

1 Kokain und Crack: Stand und Reaktionen

1.1 Zusammenfassung

Etwa 3% der erwachsenen Bevölkerung hat Erfahrungen mit Kokain, in den jüngeren Altersgruppen und im großstädtischen Bereich erreicht die Prävalenz rund 5%. Die Kokain-erfahrung ist in Deutschland in den letzten 10 Jahren gestiegen, in der Regel nur kurzzeitiger Konsum begrenzt jedoch den Anstieg aktuellen Konsums in der Bevölkerung.

In der klassischen Heroinszene ist inzwischen Kokain die zweithäufigste Substanz. In der Regel wird sie gemeinsam mit oder alternierend zu Heroin konsumiert. Der problematischste Teil der Gruppe verwendet inzwischen auch in höherem Maße Crack, das außerhalb der Drogenszene keinerlei Interesse findet. Die Crackszene ist jedoch seit Jahren auf Hamburg und die Stadt Frankfurt beschränkt. Kokainbedingte Todesfälle und negative Folgen der Substanz sind im Vergleich zu Heroin wenig auffällig.

Etwa 7% der Personen, die in ambulanten und stationären Einrichtungen der Drogenhilfe betreut werden, kommen wegen eines primären Kokainproblems. Die Behandlungsnachfrage nimmt, vor allem im ambulanten Hilfesystem, seit vielen Jahren zu. Es bestehen aber kaum spezialisierte Angebote für diese Personengruppe in der öffentlichen Suchthilfe. Auffällig ist der hohe Anteil von Häftlingen unter den Kokainklienten, der bei männlichen Klienten auf rund ein Viertel steigt.

1.2 Prävalenz, Konsummuster und Trends beim Kokain- und Crackkonsum

Kokainkonsum in der Bevölkerung

In der Erhebung 2003 der nationalen Epidemiologischen Studie (ESA, Details siehe 2.1) hatten 3,1% der Erwachsenen im Alter von 18 bis 59 Jahre Erfahrungen mit der Substanz (Kraus, Augustin & Orth, 2005). Zwischen 1980 und 2003 zeigt einen deutlichen Anstieg der Prävalenz des Kokainkonsums bei 18-24-Jährigen im Lebenszeitraum von 0,7% (1980) auf 4,7% (1990). Gleichzeitig war jedoch der Anteil der Personen seit längerem rückläufig, die den Konsum bis zum Befragungszeitraum fortgesetzt haben (1995: 40,6%, 2003: 28,2%). Während sich die Erfahrung mit dieser Droge also offensichtlich in der Bevölkerung langsam ausbreitet, nimmt die Zahl aktuell Konsumierender nicht zu (Kraus, Semmler & Augustin, 2005).

Crackkonsum in der Bevölkerung

In der Normalbevölkerung tritt Crack als Droge praktisch nicht auf. Selbst in drogenaffinen Gruppen wird Crack außerhalb der Straßenszene klar abgelehnt (Baumgärtner & Gieß, 2005).

Kokainkonsum bei Schülern und Jugendlichen

In der Altersgruppe von 12-17 Jahren fand sich in der letzten Erhebung der Drogenaffinitätsstudie (BZgA, 2004) für Kokain eine Lebenszeitprävalenz von unter 0,5%, für 12-25 Jahren ergab sich ein Wert von 2%. Methodische Details zu der Studie finden sich in Kapitel 2.1.

Im Rahmen der ESPAD-Studie im Jahr 2003 fand in Deutschland eine Erhebung in 6 Bundesländern statt (Kraus et al., 2004a). Von den befragten 15-16-jährigen Schülern gaben 2,8% (Jungen: 2,7%, Mädchen: 2,8%) an, Erfahrungen mit Kokain zu haben. Davon hatten es 1,9% 1-5 Mal verwendet, 0,5% 6-19 Mal und 0,3% häufiger. In den letzten 30 Tagen haben Crack 0,8% der Befragten konsumiert (Jungen: 0,9%; Mädchen: 0,7%) (Kraus et al., 2004a).

