

Arbeitsbericht des Crack-Street-Projektes

Frühjahr 2001



WALK MAN

Kommunale Kinder-, Jugend- und Familienhilfe

La Strada

Aidshilfe Frankfurt

Ambulanz Schielestraße

Malteser

1. Inhaltsverzeichnis

1. Inhaltsverzeichnis	2
2. Crack-Street-Projekt	3
3. Entstehung und Entwicklung des Crack-Street-Projektes	3
4. Darstellung der Entwicklung der Szene	5
5. Ziel der Arbeit	7
6. Arbeitsmethode und -mittel	7
7. Aktuelle Verelendungstendenzen in der Szene	8
8. Grenzen der Erreichbarkeit	10
9. Mögliche Funktionen einer anderen Substitution	11
10. Kooperation mit anderen Einrichtungen	11
11. Fallbeispiele	12
Paul K., 35 Jahre	13
Carla J., 17 Jahre	14
12. Statistik	16

Kontakt über:

WALK MAN

Kommunale Kinder-, Jugend- und Familienhilfe Frankfurt am Main
Ein Betrieb der Stadt Frankfurt

Martin Dörrlamm, Pelle Heemann

Tel: 069 / 73 68 90

Fax: / 24 00 57 28

e-mail: walkman@freenet.de

2. Crack-Street-Projekt

Das Crack-Street-Projekt ist ein interdisziplinäres Team aus Jugendhilfe, Drogenhilfe und Medizin, das aufsuchende Arbeit innerhalb der Frankfurter Straßen-Drogen-Szene leistet. Es besteht aus MitarbeiterInnen der Aufsuchenden Straßensozialarbeit der Kommunalen Jugendhilfe (WALK MAN), des Drogenhilfeprojektes der AIDS-Hilfe Frankfurt (La Strada) und der Malteser (Substitutionsambulanz in der Schielestraße). Aus diesen Einrichtungen arbeiten jeweils zwei bzw. drei konkrete Personen kontinuierlich im Projekt mit. Der Stundenumfang beläuft sich auf jeweils ungefähr eine halbe Stelle, so daß wir drei mal die Woche im Rahmen des Projektes für mehrere Stunden auf der Straße unterwegs sind. Entscheidend für diese Arbeitsform ist unsere Präsenz in der Szene bzw. in den Einrichtungen im Rahmen unserer sonstigen Tätigkeiten. Jede Stunde auf der Straße führt zu mindestens einer weiteren Stunde, die wir in der Folge in unseren jeweiligen Einrichtungen mit oder für die KlientInnen leisten. Nach der Kontaktaufnahme und ersten Krisenintervention ist erst hierdurch eine Einleitung weiterer Hilfen gemäß Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und den anderen Angeboten der Drogenhilfe und Medizin möglich. Ziel der Arbeit des Crack-Street-Projektes ist die Reduktion von Gesundheitsgefahren und eine Verbesserung der Lebensverhältnisse, um – wo dies möglich ist – einen Ausstieg aus der Straßenszene zu unterstützen.

3. Entstehung und Entwicklung des Crack-Street-Projektes

Der Konsum von Crack wurde im Laufe der 90er Jahre von verschiedenen Einrichtungen zunehmend thematisiert. Im Bereich der aufsuchenden Sozialarbeit des Jugendamtes Frankfurt wurden wir seit etwa 1993 immer wieder mit jüngeren CrackkonsumentInnen konfrontiert. Wenig später kamen auch die Einrichtungen der Drogenhilfe in Kontakt zu Crack-KonsumentInnen. Diese verursachten dann aber schnell Schwierigkeiten in den auf relativ ruhige Opiatabhängige ausgerichteten Einrichtungen. Insbesondere im Krisenzentrum „La Strada“ wurden in der zweiten Hälfte der 90er konzeptionelle Vorüberlegungen zum Umgang mit dieser Klientel angestellt. Auch in den Substitutionsambulanzen führte der – dort bei Urinkontrollen direkt nachvollziehbare – Anstieg des Beikonsums von Kokainderivaten zu angespannteren

Situationen. Dies wurde vor allem von der Ambulanz in der Schielestraße immer wieder thematisiert.

1997 begann die Frankfurter Polizei zwischen Kokain und Crack genauer zu differenzieren und richtete schließlich eine Arbeitsgruppe ein, die speziell auf die damals noch getrennt existierende Crack-Szene abzielte. Hierdurch wurden sowohl die Sicherstellungsmengen erhöht als auch der politische Druck, die veränderten Konsumgewohnheiten zur Kenntnis zu nehmen. Frankfurt wurde in der (Boulevard-)Presse weiterhin als Drogenhochburg und Vorreiter bei der den USA folgenden Entwicklung geschildert. Da die Frankfurter Polizei sehr frühzeitig erkannt hatte, daß allein mit polizeilichen Mitteln eine Zerschlagung bzw. Befriedung der Drogenszene nicht zu erreichen ist, gab es seit Ende der 80er Jahre Koordinierungsgespräche mit städtischen Stellen und freien Trägern der Drogenhilfe. In diesem Gremium wurde das drogenpolitische Vorgehen auf kommunaler Ebene abgestimmt und koordiniert (sogenannte „Montagsrunde“, ergänzt durch die „Freitagsrunde“ auf Einrichtungsebene). Hier wurde die Entstehung des Crack-Street-Projektes im Laufe des Jahres 1997 vorbereitet.

