projekt-safer-crack-pack/>

- ▶ Es müssen vielfältige und differenzierte Konsumutensilien-Vergabeangebote¹² durch Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe (Kontakt- und Beratungsstellen mit und ohne DKR, aber auch die höherschwelligen Suchtberatungsstellen) geschaffen und entwickelt werden.
- ▶ Weitere Modelle der Vergabe im Rahmen regionaler Spezifitäten sollten realisiert werden, z.B. über Verkaufsautomaten, Spritzenautomaten, Nachtbusse und aufsuchende Sozialarbeit (Streetwork), um einen spezifischen und qualifizierten Zugang zu hygienischen Konsumutensilien und zu Informationen und Angeboten der Drogen- und Suchthilfe zu ermöglichen.
- ▶ Das Budget für eine Konsumutensilienvergabe zum Zwecke des Infektionsschutzes und der Öffentlichen Gesundheit muss von den Einrichtungen und deren Zuwendungsgeber:innen ausreichend ausgestattet werden.
Entsprechende Empfehlungen der WHO analog zur Mindestzahl von Spritzen und Kanülen, die von qualifizierten Einrichtungen abgegeben werden, sollten konkretisiert werden¹³.
- ▶ Erforderlich sind kontinuierliche interne Schulungen von Fachpersonal in den spezifischen niedrigschwelligen Einrichtungen zur qualifizierten Konsumutensilienvergabe¹⁴, damit über das Sortiment, den hygienischen und ressourcen-schonenden

¹² EMCDDA, 2021.

¹³ WHO, 2022.

¹⁴ U.a. DAH, o.J.

Umgang mit Konsumutensilien, die Zubereitung des Cracks und zur Risikominderung informiert und zu individuell passenden Risiko- bzw. Konsumreduktionsstrategien beraten werden kann.

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

Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und Harm Reduction

Vergabe von Konsumutensilien

- Mundstück, Sieb, Pfeife, Natron, Wasser
- Informations- und Beipackzettel (Infolyer) (inkl. Anleitung zum Mischverhältnis von Natron und Kokainpulver)
- „Safer-Crack-Pack“

Einführung von Abgabestandards

- Entwicklung von Modalitäten wie z.B. die Abgabe der Konsumutensilien zum Selbstkostenpreis
- Förderung eines verantwortlichen und hygienischen sowie pfleglichen Umgangs von Safer-Crack-Utensilien durch Crack-Konsumierende

Entwicklung differenzierter Konsumutensilien-Vergabeangebote

- Erweiterung des Angebotes der Spritzen- und Kanülenvergabe um Utensilien für den inhalativen Konsum
- Schaffung einer vielfältigen Angebotspalette für den inhalativen Konsum von Crack

Vergabemodelle

- Entwicklung im Rahmen regionaler Spezifitäten in Kontaktstellen, Konsumräumen, Beratungsstellen
- Z.B. Verkaufsautomaten, Nachtbusse, aufsuchende Sozialarbeit (Streetwork)

Schulungen von Fachpersonal

- Kontinuierliche, interne Schulungen von Fachpersonal in niedrigschwelligen Einrichtungen für eine wissensfundierte Informationsweitergabe und Beratung

2. Psycho-soziale Betreuung und medizinische Behandlung

Um den multifaktoriellen Problemlagen von Angebotsnutzenden und Klient:innen der Drogen- und Suchthilfe bedarfsgerecht und angemessen zu begegnen, wäre der Ausbau des niedrigschwelligen Hilfesystems mit lebenswelt-adäquaten Zugängen zur sozialen Beratung und zur psycho-sozialen Begleitung für alle problematisch Crack-Konsumierenden folgerichtig.

Es folgen Empfehlungen für eine Anpassung und Erweiterung der Angebote in der Beratung, Begleitung und Behandlung von Crack-Konsumierenden, soweit sie ein spezifisch auf Crack-Konsum zugeschnittenes Behandlungskonzept benötigen.

