
2.1 Historische Entwicklung des Kokainkonsums

2.1.1 Die Botanik der Coca-Pflanze

Die botanische Grundlage aller Kokainprodukte ist der Cocastrauch. Diese pyramidenartige Bergpflanze wächst in 600–1800 Metern Höhe in feucht-warmem Gebirgsklima und kann bis zu fünf Meter groß werden. Die Wirkstoffkonzentration in der Pflanze hängt in erster Linie von der mittleren Tagestemperatur während der Reifung ab. Den maximalen Kokaingehalt erreicht die Pflanze im Wachstum bei Temperaturen zwischen 15 und 20 Grad (Freye 1999, S. 84f; vom Scheidt 1999, S. 186).

Die Cocapflanze wurde erstmals 1783 von Jean Baptiste Lamarck in die Pflanzengattung Erythroxylazeen kategorisiert. Danach erhielt die Pflanze ihren bis heute gültigen Namen *Erythroxylum Coca*¹ (Springer 1989; Freye 1999). Unter der Oberfamilie Erythroxylum können 250 Arten unterschieden werden, die aber teilweise nur sehr wenig oder gar kein Kokain enthalten. Die zwei wichtigsten aufgrund ihrer Nutzung kultivierten Arten sind die *Erythroxylum Coca* mit dem höchsten Alkaloidgehalt und die *Erythroxylum Novogranatense*, die vor allem aufgrund der zahlreich in ihr enthaltenen Aromastoffe begehrt ist. Eine erste Ernte erfolgt nach 1,5 Jahren, wobei der Vollertrag nach dem fünften Jahr erreicht wird. Dann können die Blätter jährlich vier Mal geerntet werden (Freye 1999, S. 84f).

Heutzutage sind die Hauptanbaugebiete der *Erythroxylum Coca* die südamerikanischen Länder Peru, Kolumbien, Bolivien und Brasilien. Man schätzt die Zahl der Cocabauern auf ca. 15 Mio. (Freye 1997, S. 7) mit einer Anbaufläche von insgesamt ca. 150.000 Hektar (Täschner 1992, S. 2). Daneben werden Cocapflanzen

¹ In einigen Veröffentlichungen ist auch von *Erythroxylon* die Rede (vom Scheidt 1999; Haasen et al. 2002).

in weitaus geringerem Maße zu pharmazeutischen Zwecken auch in Indonesien, Indien und Ceylon angebaut (Freye 1999, S. 85).

2.1.2 Historische Entwicklung des Cocaismus in Südamerika

Der Konsum von Produkten des Cocastrauches lässt sich Jahrtausende zurückverfolgen. Schon in den frühen Hochkulturen Südamerikas vor zwei- bis fünftausend Jahren wurden die Blätter zu religiösen und rituellen Zwecken benutzt und verbreiteten sich vom Gebiet des heutigen Venezuela und Kolumbien bis zu den Gebieten des heutigen Ecuador und Peru. Zu den Zeiten der Inkas erlebten der Anbau der Pflanze und der Konsum der Blätter eine sehr hohe Bedeutung. Sie galten als Glücksbringer und wurden während rituellen Festen wie Weihrauch verbrannt oder gekaut (vom Scheidt 1999; Freye 1997). In diesen zeremoniellen Räucherungen wurde bereits die berauschende Wirkung des Rauches erkannt und zum Erreichen von Trancezuständen genutzt (Siegel 1982). Jegliche Verwendung der Cocablätter war jedoch in erster Linie Adligen und Priestern, Soldaten und Nachrichtenläufern vorbehalten (Freye 1997; vom Scheidt 1999). Mit Invasion der Spanier (1531 bis 1533) wuchsen die Anbauflächen und der Konsum verbreitete sich auch außerhalb kultischer Handlungen. Wurde die Nutzung der Blätter zunächst durch die katholische Kirche als Teufelswerk abgelehnt, erkannten die Spanier bald, dass sich der nicht zu unterdrückende Brauchtum auch für ihre Zwecke nutzen lies. Sie besteuerten die Coca-Ernten und nutzen die Blätter, um den vorherrschenden Nahrungsmangel zu überdecken, und die Leistung der versklavten Indios zu steigern. Häufig dienten die Cocablätter zudem als Lohn für die erbrachten Arbeiten (vom Scheidt 1999; Haasen 2004).

Auch heute noch werden die Cocablätter vor allem in Südamerika von großen Bevölkerungsgruppen gekaut. Der Gebrauch der Blätter wird als Cocaismus bezeichnet und ist vom missbräuchlichen Konsum der Produkte aus dem isolierten Kokainalkaloid, dem Kokainismus, zu unterscheiden (Köhler 2000; vom Scheidt 1999). Schätzungen sprechen für Peru von einer Verbreitung des Kauens von Cocablättern unter etwa 10 % der Bevölkerung (Täschner 1992, S. 3). Euphorische Rauschzustände werden durch das Kauen in der Regel nicht erzeugt, spürbar sind aber eine Aktivierung der Leistungsfähigkeit und das Dämpfen des Hungergefühls (Köhler 2000; vom Scheidt 1999). Der Gebrauch von Cocablättern ist auch heute Teil der verschiedensten Zeremonien im Gemeinschaftsleben der indigenen Dorfbevölkerung. Sie werden zudem als Heilmittel gegen Kopfschmerzen sowie in Form von Packungen gegen Wunden und Prellungen verwendet. Eine weitere Zuberei-

tungsart ist der Mate de Coca, ein Tee aus Cocablättern, der als Heilmittel, z. B. gegen die Höhenkrankheit, in den Andenregionen eingesetzt wird (Freye 1997).

Werden die getrockneten Blätter weiterverarbeitet, entsteht die rauchbare Kokapaste, die heute ebenfalls zu den häufig konsumierten Cocaprodukten in Südamerika zählt. Sie hat stark psychotrope Effekte und wird in erster Linie von Straßenkindern und ärmeren Bevölkerungsschichten in den städtischen Ghettos konsumiert (Köhler 2000).