Geplant war zunächst nur ein dreimonatiger Probelauf (September bis Dezember '97), in dessen Verlauf eruiert werden sollte, ob die Gruppe der Crack-User überhaupt erreicht werden könne. Auf Grund der in Presse und Literatur gezeichneten Zerrbilder über diese Menschen – aggressiv, gewalttätig, unkontrolliert etc. – waren die Erwartungen hier zunächst sehr zurückhaltend. Tatsächlich machten wir zu Beginn der Arbeit immer wieder die Erfahrung, daß auf uns sehr zurückhaltend reagiert wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt war die einzige an der Crack-Szene interessierte Personengruppe die Polizei. Insofern nannten wir es bald „Kripoeffekt“, wenn wir irgendwo auftauchten und kurz darauf alle Dealer und Crack-User verschwunden waren. Der direkte Zugang zu einzelnen KonsumentInnen, zu Beginn insbesondere Jugendliche und Junge Erwachsene, hatte den Effekt eines Türöffners. Gespräche mit einzelnen Usern führten dazu, daß diese anschließend unsere Anwesenheit (und die Tatsache, daß wir nicht zur Polizei gehören) regelmäßig den übrigen KonsumentInnen erklären mußten. Durch die Kontakte im Rahmen unserer sonstigen Arbeit konnten wir so nach und nach einen großen Bekanntheitsgrad in der Szene erlangen.

In den ersten drei Monaten wurde klar, daß ein unspezifisches Serviceangebot wie etwa der Spritzentausch Ende der 80er Jahre für die Kontaktaufnahme zu dieser

Szene untauglich ist. Die verschiedentlich geäußerte Vorstellung, mit einem Bus „in die Szene“ zu fahren und Iso-Drinks zu verteilen, scheiterte also nicht nur daran, daß es keine größeren Ansammlungen gab. Ansammlungen von mehr als 10 oder 15 Personen wären ein klares Ziel für die Polizei gewesen. Außerdem führt die „Geschwindigkeit“ der Droge – große Agilität der Konsumenten, praktisch keine Aufbereitungszeiten – dazu, daß sich größere Gruppen schnell verlaufen. Trotzdem wurden wir sehr schnell von den KonsumentInnen gesucht und angefragt. Dabei ging es vor allem um konkrete kurzfristige Hilfen, ebenso um einen ernstzunehmenden Kontakt jenseits der Szene. So wurden wir, wie in der Jugendhilfe, auch von älteren Klienten „ausgetestet“. Häufig waren gescheiterte Terminvereinbarungen der Aufhänger, um einzelnen Usern „hinterher zu laufen“, sich mit ihren wirklichen Bedürfnissen auseinanderzusetzen und mit ihnen langsam adäquate Zielsetzungen zu entwickeln. Nach der dreimonatigen Probephase ließ sich festhalten, daß nicht „die“ Crack-Szene durch das Projekt zu erreichen war. Trotzdem hatten die einzelnen KonsumentInnen ein großes Interesse an der Auseinandersetzung mit Personen jenseits der Szene. Weder Sozialarbeiter noch Mediziner waren ausschließlich als funktionales Serviceangebot gefordert, vielmehr suchten die Crack-UserInnen nach den dahinterstehenden Personen. Insofern erreichte das Projekt die CrackkonsumentInnen sehr schnell über „Türöffner“. Gemeinsame Arbeitsgrundlage wurde, auf Grund der speziellen Erfordernisse dieser Klientel, eine starke Einzelfallorientierung. Zwischen Drogenreferat und Jugendamt wurde die Fortführung des Projektes auf Grund der erfolgreichen Probephase vereinbart.

4. Darstellung der Entwicklung der Szene

Zu Projektbeginn im September 1997 fanden wir noch zwei deutlich räumlich voneinander getrennte Szenen in Frankfurt vor. Zwischen beiden lag die größte und als erste aufgebesserte Straße des Bahnhofsviertels, die Kaiserstraße. Auf der einen Seite wurde ausschließlich Crack verkauft und konsumiert, auf der anderen Seite lagen die Einrichtungen der Drogenhilfe und der Konsum von Heroin und Kokain wurde intravenös vollzogen. Neben diesen Bereichen im Bahnhofsviertel existierten einige reine Handelstreffpunkte im Innenstadtbereich, die sich nach Dealer- und Polizeiaufkommen verschoben. Bei zu hohem Polizeidruck im Viertel wurden diese auch von der Bahnhofsszene genutzt. Bis auf durch einige Einzelne wurde diese Grenze kaum überschritten. Auf beiden Seiten bestanden massive Vorbehalte gegen die jeweils

andere. Einerseits wurde Crack als besonders bedrohlich beschrieben, andererseits wurde Wert darauf gelegt, daß man ja nur rauche und nicht (mehr) intravenös konsumiere. Auf beiden Seiten wurden Verelendung und Stigmatisierung jeweils auf die andere Seite projiziert.

