

Konsumgewohnheiten, soziale Hintergründe und Hilfebedarfe von Erwachsenen mit einem riskanten oder abhängigen Kokainkonsum (KOKOS)

Sachbericht

vorgelegt von:

Heike Zurhold
Christina Lindemann
Britta Jacobsen
Sascha Milin
Ingo Schäfer

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg
c/o Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Titel:

Konsumgewohnheiten, soziale Hintergründe und Hilfebedarfe von Erwachsenen mit einem riskanten oder abhängigen Kokainkonsum

Förderkennzeichen: ZMI1-2521DSM202

Leitung: Prof. Dr. Ingo Schäfer, MPH, ZIS Hamburg

Laufzeit: 01.04 bis 31.10.2021

Fördersumme: 49.841,00 €

Projektmitarbeitende:

Dr. Heike Zurhold, Dr. Christina Lindemann, Sascha Milin, Britta Jacobsen, Prof. Dr. Ingo Schäfer

Unter Mitarbeit von:

Marcus-Sebastian Martens

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	5
2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik	8
2.1 Operationalisierung der Teilziele	8
2.2 Datenerhebung	9
2.2.1 Modul 1: Online-gestützte Befragung von Kokainkonsumierenden	9
2.2.2 Modul 2: Sekundäranalysen zu Kokainkonsumierenden	16
2.2.3 Modul 3: Interviews mit Fachkräften aus Suchtberatung und -prävention	16
2.2.4 Modul 4: Workshop mit Fachkräften aus Suchtberatung und -prävention	16
2.3 Vorgehen bei den Auswertungen	17
2.3.1 Modul 1: Online-gestützte Befragung von Kokainkonsumierenden	17
2.3.2 Modul 2: Sekundäranalyse von Daten zu Kokainkonsumierenden	17
2.3.3 Modul 3: Interviews mit Fachkräften aus der Suchthilfe und Prävention	17
2.3.4 Modul 4: Workshop mit Fachkräften aus der Suchthilfe und Prävention	17
3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	17
4 Ergebnisse	19
4.1 Modul 1: Online-gestützte Befragung von Kokainkonsumierenden	19
4.1.1 Soziodemographische Charakteristika	19
4.1.2 Kokainkonsum	20
4.1.3 Konsum von weiteren Substanzen	22
4.1.4 Bezugsquellen von Kokain	24
4.1.5 Konsummotive und -gelegenheiten	25
4.1.6 Konsumkategorien und Auswirkungen	27
4.1.7 Beratung und Behandlung	28
4.2 Modul 2: Sekundärdatenanalysen zu Kokainkonsumierenden	29
4.2.1 Hamburger Basisdatendokumentation	29
4.2.2 Deutsche Suchthilfestatistik	35
4.2.3 Analyse der Kokainkonsumierenden aus einer aktuellen Studie zu amphetaminartigen Stimulanzen (ATS)	37
4.3 Modul 3: Interviews mit Fachkräften aus Suchthilfe und -prävention	38
4.4 Modul 4: Workshop mit Fachkräften aus Suchtberatung und -prävention	45
5 Zusammenfassende Diskussion	49
6 Gender Mainstreaming Aspekte	53
7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	54
8 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)	54
9 Publikationsverzeichnis	54
10 Literaturverzeichnis	55

Zusammenfassung

Hintergrund der KOKOS-Studie war die gestiegene 12-Monats-Prävalenz des Kokainkonsums sowie der begrenzte Kenntnisstand zu Risikogruppen von Kokainkonsumierenden in Deutschland. Ein zentrales Ziel der Studie bestand darin, Erkenntnisse zu Konsumierenden mit einem moderaten, riskanten oder abhängigen Kokainkonsum zu gewinnen, auf Basis der Ergebnisse Konsumtypen zu identifizieren und Ansatzpunkte für zielgruppenspezifische präventive Maßnahmen zu formulieren.

Das Forschungsprojekt bestand aus vier Modulen, bei denen verschiedene Methoden eingesetzt wurden: Eine Online-Befragung von Kokainkonsumierenden mithilfe eines standardisierten Fragebogens (Modul 1). Sekundäranalysen von Daten zu Kokainkonsumierenden in ambulanter Beratung im 10-Jahres Verlauf (Modul 2). Leitfadengestützte Interviews mit Fachkräften aus der Suchtberatung, -behandlung und -prävention zu Merkmalen von kokainkonsumierenden Klientinnen und Klienten (Modul 3). Ein Online-Workshop mit Fachkräften aus der Suchtprävention und -beratung zur Erarbeitung adäquater Maßnahmen der selektiven Prävention (Modul 4).

Mit der Online-Befragung (Modul 1) wurden 232 Kokainkonsumierende erreicht, welche die definierten Einschlusskriterien erfüllten. Die Teilnehmenden waren mehrheitlich männlich (64%) und drei Viertel waren nicht älter als 35 Jahre. Die meisten Befragten hatten an 5 bis 30 Tagen in den letzten 12 Monaten konsumiert, was auf eine Gruppe mit einem eher moderaten Konsum hinweist. Damit korrespondieren zum einen die Selbstbeschreibung des eigenen Konsums als kontrolliert (50%), situativ (16%) oder experimentell (6%), zum anderen die häufige Nennung hedonistischer Konsummotive. Erreicht wurde auch eine Gruppe mit hoher Konsumfrequenz, die angab Kokain intensiv, exzessiv oder zwanghaft zu konsumieren (19%). Anhand der Severity of Dependence Scale (SDS) wies knapp ein Drittel der Befragten einen riskanten oder abhängigen Kokainkonsum auf.

Im Hinblick auf die Sekundäranalysen zeigten sich im 10-Jahresverlauf keine Veränderungen der Anzahl an Personen mit kokainbezogenen Störungen in Betreuung oder Behandlung oder der Zeitdauer bis zur Aufnahme einer ambulanten Suchthilfe. Die Interviews mit Expertinnen und Experten legten nahe, dass sich in der Suchthilfe primär kokainabhängige Männer im Alter von 30-40 Jahren befinden, die berufstätig sind und Kokain zur Leistungssteigerung oder aus hedonistischen Motiven konsumieren. Zudem wurde von einem Zusammenhang zwischen dem Kokainkonsum und Glücksspiel sowie von einem sexbezogenen Kokainkonsum berichtet.

In den Interviews und im Workshop wurde eine Vielzahl an Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit unterschiedlicher Gruppen von Kokainkonsumierenden genannt. Zu den wesentlichen Empfehlungen zählten eine Flexibilisierung der Angebote in der Suchtberatung und eine bessere öffentliche Darstellung sowie der Ausbau digitaler Angebote in der ambulanten Suchtberatung und -prävention.

1 Einleitung

Verschiedenen Datenquellen weisen auf einen steigenden Konsum von Kokain und einen wachsenden Kokainmarkt hin (EMCDDA 2021, UNODC 2021). Analysen zu Kokainrückständen im Abwasser¹ erbrachten etwa für die Städte Nürnberg, Hamburg und Magdeburg seit 2017 einen kontinuierlich steigenden Nachweis von Kokain. Sowohl die EMCDDA (EMCDDA 2021) als auch die UNODC (UNODC 2021) betonen, dass die steigende Menge an sichergestelltem Kokain sowie die Verteilung des Kokains in Europa insbesondere über die Häfen in Rotterdam und Antwerpen auf ein wachsendes Kokainangebot in den europäischen Ländern hinweist.

Neben den Hinweisen auf ein wachsendes Angebot können Zahlen zur Konsumprävalenz zur Einschätzung der aktuellen Kokainproblematik herangezogen werden. In West- und Zentraleuropa hatten im Jahr 2019 geschätzt 4,4 Millionen Menschen (1,4%) im Alter von 15-64 Jahren im zurückliegenden Jahr Kokain konsumiert (UNODC 2021). Unter den 15- bis 34-jährigen in der Europäischen Union konsumierten etwa 2,2 Millionen im letzten Jahr Kokain (EMCDDA 2021). Für Deutschland bietet der epidemiologische Suchtsurvey aus dem Jahr 2018 eine Prävalenzeinschätzung, wobei hier Kokain und Crack zusammen erfasst werden (Seitz et al. 2019). Demnach lag die 12-Monats-Prävalenz unter den 18- bis 64-jährigen bei 1,1% für Kokain/Crack. In der Gruppe der 25- bis 29-jährigen war ein Konsum im letzten Jahr mit einer Prävalenz von 3,6% dabei am weitesten verbreitet. Laut dem aktuellen europäischen Drogenbericht sind 85% der Kokainkonsumierenden männlich und das Durchschnittsalter beim Erstkonsum lag bei 23 Jahren (EMCDDA 2021). Wenn eine Suchtbehandlung aufgenommen wird, so erfolgt dies in einem Alter von durchschnittlich 35 Jahren nach einer Konsumphase von etwa 12 Jahren. Für Deutschland verzeichnet der europäische Drogenbericht seit 2014 einen kontinuierlichen Anstieg in der erstmaligen Aufnahme einer Drogenbehandlung.

Zu Konsumierendengruppen in Deutschland existieren bislang kaum Befunde. Eine ältere Studie aus Frankfurt am Main belegt ein breites Spektrum an Konsummustern und Motiven im Zusammenhang mit Kokain sowie heterogene Gruppen mit Kokainkonsum, etwa im Bereich des Management, der Club- und Musikszene sowie der Drogenszene (Zurhold & Müller 2007). In einer Studie aus New York wurde der Kokainkonsum in der Clubszene untersucht und insgesamt 361 Personen im Alter von 18 bis 29 Jahren befragt (Kelly & Parsons 2008). Die Befragten mussten in den letzten 3 Monaten mindestens einmal eine der folgenden Clubdrogen konsumiert haben: MDMA, Ketamin, GHB, Kokain, Methamphetamin oder LSD. Erfasst wurde polyvalenter Konsum, die psychische Gesundheit, Sensation Seeking und die Konsummotivation. Unter den Befragten hatten über 90% aktuell Kokain konsumiert und 61% von ihnen hatten neben Kokain noch andere Drogen genommen. Von den

¹ Detaillierte Daten aus dem Jahr 2020 zu den Kokainrückständen im kommunalen Abwasser in deutschen Städten finden sich unter: https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en#source-data.

demographischen und gesundheitlichen Merkmalen erwies sich nur das männliche Geschlecht als signifikanter Prädiktor für einen polyvalenten Kokainkonsum. Jedoch nutzten diejenigen mit dem Konsum mehrerer Drogen signifikant stärker Drogen aus dem Motiv des „Sensation Seeking“ und der Motivation, mit unangenehmen Gefühlen umzugehen.

Im Gegensatz zu den begrenzten Befunden zu Konsumierenden mit Freizeit- oder Gelegenheitskonsum liegen zu Konsumierenden im Hilfesystem zahlreiche Studien vor, auch was unterschiedliche Behandlungsmethoden angeht. In der Schweiz wurde das „Snow Control“ Online-Selbsthilfeprogramm für Menschen entwickelt, die einen problematischen Kokainkonsum haben und nicht in einer Drogenbehandlung sind (Stark et al. 2013). Das Snow Control Programm ist zieloffen und hat eine Dauer von 6 bis 8 Wochen. Es beinhaltet unter anderem Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) und Motivational Enhancement Techniken. Insgesamt besteht das Programm aus 8 Modulen, zu denen Psychoedukation, Motivational Interviewing, ein Konsumtagebuch und eine automatisierte Rückmeldung per E-Mail gehören. Die Wirksamkeit der webbasierten Intervention zur Reduktion des Kokainkonsums wurde in einer kontrollierten Studie überprüft, bei der Teilnehmende per Zufallsverfahren einer von drei Gruppen zugeordnet wurden: Die Intervention plus Chat Beratung, die Intervention ohne Chat Beratung und eine Warteliste als Kontrollgruppe (Schaub et al. 2015, Schaub et al. 2019). Insgesamt konnten 311 Kokainkonsumierende in die Studie einbezogen werden. An der Follow-up Befragung sechs Monate später nahmen allerdings nur 47 (15%) teil. Somit konnten keine Aussagen zu Gruppenunterschieden in Bezug auf das primäre Outcome Kriterium „Konsummenge pro Woche“ getroffen werden. Festgestellt wurde jedoch, dass in den beiden Interventionsgruppen die Häufigkeit des Kokainkonsums und die Schwere der Abhängigkeit abgenommen haben. In einer älteren multizentrischen Längsschnittstudie wurden 346 Kokainabhängige ebenfalls nach dem Zufallsprinzip einem von vier ambulanten Behandlungsprogrammen zugeordnet (Stulz et al. 2010): Kognitive Therapie (CT) + Drogenberatung in der Gruppe (GDC) (N=90), GDC + Individuelle Drogenberatung (IDC) (N=86), Unterstützende-Expressive Psychodynamische Therapie (SE) + GDC (N=82) oder nur GDC (N=88). Um Veränderungen in Bezug auf die Abhängigkeit festzustellen und Unterschiede im Behandlungserfolg zu identifizieren, wurden die Behandelten monatlich über einen Zeitraum von 6 Monaten befragt. Insgesamt wurden 3 Gruppen mit einer unterschiedlichen Wirksamkeit der psychosozialen Interventionen identifiziert. Die Hälfte der Behandelten gehörte zu den „fast /common responder“, die zu Behandlungsbeginn einen moderaten Kokainkonsum hatte und ihren Konsum entweder bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Behandlung oder am Behandlungsende reduzierte. Etwa ein Drittel wurde als „moderate responder“ charakterisiert, die trotz ähnlichem Kokainkonsum zu Behandlungsbeginn keinen vergleichbar guten Behandlungserfolg zeigten. Stulz et al. (2010) fanden eine dritte kleine Gruppe an Kokainkonsumierenden mit einem hohen Konsum und moderater Konsumreduktion zu Behandlungsende. Insgesamt profitierte eine große Gruppe der

Kokainkonsumierenden von jeder Intervention, so dass die Interventionsform ohne Bedeutung war. In weiteren randomisierten Interventionsstudien wurde die Behandlung von Kokainproblemen mit verhaltenstherapeutischen Konzepten wie dem Community Reinforcement Approach (CRA), dem Contingency Management (CM) und einer modifizierten kognitiven Verhaltenstherapie (M-CBT) untersucht. So erhielten in einer spanischen Studie 58 Kokainabhängige randomisiert CRA mit und ohne zusätzliche Anreize (Gutscheine; Garcia-Fernandez et al. 2011a, Garcia-Fernandez, et al. 2011b). Den Ergebnissen zufolge ist eine Behandlung mit zusätzlichem Anreiz wirkungsvoller, da 66% (vs. 48%) in dieser Gruppe die 12-monatige Behandlung beendeten und 96% (vs. 79%) kokainabstinent waren. In einer Re-Analyse von drei klinischen Studien wurde die Wirkung von CM auf die Lebensqualität von 393 Kokainabhängigen mit und ohne zusätzlichem Alkoholmissbrauch untersucht (Andrade et al. 2012). Alle Personen befanden sich für 12 Wochen in einer ambulanten Standardbehandlung (Gruppentherapie, 12-Schritte Programm) oder in einer CM Behandlung. Die Wirkung der Intervention wurde zu Beginn sowie nach 1, 3, 6 und 9 Monaten gemessen. Bei denjenigen mit CM gab es im Zeitverlauf eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität in den Bereichen Arbeit, Freizeit, Gesundheit und soziale Beziehungen, wohingegen bei der Standardbehandlung keine signifikanten Effekte feststellbar waren. In der Studie von Aharonovich et al. (2018) schließlich wurden 102 Kokainabhängige mit und ohne kognitive Beeinträchtigung für eine 12-wöchige Behandlung einer CBT und einer M-CBT Gruppe zufällig zugeordnet. Gemessen wurde die Frequenz des Kokainkonsums zu Behandlungsende und 3 Monate später. Im Hinblick auf beide Kriterien zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsmethoden (Aharonovich et al. 2018).

Während bei abhängigem Kokainkonsum demnach bereits ein breites Spektrum von Interventionen untersucht wurde liegt kaum Forschung zu hilfreichen Ansätzen für sozial integrierte Gruppen von Kokainkonsumierenden vor (Köhler & Grau 2021). Eine Voraussetzung dafür sind Studien zu unterschiedlichen Subgruppen einschließlich ihrer Konsummotive bei Personen mit Gelegenheitskonsum, um Ansatzpunkte für eine zeitgemäße Prävention zu entwickeln. Die KOKOS-Studie setzt bei diesen Forschungsdefiziten an und nimmt unterschiedliche Gruppen von Kokainkonsumierenden und ihre Konsummuster bzw. -motivationen in den Blick, um Maßnahmen zur selektiven Prävention aber auch zur Schadensminimierung und besseren Erreichbarkeit von Konsumierenden mit Hilfebedarf daraus abzuleiten.

2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Im Projekt wurde ein Methodenmix angewandt, in dem quantitative und qualitative Erhebungsmethoden sowie Sekundärdatenanalysen eingesetzt wurden mit dem Ziel

- a) typische Konsumprofile von Erwachsenen mit einem riskanten und abhängigen Kokainkonsum zu identifizieren;
- b) die Inanspruchnahme professioneller Hilfen und vorhandene Hilfebedarfe zu explorieren;
- c) die in verschiedenen Städten vorgehaltenen ambulanten und stationären Suchthilfeangebote im Hinblick auf die Versorgung von Kokainkonsumierenden in der Praxis zu eruieren;
- d) gemeinsam mit Fachkräften aus dem Bereich der selektiven Prävention Ansätze zur besseren Erreichbarkeit und Ansprache von Kokainkonsumierenden zu diskutieren.

Um diese Ziele zu erreichen, wurde das Projekt modular angelegt.

2.1 Operationalisierung der Teilziele

Die Teilziele wurden entsprechend der modulspezifischen Fragestellungen und der jeweiligen Methodik operationalisiert und können den folgenden Tabellen entnommen werden.

