



Abschlussbericht 2026

Crack-Studie

Szenestrukturen, Konsummuster und
Versorgungslage in Berlin

Autoren:

Tim Hirschfeld^{1,2}

Jennifer Martens³

Rime Abd Al Majeed³

Prof. Dr. Heino Stöver³

Prof. Dr. Christian Ghanem⁴

Prof. Dr. Daniel Deimel⁴

Prof. Dr. Bernd Werse³

PD Dr. Inge Maria Mick^{1,2}

Affiliationen:

¹ Charité – Universitätsmedizin Berlin, Gliedkörperschaft der Freien Universität Berlin und der Humboldt Universität zu Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charitéplatz 1, 10117 Berlin

² Arbeitsgruppe Psychotrope Substanzen, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, Große Hamburger Straße 5-11, 10115 Berlin

³ Frankfurt University of Applied Sciences, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF), Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt a.M.

⁴ Technische Hochschule Nürnberg, Fakultät für Sozialwissenschaften, Bahnhofstraße 87, 90402 Nürnberg

Auftraggeber:

Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege

Zusammenfassung

Erkenntnisinteresse:

Die Crack-Studie untersuchte im Auftrag der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege erstmals systematisch die Crack-Situation in Berlin. Ausgangspunkt ist der in den letzten Jahren zunehmend sichtbare Crack-Konsum im öffentlichen Raum sowie der politische Auftrag, die damit verbundenen gesundheitlichen, sozialen und versorgungsbezogenen Problemlagen wissenschaftlich zu beschreiben und darauf aufbauend Handlungsempfehlungen für die gesundheitliche Versorgung Crack-konsumierender Menschen abzuleiten. Im Zentrum stehen zwei miteinander verknüpfte Erkenntnisinteressen: erstens die sozialwissenschaftliche Analyse von Soziodemografie, Konsummustern, Lebenslagen, Typologien, Sozialräumen, Unterstützungsbedarfen und bisherigen Kontakten zum Hilfesystem; zweitens die Frage, wie Suchthilfe, psychiatrische Versorgung und aufsuchende Angebote angesichts der komplexen psychosozialen Belastungen dieser Zielgruppe zusammenwirken und wo zentrale Barrieren und Defizite der Versorgung liegen.

Methoden:

Zur Bearbeitung dieser Erkenntnisinteressen wurde ein Mixed-Methods-Ansatz mit vier Teilstudien gewählt. Erstens erfolgte eine quantitative Sekundärdatenanalyse der Berliner Suchthilfestatistik. Zweitens wurde eine standardisierte Szenebefragung an Berliner Szeneorten durchgeführt. Drittens wurden qualitative Interviews mit Fachkräften niedrigschwelliger Einrichtungen sowie mit Konsumierenden der Berliner Drogenszene geführt. Viertens wurden leitfadengestützte Fokusgruppen mit Expert*innen aus Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe, medizinischer Versorgung, Polizei und Justiz realisiert. Die quantitative Auswertung umfasste deskriptive und inferenzstatistische Verfahren sowie zwei latente Klassenanalysen zur Identifikation konsumbasierter und syndemischer Belastungsmuster. Die qualitativen Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet.

Ergebnisse:

Die Sekundärdatenanalyse zeigt einen signifikanten Anstieg Crack-bezogener Hilfskontakte in Berlin zwischen 2022 und 2024. Die Zahl der Fälle mit

Hauptsubstanz Crack stieg von 66 auf 250, während Fälle mit problematischem Lebenszeitkonsum von 394 auf 906 zunahmen. Der Anstieg wird primär durch eine Zunahme ambulanter Kontakte getragen und weist auf eine wachsende Bedeutung von Crack im Versorgungssystem hin.

Die standardisierte Szenebefragung (n = 153) beschreibt eine stark belastete Population mit ausgeprägter struktureller Exklusion. Ein Anteil von 39% der Befragten ist obdachlos und 24% verfügen über keine Krankenversicherung. Erfahrungen mit Crack-Konsum im Leben berichten 83% der Befragten. Innerhalb dieser Teilgruppe weisen 64% ein hohes Risiko für schwerwiegende gesundheitliche, soziale, rechtliche und/oder partnerschaftliche Probleme sowie für eine Substanzgebrauchsstörung auf. In der Gesamtstichprobe werden Überdosiserfahrungen von 37% der Befragten berichtet, während sich 30% aktuell in einer Opioid-Substitutionsbehandlung befinden. Der Konsum erfolgt überwiegend im Kontext von Polysubstanzgebrauch und ist mit erheblichen gesundheitlichen Belastungen verbunden. Im Rahmen eines standardisierten psychiatrischen Screenings weisen zwei Drittel der Befragten mindestens eine der erfassten akuten psychiatrischen Auffälligkeiten auf. Am häufigsten werden Kriterien für depressive Symptomatik erfüllt (41%), gefolgt von Suizidgedanken (37%) und traumabezogener Symptomatik (34%). Die latenten Klassenanalysen zeigen eine systematische Verschränkung von Konsummustern, struktureller Marginalisierung und psychiatrischer Belastung. Besonders belastete Gruppen sind durch die Kombination von Crack- und Heroinkonsum sowie durch hohe Anteile von Obdachlosigkeit und fehlendem Krankenversicherungsschutz gekennzeichnet, während sich in anderen Gruppen geringere strukturelle Belastungen bei gleichzeitig relevanten psychosozialen Problemlagen finden.

Die qualitativen Interviews mit Konsumierenden und Fachkräften zeigen eine räumlich fragmentierte und dynamische offene Drogenszene, die durch Verdrängungsprozesse, instabile Konsumsettings und eine hohe Alltagsbelastung geprägt ist. Konsum erfolgt häufig unter prekären Bedingungen und ist eng mit kurzfristigen Bewältigungsstrategien verknüpft. Gleichzeitig werden erhebliche Zugangsbarrieren zu bestehenden Hilfesystemen beschrieben, die sich aus institutionellen Anforderungen, fehlender Niedrigschwelligkeit und mangelnder Passung zu den Lebensrealitäten der Zielgruppe ergeben.

Die Fokusgruppen mit Expert*innen bestätigen strukturelle Defizite in der Versorgung und verweisen auf eine unzureichende Abstimmung zwischen

Suchthilfe, medizinischer Versorgung, Wohnungslosenhilfe sowie ordnungsrechtlichen Akteur*innen. Insbesondere fehlt es an integrierten, sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen, wodurch Versorgungslücken und Diskontinuitäten entstehen. Repressive Maßnahmen werden überwiegend als nicht nachhaltig wirksam eingeschätzt, da sie vor allem zu räumlichen Verlagerungen beitragen.

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen:

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass Crack-Konsum in Berlin in eng miteinander verschränkte gesundheitliche, psychiatrische und strukturelle Problemlagen eingebettet ist, die sich in spezifischen Gruppen bündeln und gegenseitig verstärken. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit eines integrierten Versorgungsansatzes, der niedrigschwellige Suchthilfe, medizinische und sozialpsychiatrische Versorgung sowie wohnraumbasierte Interventionen systematisch miteinander verbindet. Erforderlich sind insbesondere der Ausbau aufsuchender Angebote, die Verbesserung des Zugangs zur Versorgung unabhängig vom Versicherungsstatus, die stärkere Verzahnung von Suchthilfe und Psychiatrie sowie die Reduktion struktureller Zugangshürden. Die Befunde sprechen für eine Neuausrichtung hin zu gesundheits- und sozialpolitisch integrierten Strategien, die den syndemischen Charakter der Problemlagen systematisch berücksichtigen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	iii
Inhaltsverzeichnis	vi
1 Hintergrund	1
2 Erkenntnisinteresse	2
3 Methodik	4
3.1 Studiendesign	4
3.2 Erhebungsinstrumente	4
3.3 Ein- und Ausschlusskriterien	5
3.4 Erhebungsdesign	6
3.5 Datenauswertung	8
3.5.1 Quantitative Sekundärdatenanalyse und Szenebefragung	8
3.5.2 Qualitative Interviews	9
3.5.3 Fokusgruppen	9
4 Ergebnisse	10
4.1 Sekundärdatenanalyse	10
4.2 Szenebefragung	11
4.2.1 Soziodemografie	11
4.2.2 Risiko- und Konsumverhalten	14
4.2.3 Gesundheitszustand	20
4.2.4 Angebotsnutzung und Bedarfe	23
4.2.5 Konsumtypisierung und syndemische Belastungsmuster	24
4.2.6 Geschlechtsunterschiede im Konsum-, Gesundheits- und Versorgungsverhalten	30
4.3 Qualitative Erhebungen	33
4.3.1 Qualitative Erkundungen	33
4.3.2 Qualitative Interviews mit Konsumierenden	40
4.4 Fokusgruppen mit Expert*innen	64
4.4.1 Veränderungen im Konsumverhalten und Folgen des Crack-Konsums	64
4.4.2 Charakteristika und Gruppen der Konsumierenden	65
4.4.3 Crack-Konsum im öffentlichen Raum	66
4.4.4 Belastungen und Barrieren im Versorgungssystem	66
4.4.5 Wohnungslosigkeit und Stigmatisierungen	67
4.4.6 Gelingensbedingungen und gute Praxis	68
4.4.7 Praxisimplikationen	69
5 Diskussion	71
6 Fazit	74

7 Handlungsempfehlungen	75
Abbildungsverzeichnis	78
Tabellenverzeichnis	79
Literaturverzeichnis	80
Appendix	82
Erhebungsinstrumente und Protokolleitfäden	82
Fragebogen der Szenebefragung	82
Leitfadenprotokoll für Interviews mit Fachkräften niedrigschwelliger Einrichtungen	94
Leitfadenprotokoll Konsumierendeninterviews	95
Leitfadenprotokoll Fokusgruppen	98
Freitextantworten der Szenebefragung	100
Impressum	105

1 Hintergrund

Crack-Konsum hat in den vergangenen Jahren in zahlreichen europäischen Städten deutlich zugenommen und ist mit erheblichen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen assoziiert (EUDA, 2025). Crack bezeichnet dabei die rauchbare Baseform von Kokain, die durch Aufkochen von Kokainhydrochlorid mit alkalischen Substanzen hergestellt wird und aufgrund ihrer schnellen Anflutung ein hohes Abhängigkeitspotenzial aufweist. In Deutschland bestätigen aktuelle quantitative Erhebungen eine hohe Prävalenz des Crack-Konsums in offenen Drogenszenen sowie ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen, chronische Infektionen und prekäre Lebenslagen. So konsumierten in vier nordrhein-westfälischen Städten über die Hälfte der Befragten Crack innerhalb der letzten 24 Stunden, begleitet von auffälligen Raten psychischer und somatischer Belastungen (Deimel et al., 2025). Vergleichbare Ergebnisse liegen aus Frankfurt a.M. vor, wo 87% der befragten Personen angaben, in den letzten 24 Stunden Crack konsumiert zu haben, häufig in einem von Wohnungslosigkeit, Armut und Gewalt geprägten Umfeld (Arendt & Werse, 2025). Für Berlin existieren bislang keine systematischen Erhebungen zur Verbreitung, Dynamik und Versorgungssituation Crack konsumierender Personen.

Auf den wahrgenommenen Anstieg des Drogenkonsums im öffentlichen Raum in Berlin wurde in einem Maßnahmenpapier vom 08.09.2023 zum Berliner Sicherheitsgipfel ein Maßnahmenbündel in den Handlungsfeldern der gesundheitlichen und sozialen Prävention beschlossen. Als flankierende Maßnahme für den Teil 1 des Sicherheitsgipfels („Öffentliche Räume sicherer machen“) wurde eine Studie zur „Bekämpfung des Crack-Konsums“ in Auftrag gegeben.

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der Berliner „Crack-Studie“ dar, die im Auftrag der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege von der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit dem Institut für Suchtforschung (University of Applied Sciences Frankfurt a.M.) durchgeführt worden ist.

Im Folgenden werden das Erkenntnisinteresse gemäß Leistungsbeschreibung erläutert, die Methodik beschrieben, die Ergebnisse vorgestellt und diskutiert sowie Handlungsempfehlungen abgeleitet.

2 Erkenntnisinteresse

Die vorliegende explorative Beobachtungsstudie wird im Auftrag der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege durchgeführt und ist an das Erkenntnisinteresse und an die Zielstellungen dieses Auftraggebers gebunden.

Unter wissenschaftlicher Leitung von PD Dr. med. Inge Maria Mick von der Charité – Universitätsmedizin Berlin und in Kooperation mit dem Institut für Suchtforschung (ISFF) an der Hochschule Frankfurt a.M. sollte die Crack-Situation in Berlin wissenschaftlich untersucht und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Crack-Konsumierenden abgeleitet werden.

Gemäß Leistungsbeschreibung der Ausschreibung sollten zwei zentrale Fragestellungen bearbeitet werden: Zum einen die sozialwissenschaftliche Perspektive, welche soziodemografischen Eigenschaften Crack-Konsumierende haben, wie sich deren Konsummuster gestalten, inwieweit sie bereits Kontakte zum Suchthilfesystem haben und welche Unterstützungsbedarfe zur Bekämpfung oder besseren Steuerung des Konsums vorliegen. Zum anderen soll vor dem Hintergrund des compulsiven Charakters des Crack-Konsums und den begleitenden hochkomplexen psychosozialen und psychiatrischen Problemlagen der Konsumierenden untersucht werden, wie die psychiatrische Versorgung und die Suchthilfe miteinander kooperieren. Dabei soll der Schwerpunkt auf die Effektivität der aufsuchenden Sozialarbeit und Beratung bei der speziellen Problemlage mit Crack-Konsum geworfen werden.

Die Studie soll Erkenntnisse zu den folgenden Fragen und Sachverhalten generieren:

1. Epidemiologie zu Crack-Konsumierenden in Berlin
 - a. Typologie
 - i. Welche soziodemografischen Merkmale haben Crack-Konsumierende in Berlin?
 - ii. Welche spezifischen Lebensumstände und Lebensverläufe führen zum Crack-Konsum?
 - iii. Welche Rolle spielen psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit Crack-Konsum? Welche Komorbiditäten sind typisch?
 - b. Konsummuster
 - i. Wie gestaltet sich der Einstieg und Verlauf einer Abhängigkeit?

- ii. Welche Konsumdauer, -frequenz, -muster und Nutzungsmotive weisen die Konsumierenden auf?
 - iii. Welchen Einfluss hat der Crack-Konsum auf den Konsum anderer Substanzen?
 - c. Sozialraum
 - i. Wo konzentriert sich der Crack-Konsum räumlich und welche Orte werden als besonders problematisch identifiziert?
 - ii. Wie gestalten sich die sozialen Netzwerke von Konsumierenden und wie beeinflussen diese den Konsum?
 - iii. Wie beeinflusst (fehlender) Zugang zu Wohnraum den Crack-Konsum?
 - iv. Welche Rolle spielen und welche Erfahrungen bestehen zu Strafverfolgung und Justiz und wie wirken sie sich auf den Lebensverlauf von Konsumierenden aus?
 - d. Hilfesystem
 - i. Welche Unterstützungsbedarfe bestehen?
 - ii. Wie ausgeprägt ist der bisherige Kontakt zum Suchthilfesystem?
 - iii. Welche Verbindungen in andere Hilfesysteme bestehen?
- 2. Versorgungssituation und Sozialraum
 - a. Effektivität der bestehenden Suchthilfe
 - i. Welche Barrieren bestehen im Zugang zur Hilfe?
 - ii. Welche spezifischen Herausforderungen bestehen in der Arbeit mit Crack-Konsumierenden?
 - iii. Welche Interventionen erweisen sich bislang als effektiv?
 - b. Güte und Form der Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Akteur*innen der psychiatrischen, regionalisierten Pflichtversorgung
 - c. Güte und Form der Zusammenarbeit zwischen anderen betroffenen Institutionen wie z.B. Polizei, Nahverkehr, Obdachlosenhilfe
 - d. Welche (Raumnutzungs-) Konflikte entstehen zwischen Crack-Konsumierenden auf der einen sowie Anwohnenden und Gewerbebetreibenden auf der anderen Seite bzw. im öffentlichen Fern- und Nahverkehr?

3 Methodik

Die Methodik dieser Studie entspricht den ethischen Standards der zuständigen nationalen und institutionellen Ausschüsse für Versuche am Menschen und der Deklaration von Helsinki von 1975 in der überarbeiteten Fassung von 2013. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin genehmigt (EA2/150/25). Von allen Teilnehmenden wurde eine Einwilligungserklärung eingeholt.

3.1 Studiendesign

Zur Untersuchung der Crack-Situation in Berlin unter Berücksichtigung der vom Auftraggeber geforderten Leistungen wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, der Methoden aus der quantitativen und qualitativen Sozialforschung kombiniert. Die Studie ist in vier Teilstudien untergliedert:

1. Sekundärdatenanalyse zu landesweiter Suchthilfestatistik
2. Standardisierte Szenebefragung
3. Qualitative Interviews mit Fachkräften niedrigschwelliger Einrichtungen sowie Konsumierenden der Drogenszene
4. Fokusgruppen mit Fachkräften

Im Anschluss an die vier Teilstudien wurden die gewonnenen Erkenntnisse in bestehende politische und fachliche Austauschformate überführt. Die im Zwischenbericht vorgesehene Durchführung eines eigenständigen runden Tisches wurde zugunsten einer Integration in bereits etablierte Gremienstrukturen angepasst. Ziel dieses Vorgehens war die unmittelbare Anbindung der Ergebnisse an laufende Entscheidungs- und Abstimmungsprozesse. Konkret umfasste dies:

- Vorstellung der zentralen Befunde im Gesundheitsausschuss der Bezirksverordnetenversammlung von Berlin Mitte.
- Fachliche Diskussion der Ergebnisse im interdisziplinären Forschungsteam.
- Systematische Aufbereitung und Verdichtung der Ergebnisse zur Ableitung von Maßnahmenempfehlungen.

3.2 Erhebungsinstrumente

Für die Befragung wurden standardisierte Fragebögen und Protokolle sowie semistrukturierte Interviewleitfäden verwendet, die erkenntnisgeleitet erstellt und

erprobt wurden. Die verwendeten Erhebungsinstrumente können im Appendix eingesehen werden.

Im Rahmen der standardisierten Szenebefragung wurden ergänzend zu den standardisierten Fragebögen validierte Instrumente verwendet, die aus urheberrechtlichen Gründen nicht im Appendix aufgeführt werden können. Zum einen wurde der WHO-ASSIST – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (Schuetz et al., 2005) – der Weltgesundheitsorganisation verwendet, um das Risikoniveau für eine Substanzgebrauchstörung von Crack einschätzen zu können. Zum anderen wurde das M.I.N.I. – The Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998) – verwendet, um psychische Auffälligkeiten standardisiert zu erfassen.

Grundlage der qualitativen Interviews mit Konsumierenden bildete ein semistrukturierter Interviewleitfaden, der durch ein Datenblatt zu Basisdaten ergänzt wurde: Geschlecht, Alter, Nationalität, Bildungsniveau, Wohn- und Arbeitssituation, sowie die Frage, ob die Befragten Kinder haben. Zudem wurden die Befragten zur Lebenszeit-, 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz der wichtigsten auf der Szene konsumierten Substanzen befragt.

Für die qualitativen Interviews mit Fachkräften wurde ebenfalls ein semistrukturierter Interviewleitfaden verwendet, der zentrale Themenbereiche zu Angebotsstrukturen, Zielgruppen, Szenebeschreibungen und wahrgenommenen Entwicklungen umfasste.

Für die Fokusgruppen mit Fachkräften wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden verwendet, der geringfügig an die fachliche Ausrichtung der Teilnehmenden angepasst worden ist.

3.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Szenebefragung in Teilstudie 2 inkludierte Personen, die 16 Jahre oder älter zum Zeitpunkt des Interviews waren, einwilligungsfähig sind und Deutsch, Englisch, Russisch oder Arabisch ausreichend verstehen. Ausgeschlossen wurden Personen mit schweren kognitiven Einschränkungen, akuten psychiatrischen Krisen, fehlender Einwilligungsfähigkeit oder Sprachkenntnissen außerhalb der genannten Sprachen.

Die Ein- und Ausschlusskriterien der qualitativen Interviews für Teilstudie 3 sind identisch zu Teilstudie 2.

Für die Fokusgruppen in Teilstudie 4 wurden Fachkräfte eingeschlossen, die ≥ 18 Jahre alt waren, im psychiatrischen Versorgungssystem, der Suchthilfe, Polizei, Justiz oder Wohnungs-/Obdachlosenhilfe tätig sind und mindestens ein Jahr Erfahrung mit Crack-Konsumierenden aufwiesen sowie zur Teilnahme zustimmten. Ausgeschlossen wurden Personen unter 18 Jahren mit fehlender Berufspraxis im genannten Bereich oder Interessenkonflikten (z.B. Auftraggebende Funktion).

3.4 Erhebungsdesign

In Teilstudie 1 wurde die Berliner Suchthilfestatistik hinsichtlich der ambulanten und stationären Behandlungsfälle mit Crack als Hauptsubstanz sowie Crack als Lebenszeitkonsum untersucht. Die Daten wurden durch das Institut für Therapieforschung München (IFT) für die Jahre 2022, 2023 und 2024 bereitgestellt.

Teilstudie 2 verfolgte das Ziel, belastbare Daten zu soziodemografischen Merkmalen, Konsummustern und gesundheitlichen Risiken von Crack-Konsumierenden in Berlin zu gewinnen. Unter der Leitung des Instituts für Suchtforschung Frankfurt a.M. wurde angestrebt, 150 Personen, darunter 50 Frauen und 100 Männer, standardisiert zu befragen. Die Erhebungen erfolgten durch geschulte Hilfskräfte direkt an Szenestandorten verschiedener Berliner Stadtteile. Teilnehmende erhielten für die vollständige Teilnahme an der quantitativen Befragung jeweils eine pauschale Aufwandsentschädigung von 10 Euro in bar. Das Auslassen einzelner Fragen war dabei zulässig und schloss die Auszahlung nicht aus. Die Befragung erfolgte im Zeitraum vom 12.08.2025 bis 09.10.2025 durch insgesamt sieben geschulte Hilfskräfte, wobei der überwiegende Anteil der Interviews von vier Hilfskräften durchgeführt wurde. Das M.I.N.I. zur psychiatrischen Anamnese wurde von Hilfskräften erhoben, die vor Studienbeginn durch die zuständige Studienleitung (Fachärztin für Psychiatrie) in der standardisierten Anwendung des Instruments geschult worden sind. Die Daten wurden von Tim Hirschfeld unter fachlicher Abstimmung mit dem gesamten Forschungsteam ausgewertet.

In Teilstudie 3 wurden zunächst im Rahmen einer explorativen Szeneerkundung im August 2025 qualitative Interviews mit Fachkräften niedrighschwelliger Einrichtungen der Drogenhilfe in Berlin durchgeführt. Es waren Mitarbeitende von Fixpunkt e.V., Fixpunkt gGmbH, vista gGmbH sowie des Drogennotdienstes vertreten. Ergänzend erfolgten im August und September 2025 Szenebegehungen in verschiedenen Berliner Bezirken, darunter Kreuzberg, Neukölln, Schöneberg, Moabit und Wedding, um ein kontextuelles Verständnis der lokalen Drogenszenen zu gewinnen und den

Feldzugang vorzubereiten. Die Interviews mit den Fachkräften wurden in den jeweiligen Einrichtungen der verschiedenen Träger durchgeführt und in Form von Gesprächsprotokollen dokumentiert.

Darauf aufbauend wurden qualitative Interviews mit Angehörigen der Szene marginalisierter Konsumierender „harter“ Drogen in Berlin geführt. Die Interviewten wurden dazu aufgefordert, auf die Fragen offen zu antworten und zu erzählen, was ihnen wichtig erscheint, auch wenn es von der ursprünglichen Frage abweicht. Auch die Interviewerinnen wichen von den Fragen des Leitfadens ab, wenn weitere Themen als relevant erachtet wurden. Die Befragungen fanden im Zeitraum vom 03.09. bis zum 05.09.2025 in verschiedenen Drogenkonsumraumeinrichtungen in unterschiedlichen Berliner Bezirken statt, darunter die Einrichtung SKA von Fixpunkt gGmbH in Kreuzberg, die Birkenstube von vista gGmbH in Wedding sowie die Kontaktstelle Kotti von Fixpunkt gGmbH in Kreuzberg. Einige Interviews wurden vor den Räumlichkeiten der SKA in Kreuzberg geführt, die übrigen in von den Einrichtungen bereitgestellten Räumlichkeiten. Die durchschnittliche Länge der Interviews betrug 38 Minuten; das kürzeste Interview dauerte 20 Minuten, das längste eine Stunde. Die Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Sämtliche Interviews sowie die Szenebegehungen wurden von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Instituts für Suchtforschung, Jennifer Martens und Rime Abd Al Majeed, durchgeführt.

In Teilstudie 4 wurden vier leitfadengestützte Fokusgruppendifkussionen mit elf Expert*innen aus verschiedenen Praxisbereichen durchgeführt, darunter Streetwork, Wohnungslosenhilfe, Drogenhilfe, medizinische Versorgung sowie Polizei und Staatsanwaltschaft. Die Gruppendiskussionen fanden online per Videokonferenz statt und dauerten jeweils zwischen 55 und 80 Minuten. Teilnehmende wurden gezielt nach homogenen professionellen Hintergründen ausgewählt, um einen fachlich fokussierten Austausch zu ermöglichen. Das methodische Vorgehen orientierte sich an sozialwissenschaftlichen Ansätzen und ermöglichte eine strukturierte Rekonstruktion professioneller Perspektiven und Erfahrungswerte (Lamnek & Krell, 2016). Die Fokusgruppen wurden von Herrn Prof. Dr. Daniel Deimel und Herrn Prof. Dr. Christian Ghanem konzipiert und durchgeführt.

3.5 Datenauswertung

3.5.1 Quantitative Sekundärdatenanalyse und Szenebefragung

Die quantitativen Daten wurden mit R (Version 4.5.0) ausgewertet (R Core Team, 2025). Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = 0,05$ festgelegt.

Die Auswertung der Sekundärdaten erfolgte deskriptiv sowie inferenzstatistisch mittels Chi-Quadrat-Test (χ^2) zum Vergleich der Fallzahlen zwischen den Erhebungsjahren, getrennt nach Hauptsubstanz Crack und problematischem Lebenszeitkonsum, unter Berücksichtigung der Versorgungsform (ambulant vs. stationär).

Deskriptive Statistiken der Szenebefragung wurden als Mittelwert \pm Standardabweichung bzw. Median (Interquartilsabstand – IQR) für stetige Variablen und als absolute und relative Häufigkeiten für kategoriale Variablen berichtet. Geschlechtsunterschiede wurden je nach Skalenniveau mittels Wilcoxon-Rangsummentest für stetige und ordinale Variablen, exaktem Fisher-Test oder Chi²-Test nach Pearson für kategoriale Variablen geprüft. Bei signifikantem Globaltest für Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen folgten unkorrigierte Post-hoc-Fisher-Tests je Kategorie gegen den Rest. Paarweise Substanzassoziationen wurden mittels Fisher-Test mit Benjamini-Hochberg-Korrektur geprüft.

Zur Identifikation latenter Subgruppen und zur Operationalisierung syndemischer Verschränkung wurden zwei komplementäre latente Klassenanalysen (LCA) durchgeführt: eine entlang des Substanzkonsums und eine entlang struktureller und gesundheitlicher Belastungsfaktoren. Die konsumbasierte LCA erfolgte auf der Teilstichprobe aller Personen mit mindestens einmaligem Crack-Konsum in den letzten drei Monaten ($n = 119$). Die substanzkonsumbasierte LCA modellierte acht ordinal skalierte Konsumhäufigkeiten (Alkohol, Cannabis, Kokain, Crack, Benzodiazepine, Heroin, Pregabalin, sonstige Opioide) über eine polychorische Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Gaussian-Mixture-Modellierung (mclust-R-Paket). Die syndemische LCA typisierte dieselben Personen mit vollständigen Angaben zu sechs binären Belastungsfaktoren (Obdachlosigkeit, fehlender Krankenversicherungsschutz, HIV/AIDS, depressive Symptomatik, Suizidgedanken, traumabezogene Symptomatik) mittels poLCA ($n = 112$). Aufgrund der niedrigen Prävalenz psychotischer Symptomatik wurde dieser Indikator nicht als LCA-Indikator berücksichtigt. Die Modellselektion erfolgte anhand von BIC, Entropie

R^2 und Mindestklassengröße ($n \geq 10$). Ein Sensitivitätscheck wurde mittels poLCA auf den kategorialen Rohdaten durchgeführt.

Klassenspezifische Wechselwirkungen zwischen Belastungsfaktoren wurden für beide Typisierungen über Within-Class-Odds-Ratios quantifiziert. Die Verschränkung beider Typisierungen wurde anschließend per Kreuztabellierung mit Chi-Quadrat-Test (χ^2) und Cramér's V geprüft. Für den Vergleich distaler Outcomes zwischen den LCA-Klassen wurden BCH-korrigierte Wald-Tests eingesetzt (Bolck et al., 2004), die die Klassifikationsunsicherheit berücksichtigen. Paarweise Effektstärken wurden als Cohen's h berichtet.

Konsumbiografische Verläufe wurden separat über Erstkonsumalter, Übergangsdauern (Kruskal-Wallis-Tests) und Kaplan-Meier-Schätzungen mit Log-Rank-Tests analysiert. Erstkonsumalter unter 10 Jahren sowie Angaben, die das aktuelle Alter überstiegen, wurden als unplausibel ausgeschlossen.

3.5.2 Qualitative Interviews

Die qualitativen Daten der Interviews aus Teilstudie 3 wurden mithilfe des datenschutzkonformen Programms noScribe (Dröge, 2025) transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014) ausgewertet. Das Vorgehen umfasst eine systematische mehrstufige Kodierung, in deren Rahmen zunächst ein Kategoriensystem entwickelt und anschließend das gesamte Datenmaterial ausgewertet wurde. Die Hauptkategorien wurden dabei induktiv aus dem Material heraus entwickelt. Sie bilden die zentralen thematischen Bereiche ab, die sich im Verlauf der ersten Materialdurchsicht als analytisch relevant erwiesen. Die anschließende Feindifferenzierung erfolgte deduktiv. Auf Grundlage des Leitfadens sowie wiederkehrender inhaltlicher Muster wurden Subkategorien definiert, mit denen das Material entlang der thematischen Schwerpunkte strukturiert werden konnte, u. a. zur Bildung von Typologien im Hinblick auf Konsumverläufe, Gesundheitslagen und Inanspruchnahme von Hilfen.

3.5.3 Fokusgruppen

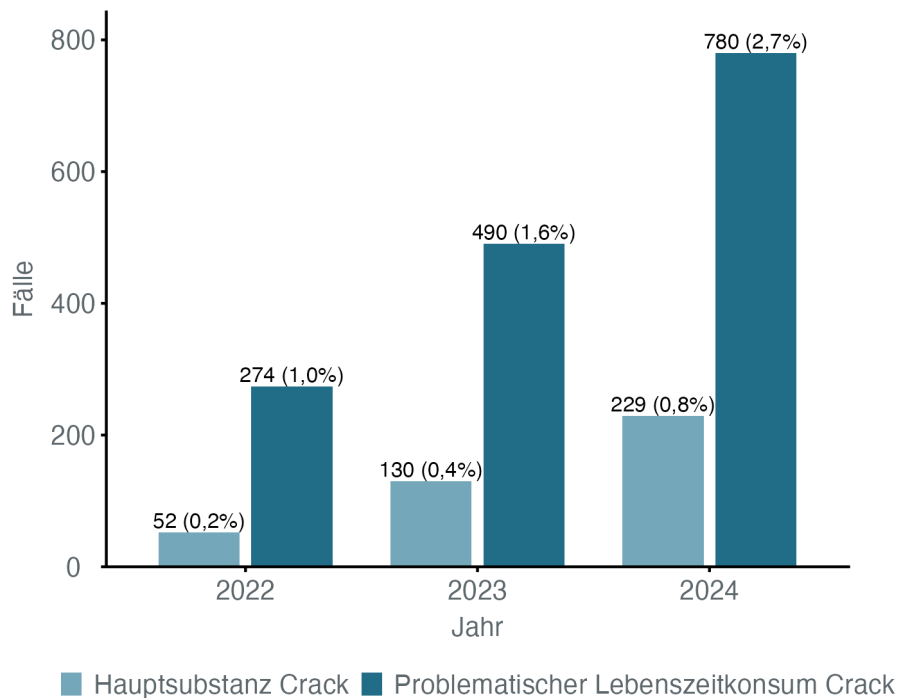
Im Rahmen der Fokusgruppen (Teilstudie 4) erfolgte die Transkription automatisiert mithilfe des datenschutzkonformen Programms noScribe (Dröge, 2025), anschließend wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2024) durchgeführt. Dabei wurden ebenfalls zentrale Ober- und Unterkategorien induktiv und deduktiv entwickelt, um Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungsperspektiven systematisch herauszuarbeiten.