Im Laufe des folgenden Jahres nahm die gegenseitige Toleranz und die Häufigkeit der – auch kurzzeitigen – „Seitenwechsel“ deutlich zu. Insbesondere i.v.-KokainkonsumentInnen nutzten zunehmend das angeblich reinere rauchbare Kokain. Das Ausweichen vor dem relativ hohen Polizeidruck auf die Crack-Szene und die Notwendigkeit, die hochgradig agitierende Wirkung von Crack gelegentlich abzdämpfen, taten ein übriges. Bis 1999 hatten sich die beiden Szenen vollständig vermischt. Seit Ende 1999 gibt es nur noch einige wenige KonsumentInnen, die nicht in (zeitlich und individuell) unterschiedlichem Ausmaß sowohl Heroin und Kokain intravenös als auch Crack über Lunge konsumieren.

Die wenigen reinen Opiatabhängigen sind permanent mit der Existenz von Crack konfrontiert. Darüber hinaus ist über lange Phasen Kokain in der Szene nicht in Pulverform zu bekommen. Nasaler oder intravenöser (Bei-)Konsum scheitert inzwischen häufig am fehlenden Angebot. Umgekehrt läßt sich der vorübergehende ausschließliche Konsum von Crack auf Grund der physischen und psychischen Belastungen auf Dauer kaum durchhalten. So steigen jüngere KonsumentInnen, die in der Straßenszene mit Crack beginnen und so lange dort verbleiben, meist nach einem Zeitraum von einem halben oder gar ganzen Jahr auch auf Heroin und / oder Benzodiazepine ein. In Einzelfällen bietet dies den ersten Ansatzpunkt für eine Wahrnehmung der Drogenabhängigkeit (s. Punkt 9).

Der polyvalente Gebrauch der jeweils verfügbaren Drogen ist damit zu einem zentralen Kennzeichen der Frankfurter Straßenszene geworden. Darüber hinaus hat die flächendeckende Verbreitung von Crack die Unterscheidbarkeit von Händlern und KonsumentInnen fast vollständig verschwinden lassen. Die erhöhte Geschwindigkeit von Handel und Konsum dieser Droge läßt diese Grenze verwischen. KonsumentInnen versuchen durch die Anbahnung und Vermittlung von Geschäften eine Form von Provision, den „Schnapp“, zu machen, phasenweise steigen sie zum Zwischenhändler auf oder können vorübergehend irgendwo ihre Steine selber aufkochen. Umgekehrt haben immer wieder Dealer angefangen, selber ihre Ware zu konsumieren, und sind so fester Bestandteil der Szene geworden. Auch Leute aus der Wohnsitzlosenszene wurden gelegentlich als sogenannte „Bunker“ genutzt und begannen die bei

ihnen gelagerten Steine zu konsumieren. Inzwischen läßt sich feststellen, daß der größte Teil der Szene Crack untereinander teilt, sich gegenseitig vermittelt oder verkauft. Ein Stein wird nicht nur gekauft und konsumiert, sondern Teile davon werden weiterverkauft, geteilt und wieder verkauft. Da der Verkaufswert bei diesem Prozeß höchsten geringfügig abnimmt, schwanken die Preise für die Konsumeinheit innerhalb kürzester Zeit um mehr als hundert Prozent.

5. Ziel der Arbeit

Im Laufe der vergangenen drei Jahre hat sich eine gemeinsame Zielsetzung des Projektes in der praktischen Arbeit mit den KlientInnen entwickelt. Dies war ein längerer Prozeß, da die unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen der verschiedenen Disziplinen zu unterschiedlichen Wahrnehmungen und Perspektiven geführt haben. Gemeinsam ist allen ProjektmitarbeiterInnen, daß sie die individuellen Handlungsspielräume der KlientInnen möglichst erweitern wollen. Dies hat nicht notwendig eine vollständige Abstinenz zur Voraussetzung. Vielmehr ist auch ein kontrollierter Konsum (einzelner) Drogen ein mögliches Teilziel. Allerdings ist Abstinenz oder ein kontrollierter Konsum unter den Bedingungen der Straßenszene am Frankfurter Hauptbahnhof – wenn überhaupt – nur kurzfristig umsetzbar. Insofern teilen alle Mitarbeiter die Zielsetzung der Loslösung von der Straßenszene am Bahnhof als Voraussetzung für ein möglichst weitgehend selbst bestimmtes Leben. In diesem Sinne ist die Arbeit des Crack-Street-Projektes strikt ausstiegsorientiert aus dem Frankfurter Bahnhofsmilieu. Zentrales Ziel ist die Entwicklung einer Perspektive jenseits der Straße.

6. Arbeitsmethode und -mittel

Um dieses Ziel zu erreichen, ist es notwendig, eine Vertrauensbasis zu den einzelnen KlientInnen aufzubauen. Hierzu dient insbesondere die Akutversorgung mit Lebensmitteln, Nikotin, Schlafplätzen etc. Auch die Möglichkeit, medizinische Minimalversorgung sofort auf der Straße leisten und alle Ressourcen der verschiedenen Hilfesysteme überblicken zu können, trägt dazu bei, einen intensiven Kontakt zu den einzelnen Personen aufzubauen. Gerade bei Crack-Usern ist es wichtig, sofort reagieren zu können. Ausstiegswünsche, aber auch die Einsicht in die Notwendigkeit einer Versorgung mit Lebensgrundlagen, werden zu gunsten des Konsums innerhalb kürzester Zeit zurückgestellt. Um so wichtiger ist es, kontinuierlich in Richtung einer

Veränderung der sozialen Situation zu arbeiten. Gleichzeitig wäre es notwendig, das bestehende Hilfesystem so zu flexibilisieren, daß es kurzfristig auf Veränderungswünsche reagieren kann. Gegenwärtig können wir eine solche Flexibilisierung durch unsere guten Kontakte zu den verschiedenen Einrichtungen im Einzelfall herstellen.