2.1.3 Die Entwicklung des Kokainkonsums in Europa und USA

Im 16. Jahrhundert gelangten die Cocablätter auch nach Europa. Dort waren sie jedoch nur eine von vielen anderen neuen Substanzen, die aus den von den Europäern eroberten Ländern in die Heimat gebracht wurden. Das Interesse hielt sich zunächst in Grenzen, vermutlich auch, weil der Wirkstoff der Blätter nach der langen Schiffsreise kaum noch enthalten war. So wurden Tabak, Kaffee, Tee und vor allem Opium der Vorzug gegeben (Freye 1997).

1855 wurde von dem deutschen Chemiker Goedecke aus einem Destillat der Kokapaste die Substanz Erythroxylin extrahiert, vermutlich eine Mischung aus dem Hauptalkaloid Kokain und anderen Alkaloiden (Freye 1997, S. 11). Albert Niemann gelang es schließlich 1860 in Göttingen, erstmals aus den Cocablättern die durch ihn benannte Substanz Kokain zu extrahieren. Größere Verbreitung erfuhr die Substanz ab 1863 durch den von Angelo Mariani erfundenen Vin Mariani aus Cocablättereextrakt und Wein. Dieses Getränk wurde in der Folge in den 1870er und 1890er Jahren vor allem als Genuss- aber auch Heilmittel gegen vielerlei Beschwerden eingesetzt (Kaulitzki 1996). Um die Jahrhundertwende waren einhundert verschiedene Getränke erhältlich, die Cocaextrakte enthielten, und als Allheilmittel gegen Heuschnupfen, Asthma, Zahn- und Bauchschmerzen, Kreislaufbeschwerden, Rheumatismus usw. verbreitet wurden (Freye 1997, S. 11). 1886 brachte J.S. Pemberton einen als Heiltrunk verkauften Sirup auf den Markt. Bis 1903 enthielt dieses Getränk die Substanz Kokain (Kaulitzki 1996). Ab 1920 wurde es unter dem Namen Coca Cola verbreitet. Bis heute sind in der Limonade Auszüge aus der Cocapflanze, denen jedoch der Wirkstoff entzogen wurde, als Aromastoffe enthalten (Freye 1997).

Durch Freuds Empfehlung, Kokain bei psychischen Beschwerden und bei der Behandlung der Morphinabhängigkeit zu verwenden, sowie durch die Entdeckung des Kokains als Lokalanästhetikum fand es Mitte der 1880er Jahre den Weg in die Medizin (Kaulitzki 1996). Vor allem das deutsche Pharmaunternehmen Merck produzierte Medikamente, welche in erster Linie zur Behandlung von Alkohol-

und Morphinumabhängigkeit (Haasen und Prinzleve 2001) und als Lokalanästhetikum bei z. B. Augenoperationen verwendet wurden (Kaulitzki 1996). Jedoch tauchten bald erste Warnungen über eine mögliche Kokainabhängigkeit auf. Vor allem bei Patienten, deren Morphinumabhängigkeit behandelt werden sollte, zeigten sich Gewöhnungserscheinungen, was Erlenmeyer 1886 dazu veranlasste, erstmals den Begriff Kokainsucht zu verwenden. Auch kam es in der Medizin aufgrund zu hoher Dosierungen vermehrt zu Vergiftungsfällen (ebd.). Die Wissenschaft wandte sich zunehmend gegen den Konsum von Kokain. Die politische Reaktion beschränkte sich in Deutschland zunächst darauf, ab 1890 für Kokain eine Apothekenpflicht und ab 1896 eine Rezeptpflicht einzuführen (Haasen und Prinzleve 2001; Kaulitzki 1996).

Ungeachtet aller Warnungen wurde Kokain weiterhin in den verschiedensten Produkten vertrieben. So gab es z. B. leichtdosierte Kokainzigaretten (aus Coca-Blättern), Tonics, Sprays und Tabletten im freien Verkauf, wobei diese vor allem in den USA eine große Verbreitung fanden (Haasen und Prinzleve 2001; Siegel 1982).

Der erste Weltkrieg und die 1920er Jahre Zu Beginn des ersten Weltkrieges etablierte sich vor allem in Pariser Nachtclubs und Cafés eine Kokainszene. Zu dieser Zeit wurde die Substanz auch an französische, russische und deutsche Soldaten ausgegeben (Gunkelmann 1989; vom Scheid 1999). Durch den Versailler Vertrag hatte sich Deutschland an das Haager Opiumabkommen von 1912 zu halten, und mit dem Opiumgesetz von 1920 setzte eine erste strafrechtliche Regulierung in Bezug auf Kokain ein. Da diese aber in nur sehr geringem Maße erfolgte, fand die Substanz dennoch besonders in der ersten Hälfte der 1920er Jahre viele Liebhaber, und sogenannte „Kokain-Moden“ entstanden in den Städten (Kaulitzki 1996, S. 82).² Springer (1989) bezeichnete diese als erste „subkulturelle Verbände“, also Kreise, „die sich ausschließlich um den gemeinsamen Drogengebrauch konfigurierten“ (in Kaulitzki 1996, S. 82). In diesen Jahren war Kokain ein wichtiges Thema in Filmen und Gedichten (Gunkelmann 1989), wie z. B. von Gottfried Benn, Jean Cocteau und Max Brodt. Ab Mitte der 1920er Jahre wurde der Kokainkonsum zunehmend vor allem durch bürgerliche Kreise moralisch thematisiert (Kaulitzki 1996). Kokain konsumierende Menschen würden „moralisch verfallen“, und die Substanz verleite Frauen zu „sexuellen Entgleisungen“ (Junge Linke, o. J.). Im Dezember 1929 wurde schließlich ein weiteres Opiumgesetz verabschiedet, das Kokain ab dem 1. Januar 1930 verbot, und lediglich stark beschränkt die Verwendung zu pharmazeutischen Zwecken zuließ (Kaulitzki 1996). Eine medizinische Anwendung erfolgt,

² Eine tatsächlich hohe und bedeutende Verbreitung des Kokains in den 1920er Jahren, wird jedoch heute von einigen Autoren angezweifelt (vgl. Hofmann 2007).

wenn auch nur in geringem Maße, bis heute, und zwar in erster Linie in Form eines 5 %igen Sprays oder als 10 %ige Salbe im HNO-Bereich (Freye 1997).