4 Ergebnisse

4.1 Sekundärdatenanalyse

Die Berliner Suchthilfestatistik weist auf einen Anstieg des Crack-Konsums in Berlin hin. Während im Jahr 2022 66 Personen (0,2%) unter den Gesamtfällen aus ambulanter und stationärer Behandlung mit der Hauptsubstanz Crack registriert wurden, stieg dieser Wert im Jahr 2024 signifikant auf 250 Fälle (0,8%) an ($\chi^2(1) = 107,99$; $p < 0,001$). Auch Fälle mit problematischem Lebenszeitkonsum von Crack stiegen von 394 (1,2%) im Jahr 2022 auf 906 Fälle im Jahr 2024 signifikant an ($\chi^2(1) = 198,55$; $p < 0,001$). Dieser Anstieg ist ausschließlich auf eine Zunahme ambulanter Fälle zurückzuführen. Abbildung 1 zeigt den Anteil ambulanter Fälle für die Jahre 2022, 2023 und 2024, getrennt nach Fällen mit Hauptsubstanz Crack und Fällen mit problematischem Lebenszeitkonsum von Crack. Ambulante Fälle mit Hauptsubstanz Crack ($\chi^2(1) = 116,62$; $p < 0,001$) sowie Fälle mit problematischem Lebenszeitkonsum von Crack nahmen signifikant zu ($\chi^2(1) = 275,15$; $p < 0,001$).

Abbildung 1: Anzahl ambulanter Crack-Fälle der Berliner Suchthilfestatistik



4.2 Szenebefragung

Von den 178 zur Befragung eingeladenen Personen haben 158 (88,8%) einer Teilnahme zugestimmt, neun Personen (5,1%) hatten kein Interesse, sechs (3,4%) hatten keine Zeit, eine Person (0,6%) hatte kein Vertrauen und vier (2,2%) gaben sonstige Gründe an. Nach Ausschluss von fünf abgebrochenen Befragungen wurden 153 vollständige Datensätze (96,8%) ausgewertet.

Die Anzahl der Befragungen gliedert sich wie folgt nach Stadtteilen: 82 (53,6%) im Wedding/ in Mitte, 38 (24,8%) in Neukölln, 20 (13,1%) in Schöneberg und 13 (8,5%) in Kreuzberg. Die Befragung dauerte durchschnittlich 26,9 Minuten (Median: 24,8 Minuten). Die Hälfte der Befragungen dauerte zwischen 17,7 Minuten und 32,9 Minuten.

4.2.1 Soziodemografie

Tabelle 1 beschreibt die soziodemografischen und strukturellen Merkmale der Stichprobe (n = 153) sowie Geschlechtsunterschiede zwischen weiblichen (n = 49) und männlichen Teilnehmenden (n = 104). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten sich im Familienstand (p = 0,003), in der Wohnsituation (p = 0,014), im Geburtsland (p = 0,027), in der Hafterfahrung (p = 0,001) sowie in der Fluchterfahrung (p = 0,035). Frauen berichteten häufiger eine feste Partnerschaft (22,4% vs. 7,7%) sowie einen höheren Anteil an eigener Wohnsituation (24,5% vs. 13,5%), während Männer häufiger geschieden waren (14,4% vs. 6,1%) und häufiger im betreuten Wohnen lebten (17,3% vs. 6,1%). Zudem waren Männer häufiger außerhalb der EU geboren (26,0% vs. 10,2%). Ein besonders ausgeprägter Unterschied zeigte sich in der Hafterfahrung, die bei Männern deutlich häufiger vorlag als bei Frauen (83,3% vs. 57,4%). Auch Fluchterfahrung wurde häufiger von Männern berichtet (22,1% vs. 8,2%).

Tabelle 1: Soziodemografie

Variable	Gesamt (N=153)	weiblich (n=49)	männlich (n=104)	p-Wert
Alter, M ± SD [Median]	41,6 ± 10,9 [42]	40,1 ± 10,4 [37]	42,3 ± 11,1 [43]	0,209 ^x
Familienstand				0,003 ^{**y}
ledig/Single	100 (65,4%)	29 (59,2%)	71 (68,3%)	
verheiratet	10 (6,5%)	1 (2%)	9 (8,7%)	
geschieden	18 (11,8%)	3 (6,1%)	15 (14,4%)	

Variable	Gesamt (N=153)	weiblich (n=49)	männlich (n=104)	p-Wert
feste(r) Partner*in	19 (12,4%)	11 (22,4%)	8 (7,7%)	
sonstige	5 (3,3%)	4 (8,2%)	1 (1%)	
Elternschaft				0,254 ^y
kinderlos	88 (57,5%)	26 (53,1%)	62 (59,6%)	
1 Kind	24 (15,7%)	5 (10,2%)	19 (18,3%)	
2 Kinder	24 (15,7%)	11 (22,4%)	13 (12,5%)	
> 2 Kinder	16 (10,5%)	7 (14,3%)	9 (8,7%)	
Wohnsituation				0,014 ^{**y}
eigene Wohnung	26 (17%)	12 (24,5%)	14 (13,5%)	
mit PartnerIn (User)	9 (5,9%)	5 (10,2%)	4 (3,8%)	
mit PartnerIn (Non-User)	4 (2,6%)	3 (6,1%)	1 (1%)	
WG (User)	7 (4,6%)	2 (4,1%)	5 (4,8%)	
WG (Non-User)	2 (1,3%)	0 (0%)	2 (1,9%)	
Notschlafunterkunft	7 (4,6%)	1 (2%)	6 (5,8%)	
betreutes Wohnen	21 (13,7%)	3 (6,1%)	18 (17,3%)	
bei Eltern	7 (4,6%)	1 (2%)	6 (5,8%)	
obdachlos	59 (38,6%)	22 (44,9%)	37 (35,6%)	
sonstige	11 (7,2%)	0 (0%)	11 (10,6%)	
Wohnsitz				0,344 ^z
Stadt Berlin	114 (74,5%)	38 (77,6%)	76 (73,1%)	
Großraum Berlin/Brandenburg	5 (3,3%)	0 (0%)	5 (4,8%)	
außerhalb Brandenburgs	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Ausland	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
kein offizieller Wohnsitz	31 (20,3%)	11 (22,4%)	20 (19,2%)	
Geburtsland				0,027 ^{**z}
Deutschland	96 (62,7%)	38 (77,6%)	58 (55,8%)	
EU	25 (16,3%)	6 (12,2%)	19 (18,3%)	
außerhalb EU	32 (20,9%)	5 (10,2%)	27 (26%)	
Aufenthalt Berliner Szene (Jahre), M ± SD [Median]	13,2 ± 10,2 [10]	12,2 ± 9,5 [10]	13,7 ± 10,6 [10]	0,541 ^x

Variable	Gesamt (N=153)	weiblich (n=49)	männlich (n=104)	p-Wert
Bildungsstand				0,297 ^y
nie begonnen	36 (23,5%)	9 (18,4%)	27 (26%)	
abgebrochen	34 (22,2%)	13 (26,5%)	21 (20,2%)	
in Ausb./Lehrberuf	1 (0,7%)	1 (2%)	0 (0%)	
in Ausb./Studium	1 (0,7%)	0 (0%)	1 (1%)	
abg. Lehrberuf	72 (47,1%)	21 (42,9%)	51 (49%)	
abg. Studium	7 (4,6%)	4 (8,2%)	3 (2,9%)	
sonstige	2 (1,3%)	1 (2%)	1 (1%)	
Beschäftigungsverhältnis				0,346 ^y
Teilzeit	4 (2,6%)	3 (6,1%)	1 (1%)	
Weiterbildung	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Familie/Kinder	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Beschäftigungsmaßnahme	3 (2%)	0 (0%)	3 (2,9%)	
arbeitslos gemeldet	87 (56,9%)	30 (61,2%)	57 (54,8%)	
arbeitslos nicht gemeldet	38 (24,8%)	9 (18,4%)	29 (27,9%)	
(Früh-)Rente	13 (8,5%)	5 (10,2%)	8 (7,7%)	
sonstige	6 (3,9%)	2 (4,1%)	4 (3,8%)	
Krankenversicherungsstatus				0,380 ^y
versichert, n (%)	114 (74,5%)	37 (75,5%)	77 (74%)	
unversichert, n (%)	36 (23,5%)	10 (20,4%)	26 (25%)	
unklar, n (%)	3 (2%)	2 (4,1%)	1 (1%)	
Hafterfahrung, n (%)	112 (75,2%)	27 (57,4%)	85 (83,3%)	0,001 ^{**z}
Anzahl Inhaftierungen, M ± SD [Median]	3,7 ± 3,7 [3]	3 ± 2,5 [2]	3,9 ± 3,9 [3]	0,213 ^x
Polizeiaktionen letzter Monat, M ± SD [Median]	2,3 ± 4,5 [1]	2,5 ± 5,4 [1]	2,2 ± 4,1 [1]	0,885 ^x
Fluchterfahrung, n (%)	27 (17,6%)	4 (8,2%)	23 (22,1%)	0,035 ^{*z}

Anmerkung: Werte sind als Mittelwert ± Standardabweichung [Median] bzw. als n (%) angegeben. Geschlechtsunterschiede wurden je nach Skalenniveau mittels Wilcoxon-Rangsummentest (x), exaktem Test nach Fisher (y) oder Chi-Quadrat-Test nach Pearson (z) geprüft. Signifikanzniveaus: *p<0,05; **p<0,01.

Als sonstige Wohnsituation gaben 7,2% folgende Freitextangaben an: bei einer Bekannten untergekommen, Wohnheim (2x), Altersheim für Obdachlose, eigene Wohnung entscheidet sich aber freiwillig auf der Straße zu sein, eigenes Zimmer, bei Söhnen, Abrisshäuser sowie keine Angabe.

Unter den Personen mit ausländischem Geburtsland wurde am häufigsten Bulgarien angegeben (14%), gefolgt von Iran und Afghanistan (je 8,8%), Russland und Polen (je 7%), Ungarn und Tunesien (je 5,3%), Ukraine, Türkei, Syrien, Rumänien, Italien und Brasilien (je 3,5%) sowie jeweils einmal (1,8%) Tschechien, Österreich, Griechenland, Litauen, England, Marokko, USA (Hawaii), Gambia, Togo, Serbien, Palästina, Bosnien und Algerien. Unter den nicht in Deutschland geborenen beträgt die Aufenthaltsdauer in Deutschland durchschnittlich 18,3 Jahre (Median: 16 Jahre; Interquartilsabstand (IQR): 10–23 Jahre; Min: 1 Jahr; Max: 58 Jahre).

Als sonstigen Bildungsstand gab eine Person als Freitextantwort an, ein Studium abgebrochen zu haben und eine weitere Person, Gastarbeiter zu sein. Sonstige Beschäftigungsverhältnisse umfassten: Schwarzarbeit, Schwarzarbeit als Lektorin, Schwarzarbeit auf Baustelle, Asylgeld, darf nicht arbeiten, Prostitution.

Unter allen Befragten beträgt die durchschnittliche Aufenthaltshäufigkeit auf der Szene von mindestens einmal pro Woche 13,2 Jahre (Median: 10 Jahre; IQR: 5–20 Jahre; Min: 0 Jahre; Max: 45 Jahre). Durchschnittlich sind diese Personen 6 Tage die Woche auf der Szene (Median: 7; IQR: 5–7, Min: 0; Max: 7). Am Tag sind diese Personen durchschnittlich 9,8 Stunden auf der Szene (Median: 6; IQR: 3–16, Min: 0; Max: 24).

Personen mit Haft Erfahrung waren durchschnittlich 3,7 Mal in Haft (Median: 3; IQR: 1–4,25; Min: 1; Max: 24). Die durchschnittliche Haftdauer betrug 46,4 Monate (Median: 24; IQR: 7–60; Min: 0; Max: 360).

4.2.2 Risiko- und Konsumverhalten

4.2.2.1 Gesamtstichprobe

Der Substanzkonsum begann in der Gesamtstichprobe typischerweise im frühen Jugendalter mit Alkohol (M = 15,4; Median = 14; IQR: 12–16) und Tabak (M = 14,8; Median = 14; IQR: 12–15), gefolgt von Cannabis (M = 16,8; Median = 15; IQR: 13–18). Der Einstieg in den Kokainkonsum erfolgte im frühen Erwachsenenalter (M = 21,8; Median = 19; IQR: 16–24), während Heroin (M = 24,8; Median = 24; IQR: 18–30) und intravenöser Drogenkonsum (M = 25,4; Median = 25; IQR: 18–31) etwas

später erstmals konsumiert wurden. Die Substitutionsbehandlung wurde im Median mit 28 Jahren begonnen (M = 30,4; IQR: 24–36). Den spätesten Ersteinstieg wies Crack auf, sowohl hinsichtlich des ersten Konsums (M = 30,1; Median = 29,5; IQR: 22–37) als auch des Beginns regelmäßigen Crack-Konsums (M = 32,5; Median = 30; IQR: 23–42). In Abbildung 2 ist der Letztkonsum ausgewählter Substanzen und in Abbildung 3 die Konsumhäufigkeit ausgewählter Substanzen in den letzten drei Monaten dargestellt.

Abbildung 2: Letztkonsum von Substanzen

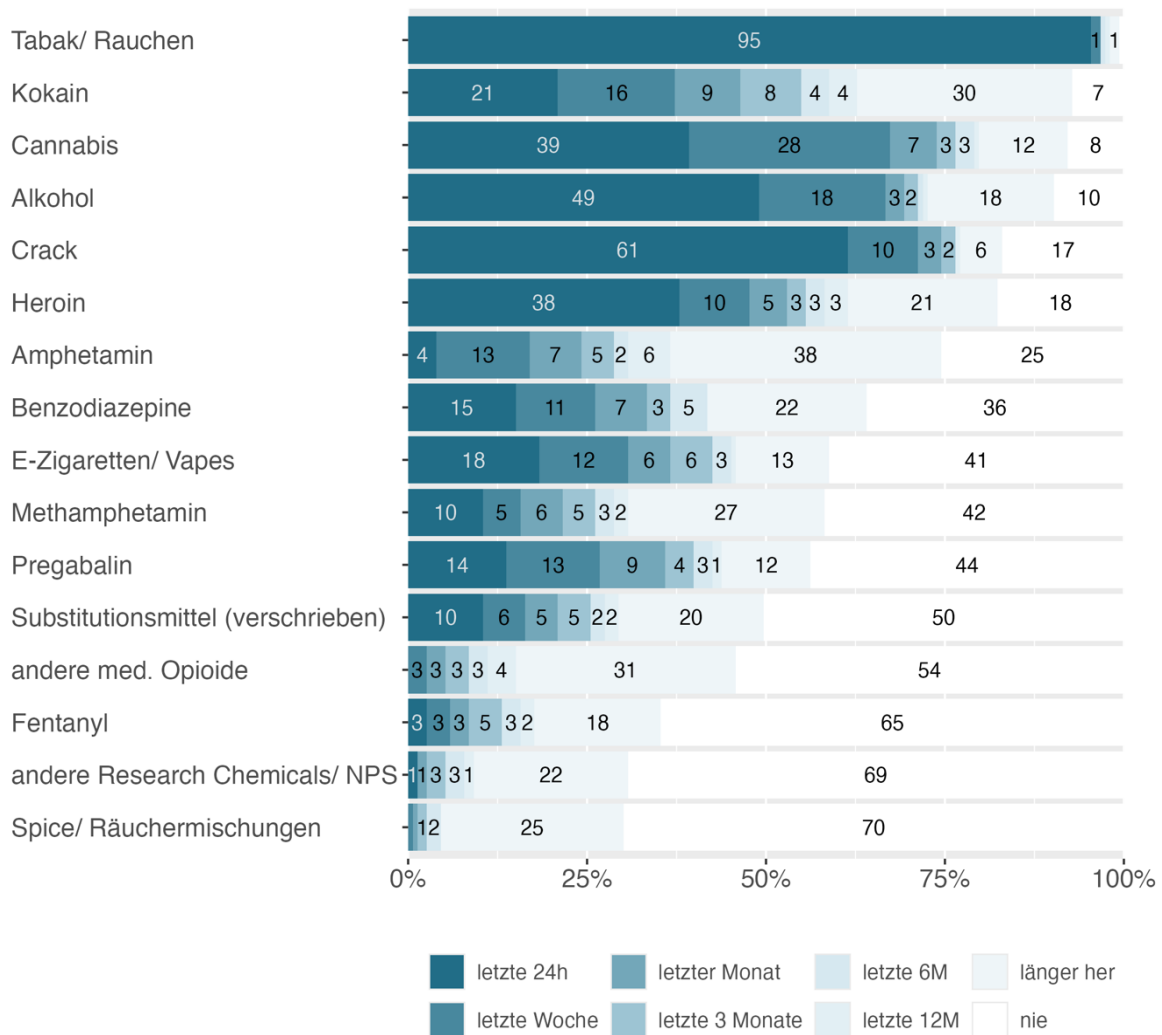
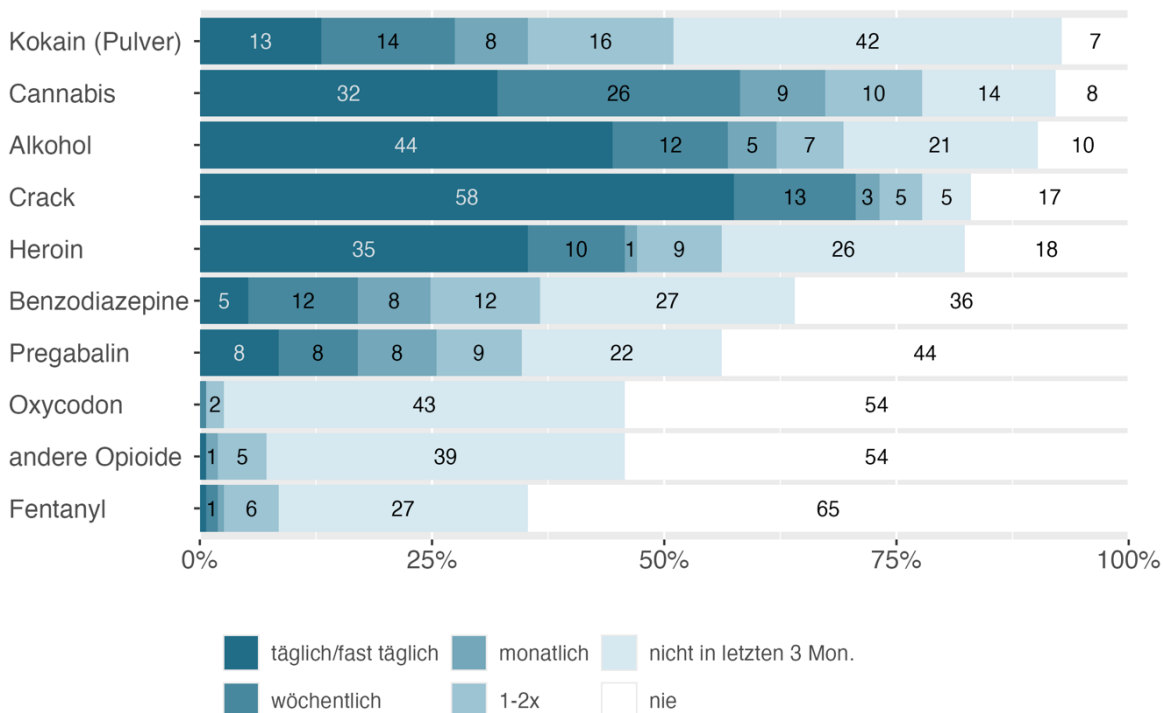


Abbildung 3: Konsumhäufigkeit in den letzten 3 Monaten



Unter den Personen, die mindestens einmal pro Monat Substanzen intravenös konsumieren (n = 31; 20,3%), nutzen die meisten Heroin (61,3%), gefolgt von Kokain (41,9%), einen Cocktail aus verschiedenen Substanzen (25,8%), Crack (9,7%) und eine Person Methadon (3,2%) – Mehrfachnennungen möglich. Sonstige Substanzen umfassten: Levomethadon, Diamorphin, Morphin, Morphinsulfat, Ketamin, und Monkey Dust. Diese Personen konsumieren täglich durchschnittlich 3,8 Mal intravenös Substanzen (Median: 3, Min: 1; Max: 8). Die Mehrzahl benutzt die Nadel bei intravenösem Konsum einmal (77,4%), 16,1% zwei bis drei Mal sowie 2 Personen (6,5%), die dieselbe Nadel mehr als drei Mal nutzen. In den letzten 12 Monaten teilten 77,4% nie die Nadel, 12,9% ein bis zwei Mal, 6,5% sehr oft, und eine Person (3,2%) „hin und wieder mal“.

Eine Überdosis haben 37,3% erlebt (keine Angabe: 2,6%). Durchschnittlich berichteten Befragte von 4,3 Überdosierungen (Median: 2; IQR: 1–4; Min: 1; Max: 50). Die letzte Überdosierung ist durchschnittlich 76,9 Monate her (Median: 31; IQR: 6–120; Min: 1; Max: 360).

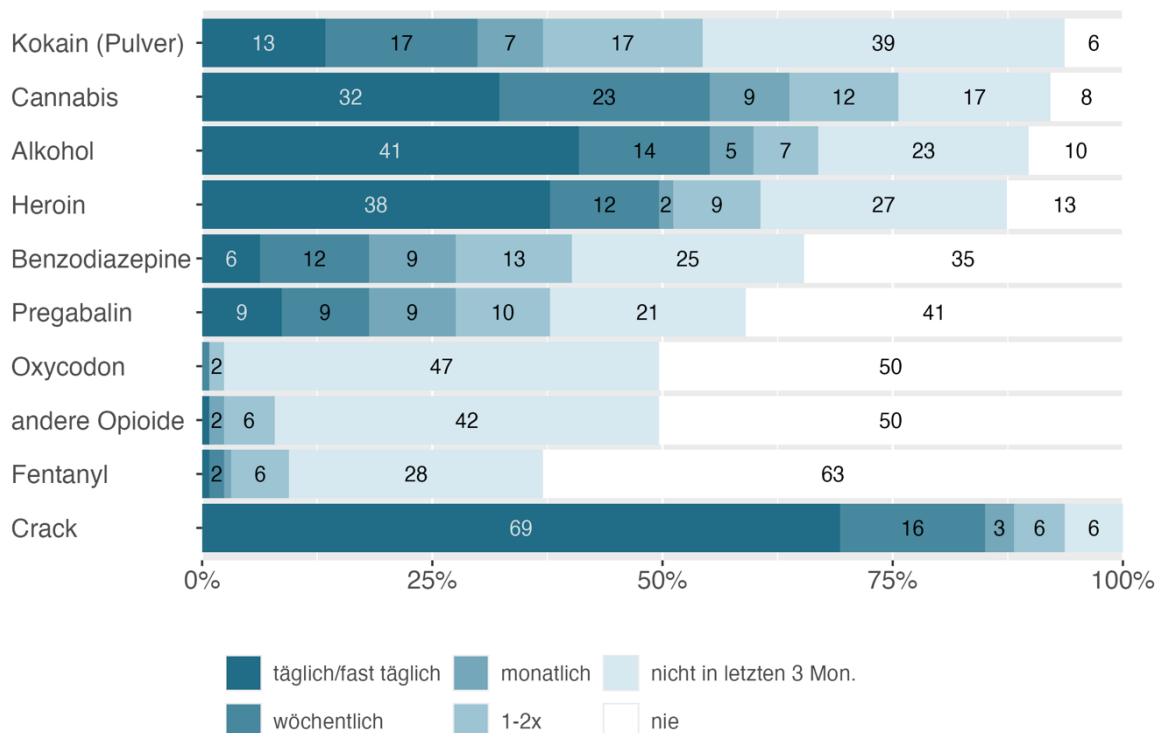
In einer aktuellen Opioid-Substitutionsbehandlung befinden sich zum Zeitpunkt der Befragung 46 Personen (30%; unter Personen mit Crack-Lebenszeitkonsum: 38, 29,9%), darunter 39,2% mit Levomethadon, 28,3% mit Methadon, 13% mit

Buprenorphin, 10,9% mit Morphinsulfat, eine Person (2,2%) mit Diamorphin. Unter den drei Angaben zu sonstigen Wirkstoffen (6,5%) gaben zwei Personen „Naloplaxion“ und „Seretonin“ an. Durchschnittlich befinden sich die Personen seit 51,7 Monaten in Substitution (Median: 31; IQR: 12–78; Min: 2; Max: 240). Die meisten beziehen ihre Substitution über einen niedergelassenen Arzt (60,9%), während 32,6% eine Substitutionsambulanz nutzen. Von den drei sonstigen Angaben bezieht eine Person „vom Vater, der Arzt ist“, eine Person vom „Schwarzmarkt“ und eine Person gab keine Informationen an.

4.2.2.2 Stichprobe der Crack-Konsumierenden

Unter Personen, die mindestens einmal im Leben Crack konsumiert haben (83%), ist die Konsumhäufigkeit ausgewählter Substanzen in Abbildung 4 dargestellt. Laut WHO-ASSIST weisen 64% ein hohes Risiko auf, aufgrund ihrer derzeitigen Konsumgewohnheiten schwerwiegende Probleme zu erleben (gesundheitlich, im sozialen Umfeld, im Sinne von gesetzlichen Konflikten, in der Partnerschaft) und unter einer Substanzgebrauchsstörung zu leiden. Hingegen weisen 28% ein mittelmäßiges und 9% ein geringes Risikolevel auf.

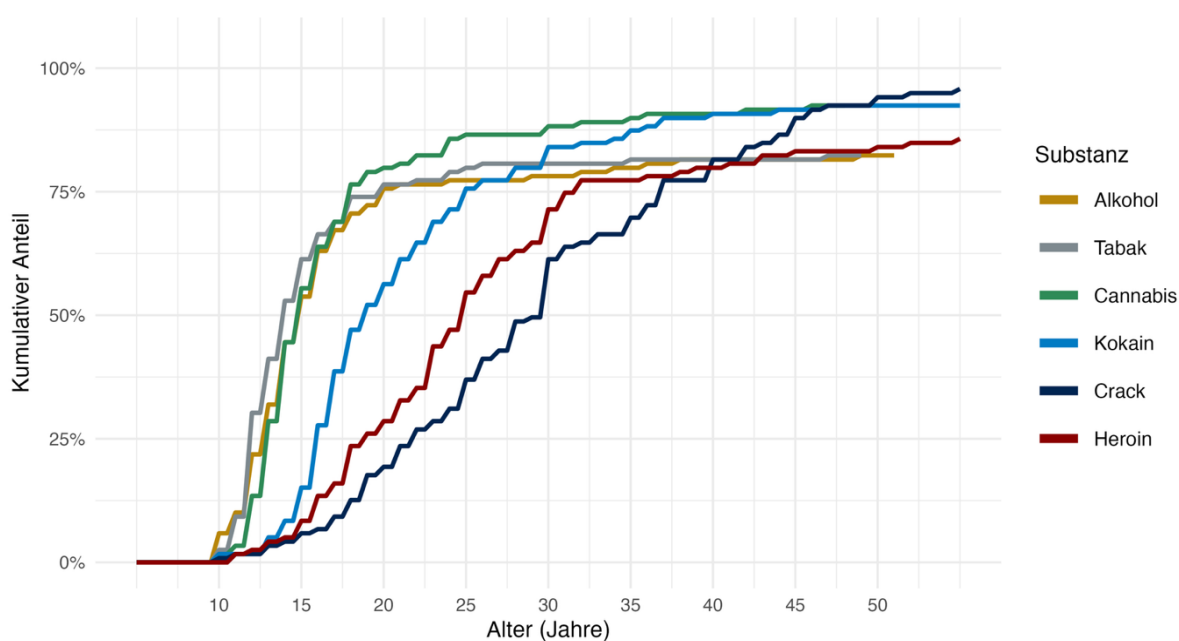
Abbildung 4: Konsumhäufigkeit unter Crack-Konsumierenden



Unter den täglichen Crack-Konsumierenden kommt es durchschnittlich zu 14,9 Konsumeinheiten pro Tag (Median: 9; IQR: 3–20; Min: 1; Max: 130). Unter den wöchentlichen, aber nicht täglich Crack-Konsumierenden beträgt die durchschnittliche Konsumhäufigkeit 2,6 Mal pro Woche (Median 1,5; IQR: 1–2,75; Min: 1; Max: 15). Als Konsumform gaben 85% inhalativ, 2,4% intravenös und 12,6% keine Angabe an. In den letzten 12 Monate haben 38,7% „sehr oft“, 33,3% „hin und wieder mal“ und 12,6% ein- bis zweimal ihre Crackpfeife mit anderen geteilt, wohingegen 15,3% ihre Crackpfeife nicht mit anderen teilten.

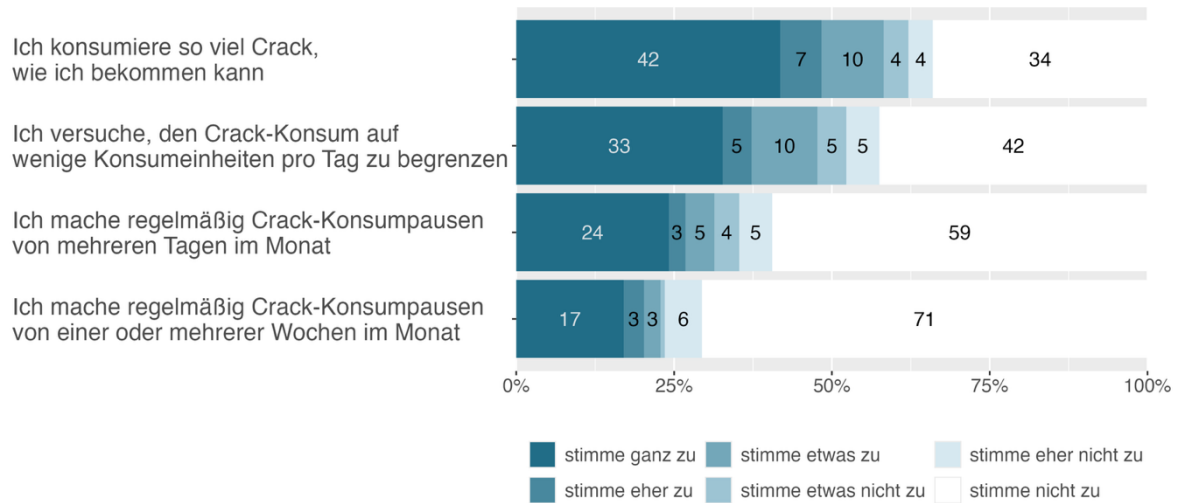
Die kumulative Erstkonsum-Kaskade unter Crack-Konsumierenden in Abbildung 5 zeigt eine konsistente Sequenz der Substanzinitiation zur Gesamtstichprobe auf: Tabak, Alkohol und Cannabis werden überwiegend im frühen Jugendalter konsumiert, gefolgt von Kokain im frühen Erwachsenenalter. Heroin wird typischerweise vor Crack initiiert, während Crack den spätesten Einstiegszeitpunkt aufweist. Die Kurvenplateaus unterhalb von 100% verdeutlichen, dass nicht alle Substanzen von allen Personen dieser Subgruppe konsumiert wurden.

Abbildung 5: Kumulative Erstkonsum-Kaskade unter Konsumierenden mit Lebenszeitkonsum von Crack



Die in Abbildung 6 dargestellte Bewertung von Aussagen zu schadensminimierenden Maßnahmen im Zusammenhang mit Crack-Konsum deutet auf ein heterogenes Risikokonsumverhalten hin.