Ausbau niedrigschwelliger Angebote und professions-/institutionsübergreifende Vernetzung

Die Soziale Arbeit sollte aus professioneller Sicht ebenso wie aus Sicht der Angebotsnutzenden auch für Crack-Konsumierende bedarfsgerecht definiert und ausgestattet werden. Die kontinuierliche Anpassung und eine Diversität der Angebote (aufsuchend, beratend etc.) erscheint dabei auch für Crack-Konsumierende als zwingend notwendig. Um auch für Crack-Konsumierende eine Entsäulung des Hilfesystems und damit eine Durchlässigkeit von Hilfeangeboten beziehungsweise gelingende Kooperationen zu erreichen, ist eine professions-/institutionsübergreifende

Vernetzung der Hilfen mit der Eingliederungshilfe sowie dem medizinischen und pflegerischen Hilfesystem unerlässlich.

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

Weiterentwicklung niedrigschwelliger Angebote zur bedarfsgerechten Versorgung von Crack-Konsumierenden ist dringend notwendig – zentral in innerstädtischen bzw. innerörtlichen Lagen, aber auch in Peripherie bzw. dezentral auf mehrere Orte verteilt. Drogenkonsumräume, Tagesruhemöglichkeiten, Notschlafstellen und eine hygienische Grundversorgung (Essen, Trinken, Toilette, Basishygiene) müssen dort etabliert werden, wo Konsumierende sich aufhalten bzw. bewegen, also zumeist an zentralen Plätzen oder in Bahnhofsnähe.

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

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

3. Rechtlich-politisch-administrativer Umgang mit Crack-Konsum

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

Erweiterung und Vereinheitlichung rechtlicher Rahmenbedingungen für den Betrieb von Drogenkonsumräumen

Die Kommunen benötigen mehr Handlungsspielräume, um dem wachsenden Crack-Konsum im öffentlichen Raum begegnen zu können. Dazu gehört unter anderem eine Novellierung des § 10a BtMG, der als Rechtsgrundlage für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Deutschland dient. Es soll ermöglicht werden, dass Rechtsverordnungen von Bundesländern zum Betrieb von Drogenkonsumräumen zukünftig optional entsprechend angepasst werden können. Bundesländer sollten eine fachliche Überprüfung sowie Änderungen vorhandener Landes-Rechtsverordnungen zum Betrieb von Drogenkonsum-räumen dahin gehend vornehmen, dass vermeidbare und unbeabsichtigte Zugangshürden beseitigt bzw. reduziert werden können. Dies betrifft vor allem:

a) Drug Checking im DKR

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

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

b) Gruppenkonsum im DKR

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

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

Mit einer Änderung des § 29 BtMG soll die Straffreiheit von Maßnahmen der Drogenhilfe für gemeinnützige soziale

Einrichtungen sowie für Kommunen und Länder, die derartige Einrichtungen und Projekte fördern, klargestellt werden.

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

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

- ▶ Es ist für die öffentliche Debatte unerlässlich, dass bei der Gestaltung des öffentlichen Raumes die Bedarfe von Crack-Konsumierenden berücksichtigt und Aufenthaltsmöglichkeiten für Crack-Konsumierende als Standard eingeführt werden.
- ▶ Mindestens in der Nähe von Drogenkonsumräumen sollten solche Aufenthaltsorte im öffentlichen Raum vorhanden sein. Diese Aufenthaltsmöglichkeiten sollten gleichzeitig eine für Konsumierende und das Umfeld akzeptable Aufenthaltsqualität aufweisen. Dies kann Sitzgelegenheiten, Witterungsschutz, öffentliche Toiletten sowie Trinkwassermöglichkeiten etc. beinhalten.