Welche Entwicklung der Kokainkonsum nach dem Verbot der Substanz innerhalb der Bevölkerung nahm, ist kaum dokumentiert. Viele entdeckten das billigere Amphetamin für sich (Junge Linke, o. J.). Erst in den 1970er Jahren wurde Kokain zur Modedroge der Reichen, der Künstler und der Intellektuellen. Aber auch im Rotlichtmilieu und der offenen Drogenszenen wurde die wieder zunehmende Verbreitung bemerkbar (ebd.; Gunkelmann 1989; Köhler 2000; vom Scheidt 1999; Haasen und Springer 2002; Kemmesies 2004a).

2.1.4 Crack und Freebase

Ende der 1970er Jahre wurde das erste Mal ein Kokainkonsum in Form des sogenannten Freebasings bekannt, in der eine basische Variante des Kokains geraucht wurde. Konsumenten dieser Gebrauchsform waren in erster Linie Börsenhändler, Investment-Banker, Hollywood-Größen und Sportler. Mitte der 1980iger Jahre verbreitete sich das rauchbare Kokain in Form von Crack zunehmend in US-amerikanischen Ghettos (Reinarman und Levine 2004). Durch seine geringere Reinheit als Pulverkokain und Freebase sowie dem Verkauf in kleineren Mengen wurde damit eine Kokainform auch für eine Bevölkerungsschicht erschwinglich, die nur über geringe finanzielle Ressourcen verfügt (ebd.).

Das Rauchen eines Kokainproduktes war nicht neu. Die psychoaktive Wirkung des Rauches war bereits in den frühen Hochkulturen der Andenländer bekannt. Im 19. Jahrhundert wurden in Europa und vor allem in Nordamerika Zigaretten oder Zigarren aus gerollten Cocablättern, pur oder vermischt mit Tabak, vertrieben. Nachdem um 1914 im Zusammenhang mit der massiver werdenden Kritik an Coca kaum noch Blätter zu bekommen waren, verlagerten sich die Konsumwege auf den nasalen oder intravenösen Konsum von Kokainhydrochlorid. Erst wieder ab den 1970er Jahren ist die Nutzung von Kokain über das Rauchen dokumentiert (Siegel 1982). Erste Erfahrungen wurden laut Siegel (1982) innerhalb von Qualitätstests von Kokainhydrochlorid gemacht, während derer das Kokainpulver auf einer Folie verbrannt wurde. Je nach Farbe des Rauches sowie verbleibender Rückstände auf der Folie wurde die Qualität der Ausgangssubstanz eingeschätzt. Bei diesem Prozess stellten die Anwender die euphorische Wirkung des Rauches fest. Es entwickelten sich verschiedene Arten des Rauchens von Kokainhydrochlorid, neben dem reinen Rauchen auf der Folie auch das Rauchen in Verbindung mit Tabak oder Marihuana. Mitte der 1970er Jahre begann man in den Kokain-Anbauländern Peru und Bolivien die Kokainpaste, die sogenannte Basuco, zu rauchen. Diese wurde pur

oder auch mit Tabak oder Marihuana vermischt konsumiert³. Das Rauchen der Kokainpaste verbreitete sich in den folgenden Jahren in allen Anbauländern der Cocapflanzen. Nordamerikanische Kokainkonsumenten, die in den Süden reisten, beobachteten diese Konsumart und brachten sie nach Nordamerika (Siegel 1982). Berichten zufolge ließ sich das Kokainrauchen zudem deutlich entlang der Transportwege durch die Karibik verfolgen, bis es schließlich in den USA auftauchte, dort jedoch verbunden mit einem anderen Kokainprodukt (Inciardi 1987 zit. nach Waldorf et al. 1991). Denn nicht die Kokainpaste fand den Weg nach Nordamerika. Nach der Rückwandlung des Kokainhydrochlorid in seine basische Form entstand eine neue Kokainform, Freebase und Crack, die zunehmend populär wurde (Siegel 1982). Einige Autoren berichten, dass das Freebase ebenfalls aus einer zufälligen Entdeckung bei der Qualitätskontrolle des Pulverkokains durch Dealer entstanden ist. Um den Reinheitsgehalt ihrer Ware zu prüfen, verwandelten sie das Kokainpulver in seine basische Form, indem sie es in einer Lösung aus Wasser, Ammonium und Äther erhitzen. Hatte das Produkt nach Entfernung aller Verunreinigung und Streckmittel noch 80–85 % des Ausgangsgewichts, zeugte dies von Reinheit. Da sich das entstandene Kokainprodukt weder zum Schnupfen noch zum intravenösen Konsum eignete, wurde es geraucht (McDonnell et al. 1990 zit. n. Waldorf et al. 1991, S. 103f). Im Laufe der Jahre und vor allem ab Ende der 1970er Jahre verbreitete sich das Rauchen von Freebase und dem ebenfalls entdeckten Crack zunehmend unter Konsumenten, die bisher Kokainhydrochlorid gebrauchten (Siegel 1982). Anfang der 1980er Jahre entstanden in den USA sogenannte Crack und Base Houses, in denen Crack hergestellt und konsumiert wurde (Serk-Elifson und Elifson 1993; Williams 1992)⁴. Während in den Base Houses Crack gemeinschaftlich hergestellt und konsumiert wurde, wurde in Crack Houses neben der Herstellung und dem Gebrauch auch mit der Substanz gehandelt und Sex gegen Crack getauscht (Serk-Elifson und Elifson 1993). Als Armendroge rückte das rauchbare Kokain nun immer mehr in den Fokus der US-Medien, die, unterstützt von der damaligen Regierung, das Bild der Substanz als Grund aller sozialen Missstände zeichnete. Die Substanz zerstöre die Jugend und sei verantwortlich für Kriminalität, Gewalt, Prostitution und Kindesmissbrauch (Reinarman und Levine 1994 zit. n. Kaulitzki 1996).