Abbildung 6: Anwendung schadensminimierender Maßnahmen im Zusammenhang mit Crack-Konsum



4.2.3 Gesundheitszustand

Für die Gesamtstichprobe ist der subjektiv empfundene körperliche Gesundheitszustand in Abbildung 7 und der subjektiv empfundene psychische Gesundheitszustand in Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 7: Subjektive körperliche Gesundheit

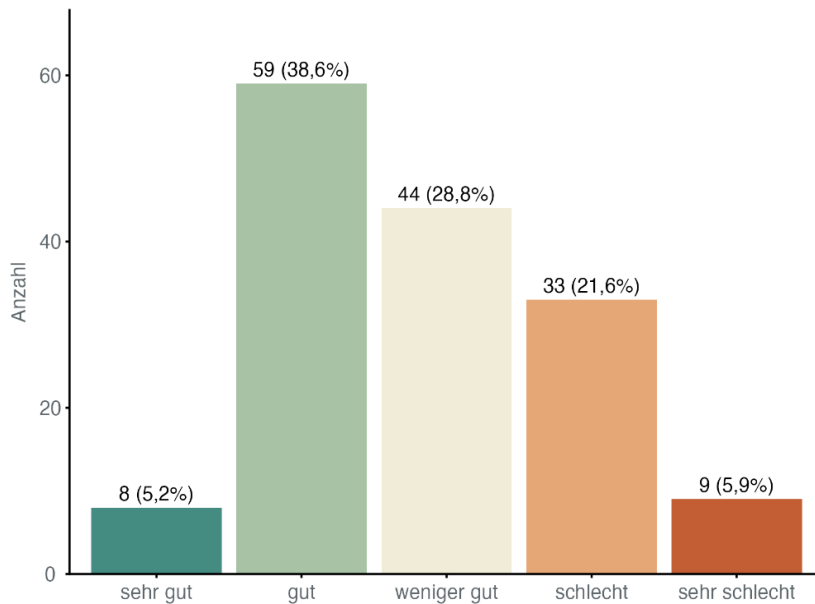
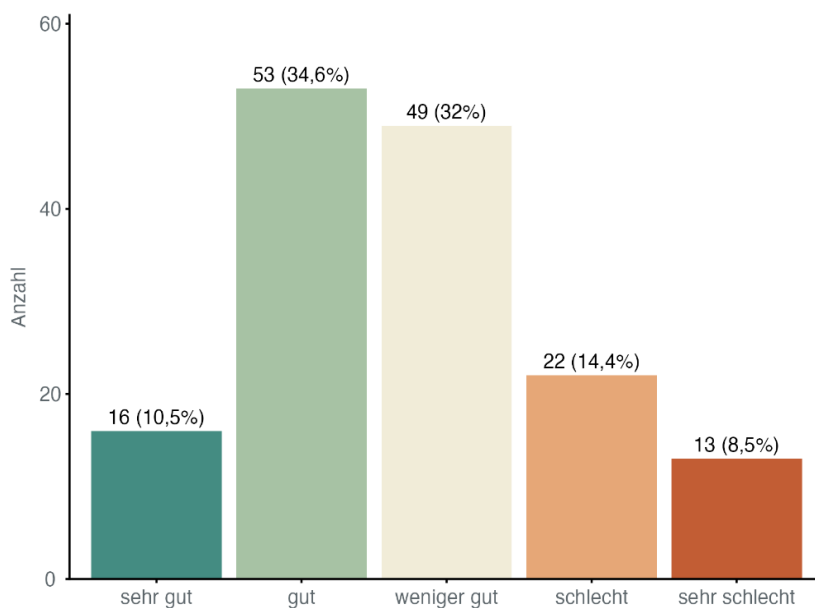
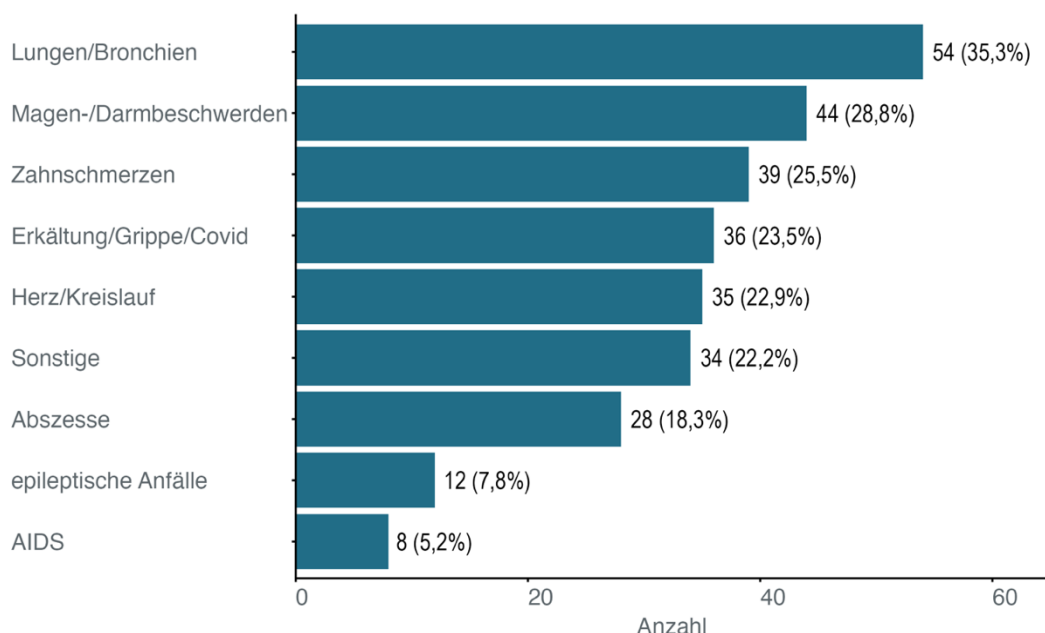


Abbildung 8: Subjektive psychische Gesundheit



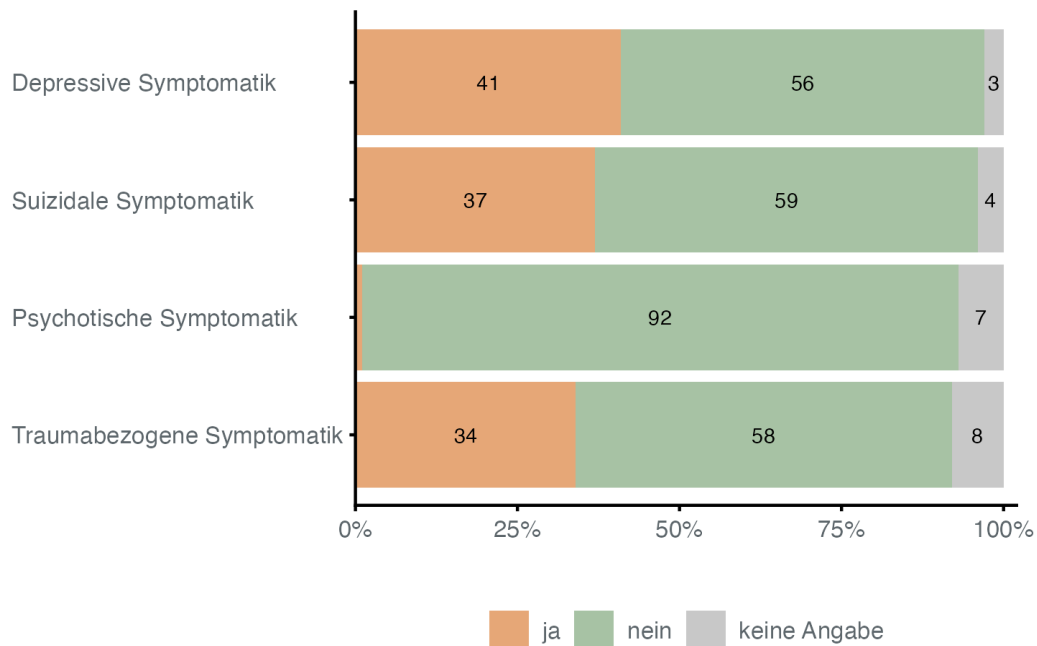
In Abbildung 9 sind Beschwerden in den letzten drei Monaten aufgeführt. HIV-positiv sind 5,9%, während 20,3% nie getestet wurden und 3,3% eine Aussage verweigerten.

Abbildung 9: Gesundheitliche Beschwerden in den letzten 3 Monaten



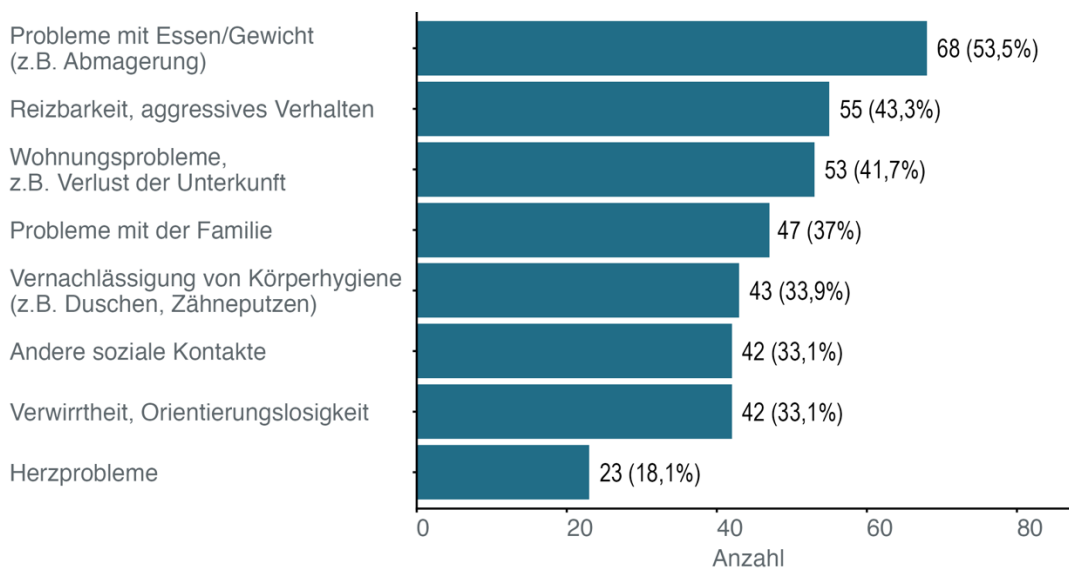
Zur Erfassung der akuten psychiatrischen Auffälligkeiten wurde das etablierte Instrument M.I.N.I. in der Gesamtstichprobe verwendet. Eine zusammenfassende Übersicht zu ausgewählten Kategorien, d.h. akuter depressiver Symptomatik, Gedanken an Suizid, psychotischer Symptomatik und traumabezogener Symptomatik, ist in Abbildung 10 dargestellt. Zwei Drittel (66,7%) erfüllen Kriterien für mindestens eine dieser Symptomatiken, 35,9% für mindestens zwei und 10,5% für drei Symptomatiken. Kriterien für eine psychotische Symptomatik erfüllen drei Personen. Unter Personen mit Crack-Lebenszeitkonsum (n = 127) liegen die Prävalenzen für akute depressive Symptomatik bei 44,1%, für Suizidgedanken bei 39,4%, für traumabezogene Symptomatik bei 34,6% und für psychotische Symptomatik bei 1,6% (n = 2). In dieser Subgruppe erfüllen 70,9% Kriterien für mindestens eine dieser Symptomatiken, 37,0% für mindestens zwei und 11,8% für mindestens drei. Personen mit Crack-Erfahrung im Leben sind häufiger von mindestens einer dieser Symptomatiken betroffen als Personen ohne Crack-Erfahrung (n = 26; 70,9% vs. 46,2%; p = 0,015).

Abbildung 10: Psychiatrische Auffälligkeiten für ausgewählte Symptomatiken



Im Zusammenhang mit Crack wurden darüber hinaus folgende Probleme von den Crack-Konsumierenden angegeben (Abbildung 11). In den Freitextangaben (n = 38) wurden soziale Isolation, Konflikte, Gewalt, Scham, funktionale Einschränkungen sowie körperliche Folgeschäden wie Zahnprobleme, schlecht heilende Wunden und ein geschwächtes Immunsystem beschrieben (siehe Tabelle 4 im Appendix).

Abbildung 11: Crack-assoziierte Probleme



4.2.4 Angebotsnutzung und Bedarfe

In Abbildung 12 ist die Nutzungsfrequenz von Angeboten der Sucht- und Obdachlosenhilfe dargestellt. Gründe für die Nichtnutzung dieser Angebote umfassten kein Interesse/ Bedarf (63,4%), zu bürokratisch/ kompliziert (21,6%), Sprachbarrieren (13,7%), keine Ausweisdokumente (13,1%), unpassende Öffnungszeiten (12,4%), zu weit weg (7,8%), Angebote überfüllt (5,2%), darf nicht wegen Hausverbot (5,2%) und darf nicht wegen fehlendem Anspruch (0,7%). Der Bedarf an Angeboten ist in Abbildung 13 dargestellt. Freitextantworten zu Verbesserungsvorschlägen sind in Tabelle 5 im Appendix aufgelistet (n = 60).

Abbildung 12: Nutzungshäufigkeit von Hilfsangeboten

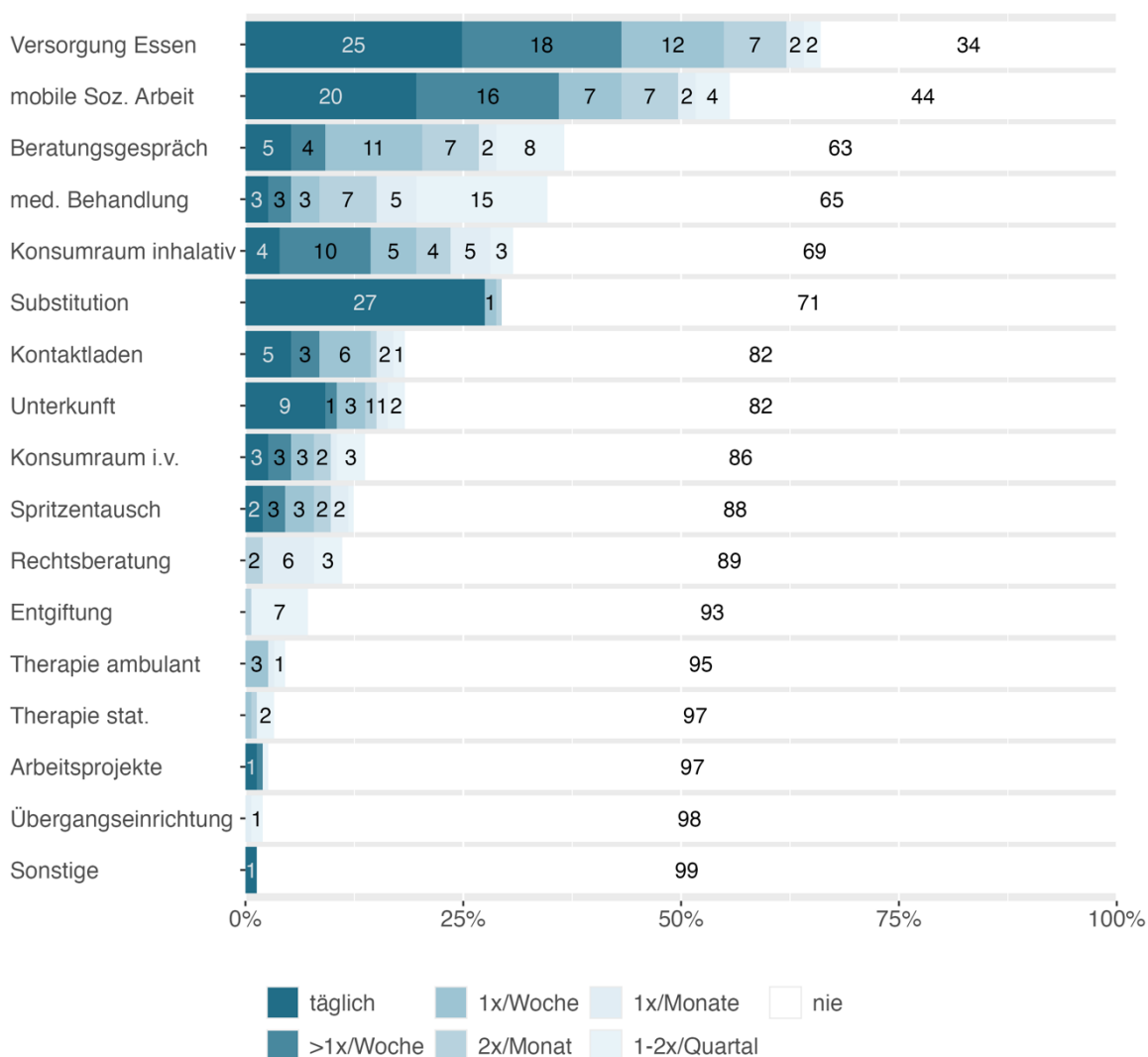
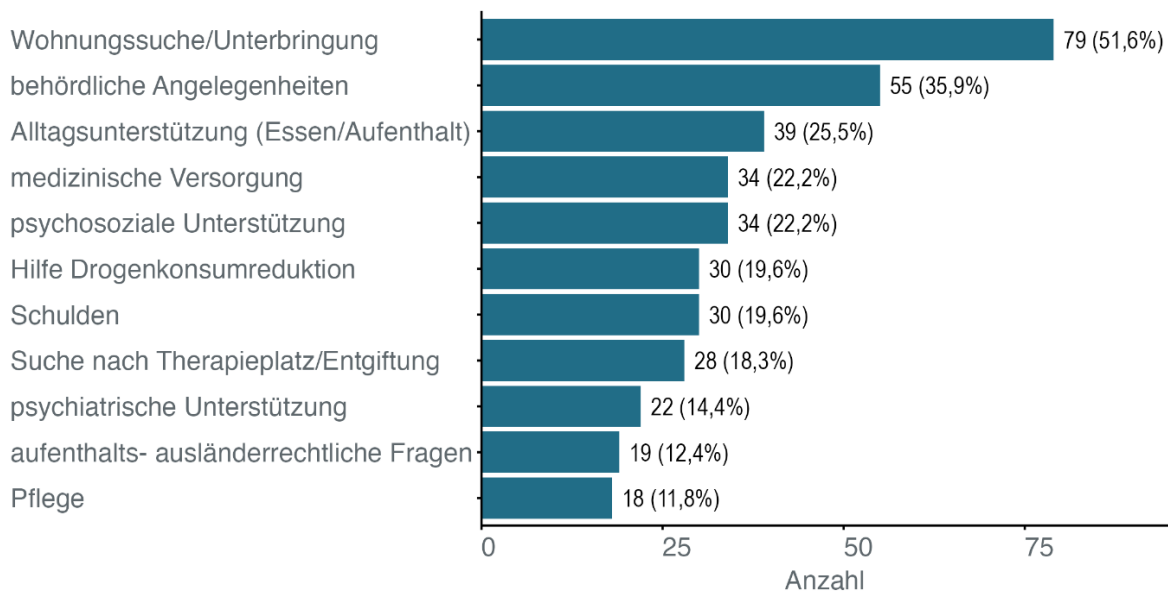


Abbildung 13: Bedarf an Hilfsangeboten



4.2.5 Konsumtypisierung und syndemische Belastungsmuster

Die deskriptiven Ergebnisse der vorangegangenen Abschnitte zeigen, dass Crack-Konsumierende in Berlin nicht nur mit Substanzabhängigkeit konfrontiert sind, sondern gleichzeitig unter einer Vielzahl sich überlagernder Belastungen leiden: Obdachlosigkeit, fehlender Krankenversicherungsschutz, psychische Auffälligkeiten, Infektionen wie HIV/ AIDS. Die Frage, ob diese Faktoren isoliert nebeneinander bestehen oder sich im Sinne einer Syndemie – also einer wechselseitigen Verstärkung – zu charakteristischen Belastungsmustern verbinden, wurde mittels zweier latenter Klassenanalysen (LCA) untersucht. Das methodische Vorgehen ist in Abschnitt 3.5 beschrieben.

4.2.5.1 Substanzkonsumbasierte Typisierung

Die konsumbasierte LCA identifizierte in der Teilstichprobe aller Personen mit mindestens einmaligem Crack-Konsum in den letzten drei Monaten ($n = 119$) drei Konsumklassen. Die Drei-Klassen-Lösung erwies sich als statistisch und inhaltlich am besten interpretierbar ($BIC = -2158,1$; Entropie $R^2 = 0,906$). Ein Sensitivitätscheck mit dem alternativen Verfahren poLCA bestätigte eine vergleichbare Profilstruktur (mittlere Profilkorrelation $r = 0,82$). Die drei Klassen lassen sich wie folgt charakterisieren:

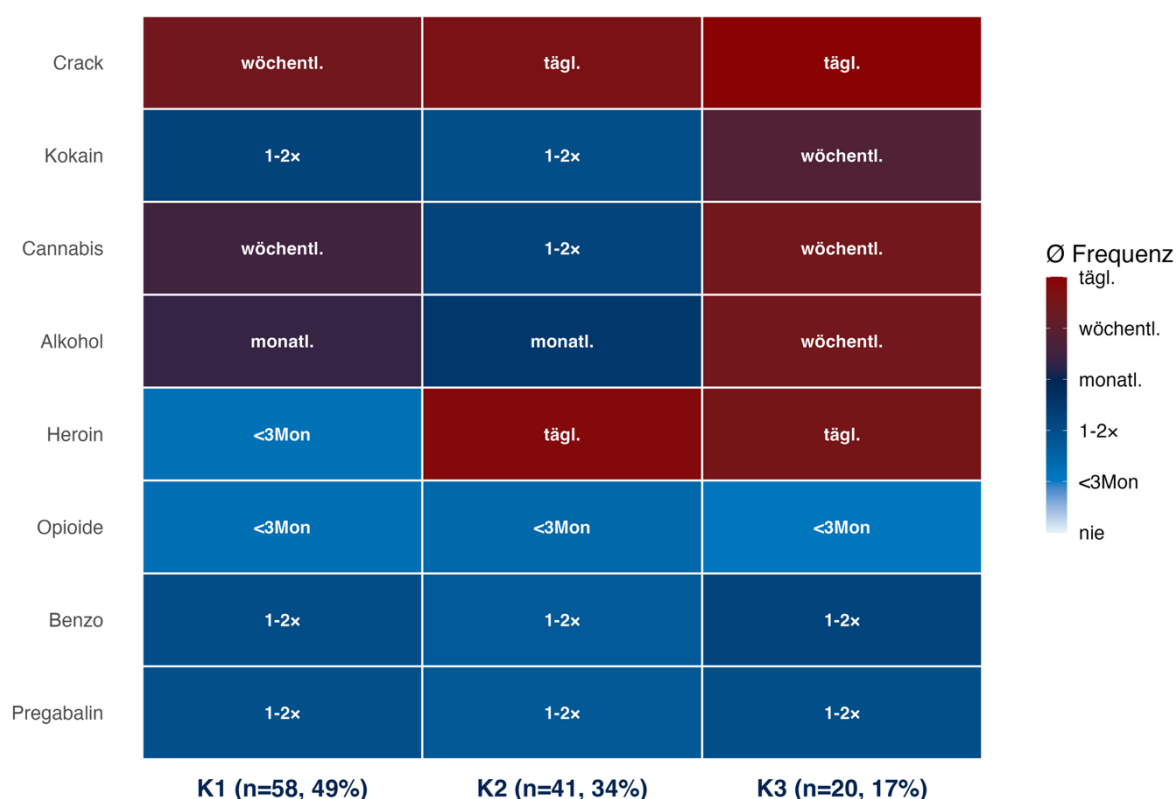
Konsumklasse 1: Crack und Polysubstanzkonsum ($n = 58$, 49%). Die größte Klasse ist gekennzeichnet durch hohen Crack-Konsum in Kombination mit häufigem

Cannabis-, Alkohol- und Kokainkonsum bei vergleichsweise geringem Heroinkonsum. Die Hälfte dieser Personen befindet sich in aktueller Opioid-Substitutionsbehandlung (50%) – der höchste Wert aller drei Klassen. Das Medianalter liegt mit 44,5 Jahren über dem der übrigen Klassen.

Konsumklasse 2: Crack und Heroin bei hoher struktureller Belastung (n = 41, 34%). Diese Klasse weist einen gleichzeitig hohen Konsum von Crack und Heroin auf und ist zugleich die strukturell am stärksten marginalisierte Gruppe: 63,4% sind obdachlos und 52,5% unversichert. Obwohl ein hoher Opioidkonsum vorliegt, ist die Substitutionsrate mit 9,8% vergleichsweise niedrig. Das Medianalter beträgt 36 Jahre.

Konsumklasse 3: Crack und Heroin bei moderater Belastung (n = 20, 17%). Das Konsumprofil ähnelt dem der zweiten Klasse, allerdings mit häufigerem Konsum von Alkohol, Cannabis und Kokain. Die strukturelle Lage ist geringfügig günstiger: 21,1% sind unversichert, und 55% sind obdachlos. Das Medianalter liegt bei 37 Jahren.

Abbildung 14: Latente Klassenanalyse nach Konsumklassen



Mittels BCH-korrigierter Wald-Tests wurden paarweise Unterschiede zwischen den drei Konsumklassen hinsichtlich syndemischer Belastungen untersucht. Signifikante Unterschiede zeigten sich ausschließlich für strukturelle Variablen. Der Anteil unversicherter Personen war in Klasse 2 signifikant höher als in Klasse 1 (54,2% vs. 12,1%; $h = 0,95$; $p < 0,001$) sowie höher als in Klasse 3 (54,2% vs. 14,7%; $h = 0,87$; $p < 0,01$), jeweils mit großen Effektstärken. Ebenso war Obdachlosigkeit in Klasse 2 signifikant häufiger als in Klasse 1 (63,9% vs. 36,2%; $h = 0,56$; $p < 0,01$; mittlerer Effekt), während sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Klasse 2 und 3 oder Klasse 1 und 3 zeigten. Auch die kombinierte Belastung aus fehlender Versicherung und Infektion unterschied sich signifikant zwischen Klasse 2 und Klasse 1 (31,1% vs. 5,2%; $h = 0,72$; $p < 0,01$; mittlerer Effekt) sowie zwischen Klasse 2 und Klasse 3 (31,1% vs. 6,6%; $h = 0,66$; $p < 0,05$; mittlerer Effekt). Die Klassen unterscheiden sich primär entlang struktureller Deprivation, während psychische und gesundheitliche Belastungen vergleichbar über alle Klassen verteilt sind.

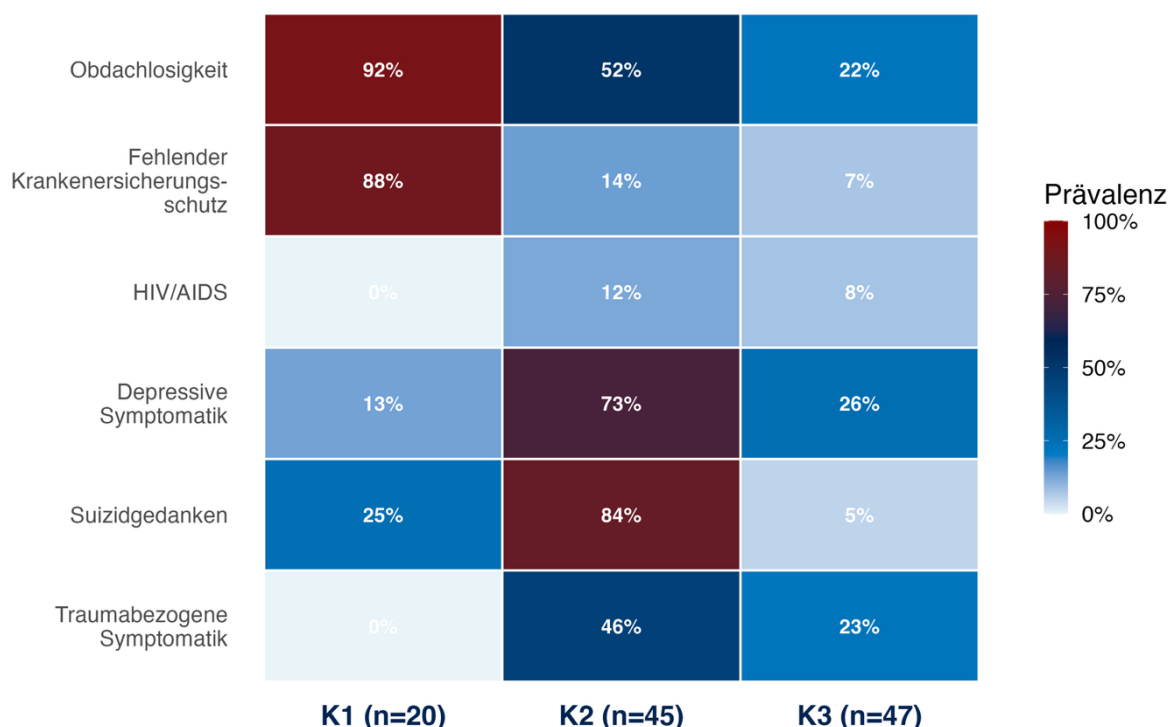
Zusätzlich wurde geprüft, ob einzelne Belastungsfaktoren innerhalb einer Konsumklasse häufiger gemeinsam auftreten, als es bei statistischer Unabhängigkeit zu erwarten wäre. In der strukturell hoch belasteten Klasse 2 fand sich eine ausgeprägte Wechselwirkung zwischen Obdachlosigkeit und fehlender Krankenversicherung: Das Odds Ratio (OR) – ein Maß für das Chancenverhältnis – betrug 16,29 (95%-KI: 2,89–91,84; $p < 0,01$). Personen in dieser Klasse, die obdachlos sind, hatten somit eine rund 16-fach höhere Chance, gleichzeitig unversichert zu sein. Der Befund verdeutlicht, dass Obdachlosigkeit und der fehlende Krankenversicherungsschutz in der am stärksten marginalisierten Konsumklasse nicht unabhängig voneinander auftreten, sondern eine enge strukturelle Verschränkung aufweisen. Obdachlosigkeit geht dabei mit Barrieren beim Erhalt oder der Wiederherstellung eines Versicherungsschutzes einher, während ein fehlender Krankenversicherungsschutz den Zugang zu medizinischer Versorgung einschränkt.

Ergänzend zeigte sich in Klasse 2 eine signifikant inverse Assoziation zwischen fehlender Versicherung und psychiatrischen Auffälligkeiten ($OR = 0,16$; $p < 0,05$). Eine mögliche Erklärung ist, dass unversicherte Personen nicht weniger psychisch belastet sind, sondern ihnen der diagnostische Zugang über das Gesundheitssystem fehlt und psychiatrische Auffälligkeiten folglich seltener formal erfasst werden.

4.2.5.2 Typisierung nach syndemischer Vulnerabilität

Die zweite LCA typisierte die Befragten unabhängig vom Substanzkonsum ausschließlich anhand syndemischer Belastungsfaktoren (Obdachlosigkeit, fehlender Krankenversicherungsschutz, HIV/AIDS, depressive Symptomatik, Suizidgedanken, traumabezogene Symptomatik). Eine Drei-Klassen-Lösung erwies sich als optimal (BIC = 826,5; Entropie = 0,69; n = 112).

Abbildung 15: Latente Klassenanalyse nach Vulnerabilitätsprofilen



Belastungsklasse 1: Strukturelle Marginalisierung (n = 20, 18%). Diese Klasse ist durch eine ausgeprägte strukturelle Deprivation gekennzeichnet, mit sehr hohen Anteilen an Obdachlosigkeit (95%) und fehlendem Krankenversicherungsschutz (100%). Gleichzeitig zeigen sich vergleichsweise geringe Anteile berichteter psychischer Belastungsfaktoren (z.B. depressive Symptomatik: 10%; traumabezogene Symptomatik: 0%). Keine Person befindet sich in Opioid-Substitutionsbehandlung (0%).

Belastungsklasse 2: Psychosoziale Mehrfachbelastung (n = 45, 40%). Diese Klasse weist die höchsten Prävalenzen psychischer Belastungsfaktoren auf, darunter depressive Symptomatik (73,3%), Suizidgedanken (93,3%) und traumabezogene Symptomatik (46,7%) (alle $p < 0,001$). Gleichzeitig liegt der Anteil obdachloser

Personen bei 55,6%, während fehlender Krankenversicherungsschutz deutlich seltener ist (13,3%). Auch somatische Belastungen sind erhöht, insbesondere Erkrankungen der Lunge und Bronchien (53,3%; $p < 0,01$). Die Opioid-Substitutionsrate beträgt 33,3%.

Belastungsklasse 3: Relative Stabilität ($n = 47$, 42%). Diese Klasse weist insgesamt die geringsten Belastungen auf, mit niedrigeren Anteilen an Obdachlosigkeit (23,4%) und fehlendem Krankenversicherungsschutz (8,5%) sowie geringerer Prävalenz psychischer Belastungsfaktoren (z.B. depressive Symptomatik: 27,7%; Suizidgedanken: 0%). Die Opioid-Substitutionsrate ist mit 40,4% am höchsten.

Im Gruppenvergleich zeigten sich signifikante Unterschiede im Geburtsland ($p < 0,01$), wobei Personen in Klasse 1 am seltensten in Deutschland geboren waren (30%), im Vergleich zu Klasse 2 (77,8%) und Klasse 3 (61,7%). Auch die Inanspruchnahme von Opioid-Substitutionsbehandlung unterschied sich zwischen den Klassen ($p < 0,01$), mit der höchsten Rate in Klasse 3 (40,4%), gefolgt von Klasse 2 (33,3%), während in Klasse 1 keine Person substituiert war (0%). Unterschiede im Substanzkonsum zeigten sich insbesondere für Heroin ($p < 0,001$), wobei in Klasse 1 die höchste Konsumfrequenz vorlag (Median = 5; entsprechend nahezu täglicher Konsum in den letzten drei Monaten), während Klasse 2 und Klasse 3 niedrigere Werte aufwiesen. Für Alkohol und Benzodiazepine zeigten sich ebenfalls Unterschiede (jeweils $p < 0,05$), mit den höchsten Konsumfrequenzen in Klasse 2. Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich für Alter, Geschlecht, Szenedauer, Hafterfahrung sowie Lebenszeitkonsum von Crack.