- ▶ Es muss eine enge Abstimmung zwischen den niedrigschwelligen Einrichtungen und der Polizei erfolgen, damit repressive Maßnahmen im Umfeld der Aufenthaltsorte im öffentlichen Raum und den Einrichtungen nicht deren Inanspruchnahme gefährden.
- ▶ Mit einer aktiven, aufsuchenden Gemeinwesenarbeit erfolgt ein konstruktives, mediatorisches Konflikt- und Beschwerdemanagement sowie eine Koordination der aufsuchenden Arbeit als Schadensbegrenzung (für Konsumierende und andere Nutzer:innengruppen) im öffentlichen Raum.
- ▶ Die Etablierung von niedrigschwelligen Einrichtungen mit integriertem Angebot von DKR und niedrigschwelligen Ruhe- und Schlafmöglichkeiten mit durchgehender psycho-sozialer bzw. sozialpädagogischer Beratung und Begleitung sollte in Städten und Kommunen umgesetzt werden.
- ▶ Die Städte und Kommunen sollten sich vernetzen und dabei Problemlagen umfassend analysieren und angehen. Es wird eine Gesundheits- und Ordnungspolitik mit klar definierten Aufgaben und klarem Rollenverständnis benötigt.
- ▶ Unter Gender-Aspekten sind die Belange von Crack-konsumierenden Frauen und trans*-Menschen zu berücksichtigen. Notwendig sind z.B. Angebote wie spezielle Schutzräume und Tagesschlafplätze, die an die Bedingungen von Sexwork, z.B. auf dem „Straßenstrich“ angepasst sind und spezifische Unterstützung zum Empowerment und zur Praktizierung von Safer Work vorhalten.

Etablierung einer niedrigschwelligen medizinischen Grundversorgung

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

Dies gilt in besonderem Maße für exzessiv Crack-Konsumierende.

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

Dafür sind folgende Aspekte unerlässlich:

1. Enge Verzahnung von Suchthilfe und medizinischen Angeboten. Die Zeitfenster, in denen Crack-Konsumierende zugänglich für eine medizinische und psychosoziale Behandlung bzw. für ein geeignetes und akzeptiertes Angebot sind, fallen in der Regel sehr klein aus. Umso wichtiger ist es, unmittelbar handeln

zu können und eine direkte Überweisung von der Suchthilfe in das medizinische Hilfesystem zu ermöglichen. Bislang ist die medizinische Hilfe häufig zu hochschwellig.

2. Eine Entzugsbehandlung allein reicht in aller Regel nicht aus. Notwendig ist ein Clearing, welche medizinischen und sozialarbeiterischen Maßnahmen sukzessive erforderlich sind.

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

3. Aufsuchende Sozialarbeit der Drogen- und Suchthilfe und aufsuchende psychiatrische Hilfe sollten verzahnt werden. Denn häufig kommt die Drogenhilfe-Straßensozialarbeit vor Ort aufgrund der multiplen und manifesten psychiatrischen Auffälligkeiten der Crack-Konsumierenden an ihre Grenzen.

4. Um die medizinische Versorgung zu verbessern und bundesweit zu diversifizieren, ist das Angebot einer Diamorphinbehandlung für Menschen mit einem ausgeprägten Mischkonsum von Heroin und Crack flächen-deckend auszubauen.

Die Erfahrungen aus manchen Diamorphinambulanzen, die Menschen auch mit diesem Mischkonsum behandeln, zeigen erfreuliche Ergebnisse: In vielen Fällen können die Patient:innen mit einer Neu-Einstellung des Medikaments und einer Verbesserung bzw. Intensivierung der psycho-sozialen Betreuung und der alltagspraktischen Hilfen zur Tagesstruktur und zur Sicherung der Lebensgrundlagen bzw. Beendigung von

Obdachlosigkeit oder Wohnraumerhalt die Fortsetzung des Crackkonsums unterbrechen oder reduzieren.

4. Forschungsfelder zu Crack-Konsum

Im Hinblick auf die Prävalenzentwicklung des Crackkonsums im öffentlichen Raum bzw. in niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe bzw. bei der Substitutionsversorgung Opioidabhängiger liegen aktuell keine systematischen, verlässlichen bundesweiten Daten vor. Zudem wird in vielen Erhebungssystemen nicht zwischen „Crack“ und „Kokain“ differenziert¹⁵. Deshalb stützen sich die hier vorliegenden Empfehlungen in erster Linie auf qualitative Berichte von Mitarbeitenden von Kontakt- und Beratungsstellen sowie Drogenkonsumräumen.