Die Lebenszeitprävalenz in einem großstädtischen Setting (Hamburg) lag 2004 für 14-18-Jährige mit 5% deutlich höher, die Prävalenz des Kokainkonsums im letzten Monat lag dort bei 2% (Baumgärtner, 2004). In der neuesten Erhebung im Jahr 2005 lag der Konsum im letzten Monat in dieser Altersgruppe bei 1,4% der Mädchen und bei 2,4% der Jungen (Baumgärtner, 2006).

Crackkonsum bei Schülern und Jugendlichen

Daten zum Crackkonsum bei Schülern liegen aus der ESPAD-Studie für das Jahr 2003 vor. Erfahrungen mit Crack hatten danach 2,1% der Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren (Jungen: 2,4%; Mädchen: 1,9%). Darin enthalten sind 1,5%, die Crack 1-5 Mal verwendet haben, 0,4% mit 6-19-maligem und 0,2% mit häufigerem Konsum. In den letzten 30 Tagen haben 0,7% der Befragten Crack konsumiert (Jungen: 0,8%; Mädchen: 0,5%) (Kraus et al., 2004a).

Tabelle 35 zeigt die Prävalenz für Crack und Kokain aus der ESPAD-Studie 2003 für Schüler im Alter von 15-16 Jahren in der Übersicht. Die Konsumangaben Jugendlicher bedürfen der Validierung. Es ist unter Umständen mit Fehlern (Übertreibungen) zu rechnen.

Tabelle 1: Prävalenz des Konsums von Kokain und Crack bei 15-16-jährigen Schülern im Lebenszeitraum, den letzten 12 Monaten und in den letzten 30 Tagen

	Jungen (%)	Mädchen(%)	Gesamt (%)	Zeitraum
Crack	2,4	1,9	2,1	Lifetime
Crack	1,7	1,3	1,5	12 Monate
Crack	0,8	0,5	0,7	30 Tage
Kokain	2,8	2,7	2,8	Lifetime
Kokain	1,8	1,7	1,8	12 Monate
Kokain	0,9	0,7	0,8	30 Tage

Quelle: ESPAD (Kraus et al., 2004.a)

Prävalenz von Kokain und Crack in speziellen Gruppen

Kokain ist in recht unterschiedlichen Gruppen anzutreffen. Zunächst wurde die Droge mit Kunst- und Medienschaaffenden in Verbindung gebracht, später auch mit Wirtschaft und Sexgewerbe. Betrachtet man die auftretenden Konsummuster, so findet sich Kokainkonsum häufig im Umfeld der klassischen Heroinszene, andererseits aber auch in Verbindung mit Cannabis und/oder Amphetaminen in weniger randständigen Milieus. Crack hingegen ist in Deutschland nach wie vor eine Randgruppdroge.

Prinzleve et al. (2005) fanden in einer Studie mit Konsumenten von Kokainhydrochlorid und/oder Crack (ohne Substitution, i.v.-Konsum oder Opioidkonsum) in mehreren europäischen Städten den Gebrauch von Crack allein oder in Kombination mit Hydrochlorid in sozial marginalisierten Gruppen bzw. in der Klientel von Behandlungseinrichtungen, jedoch nur in Einzelfällen bei sozial integrierten Probanden. Crackkonsumenten wiesen auch häufiger Abhängigkeit und andere psychische Störungen auf.

Crackkonsum tritt in Deutschland seit einigen Jahren im unteren Segment der klassischen Heroinszene auf, blieb aber bisher auf Frankfurt und Hamburg beschränkt. In anderen Regionen Deutschlands spielt es keine Rolle, etwa im Saarland (Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, 2006. Persönliche Mitteilung) oder in Berlin (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2006. Persönliche Mitteilung).

Auch in Hessen ist Crack auf Frankfurt konzentriert. So liegen weniger als 1% der polizeilichen Tatorte außerhalb des Stadtbereichs. Die Zahl der Delikte nahm 2004 im Vergleich zum Vorjahr um 38% auf 2.174 Fälle zu, der Anteil an der Gesamtzahl von Delikten stieg im gleichen Zeitraum von 10,1% auf 10,8%, die Zahl der Verdächtigen nahm um 8% zu. Der Frauenanteil bei den Crack-Delinquenten liegt bei 24,9%, mehr als ein Drittel der Täter sind nicht deutscher Nationalität. Es handelt sich dabei vorwiegend um Türken, Marokkaner, Italiener und Algerier. Die meisten Personen sind zwischen 25 und 40 Jahren alt, jugendliche Crackkonsumenten sind selten (Hessisches Sozialministerium, 2006).