4.2.5.3 Verschränkung von Konsum- und Belastungsmustern

Um zu prüfen, ob die Konsumtypisierung und die Belastungstypisierung unabhängig voneinander sind oder systematisch zusammenhängen, wurden beide Klassifikationen kreuztabelliert. Die statistische Prüfung ergab eine signifikante Assoziation ($\chi^2 = 14,40$; $p < 0,005$; Cramér's $V = 0,254$). Ein Cramér's V von 0,25 wird als moderater Zusammenhang eingestuft und bedeutet, dass die beiden Typisierungen weder deckungsgleich noch unabhängig voneinander sind.

Die Verschränkung wird an der Verteilung innerhalb der Klassen deutlich. Von den Personen in der Klasse mit moderatem Mischkonsum (Substanzklasse 1) gehören 53,6% zur Belastungsklasse der relativen Stabilität und nur 7,1% zur Klasse der strukturellen Marginalisierung. In der hoch belasteten Crack-und-Heroin-Klasse (Substanzklasse 2) kehrt sich dieses Verhältnis um: 35,1% gehören zur strukturell

marginalisierten Belastungsklasse und nur 24,3% zur Klasse der relativen Stabilität. Von allen strukturell Marginalisierten (Belastungsklasse 1) befinden sich 65% in der Crack-und-Heroin-Klasse, aber nur 20% in der Klasse mit moderatem Mischkonsum.

Somit ist das Konsumverhalten nicht unabhängig von der sozialen und gesundheitlichen Lage. Insbesondere die Klasse mit täglichem Crack- und Heroinkonsum bei zusätzlichem Mischkonsum weist eine erhöhte strukturelle Marginalisierung auf, vor allem Obdachlosigkeit und fehlenden Krankenversicherungsschutz.

4.2.5.4 Konsumbiografische Unterschiede nach syndemischer Belastung

Es zeigten sich nur begrenzte Unterschiede in den Konsumbiografien zwischen den Belastungsklassen. Das Erstkonsumalter unterschied sich signifikant für Alkohol, Cannabis, Kokain und Heroin. Dabei wies Klasse 1 tendenziell ein späteres Einstiegsalter für Kokain (Median = 23 Jahre) und Heroin (Median = 26 Jahre) auf, während Klasse 2 durch ein früheres Einstiegsalter, insbesondere für Kokain (Median = 17 Jahre), gekennzeichnet war. Für Crack zeigte sich kein Unterschied im Erstkonsumalter.

Tabelle 2: Konsumbiografische Unterschiede nach syndemischer Belastung

Substanz	n	Gesamt	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	p-Wert
Alkohol	93	14 (12–16)	16 (15–20)	13 (12–14)	15 (12–16)	0,002
Tabak	92	14 (12–16)	12 (12–17)	13 (12–15)	14 (12–17)	0,227
Cannabis	104	15 (13–17)	16 (14–20)	14 (12–16)	15 (14–18)	0,046
Kokain	106	18 (16–24)	23 (19–27)	17 (16–19)	21 (18–25)	<0,001
Crack	108	30 (22–37)	28 (22–31)	28 (21–37)	30 (24–37)	0,402
Heroin	96	24 (18–30)	26 (21–31)	23 (17–25)	25 (21–30)	0,025
Substitution	67	28 (24–35)	28 (22–34)	26 (23–30)	31 (24–39)	0,180
IV-Konsum	54	25 (18–31)	26 (19–34)	22 (18–28)	27 (20–32)	0,349
Crack mind. 1x/Woche	97	30 (24–42)	28 (23–32)	30 (22–40)	36 (28–45)	0,079

Die Übergangsdauer vom Erstkonsum von Crack zum regelmäßigen Konsum (mindestens wöchentlich in den letzten drei Monaten) war in allen Klassen sehr kurz und unterschied sich nicht signifikant, mit Medianwerten nahe null. Dies weist auf eine schnelle Eskalation des Crack-Konsums und dessen Abhängigkeitspotenzial hin, unabhängig von der syndemischen Belastung. Auch die übrigen Übergangsdauern waren weitgehend vergleichbar. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich lediglich für den Übergang von Kokain zu Crack ($p = 0,049$), der in

Klasse 2 länger ausfiel (Median = 6 Jahre) als in Klasse 1 (Median = 2 Jahre) und Klasse 3 (Median = 4 Jahre). Der Erstkonsum von Heroin lag in allen Klassen typischerweise vor dem Erstkonsum von Crack. Die Zeit bis zum Crack-Erstkonsum unterschied sich zwischen den Klassen nicht signifikant (Log-Rank-Test: $\chi^2 = 4,93$; $p = 0,085$).

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Dynamik der Konsumeskalation, insbesondere der schnelle Übergang zu regelmäßigem Crack-Konsum, klassenübergreifend ähnlich verläuft.

4.2.5.5 Zusammenfassung syndemischer Dynamiken

Die beiden LCA zeigen, dass sich innerhalb der Berliner Crack-Szene sowohl unterschiedliche Konsumprofile als auch unterschiedliche Muster sozialer, gesundheitlicher und psychosozialer Belastung identifizieren lassen. Dabei sind beide Typisierungen signifikant miteinander assoziiert. Insbesondere die Kombination von Crack- und Heroinkonsum geht gehäuft mit starker struktureller Marginalisierung einher. Innerhalb der am stärksten belasteten Gruppe treten Obdachlosigkeit und fehlender Krankenversicherungsschutz deutlich gehäuft gemeinsam auf. Die Befunde sprechen damit für eine enge Verschränkung von Konsumverhalten und struktureller Belastung. Zugleich zeigen die konsumbiografischen Analysen, dass der Übergang zu regelmäßigem Crack-Konsum gruppenübergreifend sehr rasch erfolgt. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass Crack-Konsum in Berlin in unterschiedliche, aber jeweils hochbelastete Problemlagen eingebettet ist.

4.2.6 Geschlechtsunterschiede im Konsum-, Gesundheits- und Versorgungsverhalten

Ergänzend zu den in Abschnitt 4.2.1 dargestellten soziodemografischen Geschlechtsunterschieden wurden konsum-, gesundheits- und versorgungsbezogene Variablen auf Unterschiede zwischen weiblichen ($n = 49$) und männlichen ($n = 104$) Befragten geprüft. Im Folgenden werden die signifikanten Ergebnisse zusammengefasst.

4.2.6.1 Konsumverhalten

Bei der Konsumhäufigkeit einzelner Substanzen in den letzten drei Monaten zeigten sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede – weder beim täglichen Crack-Konsum (59,2% weiblich vs. 56,7% männlich; $p = 0,861$) noch beim täglichen

Heroin-, Alkohol- oder Cannabiskonsum. Allerdings konsumierten Frauen unter den täglichen Crack-Konsumierenden signifikant mehr Konsumeinheiten pro Tag (Median: 15 vs. 6; $p = 0,015$). Frauen konsumierten Crack demnach nicht an mehr Tagen, aber bei täglichem Konsum deutlich intensiver.

Hinsichtlich des Erstkonsumalters zeigten sich zwischen Frauen und Männern für die meisten Substanzen keine signifikanten Unterschiede. Eine Ausnahme bildete Tabak: Frauen berichteten einen früheren Ersteinstieg als Männer (Median: 13 vs. 14 Jahre; $M = 13,9$ vs. $15,3$; $p = 0,013$). Auch beim Heroin-Erstkonsum begannen Frauen früher (Median: 22 vs. 25 Jahre; $M = 22,4$ vs. $26,1$; $p = 0,021$). Für die übrigen Substanzen – Alkohol, Cannabis, Kokain und Crack – unterschied sich das Erstkonsumalter nicht signifikant.

4.2.6.2 Crack-assoziierte Folgeprobleme

Unter den Crack-Konsumierenden ($n = 127$) berichteten Frauen signifikant häufiger von negativen Auswirkungen auf ihre sozialen Kontakte als Männer (47,4% vs. 27,7%; $p = 0,034$). Bei den übrigen Crack-assoziierten Problemen – Reizbarkeit, Verwirrtheit, Gewichtsverlust, Herzprobleme, Hygiene, Wohnungsprobleme und Familienprobleme – fanden sich keine signifikanten Unterschiede, obgleich die Prävalenzen bei Frauen durchgängig numerisch höher lagen.

4.2.6.3 Psychische Gesundheit

Die subjektive Einschätzung der körperlichen und psychischen Gesundheit unterschied sich nicht signifikant zwischen den Geschlechtern. Auch bei depressiver Symptomatik, Suizidgedanken und traumabezogener Symptomatik zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede – die Belastung war in beiden Gruppen hoch. Ein signifikanter Unterschied fand sich jedoch bei der psychotischen Symptomatik: Verfolgungswahn wurde von Männern deutlich häufiger berichtet als von Frauen (44,6% vs. 20,8%; $p = 0,006$). Dieser Befund könnte mit geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Vulnerabilität für stimulanzeninduzierte psychotische Symptome zusammenhängen.

4.2.6.4 Justizkontakt

Ergänzend zur bereits in Abschnitt 4.2.1 dokumentierten höheren Haft Erfahrung der Männer (83,3% vs. 57,4%; $p = 0,001$) zeigte sich, dass die kumulierte Haftdauer bei Männern signifikant länger war (Median: 30 vs. 9 Monate; $p = 0,002$). Die Anzahl

der Polizeikontrollen im letzten Monat unterschied sich hingegen nicht zwischen den Geschlechtern.

4.2.6.5 Szeneorte

Hinsichtlich der besuchten Szeneorte gaben Männer signifikant häufiger an, private Räume zum Drogenkonsum zu nutzen (13,5% vs. 2,0%; $p = 0,038$). Für alle übrigen Szeneorte – darunter Leopoldplatz, Görlitzer Park, Kottbusser Tor und Anita-Berber-Park – zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede.

4.2.6.6 Einordnung

Die LCA ergab keine signifikante Assoziation zwischen Geschlecht und Klassenzugehörigkeit ($p = 0,370$). Die syndemische Belastung der Befragten wird demnach primär durch strukturelle Faktoren wie Obdachlosigkeit und Versicherungsstatus bestimmt und weniger durch das Geschlecht. Gleichwohl weisen die punktuellen Unterschiede – wie höhere Konsumintensität und stärkere soziale Folgeprobleme bei Frauen, häufigere psychotische Symptome und längere Haftzeiten bei Männern – auf geschlechtsspezifische Aspekte hin, die bei der Angebotsgestaltung berücksichtigt werden sollten.

4.3 Qualitative Erhebungen

4.3.1 Qualitative Erkundungen

Im Rahmen einer Szeneerkundung wurden im August 2025 sechs qualitative Expert*innen-Interviews mit Vertreter*innen niedrighschwelliger Einrichtungen in Berlin durchgeführt. Die Interviews mit den Fachkräften verfolgten den Zweck, mehr Informationen zum Berliner Hilfesystem und zur Veränderung der Straßendrogenszene insbesondere in Bezug auf Crack-Konsum zu erhalten, mögliche Schwachstellen des Hilfesystems zu identifizieren sowie Hinweise zum Zugang zur Drogenszene für die Durchführung der quantitative Szenebefragung zu erlangen. Die Struktur der folgenden Darstellung zu Erkundungen folgt den Hauptkategorien, die sich aus den Vorannahmen und der Inhaltsanalyse heraus ergaben (siehe 3.5.2).

4.3.1.1 Szeneorte und -struktur

Nach Einschätzung der befragten Expert*innen ist die Berliner Straßendrogenszene räumlich stark fragmentiert und verteilt sich auf mehrere Orte im Stadtgebiet, die teilweise unterschiedliche Szenestrukturen und Konsummuster aufweisen. Anders als in Städten mit einer stärker konzentrierten offenen Drogenszene existieren demnach in Berlin mehrere parallel bestehende Szeneorte mit teilweise unterschiedlichen Nutzer*innengruppen, Substanzpräferenzen und Dynamiken.

Zu den von den Expert*innen genannten Szeneorten zählen unter anderem der Bereich um das Kottbusser Tor und den Görlitzer Park in Kreuzberg, der Anita-Berber-Park in Neukölln, der Leopoldplatz im Wedding, der Bereich um die Yorck- und Kurfürstenstraße in Schöneberg, der Stuttgarter Platz in Charlottenburg sowie verschiedene Orte in Moabit wie der Kleine Tiergarten und Hansaplatz. Darüber hinaus werden auch Orte wie die Bereiche um die U-Bahnhöfe Turmstraße und Seestraße als Aufenthaltsorte von Szenegänger*innen genannt, insbesondere in Situationen, in denen es zuvor zu Verdrängung oder Kontrollen an anderen Orten wie dem Bahnhof Osloer Straße gekommen ist. Auch Bahnhofsbereiche, beispielsweise im Umfeld der Stationen Jannowitzbrücke oder Hauptbahnhof, werden als Orte genannt, an denen sich Szenegänger*innen zeitweise aufhalten.

Die Szene am Kottbusser Tor hält sich laut den Expert*innen meist in der Nähe von U-Bahn-Eingängen sowie vor der dortigen Einrichtung der Drogenhilfe auf. Die Fachkräfte berichten, dass in direkter Nachbarschaft zur Einrichtung ein Eigentümer einen privaten Sicherheitsdienst damit beauftragt habe, Szeneangehörige zu

„vertreiben“. Neben solchen Sicherheitsdiensten und dem Sicherheitsdienst der Berliner Verkehrsbetriebe (BVG) komme es trotz bestehender mündlicher Absprachen im Umfeld der Einrichtung immer wieder zu Polizeipräsenz und somit zu einer Fluktuation der Szene im Bereich des Kottbusser Tors. In der dortigen Einrichtung werde der Rauchraum nach Angaben der Mitarbeitenden stark genutzt. Crack liege dabei selten bereits als fertiger Stein vor, sondern werde häufig erst vor Ort von den Konsumierenden aufbereitet und anschließend geraucht. Insgesamt stelle Crack die am häufigsten konsumierte Substanz dar. An zweiter Stelle stehe Heroin. Der Konsum von Methamphetamin werde hingegen nur sehr selten beobachtet; auch Fentanyl spiele eine untergeordnete Rolle. In den wenigen dokumentierten Fällen handle es sich überwiegend um die Nutzung von Fentanyl-Pflastern. Nach subjektiver Einschätzung der Mitarbeitenden sei der Heroinkonsum in den vergangenen Jahren zurückgegangen. Die vorliegenden Statistiken der Einrichtung bestätigen diese Wahrnehmung jedoch nicht eindeutig.

Seit etwa 2022 werde eine Zunahme des Crack-Konsums beobachtet. Mitarbeitende berichten, dass mit dieser Entwicklung auch Veränderungen im sozialen Umgang innerhalb der Einrichtung einhergehen. So werde ein insgesamt rauerer Umgangston beschrieben. Zudem werden Betreuungsverhältnisse als schwieriger wahrgenommen, unter anderem aufgrund häufiger Stimmungsschwankungen bei Konsumierenden sowie einer geringeren Verlässlichkeit bei Absprachen. Die Einrichtung am Kottbusser Tor werde nach Angaben der Mitarbeitenden überwiegend von Männern genutzt. Seit Beginn des Ukrainekriegs sei zudem eine Zunahme russischsprachiger Klient*innen zu beobachten. Die räumlichen Gegebenheiten erschwerten den Zugang für einige Personengruppen, insbesondere mobilitätseingeschränkte Personen sind teilweise schwer oder gar nicht erreichbar. Minderjährige haben in aller Regel keinen Zugang zur Einrichtung. Nach Angaben der Mitarbeitenden handle es sich bei den wenigen Minderjährigen, von deren Konsum sie im Umfeld erfahren, überwiegend um weibliche Personen.

Die Konsummuster der Klient*innen der Einrichtung am Kottbusser Tor ähneln nach Einschätzung der Mitarbeitenden denen der SKA. Im Vergleich dazu werde in der Einrichtung Druckausgleich häufiger Heroin konsumiert.

In der Einrichtung SKA wird nach Angaben der Mitarbeitenden vor allem Crack inhalativ und Kokain intravenös konsumiert. Die Fachkräfte teilen die Einschätzung der Mitarbeitenden vom Kottbusser Tor, dass in der Einrichtung Druckausgleich

deutlich mehr Heroin konsumiert werde. Zudem merken sie an, dass am Kottbusser Tor Substitutionsmittel eine wichtige Rolle spielen.

Befragte Mitarbeitende berichten über einen „massiven Anstieg“ des Crack-Konsums vor etwa zwei Jahren, der nach Beobachtung der Mitarbeitenden zu Veränderungen im Verhalten der Klient*innen geführt habe. Der Konsum von Crack mache viele ungeduldig, sodass sie die Einrichtung teilweise meiden, weil ihnen dort der Konsum zu lange dauert. Gleichzeitig habe sich die Zusammensetzung der Klientel in den letzten Jahren verändert: Während früher überwiegend ältere Heroinkonsumierende die Einrichtung aufsuchten, kämen nun vermehrt jüngere Personen hinzu. Die Szene wird von den Expert*innen als aggressiver beschrieben; die Klient*innen untereinander zeigten weniger Solidarität und gingen rücksichtsloser miteinander um.

Im Bereich des Görlitzer Parks berichten die befragten Streetworker*innen ebenfalls von einer hohen Verbreitung von Crack. Nach ihren Angaben werde in verschiedenen Bereichen des Parks konsumiert; besonders genannt wird dabei ein höher gelegener Bereich. Im Bereich des Eingangs an der Skalitzer Straße befänden sich nach Angaben der Expert*innen neben Konsummobilen Schlafplätze von Szeneangehörigen. Insgesamt wird der Bereich rund um den Görlitzer Park von den Streetworker*innen als ein Ort beschrieben, an dem sich verschiedene Gruppen der Szene aufhalten, aber vor allem im Vergleich zu anderen Szeneorten auffalle, dass dort mehr junge Frauen anzutreffen sind. Vor dem Hintergrund der nächtlichen Schließung des Parks erwarten die Expert*innen eine mögliche Verlagerung der Szene in angrenzende Wohngebiete.

Laut den Fachkräften ist die Szene in Neukölln wesentlich verstreuter, wobei der Anita-Berber-Park zum Zeitpunkt der Interviews als ein relevanter Ort für die Szene beschrieben wird. Grund hierfür sei einerseits die Lage des Parks: durch die direkte Nähe zur U-Bahn-Station Leinestraße kann sich die Szene bei Vertreibung durch den BVG-Sicherheitsdienst unkompliziert in den Park zurückziehen. In Neukölln werden laut den Expert*innen U-Bahn-Stationen oft als Aufenthalts- und Konsumort von den Drogengebrauchenden genutzt. Andererseits ist der Anita-Berber-Park sehr weitläufig, wodurch die Konsumierenden unter sich bleiben könnten und von Blicken außenstehender Personen geschützt seien. Neben dem Anita-Berber-Park befindet sich zudem ein Friedhof, der wiederum bei Vertreibung aus dem Park als Aufenthaltsort genutzt werde.

Auch der Leopoldplatz im Wedding wird von allen Expert*innen als ein wichtiger Ort für die Crack-Szene beschrieben. Die Szene wird dort als relativ groß und divers aufgrund der zentralen Lage eingeschätzt. Die befragten Sozialarbeiterinnen merken in diesem Zusammenhang an, dass Personen, die Crack konsumieren, seltener Beratungsangebote wahrnehmen. Gleichzeitig werde das Angebot eines Konsummobils, das sich am Leopoldplatz befindet, positiv von den Konsumierenden angenommen. In direkter Nähe gibt es einen leicht eingegrenzten Aufenthaltsbereich mit Sichtschutz, an dem sich der Großteil der Konsumierenden aufhalte und von ihnen „Affenkäfig“ genannt werde. Laut Einschätzung der Expert*innen gilt der Platz aufgrund des hohen Crack-Konsums als Ort mit erheblichem Konfliktpotenzial unter den Konsumierenden. Im Zusammenhang mit dem Leopoldplatz werden Kampagnen erwähnt, die darauf abzielen, den Platz attraktiver zu gestalten. Kritisch wird jedoch von den Fachkräften hinterfragt, für wen diese Maßnahmen tatsächlich gedacht seien, da sie eher auf eine Aufwertung des Viertels und Verdrängung der konsumierenden Personen hinauslaufen. Zudem wird der Sicherheitsdienst der BVG von den Expert*innen als sehr aggressiv wahrgenommen.

Der Stuttgarter Platz in Charlottenburg wird von den Expert*innen als ein Szeneort beschrieben, an dem im Vergleich zu anderen Orten wenig Crack und Kokain konsumiert werde. Stattdessen spielten dort Opioide eine wesentlich größere Rolle. Zudem wird berichtet, dass sich an diesem Ort „traditionell“ viele russischsprachige Personen aufhalten.

Neben diesen Orten werden auch Szenestrukturen in Moabit und Mitte beschrieben. Dort spielten insbesondere der Kleine Tiergarten, der Hansaplatz sowie die umliegenden Einrichtungen und Aufenthaltsorte eine Rolle. Nach Angaben der befragten Streetworker*innen besteht die dortige Klientel überwiegend aus Männern, die häufig deutscher Herkunft sind und sich überwiegend im Alter zwischen etwa 35 und 60 Jahren bewegen. In dieser Szene werde neben Alkohol auch Crack konsumiert, während intravenöser Konsum nach Einschätzung der Fachkräfte eine geringere Rolle spiele.

In Schöneberg im Bereich des Nollendorfplatzes und der Yorck- und Kurfürstenstraße lässt sich eine etwas andere Szenestruktur beobachten. Eine Expertin aus einer dort ansässigen Einrichtung berichtet von einer besonderen Zusammensetzung der Klientel, die eng mit der dortigen Sexarbeitsszene verbunden sei. Ein Teil der Klientinnen seien junge Frauen im Alter zwischen etwa 18 und 23 Jahren, die im Umfeld der Kurfürstenstraße der Sexarbeit nachgingen.

Gleichzeitig liege das Durchschnittsalter der Kernklientel der Einrichtung nach Angaben der Gesprächspartnerin eher zwischen etwa 30 und 40 Jahren. Insgesamt wird die Szene auch hier als männlich dominiert beschrieben; nach Einschätzung der Fachkräfte betrage das Verhältnis etwa 80% Männer zu 20% Frauen. Gleichzeitig wird berichtet, dass unter den Klient*innen vergleichsweise viele Transpersonen anzutreffen seien, was mit der spezifischen Situation der Sexarbeit im Umfeld der Kurfürstenstraße in Verbindung gebracht wird. In diesem Kiez werde unter den Klient*innen ein überdurchschnittlich hoher Konsum von Methamphetamin beobachtet, was sich laut der Fachkräfte unter anderem an der Ausgabe von Konsumutensilien nachvollziehen lässt. Seit etwa drei Jahren gewinnen zudem Crack und „Monkey Dust“ zunehmend an Bedeutung. Die für Berlin eher untypische hohe Verbreitung von Methamphetamin und „Monkey Dust“ (Szenename für synthetische Stimulanzien aus dem Bereich der Cathinone (u.a. MDPHP/ MDPV)) wird von den Expert*innen auch mit der Nähe zur Chemsex-Szene begründet. Die Transfrauen in der Klientel stammten häufig aus Spanien oder Portugal, weshalb die Kommunikation meist auf Englisch erfolge. Darüber hinaus spielten weitere Sprachen wie Bulgarisch, Rumänisch, Türkisch und Polnisch eine wichtige Rolle im Alltag der Einrichtung, insbesondere im Hinblick auf bestehende Sprachbarrieren.

Allgemein ist festzustellen, dass sich die Szenestrukturen in Berlin teilweise dynamisch verändern können. Verlagerungen von Szeneangehörigen werden häufig im Zusammenhang mit ordnungspolitischen Maßnahmen oder mit Kontrollen beschrieben. In diesem Zusammenhang werden unter anderem Vertreibungsstrategien im Bereich des öffentlichen Nahverkehrs oder Maßnahmen zur Umgestaltung bestimmter Plätze genannt.

4.3.1.2 Hilfsangebote und deren Nutzung

Das Berliner Hilfesystem für Drogengebraucher*innen umfasst eine Vielzahl von niedrigschwelligen Einrichtungen, Kontaktläden, Streetwork-Angeboten sowie Einrichtungen mit integrierten Drogenkonsumräumen. Mehrere der befragten Fachkräfte betonen die Bedeutung dieser Angebote für die Versorgung der Szene. Gleichzeitig berichten die Expert*innen auch von strukturellen Herausforderungen innerhalb des Hilfesystems. Genannt werden unter anderem personelle Engpässe und eine teilweise hohe Fluktuation im Personal einzelner Einrichtungen. In einigen Fällen bestünden zudem infrastrukturelle Probleme, etwa bauliche Mängel oder Konflikte mit Eigentümer*innen von Immobilien. Auch räumliche Einschränkungen können eine Rolle spielen, beispielsweise wenn Einrichtungen nicht barrierefrei zugänglich sind oder Aufzüge nicht zuverlässig funktionieren. Neben Einrichtungen

mit Konsumräumen existieren auch Angebote ohne solche Möglichkeiten. Ein Beispiel hierfür ist eine Einrichtung in Schöneberg (Bülow Eck), die zwar keinen Konsumraum betreibt, jedoch andere niedrigschwellige Unterstützungsangebote bereitstellt. Besonders das dort angebotene Mittagessen werde von den Klient*innen stark nachgefragt und führe zu einer hohen Besucher*innenzahl insbesondere zur Mittagszeit. Gleichzeitig äußern Mitarbeitende den Wunsch nach einem eigenen Konsumraum sowie nach erweiterten Öffnungszeiten, idealerweise bis hin zu einer rund um die Uhr geöffneten Einrichtung. Streetwork-Angebote spielen ebenfalls eine zentrale Rolle im Berliner Hilfesystem. Sozialarbeiter*innen berichten, dass ein Teil der Szene Einrichtungen nur unregelmäßig nutze und deshalb vor allem über aufsuchende Arbeit im öffentlichen Raum erreicht werden könne.

4.3.1.3 Beobachtete aktuelle Veränderungen und Herausforderungen in der Szene

Im Gespräch mit den befragten Fachkräften wurden verschiedene Veränderungen innerhalb der Berliner Straßendrogenszene thematisiert. Eine zentrale Entwicklung betreffe die zunehmende Bedeutung von Crack in den vergangenen Jahren. Mehrere Gesprächspartner*innen beobachten insbesondere seit etwa zwei Jahren einen deutlichen Anstieg des Crack-Konsums. Dieser Anstieg wird von den Fachkräften auch mit Veränderungen im Verhalten der Konsumierenden in Verbindung gebracht. So berichten Mitarbeitende verschiedener Einrichtungen, dass Konsumierende durch den Crack-Konsum häufig ungeduldiger seien und es ihnen schwerer falle, in Einrichtungen längere Wartezeiten in Kauf zu nehmen. Teilweise werde deshalb auf den Besuch von Einrichtungen verzichtet, wenn der Zugang zum Konsumraum als zu zeitaufwendig wahrgenommen werde. Darüber hinaus wird berichtet, dass sich der Umgang innerhalb der Szene verändert habe. Einige Fachkräfte beschreiben den Ton in der Szene als rauer als früher und berichten von stärkeren Stimmungsschwankungen bei Konsumierenden. Auch Betreuungsverhältnisse würden teilweise schwieriger, da Absprachen weniger verlässlich eingehalten würden.

Mehrere Expert*innen berichten zudem von Veränderungen in der Zusammensetzung der Szene. In einigen Einrichtungen werde beobachtet, dass das Durchschnittsalter der Nutzer*innen leicht gesunken sei und vermehrt jüngere Konsumierende in Erscheinung treten. Gleichzeitig bestehen weiterhin Szenestrukturen mit älteren Konsumierenden, insbesondere in Bereichen mit stärkerem Opioid-Konsum. Eine Einrichtung sieht sich mit der Herausforderung konfrontiert, Frauen aus der Szene besser zu erreichen. Zwar hielten sich im

Umfeld der Einrichtung auch Frauen auf, und es existiert mit einem Frauencafé ein spezifisches Angebot für diese Zielgruppe. Die Inanspruchnahme dieses Angebots sei jedoch bislang gering.

Ein weiteres Thema betrifft gesundheitliche Problemlagen der Konsumierenden. Fachkräfte berichten insbesondere im Zusammenhang mit Crack-Konsum häufiger von psychischen Krisensituationen, etwa starken Unruhezuständen oder psychischen Ausnahmezuständen. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass es für solche Situationen nur begrenzte niedrigschwellige psychiatrische Versorgungsangebote gebe. In diesem Zusammenhang äußert eine Einrichtung große Bedenken bezüglich des psychiatrischen Teils der quantitativen Befragung, da die Befürchtung bestand, dass es zu einer Retraumatisierung der befragten Person kommen könne und nach dem Interview die Mitarbeitenden der Einrichtung damit umgehen bzw. die eventuell retraumatisierten Befragten betreuen müssten, wofür sie jedoch keine Kapazität hätten.

4.3.1.4 Änderungsbedarfe im Hilfesystem

Die von den befragten Fachkräften geäußerten Verbesserungsbedarfe betreffen sowohl strukturelle Aspekte des Hilfesystems als auch konkrete Versorgungslücken. Mehrere Gesprächspartner*innen betonen zunächst die Notwendigkeit einer stabileren Finanzierung bestehender Einrichtungen. Nach ihrer Einschätzung führe die derzeitige strukturelle Unterfinanzierung teilweise zu personellen Engpässen und hoher Fluktuation im Personal. Gleichzeitig wird auf infrastrukturelle Probleme einzelner Einrichtungen hingewiesen, etwa auf bauliche Mängel oder unzureichende räumliche Kapazitäten. Darüber hinaus wird der Bedarf nach zusätzlichen Konsumräumen sowie nach erweiterten Öffnungszeiten bestehender Einrichtungen genannt. Einige Fachkräfte halten es für sinnvoll, Angebote mit längeren oder flexibleren Öffnungszeiten zu schaffen, um unterschiedliche Nutzungsbedürfnisse besser abzudecken. Mehrere Expert*innen betonen außerdem die Notwendigkeit, bürokratische Hürden im Zugang zu Hilfsangeboten zu reduzieren.

Niedrigschwellige Angebote könnten nach ihrer Einschätzung besser genutzt werden, wenn Zugangsbedingungen vereinfacht würden. Ein weiterer häufig genannter Punkt betrifft die psychiatrische Versorgung. In diesem Zusammenhang wird der Bedarf nach regelmäßigen offenen psychiatrischen Sprechstunden oder anderen niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten betont. Darüber hinaus wird auf spezifische Bedarfe einzelner Gruppen hingewiesen. So berichten mehrere Gesprächspartner*innen von Schwierigkeiten, Frauen innerhalb der Szene zu erreichen, insbesondere wenn diese in Abhängigkeitsverhältnissen zu Partnern

stehen. Gleichzeitig wird ein Mangel an Übernachtungsangeboten für Frauen genannt. Weitere Bedarfe betreffen zusätzliche Tagesaufenthaltsmöglichkeiten, etwa in Form von Ruheräumen oder Tagesbetten, sowie eine stärkere medizinische Versorgung innerhalb niedrigschwelliger Einrichtungen. Von einzelnen Gesprächspartner*innen wird betont, dass eine akzeptierende Drogenpolitik sowie die Stabilisierung bestehender Angebote wichtige Voraussetzungen für eine nachhaltige Unterstützung von Menschen in der Berliner Straßendrogenszene darstelle. Die Zusammenarbeit mit Polizei und BVG wird als schwierig beschrieben: Einerseits gibt es Gremien, in denen alle Akteur*innen sitzen, jedoch werde sich vor allem seitens der BVG, aber auch der Polizei oft nicht an Absprachen gehalten. Die Expert*innen sehen hier großen Verbesserungsbedarf bezüglich der Zusammenarbeit.

4.3.2 Qualitative Interviews mit Konsumierenden

Es wurden fünfzehn qualitative Interviews mit Angehörigen der Szene marginalisierter Konsumierender „harter“ Drogen in Berlin geführt. Die folgenden Hauptkategorien, die sich aus den Vorannahmen und der Inhaltsanalyse heraus ergaben, bilden das Gerüst der weiteren Auswertung und die Überschriften der folgenden Darstellung: Lebenssituation, Konsumbiografie und Erstkonsum; Erscheinungsformen und Definition von Crack; Konsummuster, Konsumgewohnheiten und Wirkung; Crack, Pulverkokain und andere Drogen; Konsummotive und Funktion im Alltag; Abhängigkeit und Gewohnheiten; Alternativen und Ausstiegsmöglichkeiten; Crack in Berlin: Orte, Szenen und Entwicklungen; Angebote, Hilfen und Schadensminimierung; körperliche und psychische Beschwerden. Diese Kategorienstruktur dient als analytischer Rahmen und ermöglicht eine systematische Darstellung der wesentlichen inhaltlichen Befunde.