Die Akutversorgung in der Szene ist eine Grundlage für die längerfristig angelegte Beziehungsarbeit. Die Begleitung der einzelnen Menschen über die verschiedensten Schritte ihrer Entwicklung ist wesentliches Element der Arbeit des Crack-Street-Projektes. So begleiten wir KlientInnen kontinuierlich auch in den unterschiedlichsten Einrichtungen. Ein Aufenthalt in einer Justizvollzugsanstalt, einem Krankenhaus oder bei Bekannten etwa kann unter Umständen einen entscheidenden Ansatzpunkt für eine solche Veränderung bieten. Das gilt aber für diese Klientel nur, wenn der Kontakt aufrecht erhalten wird und eine entsprechende Perspektive klar vertreten wird. Deshalb ist es für unsere Arbeit auch wichtig, KollegInnen in den entsprechenden Einrichtungen zu verdeutlichen, worin wir unsere Aufgabe in diesem Prozeß sehen, und welche Formen von gegenseitiger Unterstützung hierfür notwendig sind.

Zur Kontaktaufnahme und zur minimalen Krisenintervention steht dem Projekt ein geringes Handgeld zur Verfügung. Hiermit können ad hoc Lebensmittel, Tabak, Medikamente oder Fahrkarten eingekauft werden. Im Einzelfall werden auch Barbeträge ausgegeben. Dies dient allerdings nur zur Verstärkung der Motivation, die eigene Situation positiv zu verändern. Zur vorübergehenden Unterbringung können wir auf die Ressourcen der jeweiligen Hilfesysteme, Krisenzentren der Drogenhilfe, Hotelunterbringung bei jungen KonsumentInnen, zurückgreifen. Die medizinische Versorgung stellt hierbei ein nicht zu unterschätzendes Mittel dar. Die ärztliche Autorität hat, wie sonst in der Gesellschaft auch, einen hohen Stellenwert und hilft häufig, eine Ausstiegsmotivation aufzubauen.

7. Aktuelle Verelendungstendenzen in der Szene

Nicht zuletzt auf Grund des extrem angestiegenen Crackkonsums in der Straßenszene ist eine zunehmende massive Verelendung zu beobachten. Das drückt sich in einer deutlich steigenden Tendenz der Todeszahlen für die ersten Monate des Jahres 2001. Eine Zunahme der Drogennotfälle in den Konsumräumen ist zu beobachten. Der schlechter werdende physische und psychische Gesamtzustand der Menschen auf der Szene, erschwert auch die sozialarbeiterische und medizinische Akutversorgung. Zu vermuten ist ein gegenwärtig wieder zunehmender Anteil an Infektio-

nen (HIV, HCV, TB, Pneumonien) und Mangelerscheinungen (Anämien, Vitaminmangel etc.). Der körperliche Verfall erreicht oder übertrifft in vielen Einzelfällen die Dimensionen aus Zeiten der Taunusanlage Ende der 80er Jahre.

Substitution und der Aufbau der Versorgungsstrukturen (z.B. Sprizentausch und Einrichtung von Konsumräumen) für ältere Opiatabhängige haben über die 90er Jahre zu einer kontinuierlichen Abnahme der Todeszahlen und einer verhältnismäßig gesicherten medizinischen Versorgung der Szene geführt. In letzter Zeit wurde sogar über „Altersheime für Junkies“ nachgedacht. Für die in der Szene Verbliebenen war mit dieser Entwicklung allerdings keine individuelle Perspektive verbunden, so daß bei vielen älteren Opiatabhängigen der Einstieg in den Crackkonsum die einzige Perspektive für einen „Kick“ war. Die restriktive Haltung der Substitutionskommission in Bezug auf den Beikonsum von Kokainderivaten führt dann häufig zum Rauschmiß aus der Substitutionsbehandlung. Unter Umständen werden KonsumentInnen dadurch die letzten verbindlichen Strukturen genommen.

Die extreme körperliche Belastung, die mit dem Konsum von Crack einhergeht, traf bei diesen Menschen auf einen auf niedrigem Niveau stabilisierten medizinischen Gesamtzustand. Die vollständige Verbreitung von Crack in der gesamten Straßenszene, wie sie in Frankfurt in den letzten drei Jahren zu beobachten war, führt damit zu der oben geschilderten massiven Verelendung. Allerdings führt neben der rein physischen Belastung durch den Konsum von Crack auch das hier übliche Konsummuster zu relativ rascher körperlicher und sozialer Verelendung. Die vielfach beschriebene Wirkung von Crack verursacht den dringenden Wunsch, nach einem Konsumvorgang „nachzulegen“. Häufig ist das mit den sogenannten „Runs“ – also dem durchgehenden Konsum bis zur körperlichen oder finanziellen Erschöpfung – über mehrere Tage verbunden. Dabei werden körperliche Grundbedürfnisse vollständig ignoriert. Der Verlust von eventuell noch bestehenden sozialen Zusammenhängen – Arbeit, Wohnung, Familie, Freundeskreis – verursacht einen relativ schnellen Absturz in die Straßenszene. In dieser Szene gibt es kaum Auffangmöglichkeiten oder Ansatzpunkte, um den Konsum zu begrenzen. In dieser Situation ist mehr denn je Sozialarbeit im Sinne von langfristiger Beziehungsarbeit und intensiver Betreuung und Auseinandersetzung gefordert. Reine Serviceangebote führen nicht zur erwünschten Anbindung der KonsumentInnen. Einerseits gibt es im Gegensatz zum Anfang der 80er Jahre kaum Angebote, die für CrackkonsumentInnen interes-

sant genug sind, andererseits fehlt dabei eine adäquate Möglichkeit, eskalierende Situationen runterzubrechen.