Tabelle 1. Operationalisierung der Teilziele (Modul 1)

Teilziele	Zielerreichung
Modul 1: Befragung von Konsumierenden	
<ul style="list-style-type: none">• Programmierung eines standardisierten Online-Fragebogens• Pilotierung des Fragebogens und Modifikation• Bewerbung der Studie in unterschiedlichen Online-Foren	<ul style="list-style-type: none">• Der Pre-Test wurde mit 12 Kokainkonsumierenden durchgeführt• Der Fragebogen wurde am 20.06.2021 online gestellt• Die Bewerbung der Studie erfolgte von 20.06.-31.08.2021 und wurde in dieser Zeit in 77 Foren, Facebook-, Telegram- und Reddit-Gruppen gepostet• Flyer mit einem Link zur Befragung wurden in Bars, Clubs und Universitäten verteilt
Modul 1: Datenanalyse	
<ul style="list-style-type: none">• Erkenntnisse zu Konsummotiven, Konsumgewohnheiten, Gesundheit und sozialen Umständen von gefährdeten und abhängigen Kokainkonsumierenden• Identifikation verschiedener typischer Konsumprofile	<ul style="list-style-type: none">• Beschreibung von sozialen, konsumbezogenen und gesundheitlichen Aspekten bei Konsumierenden, die die Einschlusskriterien erfüllten (Mind. 18 Jahre, Konsum an mind. 5 Tagen in den letzten 12 Monaten; kein regelmäßiger Opioid- oder Crackkonsum)

Tabelle 2. Operationalisierung der Teilziele (Modul 2 bis 4)

Teilziele	Zielerreichung
Modul 2: Analyse von Sekundärdaten	
<ul style="list-style-type: none"> • Darstellung von Kokainkonsumierenden in der ambulanten Suchthilfe anhand ausgewählter Kriterien • Beschreibung von Konsumfrequenz, Konsummuster und Konsumdauer einer Teilgruppe von Kokainkonsumierenden 	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Suchthilfestatistik: Daten aus der amb. Suchthilfe im 5-Jahres Vergleich • BADO Hamburg: Analyse von 1.650 Konsumierenden nach Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Konsumformen • ATTUNE: Analyse von 117 Konsumierenden im Hinblick auf die aktuelle Konsumhäufigkeit
Modul 3: Interviews mit Fachkräften	
<ul style="list-style-type: none"> • Leitfadengestützte Interviews mit 12 Fachkräften aus unterschiedlichen Städten und Segmenten der Suchthilfe und Suchtprävention • Ermittlung von Hinweisen zu Erreichbarkeit und Barrieren sowie Handlungsvorschläge zur Versorgung von Kokainkonsumierenden 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung eines Interview-Leitfadens zu angebotenen Interventionen, Erreichbarkeit und Herausforderungen in der Versorgung von Kokainkonsumierenden • Von 27 Kontaktierten nahmen 10 Fachkräfte aus den Bereichen der niedrigschwelligen Hilfe sowie der Beratung und Behandlung teil
Modul 4: Workshop	
<ul style="list-style-type: none"> • Online Workshop mit 10 Fachkräften aus dem Bereich der selektiven Prävention • Diskussion zu geeigneten Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit und Ansprache von Kokainkonsumierenden • Erörterung von Strategien zur Implementierung 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 Fachkräfte aus unterschiedlichen Städten nahmen an dem Workshop teil • Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit von Konsumierenden wurden erarbeitet • Geschlechtsspezifische Fragen der Versorgung wurden diskutiert • Implementierungsstrategien wurden festgelegt

2.2 Datenerhebung

2.2.1 Modul 1: Online-gestützte Befragung von Kokainkonsumierenden

Die Befragung von Kokainkonsumierenden wurde primär als Online-Erhebung konzipiert, lag aber für kooperierende Suchthilfeeinrichtungen auch als klassische paper-pencil-Version vor. Mindestens 250 Kokainkonsumierende sollten erreicht werden, wobei diese zu nicht mehr als 30% aus dem Behandlungssetting rekrutiert werden sollten. Aktuell Konsumierende wurden über zwei Strategien rekrutiert: über gezielte Hinweise auf die Erhebung in unterschiedlichen Internet-Foren sowie über 10 kooperierende Einrichtungen aus der Suchtberatung, der Suchtbehandlung und der indizierten Prävention. Bei der Rekrutierung wurde ein Hauptaugenmerk auf Kokainkonsumierende gelegt, die (noch) nicht durch eine Behandlung oder Beratung erreicht wurden. Für die Durchführung der Befragung von Kokainkonsumierenden lag ein positiv beschiedenes Ethikvotum vor (Lokale Psychologische Ethikkommission am Zentrum für Psychosoziale Medizin, LPEK).

Konzeption des Fragebogens

Im Fragebogen wurden Erfahrungen zu Erhebungen bei Stimulanzien-Konsumierenden aus vorherigen Studien berücksichtigt. Neben Fragen zu soziodemographischen Charakteristika wurden detaillierte Fragen zum Konsum von Kokain und anderen Substanzen, zu den Motiven des Konsums sowie zum aktuellen Konsummuster gestellt. Der Fragebogen enthielt auch Fragenkomplexe zum Gesundheitsstatus, zur Inanspruchnahme von Suchtberatung sowie zu weiterer medizinischer Behandlung. Abschließend wurden Daten zum Kokainkonsum während der COVID-19 Pandemie erhoben. Folgende Instrumente wurden in den Fragebogen integriert: der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in der Kurzversion (AUDIT-C; Bush et al. 1998), die Kurzversion des Brief Symptom Inventory (BSI-19; Spitzer et al. 2011) sowie die Severity of Dependence Scale (SDS; Gossop et al. 1995). Der Fragebogen von Boys et al. zu Funktionen des Kokaingebrauchs wurde ins Deutsche übersetzt und entsprechend angepasst (Boys et al. 2001).

Dissemination des Fragebogens

Der Link zu dem Online verfügbaren Fragebogen wurde über verschiedene Online-Plattformen verbreitet. Die Auswahl der Plattformen erfolgte nach den Kriterien ihrer Reichweite, der Heterogenität der Gruppen, der Kommunikation über Drogen sowie der Erfahrungen mit Online-Surveys aus vorherigen Projekten. Neben den in Tabelle 3 aufgelisteten Foren wurden auch Telegram-Gruppen für die Bekanntmachung des Fragebogens genutzt. Hierfür wurde eine anonyme Telefonnummer geschaltet, mit der die Betreiber dieser Gruppen kontaktiert wurden.

Tabelle 3. In die Befragung einbezogene Foren (Juni bis August 2021)

Bereich	Name	Standort	URL/Adresse
Selbsthilfe	Drogen, Reddit	Bundesweit	https://www.reddit.com/r/drogen/
	Suchtkranke und Angehörige, Facebook	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/1401028813531826
	Drogenfakten All-In, Facebook	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/203920934614279
	DRAUF – Drogenaufklärung, Facebook Gruppe	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/532595046950669
	Vision e.V., Facebook	Köln	https://www.facebook.com/visionkoeln
	Druffis Weltweit, Facebook und Instagram	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/215127427091137/?notif_id=1630843460202785&notif_t=group_r2j_approved&ref=notif
	Sucht.Hamburg, Facebook	Bundesweit	https://www.facebook.com/SUCHT.HAMBURG/
	Hilferuf.de, Forum	Bundesweit	https://www.hilferuf.de
	r/Sucht, Reddit	Bundesweit	https://www.reddit.com/r/sucht/comments/ogyhs3/fragebogen_zum_kokainkonsum
	Ethnobotanik, Forum	Bundesweit	https://www.ethnobotanik.net
	Selbsthilfegruppen im DRK, Forum	Bundesweit	https://www.drk-shg-online.info
LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender)	Das LGBTQ-A Forum	Bundesweit	https://www.lgbt-forum.de
	LGBTQ- Deutschland, Facebook Gruppe	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/338198233738061
	Reddit Queer	Bundesweit	https://www.reddit.com/user/zisHamburg
	Queeres Referat der Uni Hamburg, Instagram	Hamburg	https://intagram.com/qeerreferatuhh
	Command Queer Festival, Instagram Feed	Hamburg	https://instagram.com/cmdqueer
	Hein & Fiete der schwule Checkpoint	Hamburg	https://www.heinfiete.de/de
Musikszene	Köln ist Techno, Facebook Gruppe	Köln	https://www.facebook.com/groups/KOELN.TECHNO
	Fusion Festival, Facebook	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/2306928780/?notif_id=1624871975764780&notif_t=group_r2j_approved&ref=notif

Bereich	Name	Standort	URL/Adresse
	Festival Community, Forum	Bundesweit	https://www.festival-community.net
	Party Langenfeld, Facebook	Langenfeld, Rheinland	https://www.facebook.com/groups/814281385282228
	OH schon hell, Facebook	Hamburg	https://www.facebook.com/ohschonhell
	Hip/Hop Trap/Beats/Music, Facebook	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/1194378380598808/?notif_id=1630860762764048&notif_t=group_request_to_participate_approved&ref=notif
	Das Land der Träume – Community, Forum	Bundesweit	https://www.land-der-traeume.de
Interkulturelle Gruppen	Marokko Forum	Bundesweit	https://forum.marokko.com/index.php
	Vaybee - Türkisches Forum	Bundesweit	https://www.vaybee.de
	Deutsch lernen, Facebook Gruppe	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/1001533396557643/?notif_id=1630519402332951&notif_t=group_r2j_approved&ref=notif
	Erasmus Forum	Bundesweit	https://erasmusu.com/en/erasmus-prague/erasmus-blog
Berufsgruppen	Das Heimwerkerforum	Bundesweit	https://www.dasheimwerkerforum.de
	Designerforum	Bundesweit	https://designer-forum.net
	Cargo Forum für Logistik und Verkehr	Bundesweit	https://cargoforum.de/Forums/posting.html
	Vertrieb, Marketing, Werbung, Facebook Gruppe	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/754775371233175
	Netzwerk, Forum	Bundesweit	http://nett-werk.com
Sportgruppe	Sportforum	Bundesweit	https://sportforen.de
Stadtgruppen	Schwarzes Brett Bremen, Facebook Gruppe	Bremen	https://www.facebook.com/groups/1111701288859145
	r/Hamburg, Reddit	Hamburg	https://www.reddit.com/r/hamburg/comments/okr6sk/umfrage_zum_kokainkonsum
	r/Hannover, Reddit	Hannover	https://www.reddit.com/r/Hannover/
	r/Hildesheim, Reddit	Hildesheim	https://www.reddit.com/r/Hildesheim/comments/okr8d5/umfrage_zum_kokainkonsum/

Bereich	Name	Standort	URL/Adresse
	r/Mainz, Reddit	Mainz	https://www.reddit.com/r/Mainz/comments/pmwewg/umfrage_zum_kokainkonsum/
	r/München, Reddit	München	https://www.reddit.com/r/LMUMunich/
	r/Kiel, Reddit	Kiel	https://www.reddit.com/r/kiel/comments/oq1mna/umfrage_zum_kokainkonsum/
	r/Husum, Reddit	Husum	https://www.reddit.com/r/husum/comments/oq1oe8/umfrage_zum_kokainkonsum/
	r/Erlangen, Reddit	Erlangen	https://www.reddit.com/r/erlangen/
	r/Passau, Reddit	Passau	https://www.reddit.com/r/passau/comments/paa64y/umfrage_zum_kokainkonsum/
	r/Berlin, Reddit	Berlin	https://www.reddit.com/r/berlin/comments/okr8sj/umfrage_zum_kokainkonsum/
	r/Frankfurt, Reddit	Frankfurt	https://www.reddit.com/r/frankfurt/comments/pk9wgi/umfrage_zum_kokainkosum/
	r/Mannheim, Reddit	Mannheim	https://www.reddit.com/r/mannheim/comments/paa6xd/umfrage_zum_kokainkonsum/
	r/Flensburg, Reddit	Flensburg	https://www.reddit.com/r/Flensburg/comments/paa7is/umfrage_zum_kokainkonsum/
	r/Solingen, Reddit	Solingen	https://www.reddit.com/r/solingen/comments/pk9f6k/umfrage_zum_kokainkonsum/
	r/Ulm, Reddit	Ulm	https://www.reddit.com/r/Ulm/comments/pk9k3b/umfrage_zum_kokainkonsum/
	r/Offenbach, Reddit	Offenbach	https://www.reddit.com/r/offenbach/comments/pk9p3s/umfrage_zum_kokainkonsum/
	r/Langenfeld, Reddit	Langenfeld (Rheinland)	https://www.reddit.com/r/langenfeld/comments/pk9gym/umfrage_zum_kokainkonsum/
	r/Jena, Reddit	Jena	https://www.reddit.com/r/jena/comments/otfmdh/fragebogen_zum_kokainkonsum/
	r/Rostock, Reddit	Rostock	https://www.reddit.com/r/Rostock/comments/otfm2n/fragebogen_zum_kokainkonsum/
	r/Stuttgart Reddit	Stuttgart	https://www.reddit.com/r/stuttgart/comments/oq1kde/umfrage_zum_kokainkonsum/
Surveygruppen	Probanden/Umfragen, Facebook Gruppe	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/probandensuche
	Umfragen, Facebook Gruppe	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/studienteilnehmerfinden
	r/Sample_size Dach, Reddit	Bundesweit	https://www.reddit.com/r/samplesize_DACH/
	Umfragen, Studienmeinungen und Meinungsforschung, Facebook Gruppe	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/Studienarbeit.Umfragen

Bereich	Name	Standort	URL/Adresse
	Reddit Umfragen, Reddit	Bundesweit	https://www.reddit.com/r/Umfragen/comments/p3ktle/umfrage_zum_kokainkonsum
Hochschulen	Christian-Albrechts-Universität (CAU) zu Kiel, Flyer	Kiel	Christian-Albrechts-Platz 4, 24118 Kiel
	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Flyer	Freiburg	Fahnenbergplatz, 79085 Freiburg im Breisgau
	Goethe Universität Frankfurt, Reddit	Frankfurt	https://www.reddit.com/r/goetheuni/
	Kunstakademie Düsseldorf, Facebook	Düsseldorf	https://www.facebook.com/groups/99337255353
	Hochschule für bildende Künste Hamburg, Flyer	Hamburg	Lerchenfeld 2, 22081 Hamburg
	Stipendiengruppe des Deutschen Volks, Facebook	Bundesweit	https://www.facebook.com/groups/2204981961/
	Netzwerk Studiengang Logistik und Verkehr Uni Duisburg, Facebook Gruppe	Duisburg	https://www.facebook.com/Netzwerk.LoVe
Ebay	Ebay Kleinanzeigen Hamburg	Hamburg	https://www.ebay-kleinanzeigen.de/m-meine-anzeigen.html
	Ebay Kleinanzeigen Düsseldorf	Düsseldorf	https://www.ebay-kleinanzeigen.de/m-meine-anzeigen.html
	Ebay Kleinanzeigen Freiburg	Freiburg	https://www.ebay-kleinanzeigen.de/m-meine-anzeigen.html
	Ebay Kleinanzeigen Konstanz	Konstanz	https://www.ebay-kleinanzeigen.de/m-meine-anzeigen.html
Twitter, Instagram	Regelmäßiger Tweet auf Twitter	Bundesweit	https://twitter.com
	Regelmäßiger Post/Story auf Instagram	Bundesweit	https://www.instagram.com
Weitere	Regelmäßiger Post in Live Streams von YouTube	Bundesweit	https://www.youtube.com/channel/UCmfF7JZv26UUkyRedViGllw
	"Kokain ist mein Lifestyle", Facebook Watch	Bundesweit	https://www.facebook.com/watch/?ref=search&v=626106351360049&external_log_id=d84946b0-99c8-4826-84f4-bd9eb828ffad&q=kokain

Bereich	Name	Standort	URL/Adresse
	Spiegel TV Kokain. der Weg nach Deutschland, Facebook Watch	Bundesweit	https://www.facebook.com/watch/?ref=search&v=1209850685865033&external_log_id=90bff791-2c72-430f-a46b-c0fc61c6a2e9&q=kokain
	Arte - der große Rausch , Facebook Watch	Bundesweit	https://www.facebook.com/watch/?ref=search&v=584653605478016&external_log_id=f4685f4-5f57-42ba-a970-6cd5aca190ab&q=kokain

2.1.2 Modul 2: Sekundäranalysen zu Kokainkonsumierenden

Für die Sekundäranalysen wurden die Daten von zwei Registerstudien (Deutsche Suchthilfestatistik, BADO Hamburg) für die Zwecke der Untersuchung aufbereitet. Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik wurden von der Seite "<https://www.suchthilfestatistik.de/>" für die entsprechenden Jahrgänge entnommen und für die Hauptsubstanz Kokain ausgewertet. Weiter wurde die Stichprobe der Online-Erhebung mit der europäischen ATTUNE Studie verglichen.

2.1.3 Modul 3: Interviews mit Fachkräften aus Suchtberatung und -prävention

Um geeignete Interviewpartner und -partnerinnen zum Thema Kokainkonsum zu finden, wurden zunächst die Webseiten und Konzeptbeschreibungen einer Vielzahl an Drogenhilfeeinrichtungen und Präventionsprojekte auf Erfahrungen mit Kokainkonsumierenden durchsucht. Im Anschluss wurde eine Tabelle von 27 relevanten Einrichtungen nach Städten, Einrichtungstyp und Kontaktpersonen erstellt. Alle Einrichtungen wurden Anfang August 2021 über das Forschungsvorhaben informiert und um ein Interview gebeten. Aufgrund von Abwesenheiten oder der Rückmeldung, keine Erfahrungen mit Kokainkonsumierenden zu haben, konnten 10 der geplanten 12 Interviews durchgeführt werden. Die Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend zusammengefasst.

2.2.4 Modul 4: Workshop mit Fachkräften aus Suchtberatung und -prävention

Zur Vorbereitung wurde ebenfalls eine Liste zu potentiellen Teilnehmenden erstellt, die sich von der Liste zu Modul 3 unterschied. Alle 16 Präventionsfachkräfte auf dieser Liste wurden um die Teilnahme an einem Workshop gebeten, der am 24. September in der Zeit von 10.30 bis 13.00 Uhr stattfand. Sie wurden informiert, dass dort zunächst die Ergebnisse der Module 1 und 3 präsentiert und im Anschluss die folgenden Fragen diskutiert werden sollen:

- Welche Maßnahmen sind für unterschiedliche Gruppen von Kokainkonsumierenden geeignet (gefährdete, riskant oder abhängig Konsumierende mit und ohne Kontakte zur Suchthilfe), um deren Erreichbarkeit und Versorgung zu verbessern?
- Mit welchen Akteurinnen und Akteuren und anhand welcher Instrumente können passende Präventionsangebote für diese Zielgruppen umgesetzt werden?