Wenn im Bericht einzelne Interviewpartner*innen genannt werden (teils mit Zitaten), wird jeweils der selbst gewählte Codename verwendet.

4.3.2.1 Konsumbiografien

Angaben zur Konsumbiografie geben unter anderem Aufschluss über die Dauer des Konsums bestimmter Drogen, so auch von Crack. Sie erlauben Rückschlüsse, in welchem Alter und in welcher Lebensphase die Interviewten mit dem Drogenkonsum begonnen haben, aber auch wann Crack zum Thema in ihrem Leben wurde. Die Informationen bieten auch Hinweise auf soziale, persönliche oder

ökonomische Faktoren in Bezug auf den Drogenkonsum in der Vergangenheit wie auch gegenwärtig. Teilweise lassen sich strukturelle Aspekte erschließen sowie individuelle Differenzen aufzeigen.

Für eine exemplarische Auswahl der Konsumbiografien haben wir uns für zwei weiblich gelesene und vier männlich gelesene Interviewpartner*innen entschieden. Auch haben wir bei der Auswahl der Konsumbiografien darauf geachtet, verschiedene Altersstufen abzubilden. Ein weiterer Faktor sind Mehrfachmarginalisierungen, die wir hier mitabbilden wollen; dazu zählen z.B. Migrantisierung oder auch schwerwiegende Krankheiten.

Diese sechs Personen, die derzeit täglich Crack konsumieren, verbindet, dass sie alle einen relativ stark ausgeprägten Konsumverlauf aufweisen.

Die 38-jährige Joana ist deutsch, hat einen Realschulabschluss, ist derzeit arbeitslos und hat vier Söhne, die alle bei Pflegefamilien untergebracht sind. Sie erzählt von einem Alltag, der sich durch den Drogenkonsum und die Geldbeschaffung hierfür strukturiert. Mit elf Jahren beginnt sie mit Zigaretten- und Alkoholkonsum, „harte“ Drogen folgen bereits mit etwa 13/14 Jahren: Zum Erstkonsum zählen Ecstasy und LSD, aber auch Heroin. Dieser frühe Drogenkonsum wurde begünstigt durch ein instabiles Elternhaus, frühen Kontakt mit Gewalt und anderen traumatischen Erfahrungen wie sexuelle Gewalt durch den Großvater und der Suizid der Großmutter. Joana wird mit 14 obdachlos, weil ihre Mutter sie vor die Tür setzt. Sie fängt an, sich mit Prostitution auf der Straße ihren Lebensunterhalt zu finanzieren. In dieser prekären Lebenssituation lernt sie Peers kennen, die selbst Drogenkonsumierende sind. Bereits mit 14 konsumiert sie intravenös Heroin. Täglicher Crack-Konsum spielt erst viel später eine Rolle, etwa 20 Jahre nach dem Erstkonsum „harter“ Drogen und etwa acht Jahre nach dem Erstkontakt mit Crack selbst. Dafür werden verschiedene Gründe angegeben. Zum einen ist der Konsum von anderen „harten“ Drogen für Joana psychisch nicht mehr tragbar, wie bspw. Methamphetamin oder Ketamin. Zum anderen gibt sie an, dass intravenöser oder nasaler Konsum nicht mehr möglich ist bzw. sie aufgrund gesundheitlicher Beschwerden das Crackrauchen bevorzugt. Mittlerweile nimmt sie verschiedene Tabletten wie z.B. Benzodiazepine, um ihre psychischen Probleme zu regulieren. Sie spricht davon, dass sie die unterschiedlichen Wirkweisen von Drogen, also „Ups“ und „Downs“ genießt und hierfür nutzt. Mittlerweile ist ihr Crack-Konsum erheblich gestiegen und übersteigt den Konsum aller anderen Drogen.

Der 48-jährige Viktor ist deutscher Staatsbürger, ist aus dem ehemaligen Gebiet der Sowjetunion, im heutigen Kasachstan, mit 18 Jahren eingewandert. In Kasachstan hatte er nur unregelmäßig Cannabis geraucht. Er ist zurzeit arbeitslos und hat einen Hauptschulabschluss. Er hat in Berlin auch eine Frau und Kinder, vermeidet allerdings den Kontakt zu ihnen, wenn er regelmäßig Drogen konsumiert. Seine Konsumbiografie fängt erst in Deutschland bzw. in Berlin an, wo er seit seinem 18. Lebensjahr lebt. Mit 21 Jahren probiert er das erste Mal Heroin im Partykontext. Seine Peers zu diesem Zeitpunkt sind Mitschüler*innen der Berufsschule und konsumiert wird anfänglich nasal, danach aber auch intravenös. Nach anfänglichen Partykontexten und einer festen Peergruppe zerfällt diese Konstellation durch vermehrten Drogenkonsum und Konflikte innerhalb der Gruppe. Der folgende Wechsel von nasalem Kokainkonsum zu Crack-Konsum wird mit der kurzen und starken Wirksamkeit von Crack erklärt. Seit Auflösung dieser Peergruppe in der späten Adoleszenz ist er eher alleine unterwegs, phasenweise hat er auch Freundschaften zu Einzelpersonen. Viktor hatte nach einem Entzug auch bereits eine lange Abstinenzphase von acht Jahren, in der er einer regelmäßigen Arbeit in einem Casino nachging. Gründe für Rückfälle sind nicht klar identifizierbar; der Befragte spricht hier recht allgemein von „Depression und Schwierigkeiten“. Mittlerweile bestimmt der Crack-Konsum den Alltag, auch weil nach eigenen Angaben die Qualität des Kokains gesunken sein soll, aber angeblich auch andere Stoffe wie etwa Fentanyl „reingemischt“ sein sollen. Der eigene Konsum wird als sehr problematisch gesehen, vor allem in Bezug auf die persönlichen Familienverhältnisse; das Problem der Drogensucht wird jedoch vor allem auf die eigene Willenskraft reduziert und nicht von Hilfsangeboten abhängig gemacht.

Jaffari ist ein 29-jähriger Afghane, der 2015 aus Pakistan nach Deutschland kam. In Pakistan, wo seine Eltern heute noch leben, hatte Jaffari keinerlei Drogen, auch nicht Alkohol oder Zigaretten konsumiert; sein Erstkontakt findet in Deutschland statt. Er hat keinerlei Schulabschluss und ist arbeitslos. Er selbst hat keine Familie, jedoch Familienangehörige, z.B. einen Bruder in Berlin. Anfänglich ging er einer regelmäßigen Tätigkeit nach und konsumierte ab und zu Cannabis. Jedoch wurden in seinem direkten Wohnumfeld alltäglich Drogen wie z.B. Heroin und Crack konsumiert. Durch diesen direkten Kontakt wird seine Neugier ausgelöst; zwei Jahre nach seiner Ankunft in Deutschland beginnt er mit regelmäßigem Crack-Konsum. Mittlerweile ist er ein Einzelgänger und hat Vertrauensprobleme, bemerkt bei sich selbst eine Wesensänderung, z.B. vermehrte Aggressionen. Sein Alltag wird komplett vom Drogenkonsum bestimmt. Hilfsangebote seines Bruders oder die Rückkehr zu seiner Familie nach Pakistan lehnt er bisher ab. Er artikuliert ein

Spannungsfeld zwischen einer gewünschten Gemeinschaft, also Peergruppe, und der Unmöglichkeit, anderen Konsumierenden zu vertrauen. Offensichtlich fühlt er sich sehr einsam.

Die 58-jährige Andi ist deutscher Herkunft, lebt allein, ist kinderlos, arbeitslos, hat einen Realschulabschluss und lebt in einer eigenen Wohnung. Der Interviewpartner berichtet, im Alter von etwa 13–14 Jahren erstmals Cannabis konsumiert zu haben. In der Folge experimentierte er gelegentlich mit LSD, Amphetaminen sowie weiteren „Partydrogen“. Mit 21 Jahren begann er Heroin (intravenös) zu konsumieren. Über einen Zeitraum von rund 20 Jahren konsumierte er Heroin sowie eine Vielzahl an weiteren Substanzen. Seit etwa 16 Jahren befindet er sich in Opioid-Substitution, wobei es insbesondere zu Beginn noch zu Beikonsum von Heroin kam, jedoch nicht mehr intravenös, sondern inhalativ oder nasal. Er betont, dass dieser Konsum nicht aufgrund der Wirkung von Heroin stattgefunden hat – Heroin verliere durch Substitutionsmittel seine Wirkung – sondern mehr ein Ritual für ihn war. Seit längerem konsumiert er aber kein Heroin mehr. Jedoch raucht er seit ca. einem Jahr Crack. Er betont, dass er Crack früher verteufelt habe, jedoch durch eine enge Freundin, die regelmäßig Crack konsumiert, neugierig auf den „Turn“ wurde. Er schätzt seinen Crack-Konsum – im Gegensatz zu seinem früheren Heroinkonsum – als reguliert ein. Crack konsumiere er nur, wenn er Geld dafür habe, also seine monatlichen Fixkosten bereits beglichen seien, und wenn er sich entweder belohnen wolle oder versuche, mithilfe von Crack besser mit einer belastenden Situation umzugehen. Neben Crack raucht er auch regelmäßig Cannabis, um sich besser entspannen zu können.

Die 47-jährige Jeck ist ebenfalls deutscher Staatsbürger, ledig und kinderlos, derzeit arbeitslos, hat keinen Schulabschluss und übernachtet aktuell in einer Notschlafunterkunft. Der Interviewpartner berichtet, dass er mit 16 Jahren das erste Mal Cannabis und in der Folge auch LSD sowie weitere „Partydrogen“ konsumierte. Mit 18-19 Jahren folgte der Erstkonsum von Kokain und Heroin. In den folgenden 13 Jahren kam es wieder zu längeren Haftphasen, in denen er lediglich Cannabis rauchte. Er betont, dass er noch nie Substanzen intravenös konsumiert hat. Mit 34 Jahren konsumierte er erstmals Crack auf der offenen Szene. Wieviel Crack er konsumiere, hänge stark davon ab, wieviel Geld er zur Verfügung hat. Seinen Crack-Konsum beschreibt er als phasenweise: Nach exzessiven „Abstürzen“ über mehrere Tage folgen meist Konsumpausen von ebenfalls mehreren Tagen. Als Gründe für solche „Binges“ nennt er primär Stress mit der Familie. Neben Crack konsumiert Jeck täglich Alkohol, Cannabis, Amphetamin und Methamphetamin

sowie gelegentlich Heroin und Kokain. Er wird mit Methadon substituiert. Den Konsum von aufputschenden Substanzen begründet er damit, dass er diese morgens zum Wachwerden brauche. Er schätzt seinen aktuellen Konsum als „so schlimm wie noch nie“ ein, kann die Gründe dafür aber nicht benennen.

Die 39-jährige Interviewpartnerin („Pummelchen“) ist deutsche Staatsangehörige, lebt mit ihrem Verlobten in einer gemeinsamen Wohnung, ist kinderlos und derzeit arbeitslos. Sie berichtet, bereits im Alter von acht Jahren erstmals Alkohol konsumiert und Zigaretten geraucht zu haben; ab dem elften Lebensjahr habe sie regelmäßig geraucht. Mit zwölf Jahren folgten erste Erfahrungen mit Cannabis und psychoaktiven Pilzen. Ab dem 14. Lebensjahr konsumierte sie zudem Ecstasy, Kokain und Heroin, wobei Heroin nach eigenen Angaben unmittelbar intravenös appliziert wurde. Mit 15 Jahren begann sie zusätzlich mit dem inhalativen Kokainkonsum (Freebase). Den frühen Einstieg in den Drogenkonsum führt sie selbst auf belastende familiäre Bedingungen zurück, insbesondere auf ein von Gewalt geprägtes Verhältnis zur Mutter sowie die psychische Erkrankung ihres Bruders. Seit ihrer Jugend habe es lediglich eine viermonatige Phase ohne Drogenkonsum gegeben. Heroin und Kokain konsumierte sie über längere Zeit auch intravenös; den intravenösen Konsum habe sie jedoch vor einigen Monaten beendet. Seit April 2025 raucht sie täglich Crack. Nach eigener Einschätzung intensivierte sich der Crack-Konsum, insbesondere seitdem sie Kokain nicht mehr intravenös konsumiert. Den Zeitpunkt des Erstkonsums von Crack kann sie nicht mehr genau benennen, dieser liege bereits länger zurück. Aktuell konsumiert sie gelegentlich Cannabis, Heroin und weitere Opioide und befindet sich in Substitutionsbehandlung mit Morphinsulfat. Darüber hinaus ist die Interviewpartnerin schwer erkrankt (Arthrose sowie eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung im Endstadium) und erhält täglich ärztlich verordnetes Diamorphin, Fentanyl und Benzodiazepine. Sie äußert die Einschätzung, aufgrund ihres Gesundheitszustands nur noch eine begrenzte Lebenserwartung von ein bis zwei Jahren zu haben.

4.3.2.2 Soziodemographische Daten, Konsumerfahrungen und -biografie, Lebenssituation, Erstkonsum

Im Folgenden werden zunächst einige quantitative Basisdaten der Befragten vorgestellt. Diese Darstellung dient nicht dazu, Rückschlüsse auf die allgemeine Situation in „der Berliner Drogenszene“ zu ziehen, da einerseits die Stichprobe zu klein ist, andererseits die Befragten gezielt als „Expert*innen“ für den Crack-Konsum

angesprochen wurden. Die Daten dienen in erster Linie zu einem Überblick über die Lebenssituation und Konsumgewohnheiten der einzelnen Befragten.

Das Durchschnittsalter der Stichprobe (n = 15) beläuft sich auf 42 Jahre. Die Altersspanne bewegt sich zwischen 28 und 58 Jahren. Der Anteil deutscher Interviewpartner*innen liegt bei zwei Dritteln; bei anderen Nationalitäten gibt es keine auffälligen Häufungen und jeweils nur eine einmalige Nennung der unterschiedlichen Herkunftsländer. Ein Drittel der Interviewten haben Kinder. Bis auf einen (Frührente) sind alle Befragten arbeitslos; 12 der 15 der Befragten schlafen in Notschlafunterkünften oder auf der Straße.

Die Angaben zum Substanzkonsum in den letzten 24 Stunden zeigen vielfältige Konsummuster innerhalb der Stichprobe, zumeist mit mehreren Substanzen. Am häufigsten wurde der Konsum von Crack berichtet (n = 13). Ebenfalls weit verbreitet ist der Konsum von Alkohol (n = 10) sowie Cannabis (n = 9). Substitutionsmittel werden ebenfalls von neun Personen eingenommen, darunter Methadon, Morphinsulfat und Levomethadon. Heroin wird von sieben Befragten konsumiert. Für Kokain sowie Benzodiazepine wurden jeweils sechs Nennungen erfasst. Darüber hinaus wurde vereinzelt der Konsum von Amphetamin, Fentanyl, Methamphetamin und anderen Opioiden berichtet. Vier Personen berichteten von einem Konsum von mindestens sieben verschiedenen Substanzen innerhalb der letzten 24 Stunden.

Den Aussagen der Befragten lässt sich entnehmen, dass ihr Alltag von ihrem individuell wahrgenommenen „Suchtdruck“ dominiert wird. Aufgrund dessen verläuft der Alltag der meisten Interviewten ähnlich. Neben der täglichen Opioid-Substitutionsmittelvergabe sind die meisten Befragten primär damit beschäftigt, Drogen und Geld zu beschaffen. Um Geld zu beschaffen, wurden folgende Tätigkeiten genannt: Drogen vermitteln und verkaufen, Betteln, Prostitution, Pfand sammeln, Zeitungen verkaufen und Stehlen.

Wie anfangs erwähnt, verteilt sich die Szene in Berlin auf verschiedene Bezirke. Dabei waren in der Konsumeinrichtung SKA und Mühlenstube weniger Frauen anwesend als in der Einrichtung Kotti. Außerdem konnte festgestellt werden, dass die Konsumierenden, die sich in Wedding, also vor allem „[a]m Leopoldplatz - der nennt sich auch Affenkäfig“ (Jeck) aufhalten, tendenziell fertige „Steine“ konsumieren im Unterschied zu Konsumierenden anderer Bezirke.

Die meisten Befragten begannen ihre Konsumbiografien mit Alkohol und Cannabis, außerdem Pulverkokain oder Heroin als erster „harter Droge“. Alle Befragten haben vor dem ersten Crack-Konsum bereits Heroin konsumiert.

Als Gründe für den ersten Crack-Konsum wurden Neugierde, traumatische Erlebnisse, Probleme mit dem Heroinkonsum aufgrund der Wundheilung, Probleme beim nasalen Konsum von Pulverkokain oder dem fehlenden „Kick“ bei Opioid-Langzeitsubstituierten, den man sich durch das Crackrauchen wieder verschafft, genannt.

„Ich würde das überhaupt nicht konsumieren, wenn es gar keinen Kick geben würde. Es ist... Nur das ist das. Und das ist bei jedem so.“ (Joana)

Bis auf drei Befragte, die beim ersten Crack-Konsum unter 16 Jahren waren, liegt die Altersspanne beim Erstkonsum zwischen 16 und 38 Jahren, wobei zwei Drittel der Befragten beim Erstkonsum unter 30 Jahre alt waren. Auffällig hierbei ist, dass vier der Befragten nach „cleanen Phasen“, die zwischen neun und über 20 Jahren lang waren, aufgrund von Schicksalsschlägen erneut mit dem Konsum begonnen haben.

Beim Großteil der Befragten spielte sich der Erstkonsum von Crack in Gesellschaft ab. Die meisten haben mit dem Partner beziehungsweise der Partnerin oder Freunden das erste Mal Crack konsumiert, wobei in einigen Fällen der wahrgenommene „Gruppenzwang“ oder eine Form von Neugier bei der Entscheidung zum Erstkonsum eine große Rolle gespielt hat.

4.3.2.3 Erscheinungsformen und Definition von Crack

Insgesamt gibt es bei den Befragten sehr unterschiedliche Ansichten darüber, was der als „Crack“ bekannte Stoff, den sie konsumieren, exakt beinhaltet, bzw. wie er richtig zubereitet werden sollte und wie er richtig bezeichnet wird. Vorherrschend ist der Name „Stein“, der von fast allen Interviewpartner*innen verwendet wird. Eine Person benannte Crack mit „Schafskäse“ (Jeck). Ein anderer Interviewpartner sagte: „Oder man fragt: hast du Weiß?“ (Alfred). „Base“ oder „Freebase“ wird im Zusammenhang mit Crack auch genannt. Hier ist manchmal nicht klar, ob es um die Konsumweise („ja, wie gesagt, äh, Basen war mit 15 angefangen, aber mit, mit der Pfeife jetzt, äh, direkt zu rauchen, ist, ähm, eigentlich jetzt, äh, täglich mit, mit, äh, seit April eigentlich.“; Pummelchen) oder um einen (vermeintlichen) Unterschied beim fertigen Produkt geht.

„Also Basing ist immer Natron, also Salz, Wasser, Kokain, äh, Crack, für was ich weiß, hat noch ein, äh, zweites Element außer Salz, das man braucht, um Crack zu ziehen, und ein, äh, Schock, äh, Kälteschock, äh, Verfahren, und das ist, äh, Zeug hart wird, zu Stein wird, und das ist eben anders, also, das ist Basing, was hier gemacht wird.“ (Mister Feelie)

Wie bereits an dieser Aussage deutlich wird, die von falschen Annahmen bezüglich der Herstellung von Crack vs. „Base“ ausgeht, wurden teilweise widersprüchliche oder diffuse Angaben gemacht.

Über die Beschaffenheit von „Steinen“ wurde in den Interviews wenig geurteilt, da viele Befragten sich ihr Crack selbst herstellen. Der immer wieder genannte Ort, an dem es fertige „Steine“ zu kaufen gebe, ist der Leopoldplatz: „Du kannst halt normal Koka. Ja. Und... Oder du fährst zum Leopoldplatz, oder weiß ich wo, und holst hier Steine.“ (Joana)

Zwei Drittel der Befragten waren überzeugt, dass sich anhand der Beschaffenheit und Wirkungsweise verschiedener Steine teils erhebliche Qualitätsunterschiede festmachen ließen, die sie in den meisten Fällen auf Inhaltsstoffe zurückführen, die als Streckmittel oder sogar anstelle von Kokain enthalten seien. Die in solchen „Steinen“ am häufigsten vermuteten Stoffe sind Arzneimittel wie Levamisol, welches als Streckmittel für Kokain verwendet werde, das mit Kokain verwandte Lokalanästhetikum Lidocain, Ketamin und Diazepam.

Vor allem aber die Wirkung „schlechter Steine“ sei von den erwarteten Konsumeffekten, die „echtes Crack“ verursache, in mehreren Punkten verschieden. Als unerwünschte Symptome wurden genannt: ein zu kurzer und nicht zufriedenstellender „Kick“, hiernach schnell einsetzendes, starkes „Craving“ (Verlangen nach dem nächsten, hoffentlich besseren Kick), seelische Unruhe bis hin zu Paranoia und Panikzuständen und überdies Halluzinationen sowie schlechte Wundheilung. Manche dieser Nebenwirkungen sind zwar auch für hochdosierten Kokain-, Crack- oder Freebase-Konsum typisch; allerdings berichten einige Interviewpartner*innen übereinstimmend, dass „fertige Steine“ mittlerweile merklich an Qualität nachgelassen hätten und bestätigen diesen Unterschied auch im Vergleich zum selbsthergestellten Crack.

Die „schlechten Steine“ am Leopoldplatz würden mehreren Befragten zufolge vor allem von neuen tunesischen Dealern verkauft, die erst seit kurzem am Leopoldplatz aktiv seien (ein Interviewpartner behauptete dies auch für die Osloer

Straße, wobei die dort aktiven Dealer weniger aggressiv seien), die anderen Dealergruppen vertrieben hätten und seitdem ein aggressives Monopol herrsche.

Es scheint so, dass in Berlin allgemein davon gesprochen werden kann, dass Konsumierende sich Crack selbst aufkochen, vor allem diejenigen, die sich nicht in Wedding aufhalten. Die meisten Befragten bleiben vor allem in ihren „Stammbezirken“, einige der Befragten gaben aber auch durchaus an, Orte in verschiedenen Bezirken aufzusuchen. Eine Befragte gab an, dass sie täglich von Spandau nach Lichtenberg zu ihrem Arzt wegen der Opioid-Substitutionsmittelvergabe fahre. Im Anschluss daran fahre sie nach Kreuzberg an das Kottbusser Tor, um dort „Braunes“, also Heroin, und „Weißes“, also Pulverkokain (zum Crack herstellen), zu besorgen.

Alle Befragte bis auf zwei Personen haben bereits selbst „Steine“ hergestellt oder tun es immer noch regelmäßig (zumeist mittels Natron, aber auch mithilfe von Ammoniak oder Bullrich-Salz, welches ebenfalls Natron als Hauptbestandteil enthält). Diejenigen, die Crack nicht selbst herstellen, begründen das mit ihrer Unfähigkeit, lassen es sich aber auch gerne von anderen herstellen, d.h. kaufen dadurch nicht zwangsweise immer nur fertiges Crack.

4.3.2.4 Crack-Konsummuster/-gewohnheiten und Wirkung

Die Konsumgewohnheiten der Interviewten unterscheiden sich teils stark voneinander. Alle Befragten konsumieren Crack ausschließlich inhalativ mittels Pfeife. In Berlin scheint der intravenöse Konsum von Crack nicht bekannt zu sein: „Ich kenne niemanden, der Crack spritzt. Ich weiß gar nicht, wie das gehen soll, dass man das auflöst“ (Bikklingel). Einige der Interviewten spritzen aber durchaus Pulverkokain (In Frankfurt gab es zu Beginn der Verbreitung von Crack etwa um die Jahrtausendwende noch relativ viele Konsumierende, die Crack z.B. mithilfe von Ascorbinsäure wieder in lösliches Kokainsalz „zurückverwandelten“ und injizierten; Kemmesies et al. 2002). Pulverkokain nasal zu konsumieren, kommt bei nur 3 der 15 Interviewten vor. Ein Argument für diese Nicht-Nutzung war, dass der nasale Kokainkonsum keinen Kick mehr bringe. Eine Befragte sagte aus, dass ihre Nase hierfür bereits zu geschädigt sei.

Ungefähr die Hälfte aller Befragten konsumiert am liebsten allein an ruhigen Orten. Gründe hierfür seien einerseits die anderen Konsumierenden, die primär daran interessiert seien, „Drogen zu schnorren“, und andererseits die Wirkung der Droge, da man geräuschempfindlicher werde. Die Befragten, die gerne in Gesellschaft

konsumieren, geben an, dies meist nur mit einer ihnen vertrauten Person zu tun oder wenn sie genug Drogen haben und gewillt sind, diese auch mit anderen Konsumierenden zu teilen.

Ein einheitliches Konsummuster lässt sich nicht feststellen. Ein Teil der Interviewten konsumiert so viel wie möglich, bis Geld und Körper erschöpft sind, wobei sich einige Befragte bewusst nach solchen Phasen mehrere Tage von der Szene zurückziehen, um sich zu erholen. Solche ‚Binges‘ werden häufig als „typische“ Crack-Konsummuster angesehen. Ein Interviewpartner beschreibt, wie er nach tagelangem Konsum zusammenbricht:

S01: „Okay. Das heißt, du schläfst auch manchmal einfach ein?“

S00: „Ja, weil, äh, weil ich nicht schlafe.“

S01: „Weil du nicht...“

S00: „Fünf, Sechs Tage, ja.“

[...]

S00: „Und das erste Mal auch sieben Tage, ich habe nicht geschlafen, aber dann, ich habe U-Bahn runtergefallen. Polizei kommt. Krankenhaus das.“
(Jaffari)

Einige beginnen hingegen erst am Nachmittag damit, Crack zu konsumieren, nachdem sie bereits Heroin konsumiert haben, etwa um davor Dinge wie Arztbesuche zu erledigen, und schlafen meist auch regelmäßig.

Gängige Konsumorte für den intravenösen Konsum (v.a. von Heroin) sind Konsumräume. Rauchräume werden im Vergleich dazu eher seltener, z.B. bei schlechtem Wetter, genutzt, da das Rauchen wesentlich schneller, unkomplizierter und mobiler durchzuführen ist als das Spritzen. Bevorzugte Orte für den inhalativen Konsum sind ruhige, einsame Orte wie beispielsweise Parks oder Friedhöfe.

Die Interviewpartner*innen beschreiben die Wirkung von Crack als widersprüchlich und schwer zu fassen. Einerseits wird der Rausch als kurzzeitig angenehm, beruhigend oder befreiend erlebt, andererseits berichten die Befragten von schneller innerer Unruhe, körperlicher Überforderung und kreisenden Gedanken. Ein Interviewpartner beschreibt zunächst Entspannung und Gedankenlosigkeit: „Entspannt, beruhigend. Einfach sorgenfrei still. [...] in dem Moment, wo man drauf

ist, man ist einfach mal gedankenlos, einfach frei.“ Gleichzeitig betont er, wie schnell dieser Zustand kippen könne: „Fakt ist aber, nach spätestens 20 Minuten...nach 2 Sekunden...einer Minute...geht es dann richtig los [...] dann schießen zig Gedanken durch den Kopf“ (Tom). Eine weitere Interviewpartnerin schildert die Wirkung vor allem körperlich, mit starkem Herzklopfen, veränderter Atmung und einem intensiven Rauschgefühl: „Der Puls geht hoch [...] ich werde genötigt auszuatmen, weil der Brustkorb sich richtig hebt.“ Kurz darauf beschreibt sie den „Kick“ mit Ohrensausen und innerer Erregung: „Dann hört man den Puls durch die Ohren [...] und dann kommt das Ohrenrauschen, und das ist halt, den genießt man“ (Pummelchen). Einige berichteten von Wesensänderungen bei sich selbst, wie aggressiveres Verhalten, Paranoia oder anderer Missstimmung: „Crack macht unzufrieden vor allem“ (Bikklingel). Mehrere Interviewpartner betonen zudem, dass sich der Rausch kaum eindeutig beschreiben lasse und jedes Mal anders erlebt werde: „Was ist das für ein Turn?; was ist das für ein Rausch? Und das ist ja auch unterschiedlich. Mal ist man aufgeputscht, es ist schnell vorbei. Manchmal dann einfach quatschen oder so.“ (Andi).

4.3.2.5 Crack, Pulverkokain und andere Drogen

Die Mehrheit der Befragten konsumiert aktuell neben Crack auch diverse andere Drogen, deren Konsum teilweise in einem Zusammenhang zu ihrem Crack-Konsum steht, sei es in Form von Mischkonsum, um eine subjektiv positive Wechselwirkung mehrerer Substanzen zu erzielen, in Form von kompensatorischem Konsum, um anstelle der Crack-Wirkung einen anderen Rausch zu erzielen, oder auch, um negative Nebenwirkungen von Crack auszugleichen.

Die häufigste Antwort auf die Frage, was die Entscheidung, ob Crack oder Kokain konsumiert wird, beeinflusst, war, dass Kokain angeblich mittlerweile an Qualität verloren habe und man deswegen eher Crack konsumiere, da mit dieser Form des Konsums immer noch ein „Kick“ möglich sei bzw. dieser schneller herbeiführbar sei.

„Und die Nase muss...bisschen warten...(...) Zehn...15 Minuten...Warten...Aber Kopf...Aber Crack (Einatmen Geräusch)...Einmal ziehen...//Geht schneller?// Dann sofort schneller...ja...und spritzen noch schneller...“ (Viktor)

So ist für einige die Tatsache, dass Crack rauchbar ist und schnellere Effekte zeigt, ein Grund, Kokain seltener zu konsumieren. Konsumierende, die intravenösen Konsum bevorzugen, tendieren eher dazu, gelegentlich Kokain zu nutzen.

Allerdings machen es Venenprobleme nach Langzeitkonsum oft schwierig, den Spritzkonsum fortzusetzen. Konsumierende, die keinen intravenösen Konsum pflegen, neigen auch dazu, nach gewisser Zeit keinen Kokainkonsum mehr zu betreiben, da die gewünschten Effekte nicht mehr eintreffen.

Nach dem Wirkungsunterschied zwischen Crack und Kokain gefragt, erklärte annähernd die Hälfte der Befragten, dass Kokain gegenüber Crack die bessere Droge sei. Kokain mache weniger paranoid, wobei allerdings eine Befragte auch aussagte, dass Kokain bei ihr mehr Paranoia auslöse. Zudem scheint der Konsum von Kokain „geselliger“ zu sein als der von Crack:

„Ja. Von meinem Umfeld halt. Mit [Name] zieh ich halt nur. Weil ich mich mit dem auch sehr gut unterhalten kann. Das ist halt eine wichtige Sache. Während halt man, ähm, auf, äh, Pulverkokain halt sehr gesprächig und mitteilksam ist, ist man auf Crack sehr verschlossen und halt auch, ähm, eigentlich eher schlecht gelaunt als gut gelaunt.“ (Bikklingel)

Das akute Craving (Verlangen, mehr von der Droge zu nehmen) und die langfristige Abhängigkeit seien bei Crack extremer und gefährlicher. Nur fünf Befragte sahen Vorteile von Crack gegenüber Kokain: Vor allem der schnellere Wirkeintritt und die stärkere Wirkung wurden genannt.

Der Konsum anderer Drogen erfüllt offenbar nicht selten die Funktion, negative Neben- oder Nachwirkungen von Crack abzumildern. Cannabis, das von zwei Drittel aller Befragten aktuell konsumiert wird (30-Tages-Prävalenz), wirke Anwandlungen von Paranoia entgegen und helfe generell, vom Stein „runterzukommen“. Gleiches gilt für Alkohol, der von ähnlich vielen getrunken wird. Zwei Befragte gaben an, die unerwünschten Wirkungen mithilfe verschiedener Medikamente – darunter Benzodiazepine, Fentanyl und andere Opioide wie Oxycodon – abzuschwächen.

Mischkonsum mit dem Ziel der Verbesserung oder Milderung der Rauschwirkung werde vor allem mit Heroin praktiziert, ohne dass es eine klare Tendenz zu einer bestimmten Konsumpraxis gebe. Einige der Befragten konsumierten ehemals Heroin intravenös und rauchen jetzt nur noch aufgrund von Venenverschluss; eine Person gab an, auf Substitute umgestellt zu haben, wieder andere konsumieren sowohl als auch.

Mehrere Befragte, die aktuell mit Opioiden substituiert sind, stellten ihren Crack-Konsum in einen Zusammenhang mit ihrer Methadoneinnahme. Weil Methadon, im Gegensatz zu Heroin, keinen „Kick“ gebe, rauche man zusätzlich Crack, um die

Gesamtwirkung zu verbessern: „Jetzt seit ein bisschen mehr als ein Jahr rauche ich Stein. Und deshalb auch gar kein Braunes mehr, kein Interesse mehr, bringt mir ja nichts durch die Substitution“ (Andi).