Der mit dem Konsum verbundene Streß und die erhöhte Agilität und Aufnahmebereitschaft für äußere Reize führen immer wieder zu Konflikten und Aggressionsausbrüchen, insbesondere in den Krisenzentren der Drogenhilfe. Die zunehmende Zahl von Gewalttätigkeiten in den Einrichtungen und entsprechenden Hausverboten reduziert diesen Streß nicht, sondern führt zu einer weiteren Verschärfung der psychischen Situation. Diese Problematik hat sich im letzten Jahr kontinuierlich verschärft. Das führt dazu, daß adäquate Hilfsangebote nicht mehr wahrgenommen werden, weil sich das Verhältnis zwischen Klient und Sozialarbeiter durch die Ordnungsfunktionen ständigen Spannungen ausgesetzt ist. Auf der Straße mußten die Mitarbeiter der Drogenhilfe keine Regeln durchsetzen oder Sanktionen aussprechen. Auf Grund dieser Tatsache konnten wir zu vielen Personen eine tragfähige Helfer-Klient-Beziehung aufbauen, die keine Anbindung zur Drogenhilfe mehr hatten (Hausverbote). Durch dieses Vertrauensverhältnis war es uns möglich, in Gewaltsituationen deeskalierend wirken zu können. Trotz unserer Arbeit verliert eine größer werdende Gruppe jegliche deeskalierende Anbindung an die bestehenden Einrichtungen und wird nur noch von den Ordnungskräften erreicht.

8. Grenzen der Erreichbarkeit

Grundlage für die Arbeit mit dieser schwierigen Zielgruppe ist es, schon in der Situation auf der Straße für die KonsumentInnen interessante Angebote machen zu können. Eine perspektivische Arbeit ist jedoch nur dann möglich, wenn mit den Klienten gemeinsam ein Weg aus der Szene (zumindest potenziell) entwickelt werden kann. Bei einem Teil der Zielgruppe kann dies vorübergehend daran scheitern, daß sie nicht in der Lage oder nicht willens sind, ihre Situation zu verändern. Bei der Gruppe der KonsumentInnen, die keinen deutschen Paß besitzt, scheitert dieser Versuch allerdings an den fehlenden Möglichkeiten des Hilfesystems. Die aussichtslose Situation führt bei dieser Gruppe häufig zu extrem riskanten Konsummustern, und massiven Verelendungstendenzen. Hinzu kommt das vollständige Fehlen von sozialen Bindungen, die einen weiteren Absturz verhindern oder verlangsamen könnten. Bei dieser Gruppe kann das Crack-Street-Projekt ausschließlich kurzfristige Nothilfe leisten, da sie auch durch unsere Unterstützung nicht in den Stand gesetzt werden

können, ihre Lebenssituation grundlegend zu verändern. Es handelt sich hierbei vorwiegend um Menschen nord- oder ostafrikanischer Abstammung. Fehlende Pässe lassen sich in dieser Situation nicht ersetzen, da der Versuch zur Abschiebung führen kann. Der Aufenthaltsstatus läßt sich nur in wenigen Ausnahmefällen positiv klären, so daß diese Personen ausschließlich durch die Ordnungskräfte erreicht werden. Dies verschärft die psychische Belastung und trägt zur Gewalteskalation in der Szene bei.

9. Mögliche Funktionen einer anderen Substitution

Aktuell besteht das Ziel der üblichen Methadon-Substitution darin, die Substituierten in die Lage zu versetzen, sich ohne weiteren Konsum (harter) Drogen in die Gesellschaft zu integrieren. Vielfach scheitert diese Zielsetzung an den mangelnden Möglichkeiten der Integration in Arbeits- und Wohnungsmarkt oder der zu geringen Flexibilität angebotener Hilfen. Für die fest in die Straßenszene integrierten CrackkonsumentInnen ist dieses Ziel in der Regel zu hoch angesetzt. Diese Gruppe braucht viele verschiedene Einzelschritte, bevor eine solche Zielsetzung auch nur angedacht werden kann. Trotzdem kann die Substitution auch für diese Gruppe eine wesentliche Bedeutung auf diesem Weg bekommen. Insbesondere die tagesstrukturierende Wirkung der Methadon-Substitution und die regelmäßige Anbindung an medizinische Versorgung sind vielfach Voraussetzung, um notwendige Schritte zu einem eigenständigeren Leben gehen zu können. Auch die Möglichkeit der Suchtakupunktur führt häufig zu einer positiven Veränderung der Gesamtsituation der KlientInnen. In der praktischen Arbeit zeigt sich immer wieder, daß erst die Substitution es ermöglicht, z.B. Ausweis oder Krankenversicherung so zu regeln, daß eine reguläre Substitution möglich wird. Diese grundlegenden Voraussetzungen fehlen häufig in der Zielgruppe des Projektes. Die erfolgreiche Situationsveränderung durch die Methadon-Substitution und die Ermöglichung weitergehender medizinischer (allgemein, psychiatrisch, fachärztlich) und sozialarbeiterischer Versorgung sollte aber dazu führen, daß über eine Veränderung der Zugangsbedingungen und kurzfristigen Zielsetzungen der Substitution nachgedacht wird.