An dem Workshop haben wie geplant 10 Fachkräfte aus unterschiedlichen Städten teilgenommen, die im Bereich der indizierten Prävention tätig sind.

2.3 Vorgehen bei den Auswertungen

2.3.1 Modul 1: Online-gestützte Befragung von Kokainkonsumierenden

Ein Ziel von Modul 1 war es, verschiedene Profile von Kokainkonsumierenden anhand von Konsummotiven, Konsummustern, Gesundheitsaspekten und sozialen Merkmalen zu identifizieren. Dabei wurde festgelegt, dass nur aktuelle Konsumentinnen und Konsumenten eingeschlossen werden sollen. Ein aktueller Kokainkonsum wurde definiert als Konsum an mehr als 5 Tagen in den letzten 12 Monaten. Weiter wurde ein Mindestalter von 18 Jahren gefordert. Ausgeschlossen wurden Personen mit regelmäßigem oder abhängigem Konsum von Opioiden und mit regelmäßigem Crackkonsum in den letzten 12 Monaten.

2.3.2 Modul 2: Sekundäranalyse von Daten zu Kokainkonsumierenden

Die Basisdatendokumentation (BADO) für die Stadt Hamburg sowie die bundesweite deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) wurden im Hinblick darauf ausgewertet, Erkenntnisse zur Anzahl, Altersstruktur und zu Konsummustern von Konsumierenden im Hilfesystem zu gewinnen. Um mögliche Veränderungen im Zeitverlauf zu untersuchen wurden diese Daten für die Jahre 2013 bis 2019 bzw. 2020 ausgewertet. Auf Basis der ATTUNE Studie wurden Konsumfrequenz, Einstiegsalter und Konsumdauer beim Kokain-/Crackkonsum unter den in Deutschland Befragten dokumentiert.

2.3.3 Modul 3: Interviews mit Fachkräften aus der Suchthilfe und Prävention

Für die Auswertung wurde jedes Interview anhand der Kategorien des Leitfadens zusammengefasst. Der Leitfaden umfasste neben der Stadt und dem Einrichtungstyp Fragen zu den angebotenen Interventionen, den Charakteristika von Kokainkonsumierenden, der Erreichbarkeit dieser Gruppe und den Herausforderungen in ihrer Versorgung. Abschließend wurde die Frage erörtert, welche Maßnahmen nötig wären, um die Versorgung für Kokainkonsumierende zu verbessern oder die Risiken einer Abhängigkeit zu verringern.

2.3.4 Modul 4: Workshop mit Fachkräften aus der Suchthilfe und Prävention

Die Diskussionen beim Workshop wurden protokolliert und das Protokoll an alle Teilnehmenden mit der Bitte um Ergänzungen verschickt. Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen wurden im Anschluss im Hinblick auf die Fragestellungen (Maßnahmen für unterschiedliche Gruppen von Kokainkonsumierenden, sinnvolle Präventionsangebote) systematisiert.

3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Die Durchführung der geplanten Module in der vorgesehenen Projektdauer von 6 Monaten erwies sich als anspruchsvoll. Die Konzeption, Pilotierung und Programmierung des Online-Fragebogens nahm

zwei Monate in Anspruch (Phase 1 im Zeitplan, s. Tabelle 4). Demzufolge konnte die Rekrutierung der Stichprobe (Phase 4) im dritten Projektmonat beginnen. Um auch Fragebögen zu berücksichtigen, die unerwartet spät von kooperierenden Einrichtungen übermittelt wurden, konnten die geplanten Analysen zudem erst gegen Ende des Projektes durchgeführt werden. Die genannten Umstände hatten damit Auswirkungen auf den zeitlichen Verlauf der Datenanalyse. Insgesamt konnten alle geplanten Aktivitäten erfolgreich umgesetzt werden.

Tabelle 4. Ursprünglicher Arbeits- und Zeitplan

	Monate im Jahr 2021						
	1	2	3	4	5	6	7
Phase 1: Fragebogen zur Erhebung von Kokainkonsumierenden	■						
Phase 2: Sekundärdatenanalysen	■	■	■				
Phase 3: Befragung von Fachkräften	■	■	■				
Phase 4: Rekrutierung von Kokainkonsumierenden		■	■	■			
Phase 5: Analysen, Auswertungen				■	■	■	
Phase 6: Workshop					■		
Phase 7: Zusammenführung der Ergebnisse						■	■
Phase 8: Verbreitung der Ergebnisse							■
Meilenstein 1: Die Rekrutierung ist abgeschlossen				■			
Meilenstein 2: Der Workshop ist durchgeführt					■		
Meilenstein 3: Alle Analysen sind abgeschlossen						■	
Meilenstein 3: Alle Analysen sind abgeschlossen							

4 Ergebnisse

4.1 Modul 1: Online-gestützte Befragung von Kokainkonsumierenden

Im Zeitraum vom 20.06.2021 bis zum 15.09.2021 wurde der Link zum Fragebogen insgesamt 4.506mal aufgerufen. Durch die Verwendung von verschiedenen Links und einer entsprechenden Programmierung in LimeSurvey lässt sich eine grobe Verteilung der Antwortenden nach „Ort“ des Auffindens des Links vornehmen. Knapp die Hälfte der Personen fanden über thematisch spezifische Onlineangebote wie z.B. mindzone (<https://mindzone.info>) zum Fragebogen und rund ein Viertel der Personen griffen von Facebook auf den Link zu. Etwa jede zehnte Person hat den Link über die Plattform reddit erhalten, weitere zehn Prozent über Instagram.

4.1.1 Soziodemographische Charakteristika

Im Studienzeitraum füllten insgesamt 653 Personen den Fragebogen aus. Nach Ausschluss von Teilnehmenden mit offensichtlich inkongruenten Angaben verblieben 521 Personen, von denen 232 (44,5%) die Einschlusskriterien erfüllten und 289 (55,5%) aufgrund nicht erfüllter Einschlusskriterien ausgeschlossen werden mussten. Tabelle 5 sind die soziodemographischen Charakteristika beider Gruppen zu entnehmen. Zwischen den beiden Stichproben zeigten sich keine Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, Alter, Wohnort, Urbanität des Wohnortes, Staatsangehörigkeit und Partnerschaftsstatus. Deutlich mehr Personen, die die Einschlusskriterien nicht erfüllten, gaben an, keinen festen Wohnsitz zu haben.

Des Weiteren wurden die derzeitige Ausbildungs- und Arbeitsplatzsituation sowie etwaige Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf den Arbeitsplatz erhoben. Bis auf 5,2% (N=12) der Teilnehmenden gaben alle Personen an, einen abgeschlossenen Schulabschluss (67,8% Abitur oder Hochschulreife; 21,2% mittleren Schulabschluss; 9,1% ersten Schulabschluss) zu besitzen. Zwischen den beiden Stichproben zeigten sich auch hier keine Unterschiede. Die Mehrheit der Befragten war entweder in Voll- oder Teilzeit angestellt (45,4% bzw. 8,2%), jede fünfte Person gab an zu studieren (20,7%), 6,5% waren arbeitslos bzw. arbeitssuchend. Etwas mehr als die Hälfte der Personen gab an, dass die COVID-19 keine Auswirkungen auf ihre Arbeitssituation hatte (52,2%), etwa ein Drittel arbeitete im Home-Office (31,9%), etwas mehr als jeder Zehnte gab einen Einnahmeverlust an (14,2%) und weitere 5,2% hatten ihren Arbeitsplatz aufgrund der COVID-19 Pandemie verloren.

Tabelle 5. Soziodemographische Charakteristika der Teilnehmenden

	Einschlusskriterien nicht erfüllt	Einschlusskriterien erfüllt	Gesamt
	N=289 (55,5%)	N=232 (44,5%)	N=521 (100%)
Geschlecht N (%)			
Männlich	179 (61,9)	149 (64,2)	328 (63,0)
Weiblich	98 (33,9)	81 (34,9)	179 (34,4)
Divers	12 (4,2)	2 (0,9)	14 (2,7)
Alter M (SD; range)			
	31,2 (10,1; 18-69)	29,2 (8,2; 18-66)	30,3 (9,4; 18-69)
Wohnort N (%) ^a			
Alte Bundesländer	223 (77,7)	172 (75,1)	395 (76,6)
Neue Bundesländer	27 (9,4)	21 (9,2)	48 (9,3)
Berlin	37 (12,9)	36 (15,7)	73 (14,1)
Urbanität N (%)			
Dorf (< 5.000 Einwohner)	27 (9,3)	20 (8,6)	47 (9,0)
Kleinstadt (< 20.000 Einwohner)	37 (12,8)	26 (11,2)	63 (12,1)
Mittelgroße Stadt (< 100.000 Einwohner)	47 (16,3)	38 (16,4)	85 (16,3)
Großstadt (< 1 Mio. Einwohner)	84 (16,3)	64 (27,6)	148 (28,4)
Millionenstadt	94 (32,5)	84 (36,2)	178 (34,2)
Staatsangehörigkeit ^b			
Deutsch	271 (94,4)	220 (94,8)	491 (94,6)
Andere	16 (5,7)	12 (5,2)	28 (5,4)
Wohnsitz ^c			
Fester Wohnsitz	271 (95,8)	227 (97,8)	498 (96,7)
Kein fester Wohnsitz	11 (3,9)	4 (2,2)	15 (2,9)
Behandlungseinrichtung	1 (50)	1 (50)	2 (0,4)
Partnerschaft			
Ja, zusammen lebend	95 (32,9)	70 (30,2)	165 (31,7)
Ja, in getrennten Wohnungen	55 (19,0)	48 (20,7)	103 (19,8)
Keine	139 (48,1)	114 (49,1)	253 (48,6)

Anmerkung. ^a N=516; ^b N=519; ^c N=515

4.1.2 Kokainkonsum

Die 232 Teilnehmenden mit erfüllten Einschlusskriterien hatten im Durchschnitt 6 Jahre Kokain konsumiert (M=5,98; SD=5,96; range=0-30). Männer gaben eine in etwa 3 Jahre längere Konsumdauer an als Frauen. Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden beim Erstkonsum von Kokain etwa 22 Jahre alt (M=21,8; SD=5,9; range=14-57; Frauen: M=22,0; SD=5,2; range=15-44; Männer: 21,7; SD=6,3; range=14-57). Die hauptsächliche Konsumform von Kokain war nasal (98,7%), die durchschnittliche

Grammzahl pro Konsumtag betrug $M=0,86$ ($SD=0,87$) und die durchschnittlichen Ausgaben für ein Gramm Kokain $M=67,45$ Euro ($SD=26,11$). Der Großteil der Teilnehmenden konsumierte in den letzten 12 Monaten an 5 bis 30 Tagen Kokain (s. Abbildung 1).

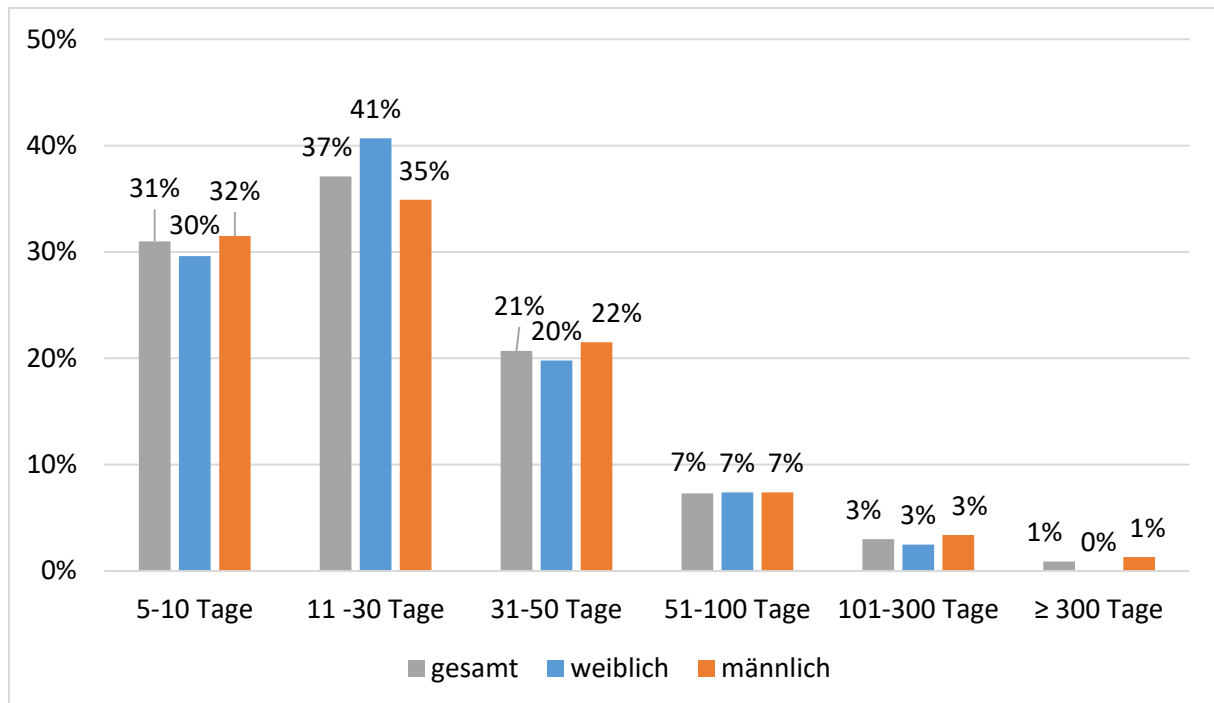


Abbildung 1. Anzahl Konsumtage in den letzten 12 Monaten

77,2% der Teilnehmenden gaben an in den letzten 30 Tagen Kokain konsumiert zu haben ($N=179$). Die durchschnittliche Anzahl von Konsumtagen in letzten 30 Tagen betrug 3,7 ($SD=5,3$; $range=0-30$; Frauen: $M=4,5$; $SD=6,3$; $range=0-30$; Männer: $M=3,3$; $SD=4,6$; $range=0-30$). Im Durchschnitt gaben die Teilnehmenden an seit 6,0 Jahren Kokain zu konsumieren ($SD=6,0$; $range=0-30$; Frauen: $M=4,2$; $SD=4,0$; $range=0-19$; Männer: $M=7,0$; $SD=6,6$; $range=0-30$).

Auswirkungen der COVID-19 Pandemie

Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (57,1%; N=217) gab an, dass sich ihr Kokainkonsum während der COVID-19-Pandemie nicht verändert habe. 28,6% berichteten von einer Zunahme, 14,3% von einer Abnahme ihres Konsums (s. Abbildung 2).

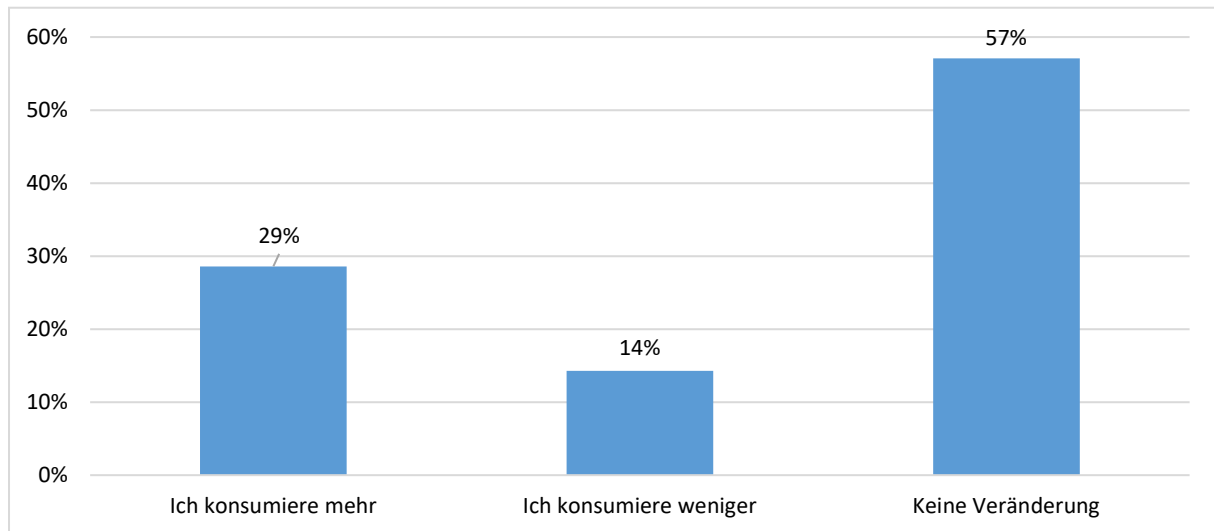


Abbildung 2. Veränderung des Kokainkonsums während der COVID-19-Pandemie

Ebenfalls etwa die Hälfte der Teilnehmenden (N=121; 52,2%) erlebte im beruflichen Bereich keine Einschränkungen durch die Pandemie. Ein Drittel (N=74; 31,9%) arbeitete im Home-Office, 5,2% wurden gekündigt (N=12), 3,9% gaben an keinen Arbeitsplatz zu finden (N=9), 3,4% arbeiteten in Kurzarbeit (N=8) und 1,7% konnten aufgrund von gesundheitlichen Risiken nicht mehr arbeiten (N=4). Von geringeren Einkünften berichteten 14,2% der Teilnehmenden (N=33).

4.1.3 Konsum von weiteren Substanzen

Fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Online-Studie (N=231; 99,6%) konsumierten neben Kokain weitere Substanzen. Die überwiegende Mehrheit dieser Teilnehmenden gab an in den letzten 12 Monaten Alkohol (N=221; 95,3%), Cannabis (N=197; 84,9%), Ecstasy (N=185; 79,7%), Ketamin (N=122; 52,6%) sowie verschreibungspflichtige Schlaf- und Beruhigungsmittel (N=94; 40,5%) konsumiert zu haben. Darauf folgen Pilze (N=81; 34,9%), Legal Highs (N=42; 18,1%) und Liquid Ecstasy (N=31; 13,4%). Nur ein geringer Anteil gab einen Konsum von Crack (N=5; 2,2%), Heroin (N=3; 7,0%) oder Substitutionsmitteln (N=9; 3,9%) an.