4.3.2.6 Konsummotive und Funktion im Alltag

Vielen Befragten fällt es im Interview schwer, eine Funktion zu benennen, die Crack für sie im Alltag erfüllt. Bei der Frage, was ihnen Crack bringe, antworten die meisten Befragten, dass es keine Funktion gebe, es gehöre einfach zu ihrem Leben und sei Teil ihres Alltags.

„Ich fühle mich also, ob ich gesteuert wäre, aber nicht mal von wegen, hier, more, more, more, oder, äh, der ist ein schlechtes Mensch, geh ihn hauen. No, no, no, no, just, what am I doing? Was tue ich denn überhaupt?“ (Mister Feelie)

Teilweise fallen diesen Befragten auf erneutes Nachfragen der Interviewerinnen doch noch weitere Gründe ein. Dass eine anfängliche oder generelle Verneinung einer Funktion, die Crack für die Interviewten erfüllt, so häufig ist, ist die wichtigste Erkenntnis im Hinblick auf die Motivation: Offenbar wird Crack von einem erheblichen Teil der Konsumierenden nicht konsumiert, um einen bestimmten Zweck zu verfolgen, sondern – laut deren Angaben – weil die Abhängigkeit sie dazu führe.

„Das ist eine sehr gute Frage. (...) Entzug, na du möchtest mehr. Mhm. Und immer wieder. Und du willst diesen Turn wieder haben. Aber der Turn ist nicht mehr der gleiche. Es ist nicht mehr der gleiche.“ (Lisa)

Faktoren wie der Verlust der Wohnung beziehungsweise Obdachlosigkeit und daraus resultierend fehlende Stabilität und Routine führen demnach zu mehr Konsumgelegenheiten. Einige Befragte benennen im Zusammenhang mit Langweile und fehlender Beschäftigung Crack-Konsum als Beschäftigungsersatz. Darüber hinaus stelle Crack-Konsum für einige substituierte Befragte eine Art „Lückenfüller“ dar:

„Äh, äh, inzwischen leider, würde ich auch sagen, es ist aus Langweile, äh, nicht langweilig unbedingt, aber, äh, die Monotonie des, Opiaten auch verursachen, manchmal, ja, oder phasenweise, vor allem, wenn, wenn ich mich nicht beschäftigen kann, mit anders, weil ich momentan eben meine Wohnung verloren habe [...].“ (Mister Feelie)

Ein Teil der Befragten berichtet, nach dem Konsum von Crack „leistungsfähiger oder wacher“ zu sein. Die Leistungssteigerung betreffe verschiedene Bereiche des Lebens. Einige der Befragten berichten, dass sie Crack benötigen, um „in die Gänge zu kommen“: „Also bei mir geht es einfach nur darum, daraus Kraft zu schöpfen, wach zu bleiben, bisschen Energie. So als Dopingmittel sozusagen.“ (Barbaros). Dabei vergleichen sie den Konsum von Crack mit der morgendlichen Tasse Kaffee, ohne die manche Menschen ebenfalls nichts erledigen könnten. Auch zur Beschaffung von Geld werde auf Crack zurückgegriffen. Ein Interviewpartner, der Straßenmusiker ist, nutzt beispielsweise Crack, um „seine Stimme zu ölen“.

Das verfügbare Geld spielt bei den meisten der Befragten eine entscheidende Rolle dafür, wie viel Crack konsumiert wird. Während Befragte, die zu intensivem episodischem Konsum („Binge“) neigen, meist so viel konsumieren, bis sie kein Geld mehr haben bzw. neues Geld beschafft haben, gibt es eine weitere Gruppe an Konsumierenden, die nach eigenen Angaben strukturierter konsumieren:

„Ich weiß nicht. Bei mir kommt das aus einer Laune heraus. Wenn ich Lust habe, dann nehme ich etwas und wenn ich keine Lust habe, dann nicht. Wenn ich sehe, dass die Leute jeden Tag nehmen, das ist bisschen zu viel für mich. Da brauchst du sehr viel Geld. Wenn du Geld brauchst, da musst du falsche Taten machen.“ (Alfred)

„Und ja, da kommt es so an, wenn ich Geld habe, wenn ich es mir leisten kann, dann hole ich mir auch mal einen Stein oder so. Aber wenn ich es nicht kann, dann ist das auch okay. Also ich habe damit kein Problem. Ich mache das nicht unbedingt.“ (Andi)

Auffällig ist bei dieser Gruppe der Befragten, dass sie alle mit Opioiden substituiert, nicht obdachlos und schon relativ lange auf der Szene (+ 10 Jahre) sind.

Zwei interviewte Personen gaben auch ein erhöhtes Lustempfinden beim Sex an. Einige der Befragten sagten aus, dass sie den Rausch genießen. Eine Befragte sagte, dass sie Crack rauchen auch zum „Chillen“ nutze, dass sie aber auch „hyperaktiv“ sei. Die Befragten berichten außerdem, dass die Droge ihnen helfe, sich von Leid, das sie erfahren haben, abzulenken:

„Scheiß egal. Auf alles. Aber das ist nur für kurze Zeit.“ (Alfred)

„Also ganz ehrlich...weil ich...also, ich habe viel in meinem Leben erlebt, mitgemacht und durchgemacht. Viel im Leben verloren. Und vieles tut auch

weh. Und das...schieb ich das damit bei Seite. Nicht, weil ich nicht drüber nachdenken will, sondern, weil es einfach so sehr weh tut...Ich hab meine Familie verloren, die wird nicht einfach wiederkommen. Ich hab das verloren, ich hab das verloren...und das tut einfach jeden Tag aufs Neue weh. Und deswegen tue ich mich damit auf Deutsch gesagt betäuben.“ (Tom)

Auf die (gewissermaßen „umgekehrte“) Frage hin, welchen Einfluss Crack auf die Tages- und Lebensgestaltung der Befragten habe, bietet sich ein anderes Bild. Der Großteil der Befragten gibt an, dass Crack ihren Alltag bestimme. Wenn diese Personen eine Pfeife geraucht haben, drehe sich ihr gesamter Tagesablauf nur noch darum, weiteres Geld für Crack selbst zu besorgen und mehr zu konsumieren. Diese Befragten benennen keine Konsumregeln und berichten davon, tagelang wach und „auf Crack“ zu sein. Sie befänden sich dann in einem Kreislauf, der aus Geld- oder Crack-Beschaffung und Crack-Konsum besteht. Das Ende des Kreislaufs sei in den meisten Fällen körperliche Erschöpfung, welche die Befragten dazu zwingt, zu schlafen. Dieser Schlaf sei besonders lang und könne über 24 Stunden dauern.

Es gilt festzuhalten, dass Crack nur in einer Minderzahl der Fälle eine konkrete Funktion, etwa im Sinne von Alltagsbewältigung oder auch schlichtweg, um ein positives Gefühl zu erzielen, zugeschrieben wird – häufig wird als Grund für den Konsum die bloße Präsenz der Droge im Sozialraum der Szene angegeben. Umgekehrt machen viele Crack für den Ablauf ihres Alltages verantwortlich, und nicht selten kommt dabei das eigene Unverständnis über die Konsumgewohnheit zum Ausdruck.

4.3.2.7 Abhängigkeitspotenzial

An dieser Stelle geht es nicht darum, objektiv (etwa anhand der ICD-10-Kriterien) zu diskutieren, ob jeweils eine Abhängigkeit von Crack vorliegt und wie genau diese sich äußern könnte, sondern es steht das subjektive Erleben der interviewten Konsumierenden im Fokus. Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie sich ihr Konsummuster über die Zeit verändert hat, ob sie sich als abhängig bezeichnen, wie sie die Abhängigkeit erleben, inklusive möglicher Zeiten, in denen sie kein Crack zur Verfügung haben, und ob und wie sie ihren Konsum durch Regeln begrenzen.

Die Frage, ob sich die Befragten selbst als von Crack abhängig bezeichnen würden, verneinte fast die Hälfte der Befragten. Im Verlauf der Interviews wurde jedoch

deutlich, wie ambivalent diese Selbstbeschreibung ist, da die meisten Befragten zwar den Wunsch nach Abstinenz oder zumindest Reglementierung des Konsums haben, dies jedoch nicht umsetzen können. Diesen Befragten fiel es schwer, dies „greifbar“ zu machen, da keine körperliche Abhängigkeit vorhanden ist. Dabei greift ein Teil der Befragten auf eine klinische Begrifflichkeit zurück, indem sie sich als psychisch abhängig bezeichnen; andere bezeichnen die „Sucht“ als „reine Kopfsache“. Genauer beschrieben wird der „Suchtdruck“ oder auch „Craving“ als unwiderstehlicher Wunsch zu konsumieren. Dieses Craving kann sehr unterschiedlich erlebt werden. Ein Interviewpartner schildert:

„Es gibt keine Entzugserscheinungen vom Crack – außer Craving. Und dann: Entweder ignoriere ich's, hole mir ein paar Benzos und trinke was, oder ich gebe nach und kaufe mir Crack.“ (Bikklingel)

Im Unterschied dazu beschreibt eine andere Interviewpartnerin das Craving deutlich intensiver, mit psychischen Symptomatiken:

„Nicht körperlich, aber die Psyche. Ich werde so depressiv. Ich weine. Ich weine richtig. Da hilft auch jetzt kein Koka-Knaller. Das muss dann Stein sein.“ (Joana) (Hinweis: Koka-Knaller bezieht sich auf intravenösen Konsum)

An dieser Stelle wird nicht nur deutlich, wie unterschiedlich Suchtdruck erlebt werden kann, sondern auch wie unterschiedlich sich dieses Craving und der damit verbundene Umgang auf den Alltag der Konsumierenden auswirken kann.

Auf die Frage, ob es für die Interviewten Auslöser (Trigger) für den Konsum von Crack gibt, sind die Antworten vielfältig. Während für viele Interviewpartner*innen bestimmte Orte und/oder soziale Kontakte – meist im Zusammenhang mit Aufenthalt auf der Szene – zu einem Kontrollverlust führen, werden auch Stress und Konflikte, Alleinsein oder Erinnerungen an traumatische Erlebnisse genannt. Ein Interviewpartner macht deutlich, dass es nicht den einen Auslöser gebe, sondern „es gibt nur Auslöser bei mir. Ständig.“ (Jeck)

Ein Teil der Befragten hat selbstauferlegte Konsumregeln, um den Konsum von Crack zu beschränken. Gemeinsam haben diese Interviewten, dass sie Heroin oder ein Substitutionsmittel als ihre „Hauptdroge“ bezeichnen. Die meisten dieser Befragten konsumieren erst, wenn sie ihre täglichen Aufgaben bewältigt haben, etwa die Opioid-Substitutionsmittelvergabe. Einige Befragte versuchen sich in der Menge des konsumierten Cracks zu beschränken oder auch „Ruhetage“ einzulegen. Auch an dieser Stelle wird wieder deutlich, wie unterschiedlich diese

Regeln aussehen können. Während ein Interviewpartner die Regel hat, nur zwei Mal am Tag Crack zu konsumieren, berichtet eine andere Befragte:

„Also ich habe es lieber entspannt da. Ja. Viele, die ruinieren sich, verlangen etwa ein Gramm oder zwei Gramm und rauchen das dann weg. Tak, tak, tak hintereinander. Dann hast du ja nur den ersten Kopf, der wirklich knallt und der Rest ist einfach nur Farbe, verpufft. [...] Nur noch Rauch. Deswegen also ein bisschen den ersten, muss ja immer der dickste sein, der dickste Kopf und dann ein bisschen warten. Am besten um 10, 15 Minuten. Aber das schafft man nicht. Das ist leichter gesagt als getan. [...] Ich bin nicht besser als andere. Aber ich versuch's.“ (Joana)

Um sich von dem Wunsch, Crack zu konsumieren, abzulenken, hilft einigen Befragten zufolge der Konsum von Cannabis. Andere berichten davon, dass Heroin, Benzodiazepine und Alkohol helfen. Neben der Kompensation durch Substanzen hilft dem Großteil der Befragten, eine Beschäftigung zu haben. Aber auch die Vermeidung von bestimmten Orten (meist Szeneorte), Stress und Ruhe können einigen Interviewten dabei helfen, dem Suchtdruck nicht nachzugeben: „Was ich dagegen mache? Ruhe. Ich brauche einen Ort, wo ich erstmal alleine bin.“ (Jeck)

Fast alle Befragten haben den Wunsch, etwas an ihrer Lebenssituation und ihrem Konsum zu verändern, auch wenn diverse Befragte dazu zum Teil widersprüchliche Aussagen lieferten. Als wichtigster Faktor wurde eine räumliche Veränderung genannt. Wie bereits im Zusammenhang mit möglichen Konsummotiven und der Funktion von Crack im Alltag erwähnt, spielt Obdachlosigkeit und die daraus resultierende fehlende Struktur einen entscheidenden Faktor bezüglich der Konsumintensität. Dies deckt sich auch mit Berichten der Interviewpartner*innen, dass längere Konsumpausen meist nur während eines Haftaufenthalts oder einer Therapie stattgefunden hätten. Demnach stellt ein Ortswechsel und stabile Lebensumstände – meist außerhalb von Berlin bzw. Großstädten – bei vielen Befragten den größten Wunsch dar. Aber auch der Wechsel des sozialen Umfelds wird von einigen Befragten genannt, obgleich dies sich oft als schwierig gestaltet, da viele der Befragten sich bereits seit mehreren Jahren auf der Drogenszene aufhalten und sich meist ihre einzigen sozialen Kontakte ebenfalls dort aufhalten. Einige Interviewpartner*innen betonen zudem, dass der eigene Wille, mit Crack aufzuhören, da sein muss:

„Also ich habe auch schon mal Phasen gehabt, da hatte ich 10 Kapseln, 12 Kapseln am Tag gebraucht. (I: Ja) Und mittlerweile, wenn ich mal vielleicht

bisschen übertreibe, dann sind's vielleicht mal so 2,3...aber in der Regel komm ich eigentlich mit 1,2 höchstens so. (I: Aber wie kam der Punkt, dass du von so viel dann runtergegangen bist?) Ja, weil es gab auch mal andere Möglichkeiten, dass ich Geld eingenommen habe...tralala und haste nicht gesehen. Und mittlerweile, ich bin auch schon 43...jetzt bin ich im...mich irgendwie krumm machen und...also, wie gesagt, in der Regel, komm ich eigentlich...wie gesagt, ich schnorre ja auch, muss ich machen. Aber für das, was ich vorher...ich sag einfach kurz, das schaff ich einfach nicht mehr. Ich wills auch gar nicht mehr. Außerdem ist mir auch ein Stück weit bewusst geworden, ich geh auch immer weiter kaputt...sind viele Leute gestorben...und ich will einfach, ich bin einfach...ich will eigentlich auch was ändern, deswegen gerne Übergangshaus und will betreute Einzel, weil ich da was ändern will. Ich will versuchen ein Weg finden, das endlich sein zu lassen. (I: Ja.) Deswegen will ich auch versuchen das mit dem Krankenhaus, deswegen konsumiere ich auch weniger. (I: Okay, gut.) Einfach schon mal... der Wille muss selber für einen da sein.“ (Tom)

4.3.2.8 Crack in Berlin

Auf die Frage, seit wann Crack auf der Szene in Berlin eine Rolle spiele, geben die Befragten verschiedene Einschätzungen ab. Während vereinzelt Zeiträume seit den 1990er Jahren oder 2015 genannt wurden, schätzt die Mehrheit der Interviewpartner*innen, dass die Verbreitung von Crack in Berlin mit Beginn der Corona-Pandemie oder in den vergangenen 2-3 Jahren merklich angestiegen ist. Ein Befragter schildert folgende Beobachtung:

„Wenn ich jetzt überlege, wie das vor drei Jahren...da war das ja noch so sporadisch durchzublicken. Mittlerweile siehste, also, jetze, wenn ich das mit heute vergleiche, wie an jeder Ecke mittlerweile einer sitzt...also gerade, wenn du in der Nähe vom Görli bist... Da kannst du sicher sein, in irgendeiner kleinen Straße sitzt einer, macht da gerade was.“ (Tom)

Zudem seien Dealer, die „fertige“ Cracksteine verkaufen, ebenfalls ein „neues“ Phänomen. Auf die Frage, an welchen Orten sich die Berliner Crack-Szene aufhalte, nennen die Befragten primär Orte in Kreuzberg und Neukölln sowie in Mitte (Moabit und Wedding). Eine Interviewpartnerin merkt an, dass es kaum szenerelevante Orte im Osten der Stadt gebe. Gleichzeitig muss an dieser Stelle betont werden, dass es durchaus auch Szeneorte in anderen Bezirken der Stadt gibt. Hinweise darauf konnten Mitarbeitende von Einrichtungen der

niedrigschwellige Drogenhilfe geben, die in einem vorherigen Feldaufenthalt im Rahmen der Szeneerkundung befragt wurden (s. 4.3.1).

Für den Bereich Kreuzberg/Neukölln stellt das Kottbusser Tor einen wichtigen Szeneort dar, wenngleich der „Kotti“ von einigen der Interviewten als sehr stressig empfunden und auch bewusst gemieden wird, da der Umgangston auf der dortigen Szene eher rau sei. Neben dem Kottbusser Tor ist auch der Görlitzer Park ein bekannter Szeneort. Dieser wird von einigen Befragten auch klar gegenüber dem Kottbusser Tor präferiert, da der Park durch seine Weitläufigkeit die Möglichkeit gebe, versteckter zu agieren. Ebenfalls wurden das Schlesische Tor sowie die Boddin-, Leine- und Walterstraße genannt.

Als Hauptort für die Berliner Crack-Szene wurde von den meisten Befragten der Weddingener Leopoldplatz genannt. Dies sei auch der einzige Ort, an dem es primär fertige Crack-Steine zu kaufen gebe. Laut den Befragten herrscht am Leopoldplatz phasenweise eine hohe Polizeipräsenz, was zur Folge hat, dass die Szene auf andere Orte ausweicht. Hierzu gehören unter anderem der Hansaplatz, Turmstraße, Osloer Straße sowie Birkenstraße und Westhafen. Die Fluktuation beschreibt ein Interviewpartner wie folgt:

„Und da gibt es eben so vereinzelte. Es ist aber nicht immer, dass da einer da ist, sondern wenn Leo irgendwie Polizei da war oder so, dann kannst du da noch, Osloer Straße zum Beispiel, aber keine feste Szene. [...] Jetzt hat sich langsam, weil auf dem Leo ständig Polizei da war, manchmal mehrmals am Tag und so, weil sie das da irgendwie raus wollten, die, hat sich das ein bisschen verlagert. Jetzt ist Turmstraße da in dem Park, mehr, aber früher auch mit Heroin und so.“ (Andi)

Derselbe Interviewpartner beschreibt im weiteren Verlauf des Interviews, was diese Szeneorte auszeichne:

„Ja, die sind ein bisschen versteckt, ist nicht irgendwie U-Bahnhof oder so oder auch nicht so sichtbar wie Leopoldplatz oder so. Weitläufiger, so wie Turmstraße und so. Und Hansaplatz ist noch versteckter, also wenn keiner weiß, dass da einer ist, die wissen vielleicht, da läuft was im Park, aber wo genau, also da musst du noch ein Stück laufen vom U-Bahnhof und also es ist etwas verdeckter, geschützt da und so.“ (Andi)

Die Befragten liefern verschiedene Erklärungsansätze für den Anstieg des Crack-Konsums in Berlin. Der Großteil begründet den Anstieg mit einer sehr hohen Verfügbarkeit von Pulverkokain:

„[...] weil Kokain jetzt so, so, so, so, ins Dumping reißt, [unverständlich] das, was woanders 40 Euro kostet, ist jetzt hier nur die Preis für eine Kapsel, fast ein halbes Gramm, für 10 Euro, teilweise für 9 Euro, dann feilschst du sie auch mal hinten vor. Du kannst nicht glauben, wie viel das ist. Das Zeug ist quasi umsonst.“ (Tobi)

„Boah, das ist leicht daran zu kommen. Verdammt leicht, mittlerweile kommt man leichter an so ne Scheiße ran, wie an... Alkohol. Alkohol, müsste ich im Laden klauen gehen! Ich brauch´ nur zum Dealer und krieg das Zeug angeschrieben. Merkste den Fehler?!“ (Tom)

Diese hohe Verfügbarkeit und die günstigen Preise seien für einige der Interviewten auch ein Grund dafür, wieso so viele Konsumierende das Crack selbst kochen. Zwei Interviewpartner nennen auch die Alterung der Szene und damit oft einhergehende Opioid-Substitution als Gründe für den Anstieg des Crack-Konsums.

4.3.2.9 Nutzung, Verbesserung und Wünsche an das Hilfesystem

Ein Großteil der Befragten lobt die Mitarbeitenden der niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe:

„Die machen das eigentlich gut. Die sind ja auch individuell, je nachdem, was man für Fragen stellt, dass sie dann auch darauf eingehen und je nachdem, dass sie dich dann auch äh weiterschicken, dort und dort wirst du gut beraten und das und das. Also, die machen das schon gut. Ich bin ja ehrlich, die sind hier echt top.“ (Tom)

Abgesehen von den häufig genutzten niedrigschwelligen Angeboten (z.B. Spritzen- und Essensausgabe oder Konsumräume; s.u.) werden die Beratungs- und Hilfsangebote der Drogenhilfe in unterschiedlichem Maße vom Großteil der Befragten genutzt. Darunter fallen ärztliche Betreuung, Sozialberatung, Rechtsberatung, Notschlafplätze und Substitutionsprogramme.

Die Konsumräume für den intravenösen Konsum sowie die Konsumutensilienvergabe werden von den wenigen Befragten, die intravenös konsumieren, sehr positiv angenommen. Die Meinungen zu Rauchräumen sind

jedoch widersprüchlich. Die Befragten, welche die Rauchräume nutzen, loben teilweise die Ruhe und wünschen sich mehr solcher Räume. Die restlichen Befragten kritisieren jedoch die Lautstärke und Anwesenheit anderer Konsumierende. Als weiteren Grund für die Nicht-Nutzung nannten einige Interviewte den kurzen und unkomplizierten Rauchvorgang an sich, also den Umstand, dass das Crackrauchen auch andernorts leicht durchgeführt werden kann.

„Gerade im Sommer ist draußen ja kein Problem, eine Pfeife zu rauchen oder so. Wenn du dich in der... Ecke zu suchen im Park ist mir dann manchmal auch viel angenehmer, als irgendwie dann im Rauchraum oder so.“ (Andi)

„Das ist der Raum, ist zu eng, zu klein. Da sind Leute drin, die quatschen hier. Nee. Das einzig Gute ist, hier musst du nichts verteilen. Hier kannst du alles für dich behalten.“ (Joana)

„Ja, klar. Also wenn ich war, da gibt's ja auch einen Fixpunkt, da darfst du sogar Alkohol drinnen trinken. Und da ist auch ein Raucherraum. Ist der einzige Fixpunkt, da wo Alkohol drinnen und dort rauchen darfst.“
(Pummelchen)

Hinsichtlich fehlender Angebote seitens der Drogenhilfe wurde vermehrt der Wunsch geäußert, dass Druck- und Rauchräume auch nachts zugänglich sein sollten. Außerdem fehle es an Toiletten explizit für Frauen, geschützten Aufenthaltsorten sowie Schlafmöglichkeiten. Einen weiteren Wunsch äußerte ein Interviewpartner:

„Ja, das, äh, vielleicht, das ist, äh, leider, also nicht, dass es was Schlechtes ist, also, das ist, das ist ein bisschen, ähm, ähm, die Möglichkeit, zum Beispiel, man hätte eine Runde zu sitzen, und, äh, die Probleme, die Probleme, oder wie jetzt die sind, (I: Ja) Das ist ja, ein bisschen, äh, da, mit, damit Leute, ein bisschen intensiver, ja, aber das ist, eben Zeit...“ (Mister Feelie)

Der Wunsch nach der Möglichkeit in einem geschützten Raum ohne Zeitdruck über Probleme und Themen zu sprechen, die die Konsumierenden beschäftigen, deckt sich mit dem Feedback, das die Interviewer*innen im Anschluss an die Interviews seitens der Interviewpartner*innen bekommen haben.

4.3.2.10 Stigmatisierung, Selbstbild und Abgrenzung innerhalb der Szene

Auch wenn die Interviewpartner*innen Ausgrenzung nicht immer direkt benennen, zeigen die Gespräche, dass ihr Alltag stark vom Konsum geprägt ist und einige sich selbst stark als „Junkie“ wahrnehmen. Ein Befragter beschreibt seinen Tagesablauf als fest auf Methadon und Crack ausgerichtet: „Ich stehe auf, dann nehme ich Methadon [...] dann fahre ich irgendwo hin [...] Crack rauchen. Und dann geht das Leben weiter.“ Gleichzeitig äußert er den Wunsch nach Veränderung: „Ich wünsche mir, nicht ein Junkie zu sein“ (Alfred). Mehrere Befragte berichten von Misstrauen im Umfeld. Ein Interviewpartner schildert, dass ihm unterstellt werde, persönliche Dinge für Drogen zu verkaufen, was er zurückweist: „Ich verkaufe nie meine Sachen wegen Drogen [...]. Aber wer glaubt Junkie?“ (Jaffari). Ein weiterer beschreibt die psychische Belastung durch Crack und das Gefühl, von außen ständig als suchtkrank erkannt zu werden: „Ich denke halt immer, dass jeder mir ansieht, dass ich ein Junkie bin“ (Bikklingel).

Einzelne Interviewpartner*innen äußern zudem das Gefühl, im Hilfesystem benachteiligt zu sein. Dies betrifft vor allem die Vergabe von Wohnraum sowie den Zugang zu Sozialleistungen. Die eigenen prekären Lebenslagen werden dabei mit wahrgenommenen Bevorzugungen anderer Gruppen in Beziehung gesetzt. Eine Befragte berichtet von jahrelanger Wohnungslosigkeit und dem Verlust ihres Wohnheimplatzes während eines Krankenhausaufenthalts: „Neun Jahre [...] und dann haben die mich rausgeschmissen.“ Diese Erfahrung verbindet sie mit dem Eindruck, dass Geflüchtete bevorzugt Wohnungen erhalten, da sie für Vermieter*innen wirtschaftlich attraktiver seien: „In eine 39-Quadratmeter-Wohnung gehen fünf Syrer rein [...] dann die Syrer vorgezogen“ (Pummelchen). Auch im Bereich sozialer Leistungen nimmt sie Unterschiede wahr und beschreibt, dass nicht-deutsche Antragsteller*innen ihrer Wahrnehmung nach stärker unterstützt würden. Die erlebte Benachteiligung wird dabei über zugeschriebene Herkunft erklärt. Strukturelle Probleme des Wohnungsmarkts und des Hilfesystems werden nicht wahrgenommen; stattdessen werden rassistische Erklärungsmuster herangezogen, in denen Geflüchtete als Ursache der eigenen Benachteiligung markiert werden. Eine weitere Interviewpartnerin formuliert in ähnlicher Weise ein Gefühl einer vermeintlichen Benachteiligung: „Ich weiß, Ukraine, Kriegsgebiete – aber was ist mit uns?“ (Lisa). Die Aussagen verweisen auf Konkurrenzwahrnehmungen innerhalb prekärer Lebenslagen, bei denen individuelle Belastungserfahrungen mit generalisierenden Zuschreibungen verbunden werden. Rassifizierende Deutungsmuster dienen dabei als Erklärung für die eigene Situation

im Hilfesystem und verstärken bestehende Spannungen innerhalb der Szene. Dies liegt zum einen an Sprachbarrieren und einer allgemeinen schlechteren Informationslage durch eine strukturelle Nichtintegration in Deutschland, aber auch an anderen Faktoren, wie Vorbehalte gegenüber Institutionen generell, aber auch eine große Schambehaftung rund um das Thema Sucht.

Mehrere Interviewpartner*innen grenzen sich von anderen Konsumierenden innerhalb der Szene ab und bewerten deren Verhalten als problematischer als das eigene. Veränderungen im Umgang miteinander werden dabei vor allem „den anderen“ zugeschrieben. Ein Interviewpartner berichtet von zunehmendem Diebstahl und fehlendem Respekt: „Freunde sind keine Freunde mehr [...] die meisten werden richtig fies dadurch“ (Tom). Das eigene Verhalten wird dabei nicht als Teil dieser Entwicklung beschrieben. In einem weiteren Interview wird der Anstieg des Crack-Konsums zudem rassistisch erklärt. Ein Befragter führt den steigenden Crack-Konsum auf rassifizierte Personen zurück und formuliert pauschale Zuschreibungen: „Die brauchen gleich vom härtesten [...], das kennen die so aus ihrem Land“ (Jeck). Die Verantwortung für die Situation in der Szene wird damit geflüchteten bzw. rassifizierten Personen zugeschrieben.

In einem weiteren Interview grenzt sich ein Befragter deutlich von anderen Substanzen und deren Konsumierenden ab und stellt den eigenen Substanzgebrauch als notwendiger und legitimer dar. Er unterscheidet zwischen Opioiden, die er als existenziell für abhängige Personen beschreibt, und Kokain, das er als verzichtbare „Luxusdroge“ einordnet. Entsprechend äußert er Unverständnis darüber, dass Konsumräume auch für Kokain vorgesehen sind: „Konsumräume wegen Opiaten finde ich sehr gut. Aber wegen Kokain, das ist mir ein bisschen rätselhaft. [...] Ohne Kokain kann man locker überleben. [...] Opiate ist eine andere Sache, da kann man einfach nicht funktionieren.“ Zur Verdeutlichung verweist er auf massive körperliche Entzugserscheinungen: „Wortwörtlich, scheiße ich in die Hosen“ (Mister Feelie). Zudem beschreibt er, dass Konflikte im Zusammenhang mit Kokainkonsum seiner Wahrnehmung zufolge den Zugang zu Hilfsangeboten erschweren könnten: „Dann wird man gesagt, sorry, es geht nicht, weil irgendeiner ausgeflippt ist auf Koks.“ Der eigene Opioidkonsum erscheint damit als dringlicher und stärker unterstützungsbedürftig als der Konsum anderer Substanzen, während Kokainkonsum als weniger bedeutsam dargestellt wird. Außerdem lässt sich beobachten, dass es im Reflexionsvermögen bezüglich der eigenen Suchtbiografie große Unterschiede zwischen den männlich und weiblich gelesenen Befragten gibt. So lässt sich feststellen, dass die weiblich gelesenen

Betroffenen in dieser Teilstudie ihre (Konsum-) Biografie in einen direkten Traumazusammenhang brachten, wogegen männlich gelesene Betroffene ihre Konsumbiografie zumeist als „Absturz“ aus einem eher willentlichen Neugier- oder Partykonsum heraus beschrieben, bei weiterer Befragung jedoch deutlich wurde, dass traumatische Erlebnisse diesen Werdegang durchaus begünstigt hatten, in der Eigenerzählung aber nicht als solche wahrgenommen wurden. Diese Diskrepanz zwischen Selbstwahrnehmung und Realität könnte zum Teil auf Vorstellungen von Männlichkeit zurückgeführt werden, zum Teil könnte dies aber auch als Selbstschutzmechanismus gewertet werden.

4.4 Fokusgruppen mit Expert*innen

Eine Übersicht über die interviewten Expert*innen ist Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: Hintergrund, Tätigkeit und Berufserfahrung der interviewten Expert*innen

Hintergrund	Tätigkeit	Berufserfahrung
Sozialarbeiter*in	Straßensozialarbeit	13 Jahre
Pädagog*in	Leitung Drogenkonsumraum	10 Jahre
Sozialarbeiter*in	Bereichsleitung Suchthilfe	12 Jahre
Sozialarbeiter*in	Koordination Suchthilfe Bezirksamt Mitte	20 Jahre
Sozialarbeiter*in	Straßensozialarbeit	37 Jahre
Sozialarbeiter*in	Leitung Mobiler Drogenkonsumraum	21 Jahre
Polizeibeamt*in	Polizei Berlin	25 Jahre
Staatsanwalt*in	Staatsanwaltschaft Berlin	19 Jahre
Sozialarbeiter*in	Leitung Kontaktstelle für Drogenkonsumierende	20 Jahre
Psychiater*in in einer Klinik	Oberärzt*in; Station für Suchterkrankungen	20 Jahre
Fachärzt*in für Suchtmedizin	Niedergelassene*r Ärzt*in	k.A.

4.4.1 Veränderungen im Konsumverhalten und Folgen des Crack-Konsums

Die Fachkräfte berichten übereinstimmend, dass der Crack-Konsum seit etwa 2017 stark zugenommen hat. Crack sei heute leichter verfügbar und werde vermehrt direkt von Dealern verkauft, statt wie früher durch Eigenproduktion aus Kokain hergestellt zu werden. Der Verkauf erfolge zunehmend zu niedrigen Preisen, was auch Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen den Zugang zum Konsum ermögliche.