Im Folgenden werden vielfältige Forschungsbedarfe benannt, die sich sowohl auf die Motive, Hintergründe und Verläufe von Crack-Konsument:innen, die Epidemiologie und das Monitoring, als auch auf die medizinische und psycho-soziale Versorgung sowie Therapie, auf die Wirksamkeit von etablierten Harm Reduction-Strategien und auf Präventionsansätze beziehen. Staatlich finanzierte Modellprojekte zu folgenden Bereichen sollten dringend angebahnt, umgesetzt und finanziert werden.

¹⁵ Neumeier, 2022.

Typologie der Konsument:innen sowie Bedingungen und Verläufe des Crack-Konsums

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

Epidemiologie des Crack-Konsums, Substanz-Monitoring und Monitoring lokaler Drogenszenen

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

den Vergleich mit anderen Substanzen (insbesondere Kokain) ermöglichen.

Ferner bedarf es Forschungen, welche die Situation und Bedingungen des Crack-Konsums auf lokaler Ebene in den Blick nehmen. Hierzu zählen insbesondere die Darstellung der Strukturen von Drogenszenen in öffentlichen Räumen, Szenebefragungen sowie das Monitoring des Konsums und der Versenung im öffentlichen Raum. Durch diese Forschungen sollen insbesondere regionale Unterschiede bezüglich Verfügbarkeit, Konsumformen und -zubereitung sowie lokaler Markt- und Handelsstrukturen sichtbar gemacht werden.

Erprobung von neuen medikamentösen Behandlungsansätzen

Es bedarf medizinischer Studien, die explizit die medikamentöse Behandlung von Crack-Konsument:innen zum Gegenstand haben. Hierzu zählen insbesondere Modellprojekte mit medizinischem Cannabis und anderen psychoaktiven Substanzen (z.B. Amphetamine und Ketamin), zu denen bereits erste Hinweise auf eine mögliche Wirksamkeit vorliegen¹⁶. Neben der klinischen Erprobung dieser Medikamente sollte die Frage der Finanzierung und Etablierung solcher Behandlungsansätze berücksichtigt werden.

¹⁶ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2019.

Identifikation von wirksamen psychosozialen Behandlungsansätzen und deren Erprobung

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

Es bedarf – aufbauend auf niederländischen Erfahrungen - Studien, die eine Kombination der medikamentösen Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie und Contingency Management untersuchen^{17 18}.

Harm Reduction

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

¹⁷ Blanken, 2022.

¹⁸ GGZ Standaarden, 2022.

Prävention des Crack-Konsums

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

5. Interdisziplinäre Kooperation / Stadtplanung

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

Verbesserung kommunaler Vernetzungen in der Eingliederungshilfe und bei Rehabilitationsmaßnahmen

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

Die noch weitgehend vorherrschende „Versäulung“ der Hilfen (SGB V, SGB XII, SGB VIII usw.), sowie die gegenseitigen Abgrenzungen und Nichtzuständigkeitserklärungen (von Polizei, Ordnungs- und Gesundheitsdiensten, Ämtern für soziale Dienste, Jugend-, Obdachlosen-/ Wohnungs-/ Straffälligenhilfe etc.) bzw. die unterschiedlichen Kostenträger (Ämter für Soziales, Krankenkassen, Rentenversicherung) verhindern häufig die notwendige schnelle, unbürokratische und interdisziplinäre Versorgung durch Hilfeangebote sogar bei Menschen, die sozialrechtliche Ansprüche geltend machen könnten.

Die sozialrechtliche Grundlage für koordinierte Einzelfall-Eingliederungshilfen ist aber mit dem Sozialgesetzbuch IX gegeben: Das SGB IX hat den Zweck, Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen bezüglich ihrer Selbstbestimmung und ihrer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden bzw. entgegenzuwirken. Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat der

Gesetzgeber sich das Ziel gesetzt, auch im Hinblick auf die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) eine bessere Nutzer:innen-orientierung und Zugänglichkeit sowie eine höhere Effizienz der Eingliederungshilfe zu erreichen (Leistungen aus einer Hand). Für Menschen, die keine sozialrechtlichen Ansprüche haben, sind im Sinne des BTHG und der UN-BRK vergleichbare Angebote und Zugänge zu schaffen.