Neben Kokain war Alkohol die in den letzten 30 Tagen am häufigsten konsumierte Substanz (N=182; 78,4%). Darauf folgen Cannabis (N=132; 57,8%), Ecstasy (N=73; 31,5%) und Ketamin (N=50; 21,6%) sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel (N=49; 21,1%). Die anderen genannten Substanzen können der Tabelle 6 entnommen werden.

Tabelle 6. Konsum weiterer Substanzen nach Geschlecht in den letzten 30 Tagen (Mehrfachnennungen möglich)

	Weiblich N (%)	Männlich N (%)	Divers N (%)	Gesamt N (%)
Cannabis	49 (60,5)	83 (55,7)	2 (100,0)	134 (57,8)
Legal Highs	5 (6,2)	8 (5,4)	-	13 (5,6)
Ecstasy	29 (35,8)	43 (28,9)	1 (50,0)	73 (31,5)
Ketamin	25 (30,9)	24 (16,1)	1 (100,0)	50 (21,6)
Liquid Ecstasy	2 (2,5)	7 (4,7)	1 (100,0)	10 (4,3)
Pilze	7 (8,64)	15 (10,1)	1 (50,0)	23 (9,9)
Schlaf- und Beruhigungsmittel	13 (16,1)	36 (24,2)	-	49 (21,1)
Alkohol	70 (86,4)	111 (74,5)	1 (50,0)	182 (78,4)

Der im Rahmen der Studie eingesetzte AUDIT-C gibt einen Hinweis auf einen möglichen riskanten Alkoholkonsum und kann eingesetzt werden, um Personen zu identifizieren, die einen Bedarf an einer alkohol-spezifischen Intervention haben. Bei einem cut-off-Wert von 5 für Männer und 4 für Frauen hatten 76,7% (N=178; Frauen: N=81, 84,0%; Männer: N=149, 73,8%,) aller Teilnehmenden einen positiven Score. Die Antworten der 3. Frage des AUDIT-C "Wie oft trinken sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit, z.B. beim Abendessen oder auf einer Party?" zeigten, dass über ein Drittel der Teilnehmenden 1-mal pro Woche und ein weiteres Drittel 1-mal pro Monat von Binge-Drinking berichten.

Befragt dazu, ob sie jemals andere Substanzen während oder nach dem Kokainkonsum konsumiert haben, gaben die Teilnehmenden an, dass sie während des Kokainkonsums am häufigsten Alkohol (N=197; 84,9%) und "zum Runterkommen" am häufigsten Cannabis konsumierten (N=108; 48,9%). Die häufigsten Nennungen zu anderen Substanzen bezogen sich auf Ketamin. Weitere Substanzen können der folgenden Tabelle 7 entnommen werden.

Tabelle 7. Konsum anderer Substanzen während und nach dem Kokainkonsum

Substanz	„Während Kokainkonsum“ N (%)	„Zum Runterkommen“ N (%)
Alkohol	197 (84,9)	50 (22,6)
Cannabis	77 (33,2)	108 (48,9)
Ecstasy	32 (13,8)	1 (0,5)
Amphetamine	55 (23,7)	-
Schlaf- /Beruhigungsmittel ^a	-	45 (20,4)
Opioidhaltige Medikamente ^a	-	14 (6,3)
Heroin ^a	-	1 (0,5)
Anderes ^b	24 (10,3)	-
Keine	33 (14,2)	79 (35,7)

Anmerkung. ^anur für „zum Runterkommen“ erfragt; ^bnur für „während Konsum“ erfragt

4.1.5 Bezugsquellen von Kokain

Als Bezugsquellen von Kokain gaben die Teilnehmenden am häufigsten ihren persönlichen Dealer (50,5% „oft“ oder „fast immer“) und den privaten Freundeskreis (43,5% „oft“ oder „fast immer“) an (s. Abbildung 3). Ein Viertel gab an häufig sog. „Kokain-Taxis“ zu nutzen (24,6% „oft“ oder „fast immer“). Seltene Beschaffungswege betrafen Messenger-Dienste (5,6%) und das Darknet (3,1%).

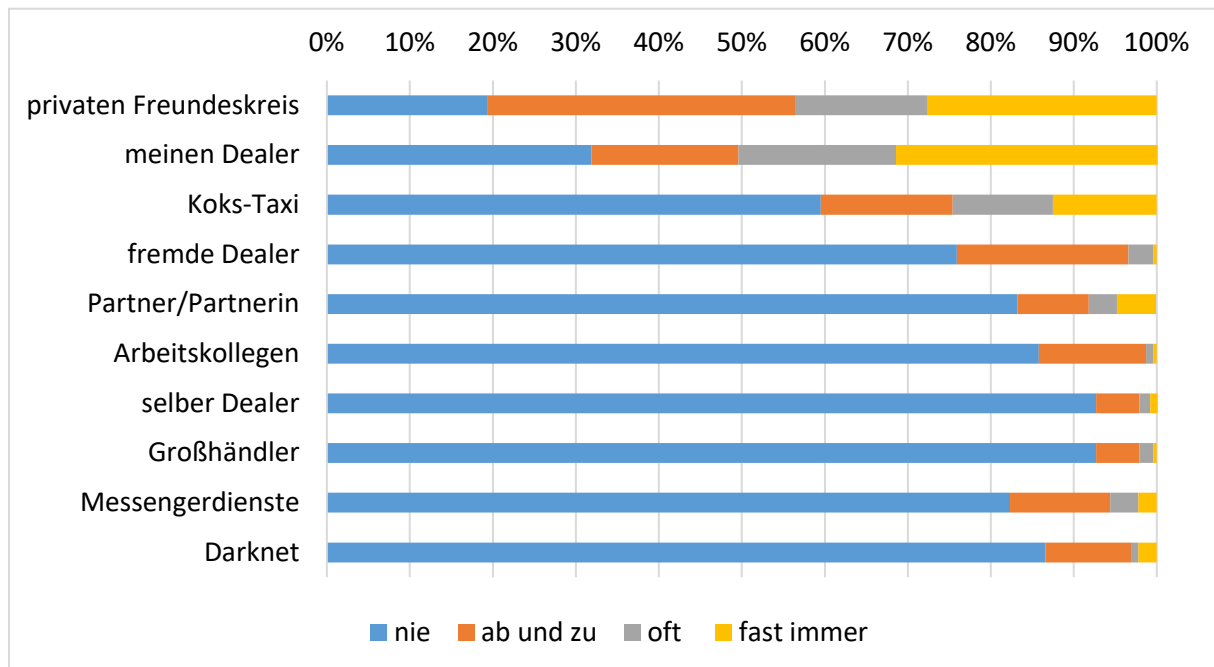


Abbildung 3. Bezugsquellen von Kokain

4.1.6 Konsummotive und -gelegenheiten

Für die Identifikation von Gruppen unterschiedlicher Konsumentinnen und Konsumenten ist die Frage nach dem Motiv des Kokainkonsums relevant. In Tabelle 8 sind die Funktionen nach den fünf Domänen "Gemütszustand", "körperliche Effekte", "soziale Funktionen", "ermöglicht Aktivitäten" sowie "beeinflusst Effekte anderer Substanzen" dargestellt, die von Boys et al. (2001) vorgeschlagen wurden. Die Kategorien "oft" und "immer" („zutreffend“) sowie „nie“, „selten“ und „manchmal“ („nicht zutreffend“) wurden jeweils zusammengezogen. Das häufigste Konsummotiv war das Bestreben sich euphorisch bzw. beschwingt zu fühlen (67,3%). Darauf folgten sich „richtig high“ zu fühlen (54,3%), wach zu bleiben (48,3%), mit Freunden auszugehen (45,3%) und das Zusammensein mit Freunden zu genießen (40,9%). Deutlich seltener konsumieren die Teilnehmenden Kokain, um Gewicht zu verlieren (7,8%) oder sich auf die Arbeit zu konzentrieren (5,6%). Es konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt werden mit Ausnahme der Kategorie "hilft mir die Gefühle beim Sex zu verstärken". Hier gaben signifikant mehr Frauen an nie (58,0%), selten (11,1%) oder manchmal (9,9%) Kokain aus diesem Grund zu konsumieren als Männer (44,6%; 16,2%; 14,9%).

Tabelle 8. Motive des Kokainkonsums nach Domänen (vgl. Boys et al. 2001)

Domäne	Funktionen	nicht zutreffend (%)	Zutreffend (%)
Gemütszustand	Besser fühlen	88,8	11,2
	Sorgen reduzieren	84,1	15,5
	Entspannen	74,1	25,5
	Euphorisch fühlen	32,3	67,3
	High sein	45,6	54,3
Körperliche Effekte	Sex verbessern	76,7	22,9
	Gewicht verlieren	92,3	7,8
	Wach bleiben	50,9	48,3
Soziale Funktionen	Ausgehen mit Freunden	54,8	45,3
	Sich sicherer fühlen	77,6	22,4
	Hemmungen verlieren	67,7	32,3
	Zeit mit Freunden genießen	59,1	40,9
Ermöglicht Aktivitäten	Auf die Arbeit konzentrieren	93,9	5,6
	Aktivitäten verbessern	85,8	14,2
	Aktivitäten weniger langweilig	83,2	16,4
Beeinflusst Effekte anderer Substanzen	Wirkungen verstärken	89,6	10,4
	Nebenwirkungen abschwächen	87,1	12,5

Passend zu den obigen Antworten zeigt sich, dass die am meisten berichtete Gelegenheit des Kokainkonsums der Besuch von Parties bzw. Clubs war (65,6%). An zweiter Stelle stand der Konsum mit Freunden zuhause (41,8%), gefolgt von dem Konsum zu Hause beim Erledigen von Aufgaben zu Hause (7,8%). Illegale Aktivitäten (4,3%), der Konsum bei der Arbeit (4,3%) und Prostitution (0,4%) wurde nur sehr selten als Konsumkontexte berichtet (s. Abbildung 4).

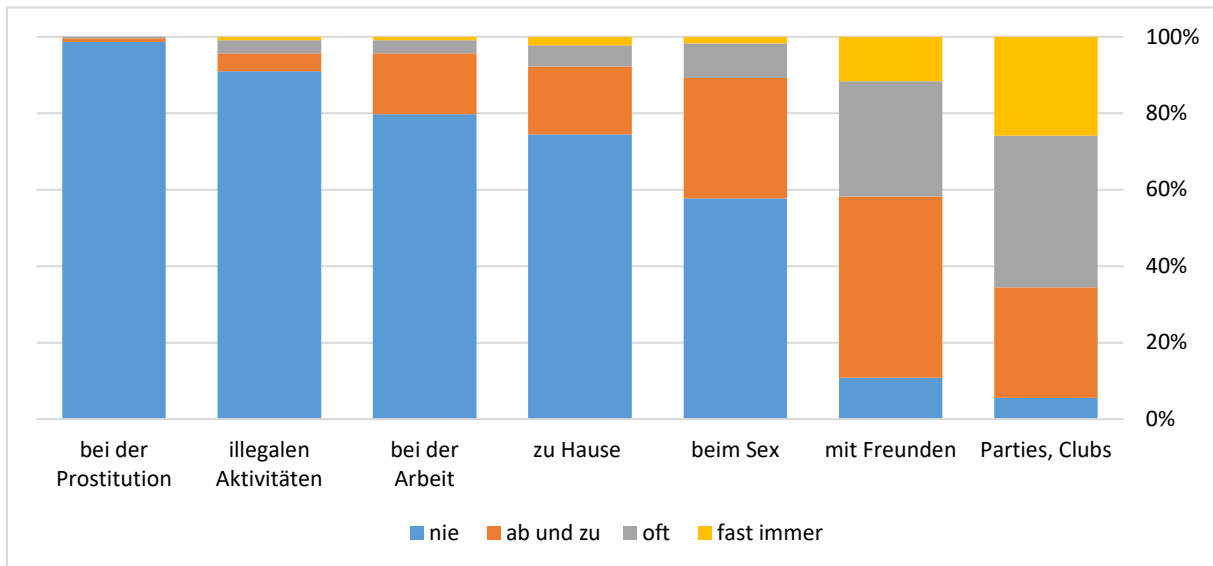


Abbildung 4. Gelegenheiten des Kokainkonsums

4.1.6 Konsumkategorien und Auswirkungen

Neben den Motiven, Gründen und Gelegenheiten wurden die Teilnehmenden zu den eigenen Konsummuster befragt und gebeten, sich einer der folgenden Kategorien zuzuordnen: "Experimentell, kurzfristig", "Sozial, kontrolliert", "Situativ", "Regelmäßig ohne Dosissteigerung", "Intensiv, exzessiv" sowie "Zwanghaft, häufig". Die Hälfte der Teilnehmenden ordnete sich der Kategorie sozial kontrolliert zu (s. Abbildung 5). 16,4 % der Teilnehmenden beschrieb den eigenen Konsum als situativ bzw. intensiv und 15,5% als exzessiv. Regelmäßigen Konsum ohne Dosissteigerung gaben 7,3% der Personen an, 3,4% schätzten ihn als zwanghaft oder täglich ein. Weitere 6,0% gaben einen experimentellen oder kurzfristigen Konsum an.

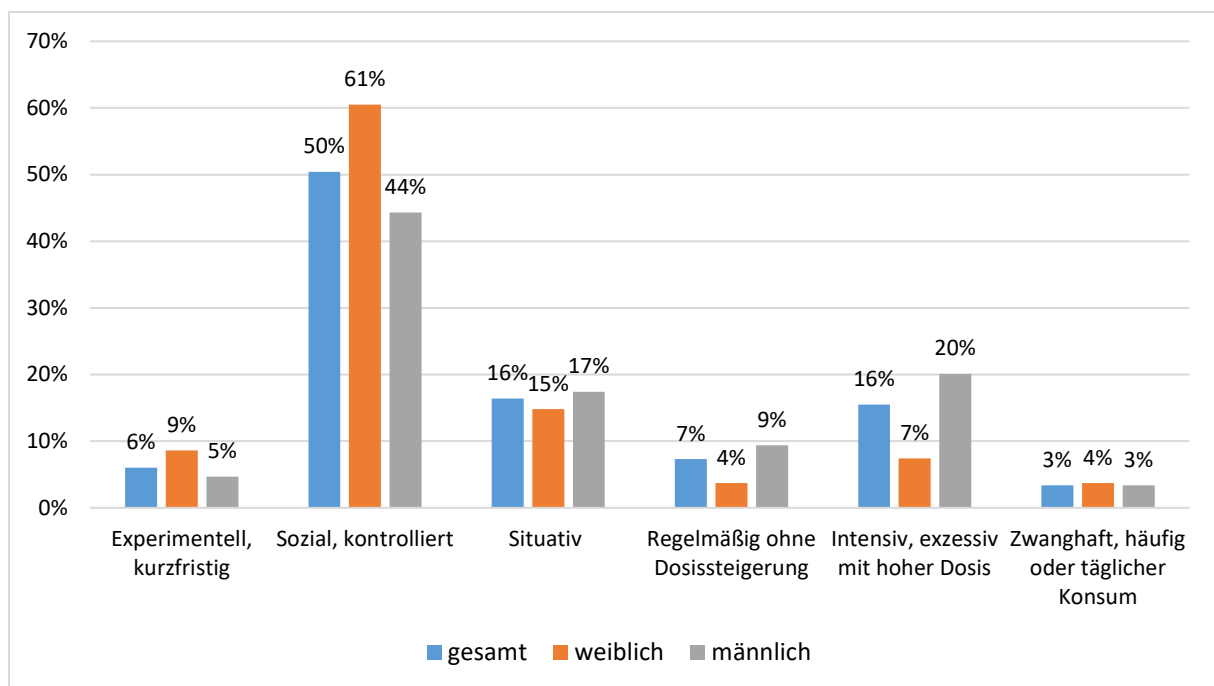


Abbildung 5. Beschreibung des Kokainkonsums

Um das Ausmaß der Personen mit einem möglichen Abhängigkeitsrisiko genauer einschätzen zu können, wurde die Severity of Dependence Scale (SDS; Gossop et al. 1995) eingesetzt. 32,3% (N=75) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erreichten einen SDS-Gesamtwert von ≥ 4 (Frauen: 30,9%; Männer 32,9%) und zeigten somit ein erhöhtes Risiko für eine Kokainabhängigkeit. Dieses traf zu gleichen Anteilen auf Frauen wie auf Männer zu. Dabei zeigte sich eine gewisse Übereinstimmung mit den oben dargestellten Selbsteinschätzungen. So erreichten 87,5% der Personen, die einen zwanghaften, häufigen oder täglichen Konsum angaben, einen SDS-Gesamtwert von ≥ 4 . Von den Personen, die einen exzessiven Konsum mit hoher Dosis angaben, traf dies auf 63,9% und von den Personen mit einem regelmäßigen Konsum ohne Dosissteigerung auf 64,7% zu.

Es wurden unterschiedliche Auswirkungen des Kokainkonsums von den Teilnehmerinnen und Teilnehmerinnen berichtet. 42,2% geben an „oft“ oder „fast immer“ unter Schlaflosigkeit und Müdigkeit zu leiden, ähnlich häufig mit 45,3% wurde von Appetitverlust berichtet (s. Abbildung 6). Mehr als jede/jeder Zehnte berichtete „oft“ oder „fast immer“ unter Konzentrationsschwierigkeiten (16,8%), Aggressionen (12,5%), der Unfähigkeit die eigenen Routinen zu bewältigen (12,1%) oder „Paranoia“ (9,0%) zu leiden.