10. Kooperation mit anderen Einrichtungen

Durch seine verschiedenen Teile hat das Crack-Street-Projekt einen besonders guten Zugang zu den verschiedensten Einrichtungen aus den jeweiligen Bereichen. So

hat jede Institution gute Verbindungen zu den eigenen Kooperationspartnern. Das Projekt kann auf diese Kontakte problemlos zurückgreifen und hat somit auf Mitarbeiterebene direkt die Möglichkeit auf die verschiedenen Einrichtungen zuzugehen. Dieser Zugriff ist die Voraussetzung für die gemeinsame und abgestimmte Fortsetzung und den Erfolg der jeweiligen Einzelhilfen. Beispielsweise ermöglicht erst die enge Kooperation von WALK MAN mit der Entgiftungseinrichtung in Hasselborn, daß die besonders schwierig zu haltende Klientel durch uns weiterhin begleitet werden kann. Erst hierdurch können diese Personen eine Entgiftung durchstehen. Auch bei den älteren Crack-Usern stellen wir immer wieder fest, daß sie erst durch die weitere Begleitung in den Stand versetzt werden, die nächsten Schritte mit planen zu können. In den Fallbeispielen wird dargestellt, wie erst auf der Basis dieser Begleitung aus einer Entgiftung ein Schritt zu einer weiteren medizinischen Versorgung und daraus eine grundlegende Veränderung der sozialen Situation entstehen kann. Dadurch, daß die Kooperation auf Mitarbeiterebene stattfindet, können die jeweils konkreten Schwierigkeiten und Problemlagen einzelner Personen so transportiert werden, daß eine Situationsveränderung möglich wird.

Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit besteht das Netzwerk des Crack-Street-Projektes nicht allein aus allen Einrichtungen der Drogenhilfe im Bahnhofsbereich und dem Eastside, sondern erreicht auch die Hilfesysteme der Medizin und Jugendhilfe. Die Kombination von städtischen und freien Trägern in den Hilfesystemen findet sich in den Institutionen des Projektes wieder. Durch die enge Verzahnung des Projektes können wir je nach individueller Notwendigkeit des Einzelfalles unsere unterschiedlichen Zugänge gemeinsam nutzen. In der Kooperation kommt es uns darauf an, den MitarbeiterInnen der Einrichtungen die besonderen Problemlagen der KlientInnen so zu vermitteln, daß eine weitestgehende Flexibilisierung von Anforderungen und Hilfen zu einer adäquaten Unterstützung der jeweiligen Person führt. Dadurch sollen die KlientInnen in den Stand gesetzt werden, perspektivisch diese Angebote eigenständig zu nutzen.

11. Fallbeispiele

Bei der Darstellung von Fallbeispielen in bisherigen Arbeitsberichten hat sich gezeigt, daß die Beschriebenen für Kolleginnen und Kollegen häufig relativ eindeutig zu identifizieren waren. Da unsere Arbeit auf Freiwilligkeit und Parteilichkeit auf Seiten der KlientInnen beruht möchten wir vermeiden, daß Informationen, die nicht von ihnen

selber gegeben wurden, durch einen Arbeitsbericht transportiert werden. Deshalb haben wir uns, trotz aller Bedenken, entschieden, verschiedene individuelle Geschichten zu einem typischen Fallbeispiel zu kombinieren. Sollten einige Aspekte auf einen bestimmten Klienten hinweisen müssen also nicht alle anderen auf diese Person zutreffen. Wir hoffen durch die Kombination die typischen Problemlagen deutlicher zu machen.

Paul K., 35 Jahre

Paul, gebürtig aus Bayern, lebt seit seinem 5. Lebensjahr in Frankfurt. Als er 17 wurde verließ sein Vater Deutschland und ging zurück in die Vereinigten Staaten. Ein Bruder des Vaters lebt unter beengten Verhältnissen noch im Rhein-Main-Gebiet, seine Mutter starb bei der Geburt. Auf Grund einer Gehbehinderung wurde er früh von Gleichaltrigen ausgegrenzt. Nach dem Weggang des Vaters mußte er sich praktisch alleine durchs Leben schlagen. Durch massiven Alkoholkonsum verlor er sehr bald seine Wohnung und kam auf der Straße mit harten Drogen in Kontakt. Seit 16 Jahren konsumiert er Heroin, seit über fünf Jahren auch Crack. Bei einem Knastaufenthalt vor 8 Jahren wurden Hepatitis C und HIV-Infektion diagnostiziert. Seitdem hat Paul keinen Versuch mehr unternommen, seine Situation grundlegend zu verändern. Er lebte auf der Straße und übernachtete trotz seiner gesundheitlichen Situation regelmäßig in Kellereingängen oder auf Heizungsschächten. Als sogenannter „Service-Mann“ bietet er anderen Drogenabhängigen Hilfe beim i.v.-Konsum und konsumiert selber die im Filter verbleibenden Reste. Die Mitarbeiter der Drogenhilfe kennen ihn seit vielen Jahren, aber auch die Jugendhelfemitarbeiter waren schon vor fünf Jahren in Kontakt zu ihm gekommen, da besorgte Anwohner um Hilfe baten. Er lehnte über Jahre jegliche institutionelle Unterstützung ab, suchte aber den Kontakt zu den einzelnen Sozialarbeitern. In den letzten Jahren übernachtete er immer wieder für vier Wochen im La Strada. Nach Ablauf der Übernachtungszeit ging er wieder zurück auf die Straße. Seit einem Jahr versuchte er, in dieser Zeit einen Entgiftungsplatz zu finden, stieß aber jedesmal an die eigenen und institutionellen Grenzen.