Implementierung sozialpsychiatrischer Hilfen und medizinischer Akutversorgung

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

Errichtung institutioneller Vernetzungen sowie Ausbau stadtplanerischer Konzepte

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

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

Vernetzungsaktivitäten und Abstimmung von Interventionen mit den Ordnungsämtern und der Polizei sollten umgesetzt werden. Bei 80% der Drogendelikte handelt es sich um sog. konsumnahe Delikte.¹⁹

Mit Polizei, Staatsanwaltschaften und Justizvertreter:innen können neue Ansätze zur Entkriminalisierung der Drogenkonsumierenden sachlich erörtert werden, um gemeinsame Positionen, Konzepte und Vorschläge zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen dem Gesetzgeber übermitteln zu können. Der Gesetzgeber sollte sich mit unterschiedlichen Perspektiven auseinandersetzen und ggf. Gesetzesänderungen hinsichtlich einer kohärenten Gesundheits- und Drogenpolitik realisieren.

¹⁹ Stöver 2001.

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

Gemeinwesenarbeit und Entstigmatisierungskampagnen

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

Überblick Kernempfehlungen

1. Ausbau und Entwicklung selektiver lebensweltnaher und zielgruppendifferenzierter Präventionsmaßnahmen	▪ Z.B. Ausbau von Programmen für einen selbstkontrollierten Konsum speziell bei Crack ▪ Zielgerichtete Kontaktaufnahme durch Mediziner:innen, Pflegekräfte oder durch Mitarbeiter:innen aus Aids- und Drogenhilfe
2. Verbesserte Kommunikation und Kontaktaufnahme zu Crack-Konsumierenden	▪ Printmedien in verschiedenen Sprachen ▪ Plakate an szenenahen Orten mit Informationen zur Risikominderung ▪ Ausbau digitaler Ansätze (QR-Codes, App-Nutzung, Online Beratung) mit Bereitstellung des notwendigen Equipments in den Einrichtungen ▪ Minimierung von Zugangsbarrieren (wie Öffnungszeiten von Einrichtungen)
3. Verbesserung des DKR-Angebots	▪ Nutzungsgerechte Gestaltung der DKR sowie des unmittelbaren Umfelds (Vorplätze, Außengalerien)

	▪ Ausbau von Rauchplätzen zur Schadensminimierung ▪ Rechtlich abgesicherte Einführung von „Express-Räumen“
4. Ausbau von Harm Reduction / Safer Use	▪ Fachliche Abstimmung von Zubereitungsmodellen (Selbsterstellung vs. Kauf) unter Einbezug von Peers ▪ Vielfältige Konsumutensilienvergabe-Angebote (z.B. „Safer Crack Pack“) unter Beachtung regionaler Spezifitäten und der Einführung von Abgabestandards ▪ Ausreichende Budgetausstattung (analog zu den WHO-Empfehlungen) ▪ Kontinuierliche Schulungen von Fachpersonal ▪ Ausbau med. Notfallhilfen vor Ort
5. Überprüfung der bestehenden Rechtsversordnungen und des BtMG	▪ Erweiterung und Vereinheitlichung rechtlicher Rahmenbedingungen für den Betrieb von DKR ▪ Novellierung des § 10a BtMG zur Beseitigung von Zugangshürden in den DKR: Insbesondere

	Drug-checking; Gruppenkonsum von Crack ▪ Anpassung des § 29 BtMG zur Schaffung von Rechtssicherheit für Maßnahmen der Drogenhilfe
6. Sozialraumarbeit und Ausbau einer institutions- und städteübergreifenden Vernetzung	▪ Vernetzung von Eingliederungshilfe sowie dem medizinischen und pflegerischen Hilfesystem ▪ Abstimmung mit Ordnungsbehörden und Polizei ▪ Einführung von Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum als Standard ▪ Aktive Gemeinwesenarbeit für Beschwerde- und Konfliktmanagement ▪ Vernetzung der Städte zur umfassenden Problemlagenanalyse und für ein klares Rollenverständnis ▪ Stärkerer Einbezug sozialpsychiatrischer Hilfen
7. Weiterentwicklung der Stadtplanung und interdisziplinären Kooperation	▪ Verbesserung einer guten kommunalen Vernetzung der Drogenhilfe ▪ Ausbau stadtplanerischer Konzepte und Involvierung der Wohnungslosen- und