In Deutschland wurde Crack Ende der 1980er/Anfang der 1990er Jahre bekannt und immer populärer, ab Mitte der 1990er auch immer sichtbarer. Diese Entwicklung vollzog sich gleichzeitig mit der Bedeutungszunahme des Kokainhydrochlorid in den Drogenszenen. Waren anfangs die Szenen der Crack-Raucher von denen

³ sog. Pitillos oder Papilloes.

⁴ Angeblich allein 3000 in New York (Browne 1988, S. 4)

der intravenös Heroin Konsumierenden noch räumlich voneinander getrennt, vermischten sich die Gebräucher immer mehr, und es konnte eine starke Verbreitung eines polyvalenten Drogenkonsums beobachtet werden (Crack-Street-Projekt 1998; Dworsky 2001). Seit Anfang 2000 hat Crack in der offenen Drogenszene der Städte Frankfurt am Main, Hannover und Hamburg das pulverförmige Kokain fast vollständig verdrängt (Kemmesies 2004a). In Frankfurt ist es mittlerweile die am häufigsten konsumierte Substanz und liegt damit in ihrer Bedeutung noch vor Heroin (Müller et al. 2007). In die Allgemeinbevölkerung scheint das rauchbare Kokain nicht wesentlich eingedrungen zu sein (Prinzleve et al. 2005). Erst seit wenigen Jahren wird in den Repräsentativbefragungen überhaupt zwischen pulverförmigem und rauchbarem Kokain unterschieden. Aktuell wird von einer Verbreitung von 0,3 % in der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ausgegangen (Kraus et al. 2008b, S. 20).

2.2 Die Herstellung von Kokainhydrochlorid, Crack und Freebase

Kokain wird wie bereits erwähnt aus den Blättern der Cocapflanze gewonnen. Nachdem die Blätter getrocknet sind, können sie bereits zum Gebrauch durch Kauen verwendet werden. Zur Weiterverarbeitung werden die getrockneten Blätter in eine Mischung aus Kerosin, einer alkalischen Base, Sodacarbonat und Schwefelsäure eingelegt. Die daraus gewonnene Kokapaste ist bereits rauchbar. Sie enthält neben Kokain auch weitere Kokaalkaloide, Sulfate, Streckmittel und Verdünnungsmittel. Wird die Kokapaste mit Salzsäure gemischt, ist das Extrahieren des Alkaloids Kokain zu Kokainhydrochlorid möglich. Außerhalb der Anbauländer enthält das bei den Händlern auf der Straße als Kokain erhältliche weiße Pulver allerdings in der Regel nur zwischen 10 und 50 % reine Substanz, der Rest sind Streck- und Verdünnungsmittel (Haasen 2004, S. 16f).

Reines Kokainhydrochlorid ist gut in Wasser löslich, was die Injektion und die Resorption über Schleimhäute ermöglicht. Dagegen lässt es sich nicht rauchen, da der Siedepunkt bei 230 Grad liegt (Crack-Street-Projekt 1998, S. 5). Um es rauchbar zu machen, muss es deshalb zunächst wiederum in seine basische Form umgewandelt werden. Rauchbares Kokain kann man als Freebase oder Crack erhalten. Die Herstellung von Freebase erfolgt durch Erhitzen des Kokainpulvers mit Äther und Natriumhydroxid oder Ammoniumbicarbonat. Dadurch wird das Kokainhydrochlorid von Verunreinigungen befreit, und es entsteht ein Stoff, der schon bei relativ geringen Temperaturen verdampft (Haasen 2004; Freye 1997; Langer et al. 2004; Crack-Street-Projekt 1998). Aus einem Gramm Kokain können auf die-

se Weise je nach Reinheitsgrad der Ursprungssubstanz etwa 0,5 bis 0,7 Gramm Freebase gewonnen werden (Stone et al. 1990; Götz 2001 zit. n. Stöver 2001, S. 7). Problematisch bei dieser Herstellungsweise ist die leichte Brennbarkeit des Äthers, was eine hohe Verpuffungs- und Explosionsgefahr in sich birgt. Deshalb und auch aufgrund der höheren Herstellungskosten ist die Freebase-Gewinnung mehr und mehr in den Hintergrund getreten und die Herstellung von Crack hat sich stärker etabliert (Waldorf et al. 1991; Freye 1997; Schweer und Strasser 1994). So ist davon auszugehen, dass es sich bei der in Europa und Nordamerika verbreiteten Kokainbase um Crack handelt. Hinsichtlich ihrer pharmakologischen Wirkung sind beide Zubereitungsformen gleich. Sie unterscheiden sich aber in ihrer Herstellungsweise und dem Gehalt an Streckmitteln.

Die Substanz Crack erhielt ihren Namen durch das knisternde, knackende Geräusch, das während des Rauchens entsteht. Crack kann sowohl aus Kokainpaste unter Zuführung von Basen, als auch aus Kokainhydrochlorid unter Zuführung von Wasser und einem Bikarbonat (Natriumhydrogencarbonat/Natron oder Ammoniumhydrogencarbonat), hergestellt werden. Nach dem Aufkochen der Substanzen entsteht ein brauner bis beigefarbener Stoff (Haasen 2004; Langer et al. 2004). Bei diesem Vorgang werden Verunreinigungen des Kokains nicht wie beim Freebase herausgelöst, sondern verbleiben in der Substanz. Aus einem Gramm Kokain ergibt sich auf diese Weise etwa 1,3 Gramm Crack (Götz 2001 zit. n. Stöver 2001, S. 8). Neben den zur Umwandlung in die basische Form benötigten Zusatzstoffen können auch andere Streckmittel wie z. B. Milchpulver, Ascorbinsäure, Amphetamine oder sonstige Aufputzmittel im Crack enthalten sein (Haasen et al. 2004; Schweer und Strasser 1994).