1.3 Probleme durch den Konsum von Kokain und Crack

Nachfrage nach ambulanter Behandlung

Kokain ist die Hauptdroge bei etwa 7% der Klienten ambulanter Einrichtungen, der Anteil bei den Erstbehandelten ist etwa gleich hoch. Der Anteil der Kokainfälle in stationärer Betreuung ist mit 6,6% fast genauso hoch. Der Kokainanteil bei Männern in Behandlung ist mit 7,6% deutlich stärker als bei Frauen, bei denen es nur in 3,2% der Fälle Hauptdroge ist. Hochgerechnet auf die Gesamtzahl von 934 ambulanten Einrichtungen in Deutschland (Simon, 2005) haben im Jahr 2005 4.500 Personen eine Betreuung wegen primärer Kokainstörungen aufgenommen, etwa fünf mal so viele Klienten wie im Jahr 1994 (Vgl. 4.3.1). Ein Drittel der Kokainklienten hat zusätzlich eine Alkoholdiagnose (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch), 22% eine Heroindiagnose, 48% eine Cannabisdiagnose. Kokainstörungen treten als Sekundärdiagnose bei 29% der Heroinfälle auf.

Bei Therapiebeginn sind die Klienten im Mittel fast 31 Jahre alt. Der Anteil der Männer beträgt 84%, knapp die Hälfte von ihnen ist alleinstehend. Auffällig ist, dass viele Klienten mit

dieser Hauptdiagnose aus dem Gefängnis in Behandlung kommen. 25% der Männer mit primären Kokainstörungen und 5% der Frauen sind bei Therapiebeginn in Haft. Ob dies an einer hohen Prävalenz von Kokainstörungen im Gefängnis liegt oder ob spezielle Selektionsmechanismen beim Zugang zu ambulanter Behandlung zu Gunsten dieser Klientengruppe wirken, ist unbekannt (Strobl et al., 2006a).

Nachfrage nach stationärer Behandlung

Primäre Kokainstörungen wurden 2005 bei 6,6% der Aufnahmen in stationäre Einrichtungen festgestellt. Auch hier sind weitere Suchtdiagnosen häufig. Sie betreffen vor allem Alkohol (61%), Heroin (31%), Cannabis (65%), Amphetamine (24%) und Ecstasy (27%) (Strobl et al., 2006b). Bei den co-morbiden Störungen stehen die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6x) mit 9,3% an erster Stelle.

Unter den Krankenhausbehandlungen machen Kokaindiagnosen mit 1.096 Fällen pro Jahr im Vergleich zu Alkohol (290.864 Fällen) und Opioiden (25.889 Fällen) nur einen recht kleinen Teil aus (Statistisches Bundesamt, 2006d).

Todesfälle

Während Kokain relativ häufig im Beigebrauch auftritt, wenn es um Todesfälle durch Opiode geht, sind reine Kokaintodesfälle ausgesprochen selten. Im Jahr 2006 wurden laut Polizeilichem Drogentodesfallregister 2% der Drogentodesfälle durch eine Überdosis von Kokain allein verursacht, weitere 6% durch Kokain in Verbindung mit anderen Drogen (vgl. 6.2.1, Bundeskriminalamt, 2006). Laut Allgemeinem Sterberegister waren 2003 0,4% der Todesfälle von Kokain verursacht. Zum Vergleich: Opiate lagen bei 6,0% (vgl. 6.2.1).

Andere negative Folgen des Kokainkonsums

Es gibt eine Reihe bekannter negativer somatischer und psychischer Auswirkungen auf den Konsumenten und bei Schwangeren auf den Fötus. Neben den Angaben zur Co-Morbidität, die aus den stationären Behandlungseinrichtungen in die DSHS eingehen, liegen hierzu jedoch keine repräsentativen Daten oder neueren Studien aus Deutschland vor. Eine Übersicht über die epidemiologische Situation sowie Risiken und Behandlungsansätze bindet sich bei Kraus et al. (2004b).