Sein Gesundheitszustand verschlechterte sich massiv bis von den Ärzten eines Krisenzentrums der Verdacht auf TBC diagnostiziert wurde. Paul bekam Hausverbot in allen Einrichtungen des Bahnhofsviertels und die Auflage, den Verdacht beim Gesundheitsamt überprüfen zu lassen. Trotz Unterstützungsangeboten aus allen Einrichtungen dauerte es Wochen, bis das Gesundheitsamt den Verdacht ausräumen

konnte, ihn aber zur weiteren Abklärung zum Lungenarzt schickte. Die Hausverbote wurden aufrechterhalten und wir boten ihm immer wieder unsere Unterstützung auf der Straße an, damit er wenigstens die Einrichtungen der Drogenhilfe weiter nützen könne. Den Vorschlag, sich substituieren zu lassen, um wenigstens solche Arztbesuche hinzubekommen, lehnte er weiterhin ab, suchte aber nach wie vor Kontakt zu uns. Wochen später gelang der Arztbesuch und die Aufhebung der Hausverbote. Durch die wiederholten Unterstützungsangebote ergab sich eine Vertrauensbasis, die es durch einen Zufall (wir wurden von einer Ärztin aus einem Krisenzentrum begleitet) möglich machte, ihn an die Substitution im Bahnhofsviertel anzubinden. Erst die hierdurch mögliche Regelmäßigkeit setzte ihn in den Stand, das Prozedere für einen Entgiftungsplatz durchzuhalten. Bei unseren regelmäßigen Besuchen in der Entgiftung konnten wir den Plan der Einrichtung unterstützen, ihn in auf die Infektionsstation der Uniklinik (Haus 68) zu verlegen. Dort konnte endlich seine HIV-Infektion therapeutisch behandelt werden. Gleichzeitig kamen die Krankheiten aus der Zeit auf der Straße nun voll zum tragen. In der Uniklinik ließ er sich dazu motivieren, im Anschluß in eine betreute Wohnform zu gehen. Der schlechte Gesamtzustand führte dazu, daß er von dort in ein Wohn- und Pflegeheim wechseln wollte. Direkt nach der kurzfristigen Entlassung aus der Uniklinik konnten wir mit Hilfe der Entgiftungsstation ein Vorstellungsgespräch organisieren, mußten ihn aber zunächst in die Szene zurückbringen. Durch die guten Kontakte auch zu diesem Träger bekamen wir eine Stunde später dann doch noch eine Zusage und konnten Paul sofort in die Einrichtung bringen. Dort hat er sich inzwischen eingelebt.

Carla J., 17 Jahre

Carla, 17 Jahre aus G. in Sachsen, ist seit dem 15ten Lebensjahr Heroinkonsumentin. In ihrer Biographie war sie aufgrund ihres Drogenkonsums mehrmals in der geschlossenen Psychiatrie in Sachsen untergebracht. Sie kehrte aber immer wieder in die Drogenszene von G. zurück. Zum Schluß wurde sie von der dortigen Drogenhilfe über die Krankenkasse in einer therapeutischen Einrichtung in Hessen untergebracht. Die Jugendhilfe war bis zu diesem Zeitpunkt nicht involviert gewesen. Der Kontakt zu Carla entwickelte sich auf der Straße, wo Carla uns ansprach und nach einer Mark fragte. Es entwickelte sich ein Gespräch, bei dem sich herausstellte, daß sie sich seit zwei Wochen auf der Szene aufhält, inzwischen Steine konsumiert und keinerlei Ressourcen hat.

Wir gaben ihr ein Essensmärkchen und baten sie, am nächsten Tag, zu uns ins Büro zu kommen, wo die Ärztin sie intensiver untersuchen wollte, da sie über starke Halsschmerzen klagte.