In einem Artikel von Langer, Behr und Hess (2004) beschreibt ein Konsument die Crack-Herstellung wie folgt: „Kokapulver ins Reagenzglas, ungefähr ein Drittel Natron dazu, 'n Zentimeter Wasser obendrauf, heiß machen, und dann wird's erst milchig und wenn's Koka gut ist, dann wird das schnell wieder klar und dann schwimmt der Stein oben drauf, und wenn das Koka jetzt net so gut ist, dann wird's zwar auch klar, aber es bleibt unten das ganze Zeug, der fertige Stein, das ist dann nicht zusammen, das ist dann Gekrümel.“ (S. 29). Die eigene Herstellung von Crack ist also kein Problem. In der heutigen Zeit kaufen die Konsumenten der Crack-Szene ihre Substanz aber in der Regel bereits fertig zubereitet, da häufig eine gute Kokain-Erwerbsquelle fehlt (ebd.).

In den USA ist die Herstellung von Crack vor allem in Verbindung mit Backpulver bekannt. Da dem Backpulver in Deutschland aber neben dem Natriumhydrogencarbonat auch Stärke hinzugefügt wird, eignet es sich hier nicht zur Crackherstellung (Stöver 2001).

2.3 Die Verbreitung von Kokain und Crack

2.3.1 Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung

Kokainhydrochlorid Kokain ist die zweithäufigste illegale Droge in Europa – nach Cannabis und knapp vor Amphetaminen und Ecstasy (EBBD 2009). In den letzten Jahren ist laut EBDD (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogen-sucht) ein steter Zuwachs des Kokainkonsums zu verzeichnen. Dies mache sich unter anderem in einer europaweiten Zunahme von Kokainbeschlagnahmungen seit Ende der 1980er Jahre bemerkbar (EBDD 2003 zit. n. Kemmesies und Werse 2004). Aber auch in den Behandlungsstatistiken der einzelnen Länder wird die stärkere Verbreitung deutlich. So haben sich die Behandlungsnachfragen aufgrund von Kokain von 1999 bis 2004 verdoppelt (EBDD 2006). Insgesamt haben etwa 10 Mio. und damit mehr als 3 % der europäischen Erwachsenen Erfahrungen mit Kokain. Damit habe der Kokainkonsum „ein historisches Maximum“ in Europa erreicht (EBDD 2006, S. 13). 2009 sprach die EBBD von einem weiteren Zuwachs auf 13 Mio. und damit etwa 3,9 % der europäischen Bevölkerung im Alter von 15 und 64 Jahren, die Erfahrungen mit Kokain haben. Dennoch ist der Kokainkonsum im Vergleich zum Gebrauch von Alkohol und Cannabis in der Allgemeinbevölkerung relativ wenig verbreitet. Die Lebenszeitprävalenz innerhalb der verschiedenen europäischen Länder schwankt zwischen 0,1 % und 8,3 % der erwachsenen Bevölkerungen. Am stärksten verbreitet ist der Kokainkonsum in Spanien, und Großbritannien (EBDD 2009, S. 71 ff). In den meisten europäischen Ländern weisen jedoch maximal 3 % der Bevölkerung Erfahrung mit dem Konsum von Kokain auf. In Australien und Neuseeland sind es etwa 4 %, in Kanada 6 % und in den USA 14 % (Drogen- und Suchtbericht 2005, S. 83). Innerhalb der 12-Monate-Prävalenz kann von einer durchschnittlichen Verbreitung des Kokains bei 1 % der europäischen Bevölkerung ausgegangen werden, d. h. etwa 3,5 Mio. Erwachsene in Europa konsumierten innerhalb der letzten 12 Monate vor den jeweiligen Erhebungen Kokain (EBDD 2006, S. 59). Im Jahr 2009 sind diese Werte auf 4 Mio. und damit 1,2 % der europäischen Bevölkerung gestiegen (EBDD 2009, S. 71)

In Deutschland ist die Lebenszeitprävalenz von Kokain seit 1990 signifikant angestiegen. Der fortgesetzte Kokainkonsum ging jedoch zurück (Kraus et al. 2005b). In der regelmäßig durchgeführten deutschen Repräsentativbefragung unter 18- bis 59jährigen lag die Lebenszeitprävalenz von Kokainhydrochlorid im Jahr 2003 bei 3,1 %, wobei doppelt so viele Männer als Frauen Erfahrungen mit dieser Substanz hatten. Insgesamt 1 % der Befragten gaben an, auch innerhalb der letzten 12 Monate Kokainhydrochlorid konsumiert zu haben, 0,4 % in den letzten 30 Tagen (Kraus et al. 2005a, S. 22). Damit wird deutlich, dass der aktuelle Gebrauch innerhalb der

deutschen Bevölkerung vergleichsweise gering ist. Erstmals wurde 2003 der SDS-Test in dieser Repräsentativbefragung aufgenommen, auf dessen Grundlage 0,1 % aller Befragten als psychisch kokainabhängig anzusehen sind (Kraus et al. 2005a, S. 19). In der Repräsentativbefragung im Jahr 2006 konnte eine leichte Verringerung des Kokainkonsums in der deutschen Allgemeinbevölkerung verzeichnet werden. So lag die Lebenszeitprävalenz von Kokainhydrochlorid bei 2,5 %, die 12-Monat-eprevalenz bei 0,6 % und die 30-Tageprävalenz bei 0,2 % (Kraus et al. 2008b, S. 20).

Verschiedene Repräsentativerhebungen zeigen, dass der Konsum von Kokain vorwiegend im Alter zwischen 20 und 30 Jahren zu finden ist. Dabei wird die Substanz von den meisten Konsumenten am Wochenende in Freizeitsettings konsumiert (EBDD 2006, 2009). Sie ist vor allem in den jugendlichen Party- und Technoszenen, aber auch bei Opiat- und Alkoholabhängigen, bei Jugendlichen im Großstadtmilieu und unter Strafgefangenen verbreitet (Kraus et al. 2004). In den Statistiken der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen stellte Kokain im Jahr 2006 nur bei 2,1 % bzw. 1,6 % der Behandelten die Hauptdiagnose dar. Damit ist Kokain unter den Hilfesuchenden im Vergleich zu anderen Substanzen nur sehr gering vertreten (Sonntag et al. 2007a, b). Kemmesies und Werse (2004) gehen auch von einer Verbreitung des Kokains in Bevölkerungsteilen aus, die durch Repräsentativerhebungen nicht erreicht werden, z. B. in der offenen Drogenszene, aber auch unter medizinisch und polizeilich unauffälligen Konsumenten in sozialen Nischen, die sich aus Angst vor Entdeckung nicht an Bevölkerungsbefragungen beteiligen und aufgrund ihrer polizeilichen Unauffälligkeit auch in diesen Statistiken nicht erscheinen (S. 29f).