1.4 Reaktionen und Interventionen

Behandlungsmaßnahmen

Für Kokainstörungen besteht das normale Behandlungsangebot ambulanter und stationärer Einrichtungen, das in dem vorliegenden Bericht beschrieben wird (vgl. Kapitel 5). Spezielle Angebote für Kokainprobleme sind eher die Ausnahme. Haasen et al. (2002) stellen fest, dass aufgrund der Komplexität der Kokainabhängigkeit spezifische therapeutische Lösungen notwendig sind und wirklich passende Verfahren noch gefunden werden müssen.

Es ist davon auszugehen, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Behandlungen durch niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten geleistet werden, ohne dass diese in die allgemeinen Statistiken eingehen.

Maßnahmen zur Schadensminimierung

Für Kokainkonsumenten gelten, soweit sie in den entsprechenden Gruppen verkehren, die gleichen „safer use“ Empfehlungen wie für Heroinkonsumenten. Spezielle Programme für Kokainkonsumenten sind eher selten. In Anbetracht der Tatsache, dass nur ein sehr kleiner Prozentsatz der Kokainkonsumenten in ambulanten oder stationären Einrichtungen betreut wird, ist davon auszugehen, dass eine nicht unerhebliche Zahl speziell der reinen Kokainkonsumenten durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten privat behandelt wird. Statistiken hierzu liegen nicht vor.

Reaktionen der Strafverfolgungsorgane auf den Kokainkonsum

Kokain wird, wie alle anderen illegalen Substanzen strafrechtlich verfolgt. Unter besonderer Beobachtung steht vor allem Crack, da eine räumliche Ausweitung des Marktes und der Drogenszene über den Stadtbereich von Frankfurt und Hamburg hinaus nach Möglichkeit verhindert werden soll.

1.5 Politik und Strategien im Umgang mit Kokain und Crack

Kriminalität

Kokain ist ein Teil des Drogenproblems in Deutschland. Durch die enge Verknüpfung eines Teils der Konsumentenszene mit der klassischen Heroinszene ist Kokain ein wesentlicher Teil des kriminellen Geschehens in diesem Bereich. Einen Sonderstatus nimmt es in gewisser Weise durch seine Verbindung mit dem Sexgewerbe ein.

Mit 14.728 Fällen im Jahr 2006 war Kokain fast ebenso oft wie Opiate mit 22.592 Fällen Anlass eines Konsumdelikts.

Kokain- und Crackmärkte

Im Rahmen der Umfragen wurde auch die wahrgenommene Verfügbarkeit von Kokain und Crack erfragt („Wie leicht könntest Du .. in 24 Stunden besorgen?“). Für eher leicht beschaffbar halten 15% der Schüler Kokain – die Anteile liegen für Cannabis mit 44% deutlich höher.

Im Jahr 2005 wurden in Deutschland etwas mehr als eine Tonne Kokain beschlagnahmt. Der Zuwachs lag gegenüber dem Vorjahr bei 11,3%. Die Zahl der Beschlagnahmungen hat sich jedoch nur geringfügig erhöht. Die vergleichsweise kleine Menge von beschlagnahmtem Crack zeigt, dass diese Substanz fast ausschließlich vor Ort aus Kokain hergestellt wird (Hessisches Sozialministerium, 2006). Die mengenmäßige Zunahme von 2004 nach 2005 sollte deshalb nicht überinterpretiert werden (Tabelle 36).

Tabelle 2: Beschlagnahmen von Kokain und Crack in den Jahren 2004 und 2005

Substanz	2004		2005		2005 vs. 2004	
	kg	Fälle	kg	Fälle		
Kokain	969,0	4.088	1.078,9	4.109	+11,3%	+0,5%
Crack/ Freebase	2,5	1.970	5,6	1.659	+124,0%	-15,8%

Quelle: Bundeskriminalamt (2006)