	Straffälligenhilfe in enger Kooperation mit den Sozialämtern ▪ Etablierung kommunaler und regelmäßiger Abstimmungsgremien ▪ Gemeinwesenarbeit und Entstigmatisierungskampagnen
8. Weiterentwicklung niedrigschwelliger Angebote	▪ Etablierung von Tagesruhemöglichkeiten, Notschlafstellen und einer Grundversorgung an zentralen Plätzen ▪ Zugang zu psycho-sozialer Betreuung für alle Crack-Konsumierenden ▪ Etablierung von niedrigschwelligen Einrichtungen mit integriertem Angebot von DKR und Notschlafstellen mit durchgehender psycho-sozialer bzw. sozialpädagogischer Beratung und Begleitung
9. Etablierung einer niedrigschwelligen medizinischen Grundversorgung	▪ Erarbeitung bundesweiter Lösungsansätze für Personen ohne gesetzlichen Krankenversicherungsschutz oder sozialrechtliche Ansprüche

	▪ Enge Verzahnung von Suchthilfe und medizinischen Angeboten ▪ Etablierung eines durchgehenden, aufeinander aufbauenden medizinischen Behandlungskonzepts ▪ Ausbau eines Angebots der Diamorphenbehandlung für Menschen mit einem ausgeprägten Mischkonsum von Heroin und Crack
10. Anbahnung staatlich finanzierter Modellprojekte im Rahmen des Forschungsbedarfs	▪ Motive, Hintergründe und Typologie von Crack-Konsument:innen ▪ Epidemiologie des Crack-Konsums, Substanz-Monitoring und Monitoring lokaler Drogenszenen ▪ Erprobung neuer medikamentöser Behandlungsansätze (med. Cannabis, Amphetamine, Ketamin) ▪ Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen bei Crack-Konsument:innen (CBT, Contingency Management) ▪ Übersicht (Review) über die Wirksamkeit von Harm Reduction-Strategien ▪ Wirksame Präventionsstrategien

Beteiligte Expert:innen

Lea Albrecht	Suchttherapeutin VT & Sozialpädagogin, Leitung des Drogenraums comeback gGmbH Bremen
Gabi Becker	Geschäftsführerin der Integrativen Drogenhilfe e.V. Frankfurt am Main
Prof. Dr. Daniel Deimel	Katholische Hochschule Nordrhein- Westfalen, Abteilung Aachen, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)
Larissa Hornig	Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Doktorandin am Institut für Suchtforschung an der FRA-UAS FFM
Daniel Kiefer	Sozialbehörde – Amt für Gesundheit, Fachabteilung Drogen und Sucht, Freie und Hansestadt Hamburg
Urs Köthner	Diplom Sozialarbeiter und Sozial-/SUCHT Therapeut
Felicitas Krauss	Arbeitsstab des Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen im Bundesministerium für Gesundheit
Astrid Leicht	Geschäftsführung Fixpunkt e.V. Berlin
Dr. Ingo Ilja Michels	Soziologe, Institut für Suchtforschung an der FRA-UAS FFM

Oliver Müller-Maar	Drogenreferat Stadt Frankfurt
Nina Pritzens	Geschäftsführung vista gGmbH, Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH Berlin
Dirk Schäffer	Deutsche Aidshilfe, Referent für Drogen und Strafvollzug
Dr. Artur Schroers	Leiter Drogenreferat Stadt Frankfurt
Prof. Dr. Heino Stöver	Geschäftsführender Direktor Institut für Suchtforschung an der FRA-UAS FFM
Christine Tügel	Vorstand Jugendhilfe e.V. Hamburg
Frank Woike	Beauftragter Sucht und Suchtprävention, Dezernat für Soziales und Integration, Landeshauptstadt Hannover

Literatur / Quellen

Blanken, P. (2022): Treatment of crack-cocaine dependence in the Netherlands. Fachvortrag auf der internationalen Fachtagung Crack in deutschen Großstädten – von der Forschung zu praktischen Entscheidungen, Frankfurt am Main, 04.10.2022.