Crack und Freebase Weniger häufig in der Allgemeinbevölkerung vertreten als das Kokainhydrochlorid sind die daraus hergestellten basischen Varianten Crack und Freebase. Ein genauer Blick ist jedoch erst seit einigen Jahren möglich, da zuvor in den meisten Studien keine Differenzierung zwischen Pulverkokain und dem rauchbaren Kokain vorgenommen wurde.

Hohe Verbreitungsraten zeigen sich in Europa vor allem in Hamburg, London und Paris und in geringerem Maße in Barcelona und Dublin (EBDD 2006). Crack und Freebase scheinen jedoch entgegen den Vermutungen sowohl in Europa als auch in Nordamerika in nicht-deviante Kreise nur wenig eingedrungen zu sein (Prinzleve et al. 2005; Reinerman und Levine 2004; Kemmesies 2004a). Dennoch konnte in den letzten Jahren gerade in Deutschland ein signifikanter Anstieg des Crackkonsums in der Lebenszeitprävalenz verzeichnet werden. Waren es im Jahr 2000 0,1 % der westdeutschen und 0,2 % der ostdeutschen 18–59jährigen, die jemals in ihrem Leben Crack konsumierten (Kraus und Augustin 2001, S. 30), stieg der Anteil auf 0,4 % im Jahr 2003 (Kraus et al. 2005a, S. 22). Mittlerweile ist die Zahl

im Jahr 2006 wieder leicht auf 0,3 % gesunken (Kraus et al. 2008b, S. 20). Gegenüber der Lebenszeitprävalenz des Crackkonsums ist der Anteil der Personen, die in den der Erhebung vorangegangenen 12 Monaten Crack konsumierten mit 0,1 % der Befragten sehr gering (Kraus et al. 2005a, S. 22; Kraus et al. 2008b, S. 20). Auch im Rahmen einer Studie zum Umgang mit illegalen Substanzen im bürgerlichen Milieu kommt Kemmesies (2004a) zu dem Schluss, dass der regelmäßige Crackgebrauch außerhalb offener Drogenszenen eher wenig verbreitet ist. Jedoch verfügte jeder Zehnte der 169 in dieser Studie Befragten über Erfahrungen mit der Substanz (S. 169).

In den ESPAD-Studien zum Drogengebrauch von deutschen Schülern der 9. und 10. Klasse wurden Lebenszeitprävalenzen von 2,1 % (im Jahr 2003; Kraus et al., 2004, S. 76) und 2,3 % (im Jahr 2007; Kraus et al. 2008a, S. 105) des rauchbaren Kokains erhoben. In der ESPAD-Statistik von 2003 zeigte sich in der Einschätzung des aktuellen Gebrauchs der Substanz eine geringere Prävalenz in den letzten 12 Monaten (1,5 %) und in den letzten 30 Tagen (0,7 %) (Kraus et al. 2004, S. 79 ff). In den Studien fällt auf, dass sich die beteiligten Bundesländer in den Prävalenzraten teilweise recht stark unterscheiden. Sie liegen 2007 zwischen 1,8 % (Berlin und Saarland) und 3,0 % (Brandenburg) (Kraus et al. 2008a, S. 108). Deutlich wird aber, dass Schüler in allen sieben teilnehmenden Bundesländer Erfahrungen mit Crack haben. Dies überrascht insofern, da aufgrund der Beobachtungen in offenen Drogenszenen häufig vermutet wird, dass Crack außerhalb von Frankfurt am Main, Hamburg und Hannover kaum verbreitet sei (Stöver 2001). In den europäischen Statistiken zur Behandlung von Kokainabhängigkeit und Kokainmissbrauch spielt Crack eine vergleichsweise geringe Rolle. 15 % der Kokainpatienten gaben an, Crack als ihre Hauptsubstanz zu konsumieren (EBDD 2009, S. 77)

Hose und Kraus (2004) verglichen einige Untersuchungen zur Prävalenz des Crackkonsums in verschiedenen anderen Ländern. Im europäischen Vergleich wird vor allem in Großbritannien eine höhere Verbreitungsrate als in der Bundesrepublik deutlich. Sie liegt in der Lebenszeitprävalenz der 16–59jährigen Bevölkerung bei etwa 1 %. Aktuell gebrauchen etwa 0,3 % der britischen Bevölkerung rauchbares Kokain (S. 38). Österreich berichtet, Crack spiele in der Allgemeinbevölkerung in den vergangenen Jahren und bis heute keine Rolle. Crackkonsumenten tauchen in den wenigen kokainbezogenen Studien Österreichs so gut wie nicht auf. Und auch in Behandlungssettings benannten Hilfesuchende keinen Crackkonsum (Bericht zur Drogensituation 2006, 2009). In den Niederlanden wird in der Betrachtung der Allgemeinbevölkerung keine Unterscheidung zwischen Kokain und Crack getroffen. Auch hier scheint das rauchbare Kokain kaum in die Gesamtbevölkerung eingedrungen zu sein und wird in der Regel nur in Verbindung mit marginalisierten Drogenkonsumenten erwähnt (vgl. NDM 2008). In einer Studie

in der Amsterdamer Partyszene 1998 zeigten 48 % der Befragten eine Lebenszeitprävalenz von Kokainpulver, 4 % von Crack und 12 % von Freebase (Netherlands Focal Point 2000, S. 133).