Carla erschien in den nächsten Tagen nicht in unserem Büro, aber wir sprachen sie immer wieder auf der Straße an und gaben ihr was zu essen. Langsam fasste sie ein wenig Vertrauen und fragte uns, warum wir das tun würden und ob wir sie, wenn sie zu uns in das Büro kommen würde, wieder einsperren würden, wie das ihre Eltern mit der Unterbringung in der geschlossenen Psychiatrie getan hätten. Wir verneinten dieses und versprachen ihr herauszufinden, ob eine Vermißtenmeldung vorhanden sei. Dies war nicht der Fall und Carla kam am nächsten Tag zu uns in das Büro. Sie erhielt ein Hotelzimmer im Bahnhofsgelände, wo sie nun auch von der Ärztin untersucht werden konnte. Langsam gelang es uns, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, und sie legitimierte uns, mit ihrem Heimatjugendamt Kontakt aufzunehmen. Dieses erklärte sich für nicht zuständig, da Carla drogenabhängig sei. Trotzdem stellten wir einen Antrag gem. § 35a KJHG und baten um einen schriftlichen Bescheid. Gleichzeitig schalteten wir das zuständige Landesjugendamt Sachsen ein, mit der Bitte zu prüfen, ob Landesrecht vor Bundesrecht ginge. Das Jugendamt G. akzeptierte nun seine formelle Zuständigkeit. Es kam zu mehreren Hilfeplangesprächen sowohl in G., als auch in Frankfurt. Ziel war eine sozialpädagogische Intensivmaßnahme im Ausland. Ein Gerichtsverfahren wegen Ladendiebstahls wurde in Frankfurt verhandelt mit dem Ergebnis, Carla müsse sich in Jugendhilfe begeben. Das Jugendamt G. bat uns jetzt wiederum um Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Träger, da sie über keinerlei Erfahrungen verfügen würden. Es gelang, ein Projekt eines deutschen Trägers in Portugal zu finden, wo Carla sich inzwischen befindet. Inzwischen macht sie dort eine Ausbildung zur Tierpflegerin. Der gesamte Prozeß dauerte 3 1/2 Monate.

Crack-Street-Projekt in Zahlen für das Jahr 2000

Sozialarbeiterischer Bereich

Klienten gesamt	181
Begleitung zu Ämtern	308
Vermittlung in Entgiftungsbehandlung	72
Vermittlung in Übergangseinrichtungen	16
Vermittlung in Therapie	7
Vermittlung in Betreute Wohngemeinschaft	9
Vermittlung in Substitution	42
Psychosoziale Substitutionsbetreuung	/
Vermittlung in Krankenhäuser	30
Vermittlung in stationäre Jugendhilfe	22
Vermittlung in eigenen Wohnraum	/
Ausländerrechtliche Beratung	29
Rückführung	27
Besuch in JVA	61
Elterngespräche	47
Prozessbegleitung	27
Essensgutscheine ¹	1847

Vermittlung in Übernachtungsmöglichkeiten

Übernachtungen (Personen insgesamt)	117
Hotelunterbringung	59
La Strada (AHF)	37
Schielestr./Eastside (IDH)	15
Elbestr. (Drogennotdienst)	3

¹ Essensgutscheine können nur von WALK MAN für die jungen KlientInnen ausgegeben werden. Für die Erwachsenen konnte noch keine entsprechende Versorgungsstruktur entwickelt werden.

Ostpark (FVfSH)	2
Sleep In (Jugendliche/VAE)	1

Medizinische und therapeutische Hilfen

Medizinische Beratung auf der Straße	133
Medizinische Krisenintervention auf der Straße	157
Substitutionsbehandlung (Schieleambulanz)	47
Akupunkturbehandlung	18
Überweisung zu Fachärzten und Ambulanzen	34
Schwangerschaftstests	3
Selektive Entgiftung bei Methadonsubstituierten	12
Vermittlung in höherschwellige Substitutionsbehandlung	9
Substitutionsbehandlung erfolgreich abgeschlossen	1
Folgebehandlungen von Substituierten aus dem Crack-Street-Projekt in der Ambulanz Schielestraße	2253
Anbindung an psychiatrische Behandlung	22
HIV-Kombinationstherapie bei Substituierten	5
Patienten mit regelmäßig kokainfreien Urinkontrollen	7
Patienten mit kokainreduzierten Urinkontrollen	3
Komplettentgiftung und Therapie	2
Komplettentgiftung und Rückkehr ins Heimatland	2

Aufschlüsselung nach Alter

Die Grenze von 20 ½ Jahren ergibt sich aus einer Vereinbarung des Hessischen Städtetags. Dort wird die Zuständigkeit der Jugendämter bis zu dieser Altersgrenze festgeschrieben, um den Anforderungen des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* (SGB VIII) gerecht zu werden.

Hier: unter 20 ½ Jahren

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

Gesamt	77
Hotel (länger als drei Nächte)	59
Rückführung (z.B. Heimatgemeinden)	27
Essensgutscheine	1847
Begleitung zu Ämtern (Jugendämter, Sozialämter, ASD)	289
Ausländerrechtliche Beratung	3
Besuch in JVA	53
Prozessbegleitung	23
Vermittlung ins Krankenhaus	17
Vermittlung in Entgiftung	43
Vermittlung in Substitution	14
Psychosoziale Substitutionsbetreuung	/
Vermittlung in BWG der Drogenhilfe	9
Vermittlung in Übergangseinrichtungen	6
Vermittlung in Therapie	1
Elterngespräche	47
Vermittlung in stationäre Jugendhilfe nach KJHG §§ 34, 35, 35a	22

Hier: über 20 ½ Jahren

Gesamt	104
Begleitung zu Ämtern	19
Vermittlung in Entgiftungsbehandlung	29
Vermittlung in Übergangseinrichtungen	10
Vermittlung in Therapie	6
Vermittlung in BWG	
Vermittlung in Substitution	28
Vermittlung in Krankenhäuser	13
Ausländerrechtliche Beratung	26
Besuch in JVA	8
Prozessbegleitung	4