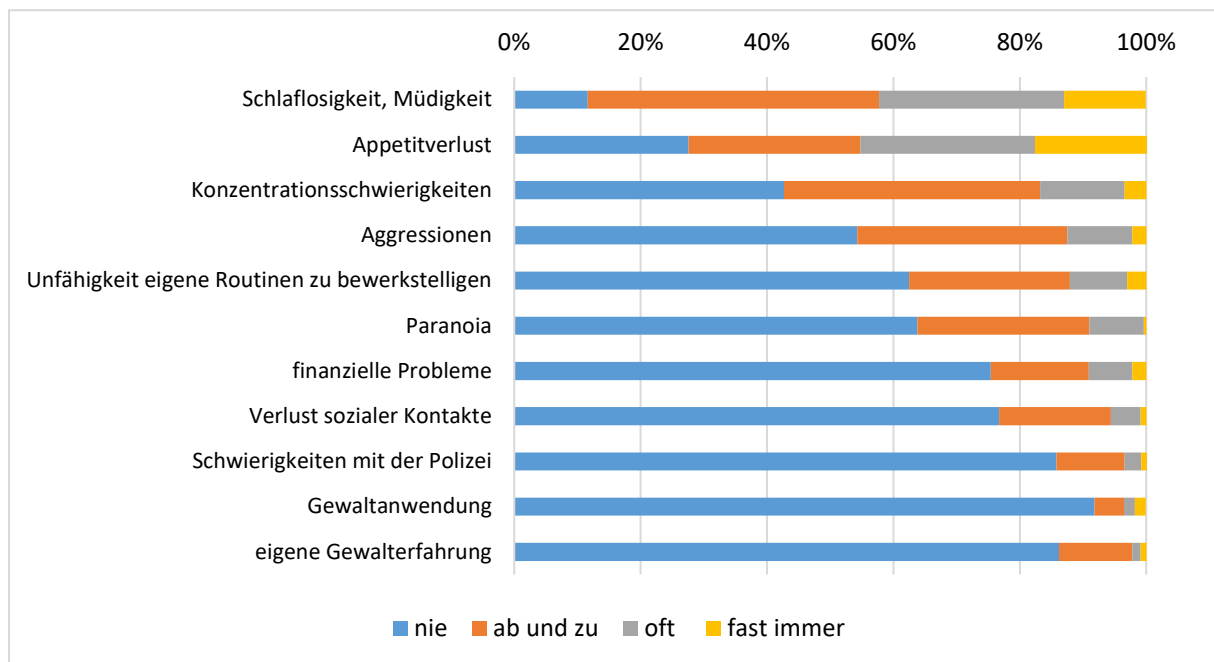


Abbildung 6. Auswirkungen des Kokainkonsums

4.1.7 Beratung und Behandlung

Etwa ein Viertel (24,6%) der Teilnehmenden gaben an jemals eine Suchtberatungsstelle oder eine Behandlung aufgrund ihres Alkohol- oder Drogenkonsums aufgesucht zu haben. Von dieser Stichprobe gab die Mehrheit an, dass dies wegen „illegaler Drogen“ (71,9%) bzw. ihres Kokainkonsums erfolgt sei (33,3%), von 19,3% wurde ihr Alkoholkonsum als der Anlass angegeben. Die am häufigsten genannten Gründe professionelle Hilfe zu suchen waren psychische (21,1%) und/oder körperliche (12,9%) Probleme aufgrund des Konsums, dem Wunsch, den Kokainkonsum zu reduzieren (19,0%) oder ihn zu beenden (11,6%). Andere Gründe waren eine rechtliche Beratung (9,5%), familiäre Probleme (9,5%), Hilfe eine Arbeitsstelle zu finden (6,9%) und Hilfe eine Wohnung zu finden (2,1%).

Die Teilnehmenden nutzten bzw. haben in Zukunft vor Unterstützung vor allem in Form von szenespezifischen Informationen zu Kokain (z.B. über Drugcom, Drugscout, Mindzone) (N=34; 14,7%), Drogen und Suchtberatungen (N=27; 11,6%), Nightlife-Angeboten (N=24; 10,3%), Selbsthilfegruppen (N=19; 8,2%), stationärer Rehabilitation (N=10; 4,3%), Drogenbehandlung (N=7; 3,0%) und

Entzugsangeboten (N=8; 3,4%) zu nutzen. Im ambulanten medizinischen Bereich wurde ein Bedarf an ambulanter Psychotherapie (N=24; 10,3%) sowie ambulanter psychiatrischer Behandlung (N=16; 6,9%) geäußert. Die hausärztliche Versorgung spielte keine oder nur eine geringe Rolle.

4.2 Modul 2: Sekundärdatenanalysen zu Kokainkonsumierenden

4.2.1 Hamburger Basisdatendokumentation

Mit der Hamburger Basisdokumentation (BADO) werden die Klientel- und Betreuungsmerkmale der ambulanten Suchthilfe in Hamburg ausgewertet und beschrieben. Neben den Fragestellungen des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation der Suchtkrankenhilfe (Version 3.0) werden in der BADO eigene Variablen erhoben. Die Hamburger BADO bildet das gesamte ambulante zugewandungsgeförderte sowie über SGB XII finanzierte Hamburger Suchthilfesystem ab. Detaillierte Beschreibungen zur Erhebungsmethodik sowie Zugang zu den BADO Berichten finden sich unter <https://www.bado.de/publikationen>. In der Hamburger BADO können für jede Klientin und jeden Klienten alle zutreffenden suchtspezifischen Problembereiche als Mehrfachantwort ausgewählt werden, die relevant für die Betreuung bzw. Behandlung sind. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den Erkenntnissen aus den Vorjahren wurden die Daten zu Hauptproblemgruppen verdichtet, so dass sie den üblichen Kategorien entsprachen. Die hier präsentierten Ergebnisse über den Zeitraum von 2013 bis 2020 beziehen sich ausschließlich auf Personen, die Kokain als ihre Hauptsubstanz angegeben und ambulante Drogenhilfeangebote in Anspruch genommen haben.

Soziodemographische Faktoren

In den vergangenen 8 Jahren ist ein Anstieg der Kokainkonsumierenden, die eine Beratungsstelle aufgesucht haben, in Hamburg in den Jahren 2015 bis 2017 zu beobachten (s. Abbildung 7). In diesem Zeitraum wurden jährlich etwa 1.650 Personen betreut (2020: 1.639; 2019: 1.669; 2018: 1.714; 2017: 1.667; 2016: 1.578; 2015: 1.397; 2014: 1.449; 2013: 1.387). In dem gleichen Zeitraum ist auch das Geschlechterverhältnis konstant geblieben; der Frauenanteil lag jeweils bei knapp 20%.

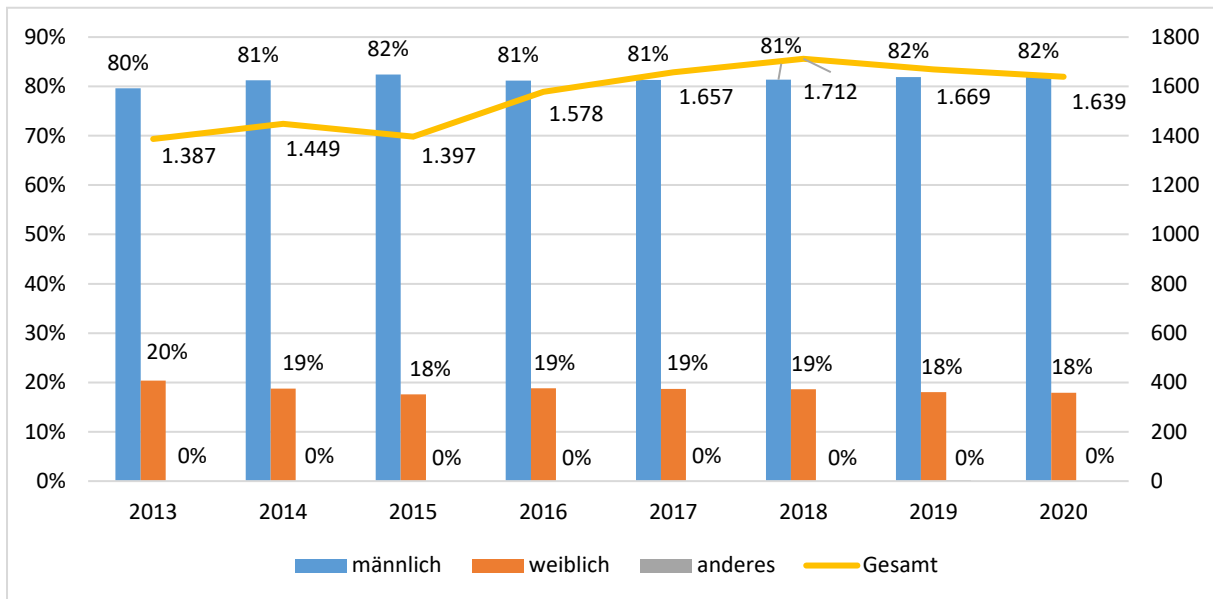


Abbildung 7. Anzahl der Hilfesuchenden auf Grund von Kokain nach Geschlecht und Jahr

Das Alter bei Erstkonsum von Kokain lag im Mittel bei 21 Jahren. Zwischen dem Erstkonsum und dem Störungsbeginn lagen für die betreuten Kokainkonsumierenden in der Regel 3 Jahre (s. Abbildung 8). Die Zeitspanne zwischen Erstkonsum und aktuellem Betreuungsbeginn liegt bei knapp 10 Jahren. In dem Zeitraum von 2013-2020 haben sich das Einstiegsalter, der Störungsbeginn sowie die Zeitspanne bis zur Aufnahme einer Drogenberatung oder -betreuung kaum verändert.

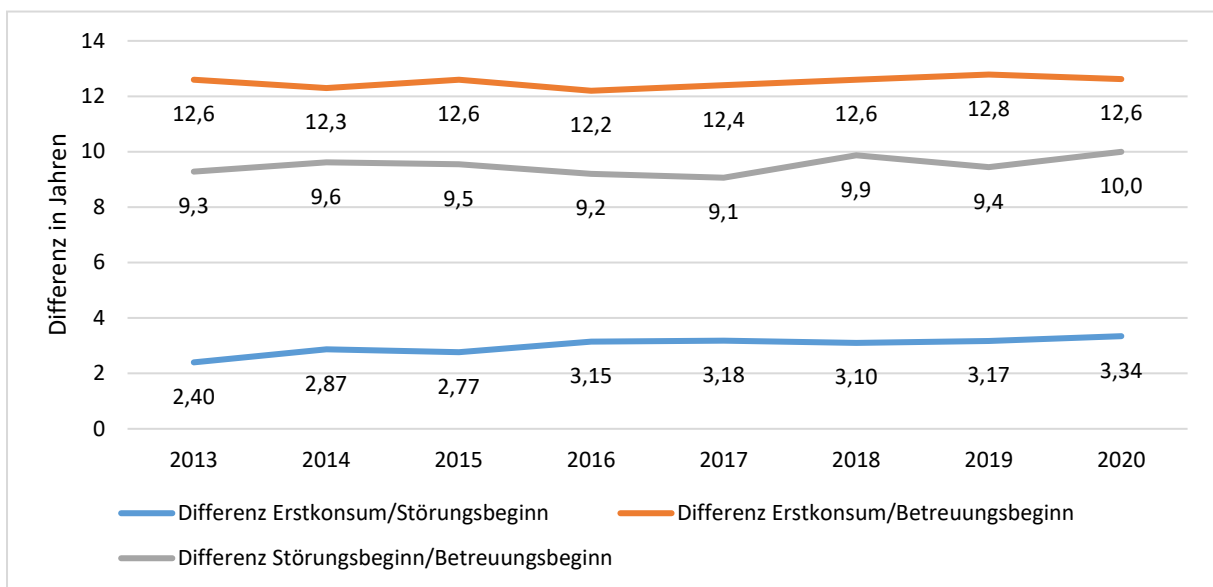


Abbildung 8. Differenz zwischen Erstkonsum, Störungsbeginn und Betreuungsbeginn von Kokainkonsumierenden im Hilfesystem

Die Altersverteilung bei Betreuungsbeginn ist in Tabelle 9 dargestellt. Deutlich wird, dass über die Hälfte der Kokainkonsumierenden bei Beginn der Betreuung in den drei Altersgruppen der 25- bis 29-jährigen, 30- bis 34-jährigen sowie 35- bis 39-jährigen zu finden ist. Nur wenige Minderjährige sowie ein geringer Anteil der ab 55-jährigen haben eine Beratungsstelle wegen ihres Kokainkonsums aufgesucht.

Tabelle 9. Alter bei Betreuungsbeginn der Kokainkonsumierenden

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	(%)							
unter 15 Jahre	0,3	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1
15 bis 17	1,9	1,3	1,2	2,9	2,7	2,2	2,3	1,9
18 bis 19	3,3	3,7	3,6	3,7	4,0	4,3	2,9	3,2
20 bis 24	10,9	10,9	12,4	13,2	13,5	12,2	12,4	12,8
25 bis 29	22,0	21,5	18,7	17,8	17,8	16,9	17,2	16,3
30 bis 34	22,0	23,9	22,9	21,8	20,9	21,4	20,7	22,8
35 bis 39	14,8	15,1	16,0	15,2	17,1	17,8	19,1	17,1
40 bis 44	11,4	10,6	10,1	11,3	10,3	11,5	11,5	12,8
45 bis 49	7,9	7,7	8,3	6,8	7,7	6,4	7,2	7,0
50 bis 54	3,4	3,1	4,5	4,2	3,6	4,6	4,1	3,4
55 bis 59	1,2	1,2	1,7	2,2	1,7	1,6	1,5	1,7
60 bis 69	0,7	0,6	0,4	0,6	0,8	1,1	0,7	0,7
70 und älter	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1

Der Anteil an Kokainkonsumierenden mit Migrationshintergrund liegt in den letzten 8 Jahren bei etwa 40% (s. Tabelle 10). Etwas mehr Personen sind selbst migriert, d.h nicht als Kind von Migranten oder Migrantinnen in Deutschland geboren. Frauen haben zu einem geringeren Anteil einen Migrationshintergrund als Männer.

Tabelle 10. Kokainkonsumierende in Beratung und Behandlung mit Migrationshintergrund

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	(%)							
Selbst migriert	22,4	22,3	18,9	19,0	19,5	20,1	18,7	18,2
Als Kind von Migranten geboren	17,0	18,6	18,1	17,1	17,0	16,4	19,2	18,6
Kein Migrationshintergrund	60,5	59,1	63,0	63,9	63,5	63,5	62,0	63,3

In Bezug auf die Arbeits- und Ausbildungssituation zeigte sich, dass die Mehrheit der in Hamburg betreuten Kokainkonsumierenden über alle betrachteten Jahre hinweg erwerbslos war. Der Anteil an

Erwerbslosen ist ab 2015 um etwa 6% zurückgegangen und lag in 2020 bei 38,7%. Etwa ein Drittel der betreuten Kokainkonsumierenden befand sich in einem regulären Arbeitsverhältnis – entweder in Vollzeit oder Teilzeit (s. Tabelle 11). Altersgemäß befand sich ein Teil der Klientinnen und Klienten noch in der Ausbildung, der Schule oder dem Studium. Auffallend ist, dass sich ein relevanter Teil der in der Suchthilfe betreuten Kokainkonsumierenden im Gefängnis oder einer Klinik/Therapie befand (14,2%-18,6%).

Tabelle 11. Arbeits- und Ausbildungssituation der Kokainkonsumierenden in Beratung/Behandlung

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	(%)							
Vollzeit	25,4	26,6	26,9	26,8	28,0	28,8	30,4	30,0
Teilzeit (regelmäßig)	2,7	3,3	3,3	2,8	4,7	4,9	3,4	2,6
Geringfügig beschäftigt	2,6	2,0	1,6	2,3	1,6	2,0	1,4	1,5
Schüler(in)	2,2	2,1	1,6	2,1	3,0	3,0	1,5	1,5
Student(in), Auszubildende(r)	4,5	4,9	4,1	7,1	5,8	5,8	6,0	5,6
Freiwilliges Soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
in Rente	1,7	1,6	1,3	1,2	1,6	1,7	1,5	1,3
Erwerbslos/arbeitslos	43,6	42,9	45,0	42,2	40,7	38,3	37,8	38,7
in Einrichtung (z.B. Therapie Krankenhaus, Gefängnis)	17,1	16,2	15,7	15,1	14,2	15,1	17,7	18,6
Hausfrau/-mann	0,1	0,2	0,5	0,3	0,4	0,3	0,2	0,1

Körperliche und psychische Gesundheit

Alle Klientinnen und Klienten in der Suchthilfe, die wegen eines Problems mit der Hauptsubstanz Kokain eine Beratungsstelle aufsuchten, wurden nach ihrem körperlichen und psychischen Gesundheitszustand befragt. Subjektive Belastungen werden anhand einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Kategorien „gar nicht“, „wenig“, „mittel“, „erheblich“ und „extrem“ erfasst. Von extremer oder erheblicher gesundheitlicher Belastung berichten nur relativ wenige Kokainkonsumentinnen und -konsumenten (s. Abbildung 9). Die Betrachtung über die Jahre zeigt jedoch für beide Geschlechter einen Anstieg der subjektiven körperlichen Belastung.

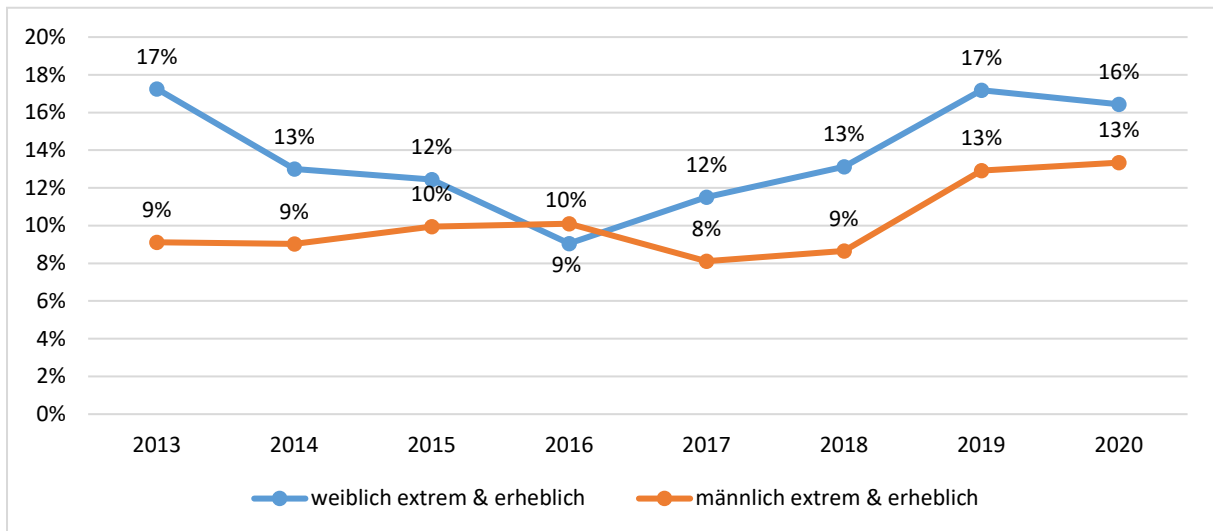


Abbildung 9. Subjektive Belastung der körperlichen Gesundheit von Hilfesuchenden mit Kokainkonsum nach Geschlecht

Eine erhebliche oder extreme psychische Belastung geben knapp die Hälfte der Kokainkonsumentinnen und -konsumenten an (s. Abbildung 10). Von den weiblichen Konsumentinnen gehören über die betrachteten Jahre hinweg konstant jeweils etwa 10% mehr den Gruppen mit „erheblicher“ oder „extremer“ Belastung an als von den männlichen Konsumenten.