Als ein zentrales Merkmal sehen die Expert*innen die Entstehung sogenannter „Binge-Konsum“-Muster, bei denen in kurzen Abständen und hohem Tempo konsumiert wird. Diese Konsumform führe zu einer schnellen körperlichen und psychischen Erschöpfung, Schlaflosigkeit, psychotischen Symptomen und einem drastischen sozialen Abstieg. Die Corona-Pandemie wirkte dabei als Verstärker: soziale Isolation, der Wegfall niedrigschwelliger Angebote und die Einschränkung von Beziehungsarbeit führten zu einer Verschärfung der Problemlagen. So berichtet ein Mitarbeiter der Suchthilfe:

„In der Zeit nach Corona, also nach den Lockdowns, hat sich tatsächlich auch bei sehr jungen Konsumierenden etwas verändert. Wir haben viele Konsumierende, die zwar keine reinen Crack-Konsumierende sind, aber wo Crack eben eine zunehmende Rolle spielt.“

Der Crack-Konsum geht aus Sicht der interviewten Fachkräfte mit einer Reihe negativer Dynamiken und Folgen für die Konsumierenden einher:

- Eine schnelle Konsumdynamik. Es existieren kurze Zyklen zwischen Geldbeschaffung, Kauf und Konsum.
- Konsumierende kennzeichnen ein hektisches Erscheinungsbild und eine geringe Frustrationstoleranz.
- Eine ausgeprägte Schlaflosigkeit und Erschöpfung. Manche Konsumierende schlafen 4-5 Tage nicht.
- Ein schneller körperlicher Verfall und Gewichtsabnahme durch Mangelernährung.
- Eine Zunahme an psychotischen/ wahnhaften Symptomen sowie psychiatrischen Krisen ist zu beobachten.

4.4.2 Charakteristika und Gruppen der Konsumierenden

Die Konsumierenden werden als eine sehr heterogene Gruppe beschrieben, die jedoch gemeinsame Muster aufweisen: Viele Konsumierende betreiben einen polyvalenten Substanzgebrauch. Sie konsumieren häufig 3-4 Substanzen, Crack ist eine davon. Zu beobachten sei, dass häufig sedierende Substanzen wie Alkohol, Benzodiazepine und andere Psychopharmaka konsumiert würden. Zudem wird eine hohe Krankheitslast hervorgehoben, mit psychischen Vorerkrankungen und Traumatisierungen. Zudem seien viele Crack-Konsumierende von Obdachlosigkeit betroffen. Menschen, die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße haben, seien von Crack besonders betroffen:

„Aber es ist auffällig, dass viele Leute eben, die sehr stark im öffentlichen Raum und auch sehr viel Crack-Kokain konsumieren, auch vorher eben schon insbesondere den Lebensmittelpunkt im öffentlichen Raum hatten.“

Besonders gefährdete Gruppen seien zudem Jugendliche, Frauen sowie sogenannte „neue Konsumierende“, die zum ersten Mal mit dem Hilfesystem in Kontakt kommen und oft keinerlei Hilfebiografien besitzen.

Auffallend sei, dass ein Teil der jugendlichen Konsumierenden besonders schnell eine starke psychische und physische Abhängigkeit ausbildet. Eine Fachkraft berichtet, dass Minderjährige innerhalb kurzer Zeit Symptome zeigen würden, die sonst eher bei langjährigen Abhängigen auftreten. Frauen seien durch Gewalt, Abhängigkeitsverhältnisse gegenüber männlichen Konsumenten und fehlenden Schutzräumen in der Szene besonders vulnerabel. Einige Frauen lebten in gewaltvollen Beziehungen und hätten wiederkehrende Missbrauchserfahrungen.

4.4.3 Crack-Konsum im öffentlichen Raum

Crack werde heute überwiegend im öffentlichen Raum konsumiert. Zudem seien Crack-Konsumierende im öffentlichen Raum deutlich sichtbarer, da es an legalen Rückzugsmöglichkeiten für diese Menschen fehle. Klassische offene Drogenszenen wie am Görlitzer Park oder Kottbusser Tor existieren weiterhin, doch die Szene sei fragmentierter, mobiler und kleinteiliger geworden, so die interviewten Fachkräfte. Laut ihrer Einschätzung führen repressive Maßnahmen zu einer räumlichen Verdrängung, jedoch nicht zur Lösung der Probleme.

„Wir jagen die Leute eigentlich nur von Straße zu Straße, ohne dass sich etwas verbessert.“

Die Konsumierenden weichen in Folge der Verdrängung in Wohngebiete, Parks und U-Bahn-Stationen aus, was die Konflikte mit Anwohner*innen in diesen Sozialräumen intensivieren würde.

„Sobald die Polizei auftritt, verstreut sich die Szene sofort in die Wohnstraßen.“

4.4.4 Belastungen und Barrieren im Versorgungssystem

Von den Expert*innen wird zudem betont, dass die Hilfesysteme zunehmend an ihre Grenzen stoßen. Sie beschreiben, dass Crack-Konsumierende oft wenig Zeit für Gespräche mitbringen, da die Konsumzyklen eine schnelle Bedürfnisbefriedigung erfordern. Hierdurch werde die Beziehungsarbeit, ein Kernelement professioneller Suchthilfe, massiv erschwert. Eine interviewte Fachkraft beschreibt die Situation wie folgt:

„Einfach die Beziehungsarbeit ist eine sehr geringere (...). Ich habe ein Bedürfnis, das ich jetzt befriedigt haben möchte. Also, sind das Konsumutensilien, ist das Essen, Trinken oder sonst irgendwas? Und dann

ist es auch wieder gut. Also, die Leute kommen und sind ganz schnell wieder weg (...).“

Zudem verließen Crack-Konsumierende medizinische Einrichtungen, wie Notaufnahmen oder qualifizierte Entzugsbehandlungen oft frühzeitig, bevor eine Stabilisierung möglich ist. Dies führe zu einer Art „Drehtür-Effekt“: es komme zu wiederholten Akutbehandlungen ohne nachhaltige Hilfe. Die Zugänge zur qualifizierten Entzugsbehandlung und Therapie werden durch die Fachkräfte als zu hochschwellig beschrieben. Dies trifft insbesondere für Menschen ohne Krankenversicherung oder ohne gesicherten ausländerrechtlichen Status zu.

4.4.5 Wohnungslosigkeit und Stigmatisierungen

Wohnungslosigkeit wird als zentraler Risikofaktor für vielfältige Problemlagen gesehen. Der Verlust von Wohnraum führe häufig einerseits in den Crack-Konsum, während umgekehrt der Konsum von Crack Wohnungslosigkeit begünstigen könne. Notunterkünfte seien für Crack-Konsumierende häufig ungeeignet oder schließen sie explizit aus. Die interviewten Fachkräfte betonen die Bedeutung von geschützten, konsumakzeptierenden Übernachtungsmöglichkeiten und Wohnangeboten. Zudem erschwere die Dynamik des Crack-Konsums die Nutzung von Notschlafstellen:

„(...) wir haben zwar die Kältehilfe, da kann man das schon sehr schön sehen, dass wir die Leute sehr schwierig in die Notschlafstellen bekommen, so, weil die einfach dann, wenn der Kältebus da ist, eben keine Zeit haben, mit dem jetzt mitzufahren.“

Die Erfahrungen von Stigmatisierungen, so die Fachkräfte, verstärken die Ausgrenzung und erschweren die Zugänge zu Hilfen. Stigmatisierungen beobachten sie dabei auf unterschiedlichem Wege: In der medialen Darstellung werden Begriffe wie „Crack-Zombies“ verwendet, was die Angst, Abwertung und soziale Distanz in der Gesellschaft fördert. Eine Fachkraft beschreibt die Situation wie folgt:

„Viele Menschen haben Angst vor Crack-Konsumierenden, ohne jemals mit ihnen gesprochen zu haben.“

Aber auch im Hilfesystem komme es zu struktureller Stigmatisierung, etwa durch Ausschluss der Konsumierenden aus Einrichtungen. Dies zeige sich insbesondere in einigen Notunterkünften. Eine Fachkraft berichtet:

„Einige Unterkünfte lehnen Crack-Konsumierende kategorisch ab.“

In Folge dieser negativen Erfahrungen würden manche Crack-Konsumierende Selbststigmatisierungen entwickeln und Hilfsangebote aus Scham meiden.

„Einige sagen: ‚Ich weiß, ich gehöre hier nicht rein‘ – bevor überhaupt ein Gespräch beginnt.“

4.4.6 Gelingensbedingungen und gute Praxis

Die interviewten Fachkräfte benennen acht Gelingensbedingungen und Beispiele guter Praxis, die sich in der Arbeit mit Crack-Konsumierenden bisher bewährt haben:

1. Krisenintervention und prägnante Informationsvermittlung. Informationen sollten sehr kurz und bündig an die Konsumierenden vermittelt werden, da die Aufmerksamkeitsspanne nur sehr gering ausgeprägt ist. Zuweilen häufig auftretende akute Krisensituationen, wie Wohnraumverlust oder akute Erkrankungen, sind prioritär zu behandeln und passgenaue Bewältigungsstrategien vorzuhalten
2. Niedrigschwellige Angebote vor Ort. Hilfen sollten sehr lebensnah und vor Ort verortet sein, damit sie genutzt werden. Strukturelle Bedingungen, welche eine Nutzung erschweren, sollten nicht vorhanden sein (niedrigschwelliger Zugang).
3. Integrierte Angebote an einem Ort. Hilfreich sind Angebote, die unterschiedliche Leistungen miteinander vereinen. Hierdurch werden Wege zwischen Einrichtungen und Diensten reduziert und eine höhere Nutzungsrate erzielt.
4. Kontaktgestaltung über niedrigschwellige Hilfen. Es hat sich bewährt, den Kontakt und die Beziehung zwischen Helfer*innen und Adressat*innen über niedrigschwellige Hilfen zu strukturieren. Für längere höherschwellige Beratungs- und Betreuungsprozesse fehlen bei den Adressat*innen häufig die Kapazitäten.
5. Ruhe- und Schlafmöglichkeiten. Wenn Crack-Konsumierende die Gelegenheit bekommen, zur Ruhe zu kommen und zu schlafen, entspannt sich deren Situation unmittelbar. Daher haben diese Angebote auch eine positive Wirkung im Hinblick auf eine Krisenintervention.
6. Mehrsprachige Angebote. Hilfen und Angebote, die in unterschiedlichen Sprachen angeboten werden, werden stärker genutzt und in Anspruch

genommen. Der Bedarf für mehrsprachige Angebote ist deutlich erkennbar.

7. Kooperation auf der Ebene der Bezirke. Es existieren bereits gute Kooperationen zwischen unterschiedlichen Akteur*innen innerhalb der Berliner Bezirke. Von diesen Kooperationen sollte gelernt und diese bezirksübergreifend etabliert werden.
8. Gemeinwesenarbeit und Einbindung der Anwohner*innen. Es zeigt sich, dass die Einbindung von Anwohner*innen und Gemeinwesenarbeit die Konflikte in den Sozialräumen reduzieren.

4.4.7 Praxisimplikationen

Aus Sicht der Fachkräfte bedarf es einer Gesamtstrategie, welche unterschiedliche Maßnahmen integriert und aufeinander abgestimmt wirksam werden lässt:

„Wir brauchen dringend ein Konzept, das alle Bezirke einschließt – nicht nur Einzelmaßnahmen.“

Zur Verbesserung der Versorgung nennen Fachkräfte folgende sieben zentrale Handlungsfelder:

1. Wohnhilfen und Notübernachtungen: Es bedarf Tagesruhebetten, sichere Schlafplätze sowie stärker ausgebildete Wohnhilfen und stationäre Hilfen für Crack-Konsumierende. Zudem bedarf es einer Konsumakzeptanz bzw. Konsummöglichkeiten in den Räumen der Notübernachtungen, um Ausschluss aus dem Hilfesystem zu vermeiden.
2. Medizinische Versorgung: Es bedarf der Möglichkeit, Menschen ohne Krankenversicherung zu behandeln. Die sozialpsychiatrische Versorgung sollte für Crack-Konsumierende stärker ausgebaut und optimiert werden. Es bedarf aufsuchender sozialpsychiatrischer Versorgung. In Suchthilfeeinrichtungen sollte hochkalorische Nahrung angeboten werden, um der Mangelernährung der Crack-Konsumierenden entgegenzuwirken.
3. Versorgungssystem und Versorgungsstrukturen: Es bedarf einer sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit Crack-Konsum. Wohnhilfen, Suchthilfen und sozialpsychiatrische Versorgung sollten aufeinander abgestimmt werden. Die Kapazitäten der Drogenkonsumräume sollten ausgebaut werden. Es bedarf zudem mehr geeigneter Immobilien für Suchthilfeeinrichtungen.

4. Öffentlicher Raum: Es bedarf Toleranz- und Aufenthaltsflächen für Crack-konsumierende Menschen. Zudem sollte der Mikrohandel von Drogen, der Handel von Konsumierenden zu Konsumierenden, in den Einrichtungen der Suchthilfe toleriert werden. So werden die Sozialräume nachhaltig entlastet.
5. Anpassung des rechtlichen Rahmens: Es bedarf der Anpassung rechtlicher Vorgaben und Rahmenbedingungen, um Hilfen bedarfsgerecht und zielgerichtet vorhalten zu können. Dies betrifft eine Anpassung der Rechtsverordnung, die den Betrieb der Drogenkonsumräume regelt. In den Drogenkonsumräumen sollte das Teilen von Crack-Pfeifen und der Betrieb von niedrighschwelligen Express-Konsumplätzen ermöglicht werden. Auf der strukturellen Ebene sollten zudem die Konsumierenden von Crack und anderen illegalisierten Drogen entkriminalisiert werden.
6. Forschungsbedarf: Es sollte die medizinische Forschung hinsichtlich eines Substituts für Kokain bzw. Crack vorangetrieben werden. Es sollten zudem Modellvorhaben zur Kokain-Originalstoffvergabe an Schwerstabhängige erprobt werden.
7. Prävention und Information: Die Bemühungen zur Primärprävention im Bereich der Schulen und offenen Jugendarbeit sowie die mehrsprachige Informationsvermittlung an suchtgefährdete Zielgruppen sollten intensiviert werden.

5 Diskussion

Die vorliegende Studie bietet erstmals eine methodenübergreifende und empirisch fundierte Einordnung der Crack-Konsum-bezogenen Problemlage in Berlin. Die Befunde aus Sekundärdatenanalyse, standardisierter Szenebefragung, latenten Klassenanalysen sowie qualitativen Interviews und Fokusgruppen zeigen konsistent, dass es sich nicht um ein isoliertes Substanzphänomen handelt, sondern um eine komplexe gesundheitliche und sozialstrukturelle Problemlage. Der beobachtete Anstieg crackbezogener Kontakte in der Suchthilfe fällt mit einer erhöhten Sichtbarkeit im öffentlichen Raum, ausgeprägten gesundheitlichen Belastungen sowie strukturellen Zugangsbarrieren im Hilfesystem zusammen. Crack-Konsum ist im Berliner Kontext daher als Ausdruck verdichteter Vulnerabilität zu interpretieren.

Die Ergebnisse lassen sich im Rahmen des Syndemiekonzepts einordnen, welches das Zusammenwirken mehrerer gesundheitlicher und sozialer Problemlagen, die sich gegenseitig verstärken und unter Bedingungen sozialer Ungleichheit gehäuft auftreten, beschreibt (Singer, 2009; Singer et al., 2017). Die vorliegenden Analysen zeigen eine solche Konstellation, insbesondere die enge Kopplung von Obdachlosigkeit und fehlendem Krankenversicherungsschutz sowie deren Verbindung mit Infektionen und psychosozialen Belastungen verweist auf strukturelle Exklusionsmechanismen. Diese Faktoren treten nicht unabhängig voneinander auf, sondern bilden kumulative Risikokonstellationen. Die größte Versorgungsnot entsteht dort, wo mehrere Belastungsdimensionen gleichzeitig vorliegen.

Die identifizierten Belastungsklassen differenzieren diese Zusammenhänge weiter aus. Eine strukturell marginalisierte Gruppe ist durch ausgeprägte Wohnungsnot und fehlende Absicherung gekennzeichnet, während eine zweite Gruppe durch erhebliche psychosoziale Belastungen geprägt ist. Eine dritte Gruppe weist vergleichsweise stabilere Lebenslagen auf. Diese Differenzierung zeigt, dass Crack-Konsum in unterschiedlichen sozialen und gesundheitlichen Kontexten stattfindet und nicht als homogenes Phänomen verstanden werden kann. Für die Versorgung folgt daraus die Notwendigkeit differenzierter, kontextsensitiver Ansätze.

Die Ergebnisse sind mit bestehenden Erhebungen aus anderen deutschen Großstädten konsistent. Szenebefragungen in Frankfurt am Main und in vier Städten aus Nordrhein-Westfalen zeigen vergleichbare Muster hinsichtlich hoher Prävalenzen von Wohnungslosigkeit, Polydrug-Konsum und gesundheitlicher

Belastung (Arendt & Werse, 2025; Deimel et al., 2025). Die Berliner Befunde bestätigen diese Muster und weisen auf eine vergleichbare strukturelle Problemlage hin, bei gleichzeitig hoher urbaner Sichtbarkeit.

Ein zentraler struktureller Treiber ist die Entwicklung der Wohnungslosigkeit in Berlin. Zeitreihen und Bedarfsprognosen weisen auf eine anhaltende Zunahme hin, mit einem erwarteten Anstieg von 53.610 in 2025 auf 85.600 betroffene Personen bis zum Ende der Dekade sowie einem Gesamtbedarf von über 110.000 Unterbringungsplätzen (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, 2025a, 2025b). Diese Entwicklung vollzieht sich vor dem Hintergrund eines angespannten Wohnungsmarktes und unzureichender Neubaukapazitäten (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, 2025b). Wohnungslosigkeit ist damit als struktureller Kernfaktor der beobachteten Problemlagen zu verstehen, an den die Verdichtung von Konsum, gesundheitlicher Belastung und sozialer Exklusion eng gebunden ist.

Die Analyse der Konsumbiografien ergänzt diese Einordnung. Der Einstieg in Crack-Konsum erfolgt häufig nach dem Konsum anderer Substanzen, insbesondere Opioiden. Altersunterschiede zwischen den Belastungsklassen erklären dieses Muster nicht. Die qualitativen Daten legen vielmehr nahe, dass Verfügbarkeit, Veränderungen der Konsumpraktiken sowie körperliche Faktoren eine zentrale Rolle spielen. Beschrieben werden eingeschränkte Injektionsmöglichkeiten, gesundheitlich bedingte Veränderungen der Applikation sowie reduzierte Wirkung von Heroin im Rahmen von Substitution. Crack-Konsum erscheint damit häufig als Anpassung an veränderte Bedingungen innerhalb bestehender Konsumkarrieren. Gleichzeitig zeigt sich in allen Gruppen eine rasche Etablierung hoher Konsumfrequenzen.

Die qualitativen Interviews und Fokusgruppen liefern hierfür zentrale Kontextinformationen. Sie zeigen, dass bestehende Hilfesysteme häufig nicht mit den realen Lebensbedingungen kompatibel sind. Insbesondere kurzfristige Konsumzyklen, fehlende Rückzugsräume und institutionelle Zugangshürden führen dazu, dass Angebote nicht genutzt werden oder frühzeitig abgebrochen werden. Zudem wird deutlich, dass ordnungspolitische Maßnahmen zu Verlagerungseffekten führen können und bestehende Versorgungsbeziehungen unterbrechen. Die qualitativen Befunde tragen damit wesentlich zur Erklärung der in den quantitativen Analysen identifizierten Muster bei.

Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt vor dem Hintergrund methodischer Limitationen. Die Sekundärdatenanalyse bildet ausschließlich Personen mit Kontakt zum Hilfesystem ab und erlaubt keine Aussagen zur Gesamtprävalenz. Die Szenebefragung fokussiert auf öffentlich sichtbare Konsumkontexte und ist nicht repräsentativ für alle Konsumierenden. Die Abfrage zu Hepatitis wurde aufgrund eines Übertragungsfehlers nicht in das digitale Erhebungsinstrument übernommen und steht daher nicht zur Auswertung zur Verfügung. Die Erfassung psychischer Auffälligkeiten erfolgte mittels standardisierter, durch geschultes Personal angewendeter Screeningverfahren, ersetzt jedoch keine klinische Anamnese. Psychotisch stark belastete Personen sind vermutlich unterrepräsentiert, da sie an Befragungen in der Regel seltener teilnehmen. Die latenten Klassenanalysen sind modellabhängig und explorativ zu interpretieren. Die qualitativen Teilstudien sind nicht generalisierbar, liefern jedoch belastbare Hinweise zu Mechanismen und Kontextbedingungen. Insgesamt ergibt sich durch die Kombination der Methoden ein konsistentes und belastbares Gesamtbild.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Crack-Konsum in Berlin als Teil einer syndemischen Problemlage zu verstehen ist, deren Dynamik wesentlich durch strukturelle Faktoren, insbesondere Wohnungslosigkeit, geprägt wird. Die Befunde sind mit Ergebnissen aus anderen deutschen Großstädten vergleichbar und unterstreichen die Notwendigkeit integrierter, sektorübergreifender Versorgungsansätze.

6 Fazit

Die Ergebnisse zeigen konsistent, dass Crack-Konsum in Berlin kein isoliertes Substanzphänomen darstellt, sondern Teil einer strukturell verankerten Problemlage ist, in der gesundheitliche, psychosoziale und soziale Belastungen eng miteinander verschränkt sind. Die Befunde bestätigen bekannte Muster aus anderen deutschen Großstädten und weisen zugleich auf eine deutliche Verdichtung und Sichtbarkeit im urbanen Raum hin.

Zentral für die Dynamik dieser Entwicklung ist die enge Kopplung von Konsum, gesundheitlicher Belastung und sozialer Exklusion, insbesondere im Kontext zunehmender Wohnungs- und Obdachlosigkeit. Crack-Konsum ist vor diesem Hintergrund als Ausdruck kumulierter Risiken zu verstehen, die sich unter Bedingungen struktureller Benachteiligung verstärken.

Insgesamt ergibt sich ein klarer Handlungsbedarf, der nicht primär auf einzelne Substanzen oder Verhaltensweisen abzielt, sondern auf die zugrunde liegenden strukturellen Bedingungen und Versorgungsdefizite. Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen leiten daraus konkrete Ansatzpunkte für eine wirksame Weiterentwicklung der Berliner Versorgungslandschaft ab.

7 Handlungsempfehlungen

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen leiten sich aus den empirischen Ergebnissen der vorliegenden Studie zum Crack-Konsum ab und adressieren identifizierte strukturelle, gesundheitliche und versorgungsbezogene Problemlagen.

Existenzsicherung

- Konsumakzeptierende Tagesruheplätze und Nachtschlafangebote sollten ausgebaut werden, da obdachlose Personen mit kurzen Konsumzyklen abstinenzorientierte Notunterkünfte häufig nicht nutzen können und dadurch ein struktureller Versorgungsbedarf an niedrighwelligen Ruhe- und Aufenthaltsmöglichkeiten entsteht.
- In Suchthilfeeinrichtungen sollte die Bereitstellung hochkalorischer Nahrung sichergestellt werden, um der durch Binge-Konsum bedingten Mangelernährung gezielt entgegenzuwirken.
- Eine mobile medizinische Basisversorgung sollte flächendeckend auch für nicht krankenversicherte Personen zugänglich sein.
- Housing-First-Ansätze für Crack-Konsumierende sollten implementiert und langfristig verstetigt werden, da Obdachlosigkeit eine zentrale Determinante für Konsumintensität und gesundheitliche Risiken darstellt.

Sicherheit und Schadensminderung

- Die Öffnungszeiten der Drogenkonsumräume sollten ausgeweitet und die Kapazitäten bedarfsgerecht erhöht werden. Ziel ist eine möglichst durchgehende Versorgung, die durch koordinierte Öffnungszeiten und abgestimmte Angebote mehrerer Standorte im Verbund gewährleistet wird.
- Integrierte Versorgungszentren im Sinne von One-Stop-Shops sollten entwickelt werden, die Suchthilfe, psychiatrische Versorgung, Wohnungslosenhilfe und Leistungen der sozialen Grundsicherung an einem Ort bündeln, um den dokumentierten „Drehtüreffekt“ zu reduzieren.
- Der Konsum illegalisierter Substanzen sollte entkriminalisiert werden, um Zugangsbarrieren zu Hilfesystemen zu senken und gesundheitliche Risiken zu reduzieren.
- Eine regulierte Tolerierung von Mikrohandel im Umfeld von Suchthilfeeinrichtungen sollte geprüft und umgesetzt werden, da repressive Maßnahmen nachweislich primär zu räumlicher Verdrängung führen und

sowohl die Inanspruchnahme von Hilfen als auch die Entlastung öffentlicher Räume beeinträchtigen.

- Die aufsuchende sozialpsychiatrische Versorgung sollte ausgebaut werden, da die Zielgruppe durch eine geringe Haltekraft sowie erhebliche somatische und psychische Belastungen gekennzeichnet ist.

Zugehörigkeit und Teilhabe

- Hilfsangebote sollten systematisch mehrsprachig ausgestaltet werden, mindestens in Deutsch, Englisch, Russisch und Arabisch, entsprechend der empirisch erfassten Zusammensetzung der Zielgruppe.
- Toleranz- und Aufenthaltszonen sollten eingerichtet und durch strukturierte Gemeinwesenarbeit mit Anwohnenden flankiert werden, um Nutzungskonflikte im öffentlichen Raum nachhaltig zu reduzieren.
- Bürokratische Zugangsbarrieren, insbesondere fehlende Ausweisdokumente und komplexe Antragsverfahren, sollten konsequent abgebaut werden, da sie einen erheblichen Anteil der Nichtinanspruchnahme von Hilfsangeboten erklären.

Entstigmatisierung

- Kategorische Ausschlüsse von Crack-Konsumierenden aus Notunterkünften und anderen Hilfseinrichtungen sollten aufgehoben werden, um Versorgungslücken zu vermeiden.
- Eine entstigmatisierende Öffentlichkeitsarbeit sollte systematisch etabliert werden, um der medialen Dehumanisierungen aktiv entgegenzuwirken.
- Partizipative Ansätze und der Ausbau von Peer-Strukturen sollten gestärkt werden, um der empirisch belegten Selbststigmatisierung entgegenzuwirken und Zugänge zu Hilfen zu verbessern.

Differenzierte Angebote für vulnerable Subgruppen

- Für Frauen sollten geschützte Aufenthaltsräume, getrennte Sanitärbereiche und spezialisierte Beratungsangebote bereitgestellt werden, da sie in besonderem Maße von Gewalt und Abhängigkeitsverhältnissen betroffen sind.
- Für Jugendliche mit Crack-Konsum sollten frühinterventive und niedrigschwellige Angebote ausgebaut werden, da besonders schnelle und schwere Abhängigkeitsverläufe beobachtet werden.

- Die Versorgung sollte differenziert nach identifizierten Subgruppen ausgerichtet werden, insbesondere zwischen strukturell belasteten Personen ohne Versicherung und Personen mit primär psychiatrisch-somatischen Belastungen, um passgenaue Zugangswege und Interventionsstrategien zu gewährleisten.

Forschung

- Medizinische Forschung zu Substitutionsansätzen für Kokain und Crack sowie Modellprojekte zur kontrollierten Abgabe von Originalsubstanzen an schwerstabhängige Personen sollten gezielt gefördert und evidenzbasiert weiterentwickelt werden.
- Ein kontinuierliches Monitoring der offenen Drogenszene sollte etabliert werden, um Veränderungen in Konsummustern, Versorgungsbedarfen und Risikokonstellationen systematisch zu erfassen und die Wirksamkeit politischer Maßnahmen sowie Interventionsstrategien evidenzbasiert zu evaluieren.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl ambulanter Crack-Fälle der Berliner Suchthilfestatistik	10
Abbildung 2: Letztkonsum von Substanzen	15
Abbildung 3: Konsumhäufigkeit in den letzten 3 Monaten	16
Abbildung 4: Konsumhäufigkeit unter Crack-Konsumierenden	17
Abbildung 5: Kumulative Erstkonsum-Kaskade unter Konsumierenden mit Lebenszeitkonsum von Crack	18
Abbildung 6: Anwendung schadensminimierender Maßnahmen im Zusammenhang mit Crack-Konsum	19
Abbildung 7: Subjektive körperliche Gesundheit	20
Abbildung 8: Subjektive psychische Gesundheit	20
Abbildung 9: Gesundheitliche Beschwerden in den letzten 3 Monaten	21
Abbildung 10: Psychiatrische Auffälligkeiten für ausgewählte Symptomatiken	22
Abbildung 11: Crack-assoziierte Probleme	22
Abbildung 12: Nutzungshäufigkeit von Hilfsangeboten	23
Abbildung 13: Bedarf an Hilfsangeboten	24
Abbildung 14: Latente Klassenanalyse nach Konsumklassen	25
Abbildung 15: Latente Klassenanalyse nach Vulnerabilitätsprofilen	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemografie	11
Tabelle 2: Konsumbiografische Unterschiede nach syndemischer Belastung	29
Tabelle 3: Hintergrund, Tätigkeit und Berufserfahrung der interviewten Expert*innen	64
Tabelle 4: Freitextantworten zu Crack-assoziierten Problemen	100
Tabelle 5: Freitextantworten zu Verbesserungsvorschlägen	102

Literaturverzeichnis

- Arendt, I., & Werse, B. (2025). MoSyD-Szenestudie 2024: Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. 2024. Institut für Suchtforschung Frankfurt a. M.
- Bolck, A., Croon, M., & Hagenaars, J. (2004). Estimating Latent Structure Models with Categorical Variables: One-Step Versus Three-Step Estimators. *Political Analysis*, 12(1), 3–27.
- Deimel, D., Ferl, L., Gille, C., Mühlen, A., van Rießen, A., Schmitz, H., & Scholten, L. (2025). Offene Drogenszenen in NRW 2024. Einblicke in Lebenslagen, Konsum und Nutzung von Hilfsangeboten in Düsseldorf, Essen, Köln und Münster. Georg Simon Ohm University of Applied Sciences Nuremberg.
- Dröge, K. (2025). Datenaufbereitung durch Transkription. In J. Gras (Hrsg.), *Einführung in Qualitative Sozialforschung. Grundlagen für Studierende pädagogischer Studiengänge* (S. 224–234). Verlag Julius Klinkhardt.
- EUDA. (2025). *European Drug Report 2025: Trends and Developments*. European Union Drugs Agency. Lissabon.
- Kemmesies, U.E., Müller, O. & Werse, B. (2002): MoSyD Szenestudie. Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2002. Goethe-Universität/Centre for Drug Research, Frankfurt a.M.
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 2., durchges. Aufl. Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2024). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz*. 6., überarbeitete und erweiterte Auflage. Beltz Juventa.
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Material*. 6., überarbeitete Auflage. Beltz.
- R Core Team. (2025). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. [Software].
- Schuetz, C. G., Daamen, M., & van Niekerk, C. (2005). German translation of the WHO ASSIST Screening Questionnaire. *Sucht-Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 51(5), 265–271.
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. (2025a). *Entwicklung der Zahl untergebrachter wohnungsloser Personen und Unterbringungsbedarf bis*

2029 in Berlin (Antwort auf Schriftliche Anfrage S 19/23201 und Drucksache 19/0692 M). Abgeordnetenhaus von Berlin.

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. (2025b). Zahlen, Daten, Fakten: Wohnungslose Menschen in Berlin 2022–2025 [Statistik untergebrachter wohnungsloser Personen (Stichtag 31.01.)]. Land Berlin.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59(20), 22–33.

Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics: A critical systems approach to public and community health*. John Wiley & Sons.

Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941–950.

Appendix

Erhebungsinstrumente und Protokolleitfäden

Fragebogen der Szenebefragung

Projektleitung der Szenebefragung: Prof. Dr. Bernd Werse
Wissenschaftliche Mitarbeit: Rime Abd Al Majeed & Jennifer Martens
Frankfurt am Main, 2025

Nicht erfolgreiche Kontaktabbahnungen:

Lfd. Nr. Var. Grund der Interviewverweigerung:

Anmerkung: jeder misslungene Kontaktversuch wird bei der elektronischen Befragung auf dem Tablet registriert, um die Ausschöpfungsquote zu ermitteln, also je ein (sehr kurzer) Fragebogen pro gescheitertem Kontaktversuch.

Interviewer*in:

Interviewtag:

Interviewzeit: _ Uhr

(Nur ganze Zahlen eingeben, z.B. 10:15 = 10, 10:30 = 10, 10:45 = 11)

Ort Kontaktabbahnung:

Interviewort:

Stadtviertel:

Anwesenheit anderer Personen? JA/ NEIN

Wenn ja, um welche Person handelte es sich?