Deutlich höher als in Europa liegt die Prävalenz des Crackkonsums in den USA. Dort verfügten in den Jahren 2002 bis 2006 jeweils 3,3 % der Bevölkerung ab 12 Jahren über Erfahrungen mit Crack, wobei ebenfalls deutlich weniger Befragte auch in den letzten 12 Monaten vor den Erhebungszeitpunkten rauchbares Kokain gebrauchten. In den Jahren 2004 und 2006 lag der Anteil der Konsumenten innerhalb der letzten 12 Monate bei 0,5 % bis 0,6 %, die Zahl der aktuellen Konsumenten bei 0,2 % bzw. 0,3 % der Allgemeinbevölkerung (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2007, S. 229 ff). 2007 schätzte man die Zahl der aktuellen Crackkonsumenten in den USA auf 610.000 Personen (NIDA 2009, S. 3). In Australien spielt der Crackkonsum keine Rolle und wird in den Drogenberichten des Landes nicht näher beleuchtet. In Neuseeland und Kanada liegen die Lebenszeitprävalenzen unter einem Prozent (Hose und Kraus 2004, S. 39).

Der regelmäßige Konsum von Crack scheint in Deutschland aber auch in anderen europäischen Ländern im Vergleich zu anderen Drogen innerhalb der Gesamtbevölkerung eine ‚Randerscheinung‘ zu sein (Prinzleve et al. 2005). Die Substanz wird vermutlich in einigen Jugendszenen konsumiert, in denen pulverförmiges Kokain eine Rolle spielt. Hier ist vor allem die Party- und Technoszene zu nennen. Baumgärtner (2004) sieht in der Hamburger Technoszene zwar keinen Anstieg eines Crackgebrauchs, hält jedoch einen Freebasekonsum für möglich, wobei sich diese Vermutungen lediglich auf „sehr vereinzelte Hinweise“ beziehen (S. 60). In der Studie von Kemmesies (2004b) zum Drogengebrauch im bürgerlichen Milieu waren diejenigen Befragten mit Erfahrungen im Konsum rauchbaren Kokains ebenfalls vornehmlich in der Technoszene integriert. Aber auch in sozial unauffälligeren Kreisen außerhalb der Technoszene soll der Crackgebrauch angewachsen sein, vor allem in bestimmten Berufen des Dienstleistungsbereichs (z. B. im Medien- oder IT-Bereich, Werbung), in denen es vermutlich einige „Leistungskokser“ gibt (Villhauer zit. n. Stöver 2001, S. 24; Degkwitz und Verthein 2000). Auch innerhalb von Studien zum Kokainkonsum im bürgerlichen Milieu wurden sozial integrierte, unauffällige Crackkonsumenten erreicht (Cohen und Sas 1994; Reinarmann und Levine 1997a; Waldorf et al. 1991, Decorte 2000). Zahlen über ihre Verbreitung existieren jedoch kaum. Sie suchen nur selten Drogenhilfeeinrichtungen auf und werden deshalb in den Statistiken nicht erfasst (Villhauer zit. n. Stöver 2001; Degkwitz und Verthein 2000). Allgemein wird von einer geringen Verbreitung des rauchbaren Kokains unter sozial integrierten, unauffälligen Drogengebrauchern ausgegangen (EBBD 2009). Somit scheint der Konsum von Crack eher ein Phäno-

men der offenen Drogenszene oder anderweitig sozial ausgegrenzter Gruppen⁵ zu sein.

2.3.2 Verbreitung in der offenen Drogenszene

In den 1980er Jahren waren in den offenen Drogenszenen der größeren Städte in erster Linie Heroinkonsumenten anzutreffen. Im Laufe der 1990er Jahre kam es zu einer Vermischung der Szenen mit ihren unterschiedlich präferierten psychotropen Substanzen (Dworsky 2001). In der Straßenszene gewann neben Heroin Kokain an Bedeutung (Kemmesies 2004a), vor allem in Form von sogenannten ‚Speedballs‘ oder ‚Cocktails‘. In diesen wurde Heroin und Kokain gemischt und teilweise noch mit Barbituraten oder Benzodiazepinen angereichert. Zunehmend stiegen aber auch die Zahlen der Konsumenten, die intravenös Kokain konsumierten (Dworsky 2001). Dem steigenden Kokainkonsum folgte die Etablierung von Crack in einigen Drogenszenen. Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich in Frankfurt am Main, Hamburg und Hannover eine sichtbare Crackszene ausgebildet. Gleichzeitig zeigte sich vor allem in Hamburg und Frankfurt ein deutlicher Rückgang des Kokainhydrochlorids (Prinzleve et al. 2004; Schmid und Vogt 2005). In den Szenen anderer Städte konnte sich Crack nicht durchsetzen und bleibt dort eher eine Seltenheit. Lediglich in Berlin soll es eine nennenswerte Verbreitung von Freebase geben, aber auch hier hält sich die Auffälligkeit in Grenzen (Stöver 2001). Vermutlich halten sich die dortigen Gebraucher auch weniger in offenen Drogenszenen auf, da Freebase als eine teurere Form des rauchbaren Kokains für Konsumenten der bekannten Drogenszenen eher unerschwinglich sein dürfte.

Während es über die Verbreitung des rauchbaren Kokains in der Hannoveraner Drogenszene kaum Untersuchungen gibt, sind die Entwicklungen in Hamburg und Frankfurt am Main deutlich besser dokumentiert. In Hamburg wird seit 1994 ein steter Anstieg des Crackkonsums beobachtet. Möller und Prinzleve (2004) gehen von einem Anteil von 80–90 % der offenen Drogenszene aus, die Crack konsumieren. Dabei sei der exzessive Crackkonsum weitaus häufiger vertreten als der gelegentliche (S. 203). Trotz des weit verbreiteten polyvalenten Gebrauchs von Crack und Heroin, ist Crack in Hinblick auf Konsum und Beschaffung zur alltagsbestimmenden Droge geworden (ebd., S. 204). Eine ganz ähnliche Entwicklung wurde in Frankfurt beobachtet. Auch dort etablierte sich Mitte der 1990er Jahre zunehmend eine Crackszene. Blieb diese Raucherszene zunächst räumlich von der Heroinszene getrennt, vermischten sich beide Szenen bald, und es dominiert bis heute der