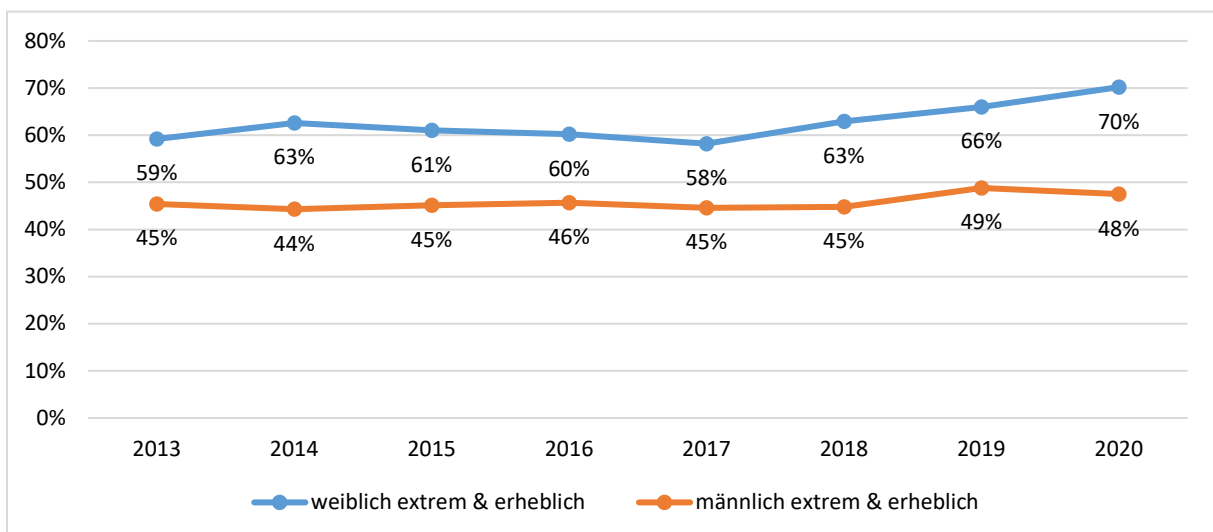


Abbildung 10. Psychische Gesundheit von Hilfesuchenden mit Kokainkonsum nach Geschlecht

Konsumform

Über alle Jahre hinweg wurde Kokain zu über 90% nasal konsumiert (s. Abbildung 11). Nur ein geringer Anteil rauchte Kokain und nur sehr wenige haben Kokain intravenös konsumiert.

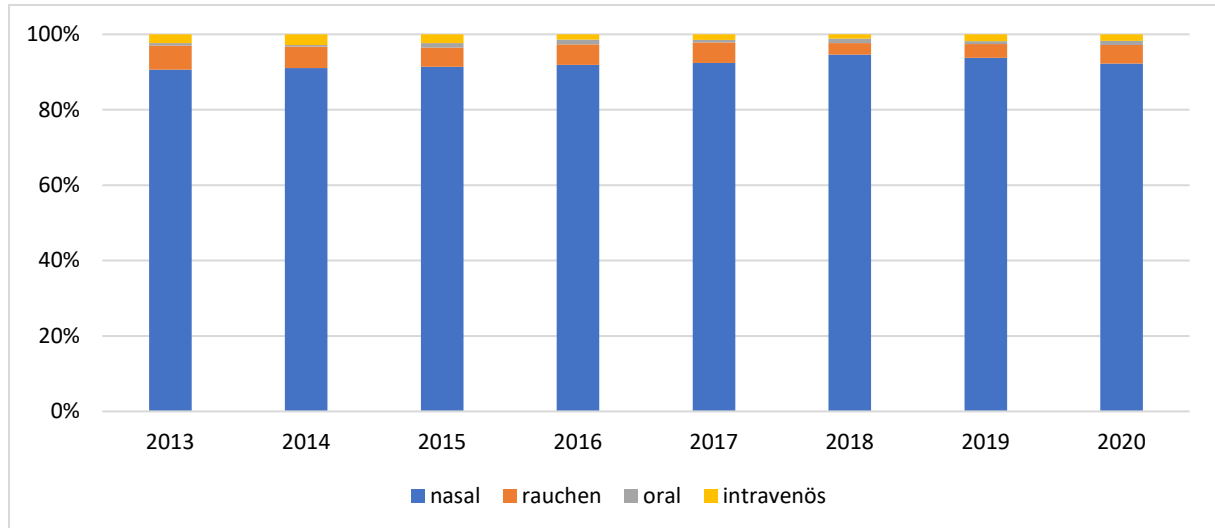


Abbildung 11. Konsumformen von Kokain pro Jahr

Weitere konsumierte Substanzen und Verhaltenssüchte

Neben der Substanz Kokain wurde von den im Hilfesystem betreuten Konsumierenden im Zeitraum von 2013 bis 2020 insbesondere Alkohol und Cannabis konsumiert (s. Abbildung 12). Diese Kombination ist konstant geblieben. Amphetamine stellten die dritthäufigste Substanz dar, die zusätzlich zu Kokain konsumiert wurde. Der Anteil des Amphetaminkonsums ist ab 2015 gegenüber den Vorjahren deutlich gestiegen.

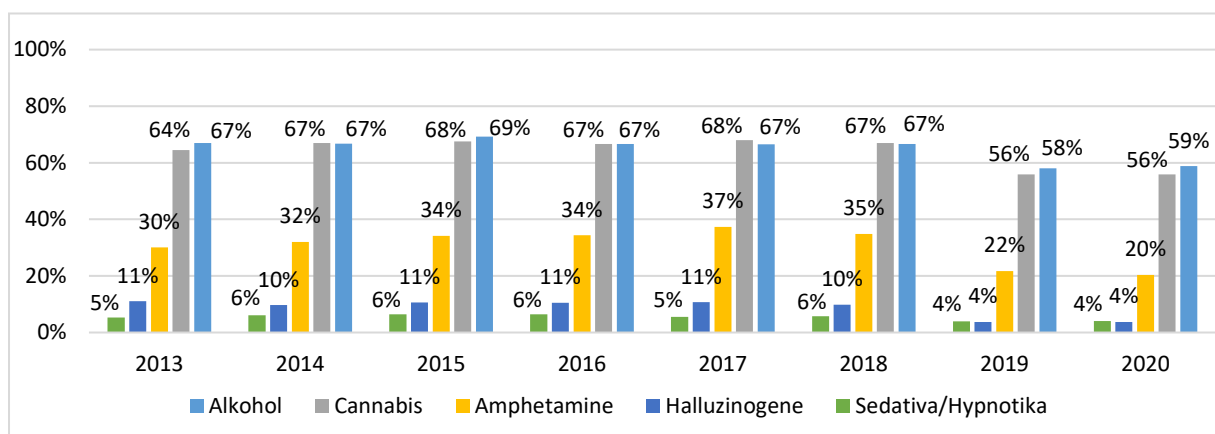


Abbildung 12. Konsum weiterer Substanzen pro Jahr (Mehrfachnennungen möglich)

Im Bereich der Verhaltenssüchte spielte vor allem Glücksspiel, in geringem Umfang auch exzessive Mediennutzung und Essstörungen eine Rolle (s. Tabelle 12), Glücksspiel und Mediennutzung vorwiegend bei männlichen, Essstörungen bei weiblichen Konsumierenden.

Tabelle 12. Verhaltenssüchte und Essstörungen bei Kokainkonsumierenden

		Glücksspiel	Exzessive Mediennutzung	Essstörungen
2013	N	175	33	60
	%	10,7	2,0	3,7
2014	N	188	44	52
	%	11,3	2,6	3,1
2015	N	240	17	43
	%	14,0	1,0	2,5
2016	N	222	15	45
	%	13,4	0,9	2,7
2017	N	226	14	36
	%	14,3	0,9	2,3
2018	N	196	11	40
	%	14,0	0,8	2,9
2019	N	203	10	37
	%	14,0	0,7	2,6
2020	N	185	9	41
	%	13,3	0,6	3,0

4.2.2 Deutsche Suchthilfestatistik

In der Deutschen Suchthilfestatistik werden analog zur Basisdatendokumentation Informationen zu Klientinnen und Klienten erhoben, die eine ambulante Beratungsstelle aufsuchen. In den Jahren zwischen 2013 und 2016 gab es einen Anstieg der hilfeschendenden Konsumentinnen und Konsumenten. Nach einem Plateau in 2017 und 2018 ging in 2019 die Zahl der Kokainkonsumenten und -konsumentinnen zurück (s. Abbildung 13).

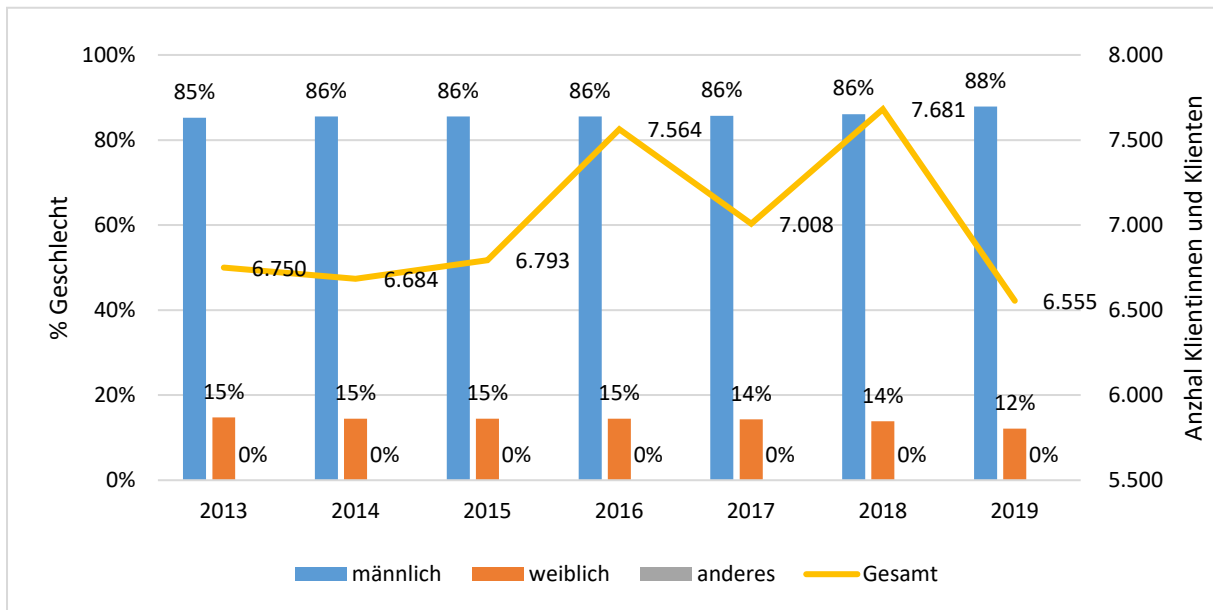


Abbildung 13. Anzahl der Hilfesuchenden nach Geschlecht und Jahr

Das Alter bei Betreuungsbeginn lag in den vergangenen Jahren zwischen dem 25 und 34 Jahren. Minderjährige sowie über 50-jährige Hilfesuchende stellten über die betrachteten Jahre hinweg eine Ausnahme dar. Nach Jahr und Geschlecht zeigten sich wenige bis keine Veränderungen bei den Konsumformen (s. Tabelle 13).

Tabelle 13. Kokainkonsumformen nach Jahr und Geschlecht

		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
		(%)						
rauchen	männlich	6,9	5,7	4,7	5,5	5,4	2,7	3,2
	weiblich	4,5	5,4	6,4	5,5	5,7	4,9	6,1
	gesamt	6,4	5,7	5,1	5,5	5,5	3,1	3,7
oral	männlich	0,6	0,6	0,8	1,1	0,7	1,4	0,6
	weiblich	0,8	0,0	2,8	2,1	0,7	0,0	1,4
	gesamt	0,7	0,5	1,2	1,3	0,7	1,2	0,8
intravenös	männlich	1,9	2,8	1,9	1,4	1,2	0,9	1,7
	weiblich	3,8	3,1	4,6	1,4	2,8	2,1	2,0
	gesamt	2,3	2,8	2,4	1,4	1,5	1,2	1,8
nasal	männlich	90,5	90,6	92,6	92,1	92,7	95,0	94,5
	weiblich	90,9	91,5	86,2	91,1	90,8	93,1	90,5
	gesamt	90,6	91,1	91,4	91,9	92,4	94,6	93,7

4.2.3 Analyse der Kokainkonsumierenden aus einer aktuellen Studie zu amphetaminartigen Stimulanzen (ATS)

In der europäischen Studie “Understanding Pathways to Stimulant Use: a mixed-methods examination of the individual, social and cultural factors shaping illicit stimulant use across Europe” (ATTUNE) wurden insgesamt 1.727 ATS-Konsumierende und nicht ATS-Konsumierende aus fünf Ländern befragt. Von den 448 in Deutschland befragten Personen gaben 301 (67,3%) an, jemals Kokain bzw. Crack konsumiert zu haben. In den letzten 12 Monaten wurden diese Substanzen von 182 Befragten (41,2%) und in den letzten 30 Tagen nur noch von 45 Befragten (10,1%) konsumiert. Im Geschlechtervergleich war auffallend, dass unter den befragten ATS-Konsumierenden deutlich mehr Frauen als Männer noch nie in ihrem Leben Kokain bzw. Crack konsumiert hatten (41,3% vs. 26,6%).

Im Vergleich mit der aktuellen KOKOS Studie wurde die 12-Monats Prävalenz im Geschlechtervergleich näher betrachtet. Von den 301 Befragten der ATTUNE-Studie mit einem Konsum von Kokain bzw. Crack hatten 117 (38,9%) diese Substanz nicht in den letzten 12 Monaten konsumiert. Von den 182 Befragten mit Konsum in den letzten 12 Monaten hatten 60,4% (N=110) in diesem Zeitraum nur einen geringen Konsum an maximal 5 Tagen (s. Tabelle 14). Einen Konsum an mehr als 5 Tagen im letzten Jahr wiesen 20,7% der weiblichen und 26,0% der männlichen Befragten auf. Bei den 182 Befragten mit einem Kokainkonsum in den letzten 12 Monaten betrug das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum 21,1 Jahre (SD=4,66). Frauen waren beim Erstkonsum tendenziell etwas jünger als Männer. Die durchschnittliche Dauer des Kokainkonsums betrug 6,4 Jahre (SD=6,79). Im Vergleich zu allen anderen Konsumentinnen und Konsumenten hatten diejenigen mit dem geringsten Konsum im letzten Jahr (bis zu 5 Tagen) die längste Konsumdauer mit etwa 8 Jahren.

Tabelle 14. Kokainkonsum unter den Befragten der ATTUNE-Studie (letzte 12 Monate)

	Kein Konsum	1-5 Tage	≥6 Tage	Gesamt
Weiblich N (%)	46 (41,4)	42 (37,8)	23 (20,7)	111 (37,1)
Männlich N (%)	71 (37,8)	68 (36,2)	49 (26,0)	188 (62,9)
Alter bei Erstkonsum				
Weiblich M (SD)	21,6 (5,4)	19,6 (3,5)	19,4 (4,0)	20,5 (4,5)
Männlich M (SD)	21,8 (6,1)	22,9 (3,9)	20,1 (3,1)	21,4 (4,7)
Dauer des Konsums in Jahren				
Weiblich M (SD)	3,9 (6,0)	7,6 (5,9)	6,9 (5,6)	5,9 (6,1)
Männlich M (SD)	5,5 (7,3)	8,0 (7,8)	7,0 (6,0)	6,8 (7,2)

4.3 Modul 3: Interviews mit Fachkräften aus Suchthilfe und -prävention

Mit insgesamt 10 Fachkräften aus der ambulanten und stationären Suchthilfe sowie der Suchtprävention wurden Einzelinterviews geführt, die in der Regel etwa 45 Minuten dauerten und zumeist als Videokonferenzen durchgeführt wurden. Die Auswahl der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen wurde auf Grundlage der folgenden 3 Kriterien vorgenommen: praxisbezogene Erfahrungen mit Kokainkonsumierenden, Einbezug von Städten, die in möglichst unterschiedlichen Bundesländern liegen, sowie die gezielte Berücksichtigung unterschiedlicher Bereiche der Suchthilfe. Tabelle 15 sind die berücksichtigten Städte und Hilfesegmente zu entnehmen.

Tabelle 15. Städte und Hilfesegmente der Interviewpartner und -partnerinnen

Städte	Hilfesegmente
<ul style="list-style-type: none">• Berlin• Bochum• Dortmund• Hamburg• Hannover• Lübeck• München• Nürnberg	<ul style="list-style-type: none">• Niedrigschwellige Drogenhilfe• Ambulante Beratung• Ambulante Rehabilitation allgemein• Ambulante Rehabilitation für Kokainabhängige• (Teil-)Stationäre Rehabilitation• Indizierte und selektive Prävention

Zu Beginn der Interviews wurden die Befragten gebeten, die **Anzahl** der Klienten und Klientinnen insgesamt sowie derjenigen mit Kokainkonsum zu beziffern, um einen Eindruck vom Anteil der Kokainkonsumierenden im jeweiligen Setting zu gewinnen. In einer Beratungsstelle machte Alkohol etwa 65% der Hauptdiagnosen aus, während in anderen die Mehrzahl der Klienten und Klientinnen wegen illegalen Drogen eine Beratung aufsuchte. In Beratungsstellen, in denen illegale Drogen im Vordergrund standen, bildeten Personen mit der Hauptdiagnose Opiate oder Cannabis mit jeweils etwa einem Drittel die größten Gruppen. Der Anteil der Kokainkonsumierenden wurde zwischen 4% und 8% geschätzt, wobei in je einer Einrichtung in München und Hamburg ein Anstieg des Anteils Kokainkonsumierender in der eigenen Praxis beobachtet wurde. In niedrigschwelligen Einrichtungen wurde oftmals Crack geraucht und ein vorrangiger Konsum von Kokain als sehr selten angesehen. Allerdings gebe es eine relevante – teils sogar angewachsene – Gruppe von Besuchern und Besucherinnen, die Heroin und Kokain zusammen oder nacheinander intravenös konsumiere. In einer stationären Drogentherapie machten Kokainabhängige etwa 18% bis 20% der Behandelten aus. In einer ambulanten Therapieeinrichtung mit Schwerpunkt Stimulanzien wurden 80% wegen einer Kokainabhängigkeit behandelt, was pro Jahr etwa 120 Personen entsprach.