- Partner*in
- Freund*in
- Bekannte(r)
- Sonstige

Geschlecht:

Wie alt sind Sie? _ Jahre

Familienstand/ Partnerschaft:

- ledig/Single
- verheiratet
- geschieden
- ledig/feste(r) Partner_in
- Sonstige

Haben Sie eigene Kinder?

- Nein
- 1 Kind
- 2 Kinder
- >2 Kinder

Gegenwärtige Wohnsituation

- Obdachlos
- eigene Wohnung
- mit Partner*in, User
- mit Partner*in, Non-User
- Wohngemeinschaft
- Notschlafunterkunft
- betreutes Wohnen
- Eltern
- Sonstige

Wo ist Ihr aktuell gemeldeter Wohnsitz?

- Stadt Berlin
- Großraum Berlin/Brandenburg
- außerhalb Brandenburgs
- aktuell kein offiziell gemeldeter Wohnsitz

Wo sind Sie geboren?

- In Deutschland
- In einem EU-Land
- In einem Land außerhalb der EU

Seit wie vielen Jahren leben Sie in Deutschland?

Seit wie vielen Jahren besuchen Sie regelmäßig (min. 1mal/Woche) die „Drogenszene“ in Berlin?

Was für eine Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

- keine Berufsausbildung/noch in der Schule
- keine Berufsausbildung/nie eine begonnen
- keine Berufsausbildung/abgebrochen
- zur Zeit noch in der Ausbildung/Lehrberuf
- zur Zeit noch in der Ausbildung/Studium
- abgeschlossener Lehrberuf
- abgeschlossenes Studium
- Sonstige

Stehen Sie aktuell in einem Arbeits-/Beschäftigungsverhältnis?

- Vollzeit
- Teilzeit
- Weiterbildungs-, Umschulungsmaßnahme
- Familienhaushalt, Kinder versorgen
- Beschäftigungsmaßnahme, Arbeitsprojekt
- arbeitslos - gemeldet
- arbeitslos – nicht gemeldet
- (Früh-) Rente
- Sonstige/ Welche?

Seit wie vielen Monaten führen Sie diese Tätigkeit aus/sind sie arbeitslos?

Wann haben Sie das erste Mal Folgendes getan?

(Falls nie konsumiert: bitte 0 eintragen)

- Das erste Mal Alkohol getrunken
- Das erste Mal Zigaretten/Tabak geraucht
- Das erste Mal Cannabis genommen
- Das erste Mal Kokain genommen
- Das erste Mal Crack genommen/geraucht
- Das erste Mal Heroin genommen
- Das erste Mal Substitutionsmittel verschrieben bekommen
- Das erste Mal Drogen intravenös genommen/gespritzt
- Erstmals regelmäßig (mind. 1x/Woche) Crack konsumiert

Wann haben Sie das letzte Mal folgende Substanzen genommen?

(Antwortkategorien: nie genommen/ in den letzten 24 Stunden/ in der letzten Woche/ im letzten Monat/ in den letzten 3 Monaten/ in den letzten 6 Monaten/ in den letzten 12 Monaten/ länger her)

- Alkohol
- Tabak/Rauchen
- E-Zigaretten/Vapes
- Benzodiazepine (Diazepam, Clonazepam/ Rivotril, Flunitrazepam/ Rohypnol o.ä.)
- Pregabalin (Lyrica ®)
- Cannabis
- Speed/Amphetamin
- Crystal Meth
- Kokain
- Crack/Steine
- Heroin
- Nicht vom Arzt verschriebene Substitutionsmittel (Methadon, Subutex o.ä.)
- Fentanyl bzw. Fentanyl-derivate (ausgekochte Pflaster o.ä.)
- Spice/ Räuchermischungen/ synthetische Cannabinoide
- andere Research Chemicals bzw. neue psychoaktive Substanzen
- andere medizinische Opioide (Tilidin, Oxycodon, Tramadol o.ä.)
- Sonstige/ Welche?

Wenn Sie an die letzten drei Monate zurückdenken, wie oft haben Sie folgende Substanzen konsumiert? (NUR ZUR NICHTMEDIZINISCHEN VERWENDUNG)
(Antwortkategorien: Nie/ 1-2x/ monatlich/ wöchentlich/ täglich oder fast täglich)

- Alkohol
- Cannabis
- Kokain (Pulver)
- Crack
- Benzodiazepine (Diazepam, Alprazolam, Rivotril usw.)
- Heroin
- Pregabalin (Lyrica)
- Fentanyl
- Oxycodon
- Andere med. Opioide (Tilidin, Tramadol o.Ä.)

Wenn Sie an die letzten drei Monate zurückdenken, wie oft:

(Antwortkategorien: Nie/ 1-2x/ monatlich/ wöchentlich/ täglich oder fast täglich)

- haben Sie einen starken Wunsch oder ein starkes Verlangen verspürt, Crack zu konsumieren?
- hat der Konsum von Crack zu Problemen geführt, d.h. zu gesundheitlichen oder finanziellen Problemen, zu Konflikten mit dem Gesetz, oder zu Schwierigkeiten im sozialen Umfeld?
- haben Sie es wegen des Crack-Konsums nicht geschafft, Dinge zu erledigen, die man für gewöhnlich von Ihnen erwartet?

Haben sich Freunde, Verwandte oder andere Personen jemals besorgt gezeigt, weil Sie Crack konsumieren?

- Nie
- Ja, in den letzten drei Monaten
- Ja, aber nicht in den letzten drei Monaten

Haben Sie jemals versucht, den Konsum von Crack zu kontrollieren, zu reduzieren oder ganz aufzugeben und es nicht geschafft?

- Nie
- Ja, in den letzten drei Monaten
- Ja, aber nicht in den letzten drei Monaten

Wie häufig nehmen Sie Crack?

- pro Tag nehme ich etwa X Mal Crack
- Ich konsumiere seltener als täglich Crack

Auf welche Weise nehmen Sie Crack meistens?

- spritzen
- rauchen
- Sonstige

Wo rauchen (kein i.v. Gebrauch!) Sie meistens Crack/Steine?

(Rangordnung: 1 = meistens/ 2 = am zweit häufigsten/ 0 = kein Konsumort)

- Zuhause Rangnummer
- bei Bekannten in der Wohnung Rangnummer
- auf der Straße Rangnummer
- Im Konsumraum/Rauchraum Rangnummer
- in öffentlichen Gebäuden Rangnummer

- Parks, Grünanlagen o.ä. Rangnummer
- In der Bahn oder in Bahnstationen Rangnummer
- Sonstiges Rangnummer

Nehmen Sie aktuell intravenös Drogen, spritzen Sie (mindestens 1 Mal pro Monat)?

- Nein, keine (Falls nein: weiter)
- Ja

Wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen)

- Benzodiazepine
- Methadon
- Heroin
- Kokain (Pulver)
- Crack (Steine)
- Cocktail: H-Benzos
- Cocktail: Heroin-Kokain (Pulver)
- Cocktail: Heroin-Crack (Steine)
- Cocktail: Heroin-Crack (Steine)-Benzos
- Subutex (Buprenorphin)
- Fentanyl
- Sonstige/ Welche?

Wie häufig nehmen Sie durchschnittlich intravenös Drogen? X pro Tag;

bei nicht täglichem Konsum: X pro Woche

(Wenn absolut unterschiedlich: Felder freilassen. Wenn weniger als einmal pro Woche: 0 eintragen)

Wo nehmen Sie aktuell meistens intravenös Drogen zu sich?

(Rangordnung: 1 = meistens/ 2 = am zweit häufigsten/ 0 = kein Konsumort)

- Zuhause Rangnummer
- bei Bekannten in der Wohnung Rangnummer
- auf der Straße Rangnummer
- Im Konsumraum Rangnummer
- in öffentlichen Gebäuden, z.B. Einkaufszentren oder Parkhäusern
Rangnummer
- Parks, Grünanlagen o.ä. Rangnummer
- Sonstige Rangnummer
- Sonstige – welche?

Da es bei dieser Studie auch um die Frage gehen soll, wie psychisches Befinden und Substanzkonsum zusammenhängen, werde ich Ihnen im Folgenden Fragen zu Ihrem aktuellen psychischen Zustand stellen. Hierbei wird es um Depression oder Manie, aber auch Psychose oder sogar Suizidalität gehen. Selbstverständlich sind Sie nicht verpflichtet, diese Fragen zu beantworten; Sie unterstützen uns jedoch enorm, wenn Sie uns hierzu Auskunft geben. Vielen Dank!

[M.I.N.I. Fragebogen; urheberrechtlich geschützt]

Werden Sie aktuell substituiert?

- NEIN
- JA, mit Methadon
- JA, mit Diamorphin
- Ja, mit Subutex
- Ja, mit Substitol (Morphin)
- Ja, mit Polamidon (Levomethadon)
- Ja, mit sonstigen/ Welche?

Seit wie viel Monaten werden Sie substituiert? Seit X Monaten

Von wem erhalten Sie Ihre Substitutionsbehandlung?

- Niedergelassener Arzt
- Substitutionsambulanz
- Sonstige/ Welche?

Wie häufig benutzen Sie eine Nadel für den i.v.-Konsum?

- Grundsätzlich nur einmal
- Manchmal auch zwei oder drei Mal
- Es kommt vor, dass ich eine Spritze/Nadel häufiger als drei Mal benutze

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Drogen aus einer Spritze (selbe Nadel) mit anderen geteilt?

- sehr oft, fast täglich
- hin und wieder mal
- nur ein oder zwei Mal
- kam gar nicht vor

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Pfeife zum Crack bzw. Steine Rauchen mit anderen geteilt?

- sehr oft, fast täglich
- hin und wieder mal
- nur ein oder zwei Mal
- kam gar nicht vor

Wie häufig hatten Sie in den letzten drei Monaten Kontakt mit der Drogenhilfe?
 (Antwortkategorien: Keinmal/ ein- bis zweimal im letzten Quartal/ einmal pro Monat/
 zweimal pro Monat/ einmal pro Woche/ mehrmals pro Woche/ (nahezu) täglich)

- Streetworker/ mobile Soziale Arbeit
- Beratungsgespräch
- Entgiftung
- Versorgung mit Essen
- Druckraum (Konsumraum i.v.)
- Kontaktladen
- Rauchraum (Konsumraum inhalativ)
- medizinische Behandlung
- Substitution
- Rechtsberatung
- Spritzentausch
- Therapie ambulant
- Therapie stationär
- Übergangseinrichtung
- Unterkunft – Schlafplatz
- Arbeitsprojekte
- Sonstige

Aus welchen Gründen nutzen sie einzelne Angebote der Berliner Drogenhilfe nicht?
 (Mehrfachantworten möglich)

- keine Ausweisdokumente
- Sprachbarrieren
- Angebote überfüllt/zu wenige Plätze
- kein Interesse/kein Bedarf
- darf nicht: Hausverbot
- darf nicht: kein Anspruch
- zu weit weg
- unpassende Öffnungszeiten
- zu bürokratisch/ kompliziert

- Sonstige:
- ich nutze grundsätzlich alle Angebote

In welchen Bereichen wünschen Sie sich mehr Unterstützung aus dem Hilfesystem?
(Mehrfachantworten möglich)

- Wohnungssuche/Unterbringung
- Schulden
- Alltagsunterstützung (Essen, Aufenthalt)
- behördliche Angelegenheiten (Jobcenter, Agentur für Arbeit, Gerichte)
- psychosoziale Unterstützung/ PSB
- psychiatrische Versorgung (Facharzt/-ärztin)
- Hilfe bei der Drogenkonsumreduktion
- Suche nach Therapieplatz/ Entgiftung
- aufenthalts- ausländerrechtliche Fragen
- medizinische Versorgung
- Pflege

Was könnte man Ihrer Meinung nach ansonsten beim Hilfesystem in Berlin verbessern? (Freitextantwort)

An wie vielen Tagen in der Woche halten Sie sich durchschnittlich auf der Szene auf?

Wie viele Stunden halten Sie durchschnittlich pro Tag auf der Szene auf?

An welchen Orten in Berlin treffen sie sich mit anderen Drogengebraucher*innen, um Crack zu konsumieren oder zu handeln?

(Mehrfachantworten möglich)

- Wedding/Mitte
- Osloer Straße/ Leopoldplatz/ Humboldthain
- Kreuzberg
- Görlitzer Park/ Schönleinstraße/ Kottbusser Tor
- Neukölln
- Anita-Berber-Park/ Hermannplatz/ Hasenheide
- Schöneberg:
- Gleisdreieck/ Nollendorfplatz
 - in privaten Räumen
 - anderer Ort, nämlich:

Wie schätzen Sie Ihren aktuellen körperlichen Gesundheitszustand ein?
(Antwortkategorien: sehr gut/ gut/ weniger gut/ schlecht/ sehr schlecht)

Wie schätzen Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand ein?
(Antwortkategorien: sehr gut/ gut/ weniger gut/ schlecht/ sehr schlecht)

Sind Sie zurzeit krankenversichert?

- Ja
- Nein
- Versicherungsstatus unklar

Wenn nein: warum nicht?

Haben Sie den Eindruck, dass eines oder mehrere der folgenden Probleme eher auftritt oder schlimmer geworden ist, seitdem Sie Crack konsumieren?

- Reizbarkeit, aggressives Verhalten
- Verwirrtheit, Orientierungslosigkeit
- Probleme mit Essen/Gewicht (z.B. Abmagerung)
- Herzprobleme
- Vernachlässigung von Körperhygiene (z.B. Duschen, Zähneputzen)
- Wohnungsprobleme, z.B. Verlust der Unterkunft
- Probleme mit der Familie
- Andere soziale Kontakte

Gibt es weitere Probleme, die Ihrer Meinung nach durch den Crack-Konsum neu aufgetreten oder schlimmer geworden sind?

Welche Beschwerden hatten Sie in den letzten drei Monaten bzw. welche haben Sie immer noch? (alle abfragen)

- Herz/Kreislauf
- Lungen/Bronchien
- Magen-/Darmbeschwerden
- Erkältung/Grippe
- Zahnschmerzen
- Abszesse (offene Wunden, offene Füße)
- AIDS – diverse Krankheiten
- epileptische Anfälle
- Covid-19
- Sonstige

Haben Sie schon einmal einen HIV-Test gemacht?

- Nein
- Ja, ich bin HIV-negativ
- Ja, ich bin HIV-positiv
- In welchem Jahr wurde der letzte HIV-Test durchgeführt?

Hatten Sie jemals eine Überdosis? (Atemnot, Bewusstlosigkeit, Herzrasen)

- Nein
- Ja, und zwar X Mal

Vor wie viel Monaten hatten Sie die letzte Überdosis? Vor X Monaten

Wo hatten Sie die letzte Überdosis?

- Zuhause/allein
- Zuhause/nicht allein
- bei Bekannten in der Wohnung/nicht allein
- auf der Straße/allein
- auf der Straße/nicht allein
- in öffentlichen Gebäuden/allein
- in öffentlichen Gebäuden/nicht allein
- in einer Drogenhilfeeinrichtung
- Sonstige

Welche Substanzen haben Sie am Tag Ihrer letzten Überdosierung genommen?
(Mehrfachnennungen – Möglichkeit, maximal 5 Drogen einzutragen)

- Alkohol
- Cannabis
- Kokain (Pulver)
- Crack (Steine)
- Schwarzmarkt-Heroin
- verschriebenes Heroin
- Methadon
- Subutex
- Benzodiazepine
- sonstige Medikamente
- Synthetische Cannabinoide oder andere NPS
- Fentanyl
- weiß nicht mehr

- Sonstige

Waren Sie bereits einmal in Haft?

Wenn ja, wie oft und wie lange insgesamt?

Raum für weitere Eintragungen durch Erhebungspersonal:

Interviewlänge:

Eindruck vom Zustand des Interviewpartners (sehr schwach bis sehr stark)

- Drogeneinfluss
- Konzentration
- Zeitdruck
- Nervosität

Auffälligkeiten/ Besonderheiten:

Markantes Aussehen? Zustand des/der Interviewten? Spezielle Ereignisse während des Interviews (Streit, Einschlafen, auffälliges Verhalten etc.)? Einflüsse anwesender Personen? Sonstige Besonderheiten?

Leitfadenprotokoll für Interviews mit Fachkräften niedrigschwelliger Einrichtungen

Arbeit/Angebot der Einrichtung

- welche Angebote
- Öffnungszeiten
- Lokalisierung, auch im Verhältnis zu anderen Einrichtungen (Beschaffenheit des Versorgungsnetzwerks eher dicht/ dünn), Umfeld der Einrichtung (auch Beschwerdelage), Weg, Polizeipräsenz im Umfeld

Zusammensetzung der Nutzer*innengruppe spezifisch im jeweiligen Angebot

- Drogenkonsumpraktiken, Anbindungsgrad an die Straßendrogenszene
- soziale und gesundheitliche Problemlagen
- Alter
- Geschlecht
- Nationalität
- Konfliktfelder/Probleme in der täglichen Arbeit

Veränderungen der Nutzer*innengruppe in den vergangenen Jahren bzw.

Veränderung der Bedarfslage unter den Nutzer*innen

- Crack-Konsum? Auswirkungen auf die Drogenszene, die Arbeit in der Einrichtung, auf die Konsumierenden?
- Gibt es Gruppen, die aktuell schwer erreicht werden können, wenn ja weshalb?
- Nationalität: Sprachbarrieren, kulturelle Konflikte?
- Alterung der Drogenszene?
- Bedarfe der Adressat*innen, mögliche Veränderungen/ Verschiebungen in den letzten Jahren?

Drogenszene in Berlin allgemein

- welche anderen Orte der Szenebildung/des Konsums sind bekannt, relevant? Welche Szenen gibt es in Berlin (Alkohol-, Crack-, Heroin-Szene?)
- neu auftretende Substanzen, weitere zu beobachtende Entwicklungen in Bezug auf die Substanzen (Fentanyl und Co.)
- Drogenkonsum im öffentlichen Raum, v.a. von Crack?
- Weiterentwicklung des Hilfesystems: welche Angebote fehlen bzw. von welchen könnte es mehr geben? Wo ist Bedarf um nachzubessern?

Nach allgemeinen Tipps für die Szenebefrager*innen fragen

Leitfadenprotokoll Konsumierendeninterviews

Vorbemerkung: Grundsätzlich wird das Interview offen geführt, d.h., längere Erzählpassagen des/der Befragten (sofern relevant für das Thema), weitere, bislang nicht berücksichtigte Themen und konkrete, spontane Nachfragen zu bestimmten Aussagen sind ausdrücklich erwünscht. Schlüsselfragen, deren Beantwortung nach Möglichkeit auch die Anschlussfragen beinhalten könnte, sind fett gehalten.

Lebenssituation, Konsumbiografie, Erstkonsum

- Wie würden Sie Ihren Alltag beschreiben?
- **Wie hat sich Ihr Drogenkonsum im Laufe der Zeit entwickelt? (möglichst kurzer Abriss der eigenen Konsumbiografie, aller Drogen)**
- Wann, wie und wo haben Sie das erste Mal Crack konsumiert?
- Warum haben sie angefangen, Crack zu konsumieren?
- Fühlen Sie sich einer Szene zugehörig? Wie würden Sie Ihr Verhältnis zu dieser Szene beschreiben?
- (falls zugehörig) Wie lange sind Sie schon „auf der Szene“? Wie lange und wie oft halten Sie sich dort auf?

Crack/Steine: Erscheinungsformen und Definition

- Wie nennen Sie das, was Sie konsumieren? (Crack, Freebase, Steine u.a.)
- Gibt es unterschiedliche Formen von Crack auf der Szene, mit unterschiedlichen Bezeichnungen?
- Falls ja: welche Unterschiede stellen Sie fest?
- Haben Sie schon mal selbst Crack hergestellt/ gekocht? Falls ja: wie? Oder wissen Sie solches von anderen Konsument*innen?

Konsummuster/-gewohnheiten und Wirkung

- **Wann und wie oft wird konsumiert? (Konsummuster? Den ganzen Tag, vorwiegend abends, nur am Wochenende?)**
- Konsumieren Sie eher alleine oder in Gesellschaft?
- Wo wird konsumiert und warum dort?
- Konsumieren Sie Crack eher in Phasen (häufig) wiederholten Konsums („Binges“) oder eher über den Tag verteilt (Gründe hierfür?)
- Gibt es Auslöser oder bestimmte Situationen, in denen Sie (mehr) konsumieren?
- Wie nehmen Sie die Rauschwirkung von Crack wahr? Wie würden Sie die Wirkung beschreiben?

Crack und andere Drogen

- **Welche Rolle spielt Crack für ihren gesamten Drogenkonsum? (Heroin, Benzos, Alkohol u.a.; z.B.: typische Konsumabfolgen und Gründe dafür)**
- Konsumieren Sie Crack auch in Kombination mit anderen Drogen? Falls ja: warum und welche Wirkung möchten Sie erreichen?
- Konsumieren Sie auch regelmäßig Pulverkokain? Wenn ja, wovon ist es abhängig, welche Form der Droge Sie nehmen?

Gründe und Funktion im Alltag

- **Warum konsumieren Sie Crack?**
- Welche Funktion hat Crack in Ihrem Alltag?
- Gibt es bestimmte Anlässe, zu denen Sie Crack konsumieren?
- Welchen Einfluss hat der Crack-Konsum auf Ihren Tagesablauf? Und ihre Lebensgestaltung?

Gewohnheit/Abhängigkeit

- **Hat sich Ihr Konsummuster im Laufe der Zeit verändert? Warum?**
- Wie leicht/schwer fallen Ihnen Konsumpausen?
- Haben Sie Konsumregeln (Menge, Zeiten etc.), um den Konsum zu begrenzen? Welche?
- Würden Sie sich selbst als abhängig bezeichnen?
- Wie geht es Ihnen, wenn sie kein Crack konsumieren? (*Entzugerscheinungen*)
- Was unternehmen Sie gegen Entzugerscheinungen?

Alternativen zu Crack

- **Als Ersatz für Heroin gibt es Substitutionsmittel. Gibt es eine Droge, die Crack auf diese Weise ersetzen könnte? Oder irgendwie anders dazu beitragen könnte, auf Crack zu verzichten?**
- Was könnte Ihnen persönlich helfen, weniger Crack zu rauchen? (*Räumlich, Hilfeangebote usw.*)

Crack in Berlin

- **An welchen Orten/ Bezirken wird Crack konsumiert bzw. gibt es eine „Crack-Szene“? Was macht diese Orte aus? Ändern sich diese Orte manchmal?**

- Hat sich in den letzten 12 Monaten etwas Wesentliches geändert, was die Verbreitung und den Umgang mit Crack betrifft?
- Wenn Person schon länger auf der Szene ist: Seit wann spielt Crack eine Rolle auf der Szene in Berlin?
- Wie erleben Sie den Umgang mit anderen Crack-Konsumierenden auf der Szene?
- Wie erklären Sie den Anstieg des Crack-Konsums in Berlin?

Angebote

- **Möchten Sie etwas an Ihrer Situation verändern?**
- Nutzen Sie Informationen aus Broschüren oder dem Internet zu Crack und rauchbarem Kokain? Wenn nein, warum nicht?
- **Nutzen Sie Beratungs- und Hilfeangebote der Drogenhilfe? Wenn nein, warum nicht?**
- Nutzen Sie das Angebot der Konsumräume? Wenn ja, wie oft, zu welchen Zeiten und Gelegenheiten? Ggf.: warum nutzen sie die Räume nicht bzw. nicht immer?
- Nutzen Sie Angebote der Schadensminimierung? (Pfeifen etc.) Wenn nein, warum nicht?
- Welche weiteren Hilfsangebote würden Sie sich wünschen?
- Körperliche/ psychische Beschwerden bzw. Veränderungen im Laufe der Zeit?

Leitfadenprotokoll Fokusgruppen

Im Rahmen der Fokusgruppen-Diskussion wurden folgende Themenfelder und Leitfragen durch die Expert*innen diskutiert:

Wahrnehmung und Erfahrungen

- Wie nehmen Sie aktuell die Situation des Crack-Konsums in Ihrem Arbeitsumfeld wahr?
- Welche Entwicklungen haben Sie in den letzten Jahren beobachtet?
- Welche Personengruppen sind besonders betroffen?
- Wo begegnet Ihnen Crack-Konsum in Ihrer beruflichen Praxis?

Institutionelle Einbettung und Versorgungspraxis

- Wie ist die Versorgung von Crack-Konsument*innen in Ihrer Institution organisiert?
- Welche besonderen Herausforderungen erleben Sie im Umgang mit dieser Zielgruppe?
- Welche institutionellen Angebote funktionieren gut – welche weniger?
- Welche spezifischen Bedarfe sehen Sie in der Versorgung?

Kooperations- und Kommunikationsstrukturen

- Mit welchen anderen Institutionen arbeiten Sie in diesem Zusammenhang zusammen? (Suchthilfe, Sozialpsychiatrie, Wohnungslosenhilfe, Gemeinwesen, Polizei, Ordnungsbehörden etc.)
- Wie verlaufen Kommunikation und Koordination in akuten Fällen?
- Gibt es verbindliche Absprachen oder standardisierte Prozesse zwischen den Einrichtungen?
- Wo sehen Sie Brüche oder Schnittstellenprobleme?
- Was läuft gut – und was erschwert eine gelingende Kooperation?

Versorgungsbarrieren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen

- Welche Hürden bestehen für Crack-Konsument*innen beim Zugang zu Hilfen?
- Welche rechtlichen, institutionellen oder gesellschaftlichen Faktoren wirken hemmend?
- Gibt es Unterschiede in der Versorgung zwischen stationären und ambulanten Angeboten?

- Wie wirkt sich die Stigmatisierung von Crack-Konsum auf die Versorgungslage aus?

Perspektiven und Verbesserungsvorschläge

- Was müsste sich ändern, um die Versorgung Crack-Konsumierender zu verbessern?
- Welche Kooperationen oder Modelle erscheinen Ihnen besonders vielversprechend?
- Welche gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen wären hilfreich?
- Gibt es Good-Practice-Beispiele, aus denen gelernt werden kann?

Freitextantworten der Szenebefragung

Tabelle 4: Freitextantworten zu Crack-assoziierten Problemen

Nr.	Freitextantworten zu Problemen, die eher auftreten oder schlimmer geworden ist, seit Beginn des Crack-Konsums (im Original; Rechtschreibung korrigiert)
1	Mittellosigkeit, nie Geld
2	geschwächtes Immunsystem
3	schlechte zähne
4	alles
5	alles ist schlimmer geworden
6	in Beziehung Stress, Antriebslosigkeit
7	körperliche Probleme Fallhand bei 14 Leuten)
8	Aggressivität und Gewalt in der Szene, weniger Zusammenhalt
9	Die Szene ist schlimmer geworden, aggressiver
10	alles
11	Sport vernachlässigt
12	manche Wunden heilen nicht mehr
13	Unzuverlässigkeit und finanzielle Probleme
14	Psyche
15	Freunde verloren
16	kein Geld für Essen etc.
17	sehr stark abgenommen, schlafen an unsicheren Orten
18	Stress mit Polizei
19	nein
20	alles im Leben, Trennung der Partnerschaft
21	Scham
22	Scham wegen des Konsums
23	Beziehungsproblem
24	mehr verbittert
25	Schwierigkeit mit Planungen, unflexibel durch die Sucht, Aufmerksamkeitsspanne nimmt ab, Geduld lässt nach
26	Suchtgefühl ist stärker geworden
27	Unzuverlässigkeit, man schiebt alles auf die lange Bank, weniger ordentlich, Wohnung dreckig
28	Alltag ist schwieriger geworden

Nr. Freitextantworten zu Problemen, die eher auftreten oder schlimmer geworden ist, seit Beginn des Crack-Konsums
(im Original; Rechtschreibung korrigiert)

29 Geldmangel, das ganze Geld geht an den Konsum

30 lustlos, faul, Vergesslichkeit, man denkt nur an heute und jetzt

31 Zähne

32 Angst

33 Kontakt zu Familie

34 Geld

35 Keine Energie mehr

36 Augen, Juckreiz

37 Ausgrenzung

38 Eifersucht und Provokation

Tabelle 5: Freitextantworten zu Verbesserungsvorschlägen

Nr.	Freitextantworten zu der Frage: „Was könnte man Ihrer Meinung nach ansonsten beim Hilfesystem in Berlin verbessern?“ (im Original; Rechtschreibung korrigiert)
1	Unterbringung immer offen
2	gesundheitliche Versorgung für Leute auf der Straße
3	mehr auf die Konsumenten einlassen, mehr Herzlichkeit und Interesse für Hilfesuchende
4	Jobcenter umkrempeln
5	mehr Schutzräume und saubere WC's für Frauen
6	Ärzte brauchen mehr Kompetenz, was Sucht und Substitution angeht und Lebensrealität
7	mehr Angebote/ Unterkünfte für hilfsbedürftige Menschen (Rollstuhl, psychische Probleme)
8	häufiger an die Orte kommen
9	aktiver auf Süchtige zugehen ohne Druck und Erwartungen und medizinische Hilfe für Leute, die sich selbst nicht darum kümmern können
10	mehr Aufenthaltsorte für Süchtige (wie Jugendheim)
11	mehr Konsumräume die offen sind
12	Hausärzte nehmen ihn nicht auf
13	Notschlafplätze ganzjährig und mehr Konsumräume 24/7
14	Substitution wenn man keinen Pass hat oder Krankenversicherung
15	Prozesse vereinfachen
16	mehr auf die Leute zugehen
17	Er wünscht sich, dass Drogen legal werden
18	mehr Angebote, dass alle erreicht werden
19	Mehr Toiletten für Frauen
20	Alles, viele Angebote schließen
21	Schlafplätze nachts und dass Läden mit Angeboten wie essen nicht so oft zu sind
22	Gegen Gewalt an Konsumräumen durch bspw. Dealer vorgehen
23	Ausländerbehörde
24	nettere Sozialarbeiter im Gefängnis
25	mehr Angebote zum sicheren Konsumieren
26	mehr Geld
27	menschlicher Umgang, mehr Herzlichkeit

Nr. Freitextantworten zu der Frage: „Was könnte man Ihrer Meinung nach ansonsten beim Hilfesystem in Berlin verbessern?“

(im Original; Rechtschreibung korrigiert)

- | | |
|----|---|
| 28 | Jugendamt soll Kontakt zum Kind ermöglichen |
| 29 | Wohnungssuche, Arbeit |
| 30 | mehrsprachige Angebote z.B. ukrainisch |
| 31 | Sozialarbeiterinnen sollen den persönlichen Kontakt suchen |
| 32 | schneller, verlässlicher |
| 33 | längere Öffnungszeiten, bessere Vernetzung, mehr Angebote |
| 34 | 24/7 Öffnungszeiten, die Öffnungszeiten sind zu kurz |
| 35 | Hilfe auf Arabisch |
| 36 | leichter in die Entzüge kommen, geringere Hürden |
| 37 | die Wohnraumsituation, es gibt keine Wohnungen, wenn man auf der Straße lebt, wird man schnell rückfällig |
| 38 | mehr Gelder für die soziale Arbeit, mehr Therapieplätze, Entnazifizierung der Gefängnisse |
| 39 | 24-Stunden-Angebote, damit sie erreicht werden können |
| 40 | mehr Streetworker auf der Straße |
| 41 | sie muss barrierefrei werden, mit dem Rollstuhl schlecht zu erreichen, es gibt viel Diskriminierung |
| 42 | er kennt die Angebote nicht |
| 43 | er wusste nicht viel darüber |
| 44 | Leerstand zu Sozialbauwohnungen umbauen, Wohn- und Schlafplätze für alle ermöglichen |
| 45 | niedrigschwelliger, das ganze System muss neu aufgestellt werden |
| 46 | für Rentnerinnen sollte es mehr Unterstützung geben, die Rente ist zu niedrig, mehr finanzielle Unterstützung |
| 47 | besserer Zugang, ist schwer aufzufinden |
| 48 | besserer Zugang zum Gesundheitssystem, sie möchte substituiert werden |
| 49 | bessere gesundheitliche Angebote |
| 50 | weiß es nicht |
| 51 | bessere Hilfe in Bezug auf Wohnraum |
| 52 | mehr Personal einstellen |
| 53 | ist okay |
| 54 | nettere Sozialarbeit |
| 55 | mehr Angebote mehr Offenheit |
| 56 | Substitution |

Nr. Freitextantworten zu der Frage: „Was könnte man Ihrer Meinung nach ansonsten beim Hilfesystem in Berlin verbessern?“

(im Original; Rechtschreibung korrigiert)

57 System menschlicher machen

58 einiges

59 mehr Einbindung in der Gesellschaft

60 alles

Impressum

Herausgeber

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1 | 10117 Berlin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Stand

31. März 2026