⁵ z. B. Prostituierte und bestimmte Migrantengruppen (Stöver 2001)

polyvalente Drogenkonsum von Heroin und Crack in der Frankfurter Drogenszene (Langer et al. 2004). Innerhalb der durch die Universität Frankfurt regelmäßig durchgeführten Szenebefragungen wird ebenfalls die starke Präsenz rauchbaren Kokains deutlich. Seit Anfang 2000 hat Crack Pulverkokain in der Szene fast verdrängt. Langer, Behr und Hess (2004) gehen davon aus, dass 80 % der Frankfurter Szenegänger mehrmals in der Woche Crack konsumieren (S. 28). In Frankfurt nimmt Crack im Vergleich zu Heroin eine immer stärkere Bedeutung ein. So stiegen die 24h-Prävalenzen von Crack in den Szenebefragungen deutlich an, während die 24h-Prävalenzen von Heroin zurückgingen. Diese Entwicklung scheint seit 2003 wieder etwas rückläufig. Dennoch bleibt für Kemmesies Crack die am intensivsten genutzte Droge, noch vor Heroin (Kemmesies 2004a). Dies scheint über die Jahre auch so geblieben zu sein (Müller et al. 2007). Einen kleinen Einblick in die Entwicklung der Hannoveraner Drogenszene ermöglicht ein Bericht des Café Connection, eine niedrigschwellige Einrichtung der Drogenhilfe inmitten des Bahnhofsgeländes und der dort ansässigen Drogenszene in Hannover. Die Mitarbeiter der Einrichtung beobachten seit 1996 einen zunehmenden Kokainkonsum. Fast alle ihrer Klienten verfügen über Erfahrungen mit Kokain. Zwar überwiege bei den 38 in der Einrichtung Befragten der intravenöse Konsum von Heroin oder Kokainhydrochlorid, das Rauchen von Crack sei jedoch weiter zunehmend (Café Connection 1999, S. 1 ff). Bewegt man sich heutzutage in der Hannoveraner Drogenszene zeigt sich eine sehr starke Verbreitung von Crack. Mitarbeiter der Drogenhilfe gehen von bis zu 90 % der Szenegänger als Crackerfahrene aus (Bapat 2007).

Eine große Rolle spielen Kokain und Crack unter anderem bei Teilnehmern an Substitutionsprogrammen mit Methadon. Methadon wird als sedierend und Trägheit fördernd empfunden. Mit dem Beikonsum des antriebssteigernden und wachmachenden Kokain bzw. Crack versuchen viele Substituierte dieser Wirkung zu begegnen (Dworsky 2001; Stöver 2001). Wurde bis Mitte der 1990er Jahre neben der Substitution mit Methadon hauptsächlich intravenös Kokain konsumiert, stieg seitdem das Crackrauchen in der Beliebtheit (Heinz 1999; Degkwitz und Vertheim 2000; Fischer et al. 2005).

Eine ähnliche Situation wie in Deutschland zeigt sich auch in anderen Ländern der Erde. Crack dringt kaum in die Allgemeinbevölkerung ein, spielt aber unter Konsumenten der offenen Drogenszene eine wichtige Rolle. In den Niederlanden konsumierten laut eines Berichtes aus dem Jahr 2000 80 bis 90 % der polyvalenten Drogenkonsumenten der Straßenszene Crack. In Amsterdam ist sie außerdem die Hauptdroge unter Straßenkindern, jungen Prostituierten sowie Jugendlichen aus sozialen Brennpunkten, vor allem ethnische Minderheiten (Netherlands Focal Point 2000, S. 132). Nach wie vor hat Crack in den Niederlanden diese hohe Bedeutung unter Konsumenten mit einem problematischen Drogengebrauch (NDM

2008, S. 55; 94). Auch in Deutschland wurde der Crackgebrauch neben der Drogenszene unter sozial desintegrierten, auf der Straße lebenden Jugendlichen, minderjährigen Prostituierten und jugendlichen Strichern beobachtet (Degkwitz und Vertheim 2000; Stöver 2001). In einer europaweiten Studie⁶ zeigte sich nur in Paris, London und Hamburg eine wesentliche Verbreitung von Crack in den dort bestehenden Drogenszenen (Haasen et al. 2004).

In Nordamerika finden sich größere Verbreitungszahlen des Crackkonsums ebenfalls nicht in der Allgemeinbevölkerung, dafür aber in Drogenszenen oder sozialen Randnischen. In Kanada konnte in den letzten Jahren eine starke und zunehmende Verbreitung des Crackkonsums unter Konsumenten beobachtet werden, die intravenös Drogen gebrauchen. In einer Studie von 794 intravenös Drogen Konsumierenden aus verschiedenen Städten rauchten 52,2 % zusätzlich zu ihrem übrigen Drogenkonsum Crack. In einer Studie in Toronto im Jahr 2000 gaben 70 % der befragten intravenös Drogen Gebrauchenden einen Kokaingebrauch vorrangig in Form von Crack an. In Vancouver stieg der Crackkonsum zwischen 1998 bis 2000 von 35 % auf 55 % der Drogennutzer mit einem intravenösen Gebrauch (Überblick über diese Studien bei Canadian Centre on Substance Abuse 2006, o. S.). In den USA wird der Crackgebrauch nach wie vor überwiegend unter ethnischen Minderheiten in sozial schwachen Gebieten beschrieben, vor allem unter Bürgern afro-amerikanischer Herkunft. In diese Bevölkerungsschichten drang Crack in den 1980er Jahren ein, nachdem die vielen Arbeitslosen in dem Vertrieb dieser Substanz eine Einnahmemöglichkeit sahen (Waldorf et al. 1991).

⁶ Befragt wurden Kokainkonsumenten, die aus einem sozial integrierten Rahmen, aus einem Behandlungssetting oder aus der jeweiligen Drogenszene stammten. Die teilnehmenden Städte waren: Hamburg, Zürich, Stockholm, Rom, Dublin, Barcelona, Budapest und Wien (Haasen et al. 2004)

Crack, Freebase, Stein
Konsumverhalten und Kontrollstrategien von
KonsumentInnen rauchbaren Kokains
Höfelbarth, S.
2014, XIV, 364 S. 4 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-531-19547-6