Ein erster inhaltlicher Themenbereich des Interviews richtete sich auf die **charakteristischen Merkmale** von Kokainkonsumierenden in Betreuung und Behandlung. Die interviewten Fachkräfte charakterisierten Kokainkonsumierende übereinstimmend wie folgt:

- Kokainkonsumierende seien überwiegend männlich, berufstätig (unter anderem aus der Gastronomie), leistungs- oder karriereorientiert und mit gutem bis hohem Einkommen;
- Kokain werde häufig aus funktionalen Motiven konsumiert, um bei der Arbeit leistungsfähig zu sein;
- Kokainkonsumierende seien eher extrovertiert, selbstbewusst und hätten ein dominantes Auftreten. Auf der einen Seite sei der Konsum mit erhöhter Aggressivität, auf der anderen Seite mit sozialem Rückzug bis hin zur Einsamkeit verbunden;
- Es entstünde schnell eine Abhängigkeit von Kokain. Beim Kokainkonsum würden zumeist gleichzeitig hohe Mengen Alkohol konsumiert, so dass oft sowohl eine Kokain- als auch eine Alkoholabhängigkeit vorläge. Es werde auch ein „binge“ Konsum beobachtet, bei dem eine Woche lang ununterbrochen Kokain und Alkohol konsumiert werde;
- Einige Fachkräfte berichteten von Komorbiditäten wie ADHS, Borderline oder anderen Persönlichkeitsstörungen, die teilweise auch psychiatrisch diagnostiziert würden.

Zudem wurde geschildert, dass es spezifische Gruppen von Kokainkonsumierenden gebe. So wurde mehrfach auf einen Zusammenhang zwischen dem *Kokainkonsum und Glücksspiel* (terrestrisch und online) hingewiesen. Hier werde Kokain eingesetzt, um lange spielen und die Aufmerksamkeit beim Spielen halten zu können. In dieser Gruppe komme es trotz einem guten Einkommen zu einer sehr hohen Verschuldung. Offenbar sei der Kokainkonsum nicht selten mit Pornographie (auch Cybersex) oder *Sexsucht* gekoppelt. Männliche Kokainkonsumierende erzählten von Bordellbesuchen unter zusätzlichem Alkoholeinfluss oder dass sie sich Prostituierte bestellt hätten. Einige wenige der interviewten Fachkräfte wiesen auf einen Kokainkonsum in der „Upperclass“ hin, etwa bei Bankern, Architekten etc., der in der Freizeit am Wochenende und nicht im Arbeitskontext stattfindet.

Zur **Erreichbarkeit** von Kokainkonsumierenden mit den Angeboten der Beratung, Betreuung und Behandlung wurde – mit Ausnahme der niedrigschwelligen Einrichtungen – übereinstimmend berichtet, dass überwiegend Menschen erreicht würden, die bereits eine Abhängigkeit entwickelt hätten. Lediglich ein Interviewpartner berichtete, dass mitunter auch Gefährdete eine Beratung aufsuchten, was dann jedoch mit einem hohen Bildungsstand und der Reflexion des eigenen Konsums verbunden sei. Generell werde Kokainkonsum lange Zeit unauffällig praktiziert wobei Konsumierende befürchteten, dass ihr Umfeld Verhaltensveränderungen durch den Konsum bemerke. Hinzu komme, dass in Phasen des reduzierten oder eingestellten Konsums der Eindruck entstehe, diesen unter Kontrolle zu haben. In der Praxis zeige sich, dass Kokainkonsumierende Schwierigkeiten hätten, sich

Kontrollverluste einzugestehen. Der Weg in eine Beratungsstelle finde erst bei einem hohen Leidensdruck statt, der auch durch äußere Einflüsse wie dem drohenden Verlust der Partnerin, oder des Arbeitsplatzes entstehe. Nach Einschätzung der Interviewten suchen Betroffene selten eine Beratung auch aufgrund justizieller Probleme auf. Veranlassend sei dann etwa die Führerscheinbehörde oder es bestehe eine gerichtliche Anweisung Urinproben abzugeben. Kokainkonsumierende in Beratung oder Behandlung seien oftmals zwischen 30 und 40 Jahre alt. Eine Erreichbarkeit bestehe nach etwa 4 bis 5 Jahren der Abhängigkeit bzw. etwa 10 Jahre nach dem Erstkonsum. Eine Drogenberatung werde oft mit dem Wunsch aufgesucht, den Konsum wie in anfänglichen Phasen wieder kontrollieren zu können. Wenngleich dieser Wunsch in der Beratung zunächst respektiert werde, lasse sich im Laufe der Beratung häufig die Erkenntnis fördern, dass stattdessen eine Abstinenz mittels ambulanter oder stationärer Therapie angestrebt werden müsse. In der Suchtberatung habe sich gezeigt, dass ein Konzept aus einer offenen Sprechstunde und festen Terminen (auch online) Kokainkonsumierende am besten erreiche. Die offene Sprechstunde habe sich vor allem bei Erstgesprächen bewährt, während feste Termine bei einer länger andauernden Beratung von Vorteil seien, zumal die Terminvergabe garantiere, immer den gleichen Berater oder die gleiche Beraterin zu haben. In der Rehabilitation zeigten sich individuelle Therapiekonzepte bei Kokainabhängigen als sehr geeignet. Neigungs- und zielspezifisch könnten sie sich ihr individuelles Behandlungskonzept aus einer Vielzahl von Modulen (Bewegungstherapie, Gesprächstherapie, Akupunktur etc.) selbst zusammenstellen. Wenn Betroffene über die Elemente ihrer Therapie mitbestimmen könnten und umfassend über die Behandlung informiert würden, erhöhe sich nach Einschätzung der Befragten ihre Therapiebereitschaft. Eine vollständig andere Form der Erreichung stelle die digitale Suchtprävention dar, mit der junge Erwachsene durch Social Media wie Instagram und Facebook sowie über Podcasts zu Risiken und Gefährdungen und einer App mit E-Learning Modulen gut erreicht würden. Die App, auf die hier Bezug genommen wurde, sei nicht substanzspezifisch, biete aber Informationen und Videos zu verschiedenen Themen wie Glücksspiel, Pornographie oder Alkohol, zu denen über ein Ampelsystem eine Einschätzung des Problemschwere erfolge.

Weitere waren in den Interviews **Barrieren und Herausforderungen** bei der Versorgung von Kokainkonsumierenden ein zentraler Themenbereich. Von den interviewten Fachkräften wurden folgende inhaltliche, strukturelle und personelle Barrieren genannt:

- Inhaltliche Barrieren

Verschiedene Zielgruppen würden bislang zu wenig erreicht, da die Inhalte der klassischen Suchtberatung sie zu wenig ansprächen, etwa Personen mit lediglich riskantem oder kontrolliertem Konsum, häufig im Partysetting, Konsumierende aus niedrigeren Bildungsschichten und Konsumierende mit Migrationshintergrund. Strukturell gebe es durchaus Versuche auch Konsumierende in frühen Stadien zu erreichen, etwa durch aufsuchende Arbeit in der Clubszene oder eine Zusammenarbeit mit dem Gaststättenverband.

- Strukturelle Barrieren

Für berufstätige Kokainabhängige würden zu wenige passende Angebote existieren, zumal sie sich in klassischen Rehabilitationseinrichtungen nicht gut aufgehoben fühlten. Häufig passten diese nicht zum eigenen Selbstbild als Führungskraft und die Kommunikation darüber, sich einige Monate in eine Behandlung zu begeben, sei schwierig. Vor diesem Hintergrund fänden sich Betroffene häufig in psychosomatischen Kliniken wieder, die während der Behandlung weniger auf den Konsum als auf sozial anerkanntere Probleme, etwa eine "Burnout-Problematik" fokussierten. Weiter wurde ein Wohnort im ländlichen Raum als Barriere identifiziert, da Betroffene noch stärkere Bedenken hätten eine lokale Suchtberatung aufzusuchen und ihre Probleme offen zu legen. In niedrighschwelligem Drogenhilfeeinrichtungen würden Klienten mit Kokainkonsum schlecht erreicht, da die Atmosphäre durch den dortigen Crackkonsum geprägt werde.

- Personelle Barrieren

Die befragten Fachkräfte schilderten mit der Anzahl an Klienten und Klienten bereits bis an die Grenzen ausgelastet zu sein und daher keine personellen Kapazitäten für neue Zielgruppen und Konzepte zu haben. Eine Öffnung für neue Zielgruppen erfordere grundsätzlich mehr Ressourcen.

Als Herausforderungen in der Praxis wurden je nach Arbeitsbereich unterschiedliche Aspekte benannt. So stelle eine Herausforderung die steigende Nachfrage nach Hilfen dar, die durch eine rasant angestiegene Verfügbarkeit von Kokain, Lieferungen per „Koks-Taxis“ und einem angestiegenen Kokainkonsum während des Lockdowns im Zuge der COVID-19-Pandemie zustande komme. Eine häufig genannte Herausforderung in der Praxis bestehe darin, die Koppelung von Kokain- und Alkoholkonsum aufzuzeigen und plausibel zu machen, warum für eine Kokain- auch eine Alkoholabstinenz notwendig sei. Weiter benannten Fachkräfte aus Behandlungssettings übereinstimmend den Umgang mit Rückfällen in den Kokainkonsum als eine wesentliche Herausforderung. Im Vergleich zu anderen Patienten und Patientinnen würden Kokainabhängige

während der Behandlung häufiger rückfällig, wobei Rückfälle nicht selten eher als fortgesetzter Konsum zu interpretieren seien. Wegen mangelnder Kokain- oder Alkoholabstinenz müsse die Behandlung häufiger als bei anderen Gruppen von Abhängigen vorzeitig beendet werden. Typisch sei auch, dass sich Betroffene nach dem Entzug und einem Monat Therapie für "austherapiert" hielten und die Behandlung vorzeitig beendeten. Nicht zuletzt wurde auch von gut integrierten Berufstätigen gesprochen, die nach erfolgreichem Abschluss der Therapie wieder einen hohen Kokainkonsum entwickeln würden.

Zum Abschluss der Interviews wurden die Fachkräfte nach **Vorschlägen** gefragt, wie die Erreichbarkeit unterschiedlicher Gruppen von Konsumierenden und deren Versorgung verbessert werden könnte. Es wurden zahlreiche Maßnahmen genannt, die im Folgenden dargestellt werden. Dies betraf Maßnahmen, die von Einrichtungen selbst durchgeführt werden können, aber auch solche, die eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren erfordern.

Maßnahmen die von Suchthilfeeinrichtungen selbst durchgeführt werden können

- In Bezug auf die Suchtberatung sollte der Webauftritt von Einrichtungen verbessert werden, um mehr konsumierende Menschen anzusprechen. So werde die Website als Zugang zur Beratung immer wichtiger. Zugleich müssten die dort vermittelten Botschaften sorgfältig geprüft werden. So werde beispielsweise der Begriff "Ausstiegsorientierung" in der öffentlichen Wahrnehmung nicht selten mit Abstinenz gleichgesetzt, was abschreckend wirken könne. Durch eine differenzierte Benennung der Beratungsziele und Zielgruppen könnten Betroffene niedrigschwelliger erreicht werden. Websites müssten sich explizit auch an Menschen wenden, die gefährdet seien riskant oder abhängig Drogen zu konsumieren. Zudem solle benannt werden, dass die Beratung zieloffen sei und auch das Ziel der Konsumreduktion einschließe.
- Ein Ausbau der digitalen Suchtberatung wurde von vielen Interviewten für längst überfällig gehalten. Mit digitalen Angeboten könnten vor allem jüngere Drogenkonsumierende erreicht werden, für die eine klassische Suchtberatung zu hochschwierig sei. Gleiches gelte für Gelegenheitskonsumierende, die sich zunächst nur informieren wollten. Dazu könnten online psychoedukative Angebote gemacht werden, wie sie einzelne Einrichtungen bereits vorhalten würden. Dies betreffe etwa Podcasts (z.B. „wann ist der Konsum noch harmlos“), die der Information sowie der stärkeren medialen Präsenz diene. Berichtet wurde auch davon, Drogenkonsumierende einen Tag vor einem Beratungstermin per SMS an den Termin zu erinnern, was zu einem Anstieg der Erstberatungen führe.

- Es solle mehr Flexibilität und Anonymität in der Suchtberatung geschaffen werden, etwa durch hybride Systeme aus analoger und digitaler Beratung, die eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Beratung böten. Termine sollten dabei auch nach 18 Uhr angeboten werden. Insgesamt sollten Einrichtungen und insbesondere deren Mitarbeitende sich digitalen Wegen mehr öffnen. Formulare sollten online ausgefüllt werden können, eine niedrigschwellige, anonyme, onlinegestützte Beratung nach Bedarf und nicht nach Öffnungszeiten ermöglicht werden. Denkbar wäre aus Sicht der Fachkräfte auch eine Online-Beratung für Berufstätige am Arbeitsplatz.
- Zur besseren Erreichbarkeit von Jugendlichen wurden Peer-Ansätze vorgeschlagen. Konkret wurde vorgeschlagen, mit Influencern zusammenzuarbeiten, die mit illegalen Drogen erfahren seien, einen eigenen Kanal auf Instagram hätten oder eigene YouTube Videos posten würden. Diese digitalen Peer-Education Ansätze seien barrierefrei, niedrigschwellig und könnten anonym genutzt werden. Damit fachliche Inhalte der Suchtprävention bei Influencern berücksichtigt werden, sollte die Suchtprävention aktiv mit solchen Peers kooperieren.
- Drogentherapeutische Angebote sollten nicht „bevormundend“ sein und ein modernes, an individuellen Bedürfnissen abgestimmtes Konzept haben. Es solle möglich gemacht werden Angebote positiver zu besetzen, so dass diese eher wie eine „Kur mit gutem Service“ betrachtet werden könnten.
- Im niedrigschwelligen Bereich sollten Konsumräume grundsätzlich mit Beratung verknüpft werden, auch um Möglichkeiten der Sozialarbeit wahrzunehmen. Für eine Beratung sei ein aktives Zugehen auf die Besucher und Besucherinnen erforderlich.

Maßnahmen die eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren erfordern

- Von mehreren Fachkräften wurde empfohlen die Kooperationen mit relevanten Akteuren immer wieder aktiv zu suchen, etwa zu HNO-Praxen, die Konsumierende wegen ihrer Nasenscheidewand aufsuchen, oder zur Gastronomiebetrieben, die Köche ausbilden, welche aufgrund von Nachtarbeit als vulnerable Gruppe gelten.
- Ein Vorschlag von mehreren Fachkräften beinhaltete die zielgruppenspezifische Aufklärung und Ansprache. Konkret wurde hier der Zusammenhang zwischen Kokainkonsum und Glücksspiel bzw. dem Internet Gaming genannt, wobei Aufklärung zu Risikokonsum über Spielhallen, Wettbüros und Gaming Plattformen verbreitet werden solle. Weiter solle es Aufklärung in der Clubkultur geben, indem Konsumtipps offensiver im Vorfeld von Events verbreitet würden. Erwähnt wurde auch eine Aufklärung zum Thema des sexualisierten Substanzkonsums, beispielsweise durch aufsuchende Arbeit von Peers. Zur besseren Erreichung von Konsumierenden durch die Suchtberatung wurde zudem erwähnt, dass Menschen im Handwerk, Arbeiter und Arbeiterinnen in verschiedenen Branchen oder Künstler und Künstlerinnen eine andere Ansprache benötigen als etwa Menschen in akademischen Berufen.
- Mehrfach wurde die Entwicklung von Selbsttests, analog zu bestehenden Selbsttests zu Cannabis, Alkohol oder Glücksspiel. Jüngere Menschen seien für webbasierte Informationen sehr zugänglich und informierten sich eher über das Internet, bevor sie sich für weitere Maßnahmen entscheiden würden. Ein Selbsttest für Kokain (und Amphetamin) müsse Fragen nach dem Konsumsetting (Party, Arbeit), Konsumverhalten (Häufigkeit, Regeln, Konsumunterbrechungen), Risiken (paralleler Konsum von Alkohol und anderen Drogen) und Auswirkungen auf das Alltagsleben beinhalten. Zur Auswertung könne ein Ampelsystem dienen, das eine Selbsteinschätzung ermögliche und Präventionsbotschaften oder eine Empfehlung für eine Online-Suchtberatung vermittele. Von den beteiligten Fachkräften wurde geäußert, dass sie einen solchen Selbsttest auf der eigenen Homepage veröffentlichen würden.
- Ein weiterer Vorschlag bestand darin, humorvolle und ansprechende Präventionskampagnen zu entwerfen, die dazu anregen, den eigenen Kokainkonsum zu reflektieren. Dies könne etwa beinhalten auf Toiletten in Bars und Clubs kleine Bilder aufzukleben, zum Beispiel mit der Botschaft „wie oft hast du schon gesagt, das ist meine letzte Line“ oder „ist das wirklich deine letzte Line“. Ein QR-Code könne den Zugriff auf weitere webbasierte Informationen ermöglichen. Sinnvoll sei hier eine Kooperation mit Kreativbüros, die eine solche Kampagne entwerfen.