Online im Internet:

<file:///fsa/share/home/uas0023819/Downloads/Crack%20-%20Umgang%20in%20den%20Niederlanden.pdf> [Stand: 13.12.2022].

Deutsche AIDS –Hilfe/DAH (o.J.): Empfehlungen für die Vergabe von Drogenkonsumutensilien Ein Handlungskonzept der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) zur Umsetzung der Empfehlungen der DRUCK-Studie und der nationalen Strategie BIS 2030 des Bundesministeriums für Gesundheit

<https://www.drogenkonsumraum.net/de/empfehlungen-fuer-die-vergabe-von-drogenkonsumutensilien> [Stand: 06.12.2022].

EMCDDA (2021): Stimulanzen: Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen. Miniguide. Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen im Umgang mit Drogenproblemen: ein europäischer Leitfaden 2021. Online im Internet:

https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/stimulants-health-and-social-responses_de [Stand: 06.12.2022].

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2022): Europäischer Drogenbericht 2022: Trends und Entwicklungen, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/2022.2419_DE_02_wm.pdf [Stand: 06.12.2022].

GGZ standaarden (2022): Richtlijn Drugs (niet-opioïden) Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine,

ecstasy, GHB en benzodiazepines. Online im Internet:
https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_ec6958f7-6a31-4183-be19-2d8ad4dc11c5_stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines__authorized-at_26-02-2018.pdf [Stand: 13.12.2022].

Höbelbarth, S. (2014): Crack, Freebase, Stein. Konsumverhalten und Kontrollstrategien von KonsumentInnen rauchbaren Kokains. In: Anhorn, R./Bettinger, F./Schmidt-Semisch, H. et al. (Hg.): Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, Band 16, Wiesbaden: Springer VS. DOI 10.1007/978-3-531-19548-3.

Körkel, J./Becker, G./Happel, H.-V. et al. (2011): Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums. Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe. 2006-2010. KISS. Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum, Frankfurt am Main.

Kühnl, R./Meier, C./Prins, G. et al. (2021): Crack Trendspotter. Dezember 2021, Institut für Theapieforschung (IFT).

Michels, I. I. (2004): Crackkonsum – vom Mythos zum verstehbaren Handeln. In: Stöver, H./Prinzleve, M. (Hg.): Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag.

Neumeier, E. (2022): Crack- und Kokain-Konsum in Deutschland und Europa. Fachtag Crack in deutschen Großstädten – von der Forschung zu praktischen Entscheidungen, 04.10.2022, Frankfurt am Main / Hybrid.

Pauly, A./Jeschky, K. (2021): Jahresbericht 2021. Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen, Köln. Online im Internet:
https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_2021_final_Korrektur.pdf [Stand: 06.12.2022].

Prinzleve M./Martens, M./Haasen, C. (2004): Alles nur noch Crack? Mythen und Fakten zum Crackkonsum am Beispiel der „offenen Drogenszene“ in Hamburg, Stadtteil St. Georg. In: Stöver, H./Prinzleve, M. (Hg.): Kokain und Crack: Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag.

Werse, B. et al. (2017): Crack in Frankfurt. Eine qualitative Untersuchung zum Alltag von Crack-Konsumentinnen und -Konsumenten. Abschlussbericht. Einmaliges Zusatzmodul zum Monitoring-System Drogentrends (MoSyD) 2017, Frankfurt am Main. Online im Internet: https://www.uni-frankfurt.de/75207922/Crack_in_Frankfurt_gesamt_Abschlussbericht.pdf [Stand: 06.12.2022].

Stöver, H. (2001): Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht. Bremen: Universität Bremen, Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO).

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2019): TREATMENT OF STIMULANT USE DISORDERS: CURRENT PRACTICES AND PROMISING PERSPECTIVES. DISCUSSION PAPER. Online im Internet: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment_of_PSUD_for_website_24.05.19.pdf [Stand: 19.12.2022].

WHO (2022): Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Online im Internet: <file:///f:/share/home/uas0023819/Downloads/9789240052390-eng.pdf> [Stand: 12.12.2022].