- Ein zentrales Thema umfasste auch hier die Notwendigkeit der weiteren Digitalisierung. Bislang würden Angebote der Suchthilfe mit einer „Komm-Struktur“ dominieren, wesentlich seltener handele es sich um Ansätze der aufsuchenden Arbeit, in denen vulnerable Gruppen in der Schule, in Jugendclubs, im Nachtleben oder auf der Straße aufgesucht würden. Aus Sicht der Fachkräfte müsse sich die Suchthilfe zukünftig stärker an die Dialogformen unterschiedlicher Gruppen anpassen, um Aufklärung zielgruppengerecht zu bewerben. Mithilfe digitaler Medien könnten Inhalte kreativ gestaltet und leichter an unterschiedliche Zielgruppen angepasst werden. Zudem könnten auf diesem Weg auch mehrsprachige Materialien leichter verbreitet werden. In diesem Kontext wurde auch über eine App gesprochen, die wie eine „Well Being-App“ aufgebaut sein könnte, aber spezifisch für Kokain konzipiert werden müsse. Inhaltlich könnte eine solche App die Möglichkeit bieten, die finanziellen Ausgaben für Kokain, Häufigkeit und Mengen des Konsums zu dokumentieren. Für eine digitale indizierte oder selektive Prävention sei die Zusammenarbeit mit IT-Dienstleistern und Kreativbüros dringend erforderlich.

4.4 Modul 4: Workshop mit Fachkräften aus Suchtberatung und -prävention

Am 24. September 2021 wurde unter Beteiligung von 10 Fachkräften aus den Städten Berlin, Bremen, Düsseldorf, Essen, Frankfurt, Leipzig und Hamburg ein Online-Workshop zu geeigneten Maßnahmen zur Erreichung von Kokainkonsumierenden und zu präventiven Angeboten durchgeführt. Die Teilnehmenden sind in unterschiedlichen Bereichen der Suchthilfe und Suchtprävention tätig. Drei Fachkräfte arbeiten in Beratungssettings mit spezifischen Angeboten für Kokainabhängige. Zwei Fachkräfte kamen aus dem Bereich der niedrigschwelligen Beratung und zwei Fachkräfte sind in der ambulanten Beratung und Rehabilitation tätig. Eine weitere Fachkraft arbeitet in einer Fachstelle zur Suchtprävention. Weiter nahmen zwei Wissenschaftler teil, die bereits Studien zum Konsum von Stimulanzien durchgeführt haben.

Als Einstieg in die Fragestellungen wurden zunächst zentrale Ergebnisse aus der Online-Erhebung von Kokainkonsumierenden (Modul 1) und den Interviews mit den Fachkräften aus der Suchthilfe (Modul 3) präsentiert. Die Ergebnisse wurden im Anschluss mit den Teilnehmenden diskutiert. Im Zusammenhang mit der Online-Erhebung standen vor allem die beiden Fragen im Mittelpunkt, warum nur wenige der befragten Kokainkonsumierenden bislang eine Suchtberatungsstelle aufgesucht hatten und nur ein kleiner Teil der Befragten einen Migrationshintergrund aufwies. Aus Sicht der Experten und Expertinnen könnte der geringe Anteil an Befragten, die eine Suchtberatungsstelle aufgesucht hatten, auf die Art der Rekrutierung zurückgeführt werden. Zugleich wurde betont, dass die Verfügbarkeit von Beratungs- und Behandlungsangeboten für Menschen mit Kokainproblemen sowie die hierfür in den Einrichtungen vorhandenen personellen Ressourcen schwer einzuschätzen seien.

Das Thema Migration wurde sehr kontrovers diskutiert. Ein Teil der Teilnehmenden vertrat die Auffassung, dass Kokainkonsumierende von allen Klienten und Klientinnen in Suchtbehandlung am häufigsten einen Migrationshintergrund hätten. Der geringe Anteil unter den Befragten sei am ehesten auf die Online-Rekrutierung zurückzuführen. Hier würden eher Personen erreicht, die sozial eingebunden und gut vernetzt seien. Zudem lag der Fragebogen nur in deutscher Sprache vor und für eine bessere Erreichbarkeit von Kokainkonsumierenden mit Migrationshintergrund hätten diese gezielter mehrsprachig angesprochen werden müssen. In diesem Kontext wurde angemerkt, dass der Fragebogen gezielt auch in Migrantengruppen beworben wurde. Nach Einschätzung anderer Experten und Expertinnen konsumieren Migrantengruppen eher Cannabis und seltener Kokain. Sofern Kokainkonsumierende mit einem Migrationshintergrund überhaupt in der Drogenberatung erschienen, seien diese zumeist sozial gut integriert. Des Weiteren wurde die Beobachtung geäußert, dass Migranten und Migrantinnen oft nur mit einer gerichtlichen Auflage, beispielsweise nach einem Führerscheinverlust, zu einer Drogenberatung kämen. In Bezug auf die Interviews mit Fachkräften wurde das Ergebnis diskutiert, dass Kokainkonsumierende wiederholt als eine Gruppe von männlichen Berufstätigen mit hohem Einkommen und hohem Leistungsanspruch charakterisiert wurden. Während diese Beschreibung von einer Workshop-Teilnehmerin aus eigener Erfahrung in der Beratung und Behandlung bestätigt wurde, schilderte ein anderer Teilnehmer gegensätzliche Erfahrungen aus der Praxis. Demnach befänden sich viele der Kokainkonsumierenden noch in der Ausbildung und nur etwa 10% der Betroffenen seien Akademiker. Abschließend wurde das Thema der „Koks-Taxis“ erörtert. Von einem Teilnehmer wurde von einem Interview mit Fahrern von „Koks-Taxis“ in Berlin berichtet. Demzufolge haben Personen, die sich Kokain über diese Taxis liefern lassen, kaum Kontakt zur Drogenszene. Vielmehr seien die Konsumierenden zu 80% berufstätige Männer, die im Schichtdienst oder im Nachtdienst arbeiten (Handwerker, Pflegekräfte) oder in Berufen mit hohen Leistungsanforderungen. Der Konsum diene dann weniger der Freizeitgestaltung als eher der Leistungssteigerung. Kokain sei daher keine „Luxusdroge“ mehr, sondern in der Mitte der Gesellschaft angekommen.

Nach der Diskussion der vorgestellten Ergebnisse aus Modul 1 bzw. Modul 3 wurden die Teilnehmenden gebeten in Kleingruppen die Fragestellungen zu diskutieren 1.) welche Maßnahmen nötig wären, um die Erreichbarkeit unterschiedlicher Gruppen von Kokainkonsumierenden und deren Versorgung zu verbessern und 2.) wer die Akteure dieser Maßnahmen sein könnten.

Im Zusammenhang mit der **Erreichung und Versorgung** von riskant oder abhängig Konsumierenden betonten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, dass sich die Suchthilfe in den letzten 20 Jahren stark modernisiert habe und heute gut gerüstet für die Beratung und Behandlung von Menschen mit Drogenproblemen sei. Auf der anderen Seite wurde problematisiert, dass Arbeitszeiten in der Beratung („9 bis 17 Uhr“) für berufstätige Konsumierende nicht geeignet seien und hier mehr

Flexibilität gefragt sei. Das würde allerdings bedeuten, dass die Arbeit im Suchtbereich auch für den Nachwuchs attraktiv sein müsse. Kritisch wurde auch angemerkt, dass eine Suchtbehandlung noch immer negativ konnotiert sei und dieses Negativimage eine Barriere hinsichtlich der Erreichbarkeit darstelle. Bislang gebe es überdies zu wenig spezialisierte Angebote der Kokainbehandlung wie etwa Kokon in Berlin. Üblicherweise setze eine ambulante Rehabilitation die Abstinenz von Kokain und Alkohol voraus und sei damit zu hochschwellig. Eine Teilnehmerin berichtete von einem Gruppenangebot für Kokainkonsumierende, dass diese zunächst auch ohne vollständige Abstinenz nutzen könnten. In Bezug auf unterschiedliche Gruppen von Konsumierenden wurde zum einen der Konsum in der Partyszene, zum anderen die Gruppe der eindeutig behandlungsbedürftigen Konsumenten und Konsumentinnen thematisiert. Beim Kokainkonsum in der Partyszene sahen die Teilnehmenden die Notwendigkeit einer besseren Aufklärung zu den Risiken eines polyvalenten Konsums von Kokain, Ketamin und Alkohol. Zudem wurde eine Aufklärung zum Zusammenhang zwischen Kokainkonsum und der Gefahr eine Depression oder Psychose zu entwickeln für wichtig erachtet. Betroffene mit Behandlungsbedarf seien nicht selten wegen einer Depression in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung, würden jedoch keine ausreichende Behandlung wegen ihres Kokainproblems erhalten. In der Psychotherapie, so wurde berichtet, fänden sich ebenfalls viele der Betroffenen, die dort allerdings ihren Konsum häufig nicht offenlegen würden und stattdessen wegen Depressionen oder anderen Störungsbildern in Behandlung seien. Würden Kokainkonsumierende eine Drogenberatung aufsuchen sei oftmals eine sehr lange Motivationsphase nötig, bis sie dazu in der Lage seien ihr Konsumverhalten zu reflektieren.

Bei der Frage nach den Akteuren von Maßnahmen berichteten viele der Teilnehmenden davon, bereits selbst Versuche der Kooperation unternommen zu haben, etwa mit Clubbetreibern und betrieblicher Suchtprävention. Die Zusammenarbeit mit betrieblicher Suchtprävention wurde als schwierig beschrieben, da in diesem Bereich häufig zu wenige Kenntnisse zu Abhängigkeitsverhalten vorhanden seien. Außerdem würden Betroffene den eigenen Konsum dort häufig nicht offenlegen. Zum Thema der Vernetzung schilderten mehrere Teilnehmende ihre erfolglosen Versuche mit niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zu kooperieren, wenn Drogenkonsumierende dort Hilfe suchten. Einhellig wurde berichtet, dass niedergelassene Kollegen und Kolleginnen entweder kein Interesse hätten mit Drogenkonsumierenden zu arbeiten oder Kooperationsanfragen am Zeitmangel scheiterten. Als eine wesentliche Maßnahme, die von den Teilnehmenden selbst angeboten werden könnte, wurde die suchtmedizinische Weiterbildung genannt. Eine solche Weiterbildung sollte zum einen niedergelassene Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, zum anderen Ärzte und Ärztinnen adressieren. Argumentiert wurde, dass die psychotherapeutische und medizinische Ausbildung nicht ausreichend auf die Arbeit mit Suchtproblemen vorbereite und es in der Praxis

dadurch zu einer Überforderung komme. Dies könne dazu führen, dass abgelehnt werde mit Drogenkonsumierenden zu arbeiten oder sie keine angemessene Unterstützung erhielten.

Die im Rahmen des Workshops identifizierten und diskutierten Themen und Handlungsbedarfe sind in Tabelle 16 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 16. Themen des Expertinnen- und Experten-Workshops (Modul 4)

Einstiegsdiskussion	
Geringer Anteil von Befragten mit Migrationshintergrund (Modul 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Verzerrung durch die Art der Rekrutierung • Kontroverse Einschätzung zur Verbreitung von Kokainkonsum unter Personen mit Migrationshintergrund
Kokainkonsumierende in der Beratung und Behandlung sind überwiegend männlich, hoher Leistungsanspruch, berufstätig, hohes Einkommen (Modul 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Teilweise Zustimmung • Kokainkonsumierende nur selten in der Drogenszene (niedrigschwellige Einrichtungen) anzutreffen • Konsumierende aus allen Gesellschaftsschichten mit Berufen in Spät- oder Nachtschicht; Kokain zur Leistungssteigerung • Teilweise gegenteilige Erfahrung (wenig Akademiker, viele noch in Ausbildung)
Erreichbarkeit und Versorgung	
Eingeschränkte Erreichbarkeit der Suchthilfe (Limitierte Öffnungszeiten; wenige spezialisierte Hilfsangebote; wenige präventive Angebote)	<ul style="list-style-type: none"> • Flexiblere Angebote für Berufstätige • Arbeit am Negativimage von Beratung und Behandlung • Mehr kokainspezifische Behandlungsangebote
Konsumierende in der Partyszene	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung zu Kokain und Depression bzw. Psychosen sowie zu Mischkonsum mit Ketamin, Alkohol etc.
Behandlungsbedürftige Kokainkonsumierende	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus auf andere Behandlungssegmente (Betroffene oft in Behandlung wegen Depressionen und anderen psychischen Problemen, nicht jedoch wegen Kokain) • Flexibilisierung der Behandlung (u.a. lange Motivationsphase, Abstinenz keine Voraussetzung zur Teilnahme an Behandlungsangeboten)
Maßnahmen und Akteure	
Kooperationen mit Clubs, Arztpraxen, betrieblicher Suchtprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Fortgesetzte Versuche der Kooperation mit anderen Akteuren (trotz teilweise geringer Resonanz in der Vergangenheit)
Suchtmedizinische Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildungsangebote für relevante Berufsgruppen (z.B. Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Ärzte und Ärztinnen)

5 Zusammenfassende Diskussion

Mit den 4 Modulen des Projektes konnten umfangreiche Erkenntnisse zu unterschiedlichen Zielgruppen von Kokainkonsumierenden, ihren Konsummotiven und -gewohnheiten sowie zu möglichen Risikokonstellationen gewonnen werden. Die Ergebnisse basieren auf den folgenden Daten:

- Online-Befragung von 232 Kokainkonsumierenden (Mindestalter 18 Jahre, Konsum an mind. 5 Tagen in den letzten 12 Monaten, kein Konsum von Opiaten oder Crack)
- Auswertung von Registerdaten (1.650 Personen mit Hauptdiagnose Kokain aus der BADO Hamburg; 7.700 Kokainkonsumierende aus der Deutschen Suchthilfestatistik)
- Einzelinterviews mit Fachkräften (10 Fachkräfte aus der ambulanten und stationären Suchthilfe aus 8 verschiedenen Städten in Deutschland)
- Experten und Expertinnen-Workshop (10 weitere Fachkräfte aus der Suchthilfe und -prävention sowie aus der Wissenschaft aus 7 verschiedenen Städten in Deutschland)

Durch die Berücksichtigung der Perspektive von Kokainkonsumierenden, Fachkräften aus unterschiedlichen Bereichen der Suchthilfe sowie aus der Aufarbeitung von Sekundärdaten lassen sich weitgehend belastbare Aussagen zu verschiedenen Konsumprofilen treffen.

Alle einbezogenen Datenquellen weisen darauf hin, dass Kokainkonsumierende überwiegend männlich sind. Dies trifft insbesondere auf Beratungs- und Behandlungssettings zu. So liegt der Anteil an kokainkonsumierenden Frauen in der ambulanten Suchthilfe deutschlandweit bei unter 20%. Auch nach Einschätzungen der befragten Fachkräfte aus Beratung und Therapie stellen Frauen mit einem Kokainkonsum in den Hilfseinrichtungen eher eine Ausnahme dar. Dass es durchaus einen relevanten Anteil an Frauen mit einem riskanten Kokainkonsum gibt, hat sich in der Online-Befragung gezeigt; hier waren knapp 35% der 232 Befragten Frauen. Zugleich deuten die Ergebnisse aus der Auswertung der Severity of Dependence Scale darauf hin, dass 30% der befragten Frauen (befragte Männer: 33%) aktuell zumindest einen riskanten Kokainkonsum aufweisen. Diese Daten könnten dahingehend interpretiert werden, dass Frauen mit dem Risiko einer Kokainabhängigkeit oder einer bereits bestehenden Abhängigkeit bislang nur unzureichend von der Suchthilfe erreicht werden.

Der erstmalige Konsum von Kokain findet im Mittel mit 20 Jahren (BADO Hamburg) bzw. mit 22 Jahren (Online-Befragung) statt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass mit der Befragung vorrangig Jüngere erreicht wurden, da 75% der Befragten zwischen 18 und 35 Jahre alt waren. Allerdings weisen auch die einbezogenen Registerdaten darauf hin, dass der Kokainkonsum in der Gruppe der 25-35-Jährigen besonders stark verbreitet ist. Kokain hatten die männlichen Befragten im Durchschnitt seit 7 Jahren, die weiblichen Befragten jedoch erst seit etwa 4 Jahren konsumiert. In den letzten 12 Monaten hatte die überwiegende Mehrheit der Befragten an nicht mehr als an 30 Tagen Kokain konsumiert (70%). Die geringe Konsumfrequenz und -dauer erklärt vermutlich auch, dass lediglich ein Viertel der online

Befragten bislang eine Suchtberatungsstelle aufgesucht hatte. Insgesamt wies ein hoher Anteil der Befragten zumindest subjektiv einen experimentellen oder kontrollierten und integrierten Konsum auf, was allerdings nicht unkritisch mit einem risikoarmen Konsum gleichgesetzt werden sollte. So folgen dem Erstkonsum typischer Weise längere Phasen eines „integrierten“ Konsums. Aus der BADO Hamburg ist bekannt, dass im Durchschnitt 13 Jahre zwischen dem Erstkonsum und dem Betreuungsbeginn liegen. Dazu passend wurde von den beteiligten Experten und Expertinnen aus der Praxis betont, dass sich Kokainkonsumierende erst an Hilfeeinrichtungen wendeten, wenn sie bereits abhängig sind und ihr Kokainkonsum zu privaten und/oder beruflichen Schwierigkeiten geführt hat. Alle vorhandenen Daten zeigen, dass Kokain überwiegend nasal konsumiert wird (74% bis 99% je nach Datenquelle). Des Weiteren belegen die Daten aus der Online-Befragung, der BADO Hamburg sowie der Befragungen von Fachkräften, dass neben Kokain der Konsum weiterer Substanzen typisch ist. Insbesondere Alkohol und Cannabis, aber auch Amphetamine werden häufig zusätzlich zu Kokain konsumiert. In Bezug auf riskanten Alkoholkonsum geben hier auch die erhöhten Prävalenzen des AUDIT-C einen Hinweis auf das Ausmaß des Problems. Der überwiegende Anteil der Kokainkonsumierenden lässt sich demnach eher als polyvalent Konsumierende beschreiben und die Identifikation von unterschiedlichen Gruppen mit Kokainkonsum muss sich auf andere Merkmale stützen. Mehr Aufschluss zu Konsumtypen bieten Angaben zum Konsumverhalten, Konsummotive und -gelegenheiten sowie typische Verhaltensweisen, die mit dem Kokainkonsum verbunden sind. Werden diese Merkmale auf Basis aller Studienergebnisse in einen Zusammenhang gestellt, lassen sich folgende Konsumtypen identifizieren:

A) Der experimentelle Konsum von Kokain

Personen aus dieser Gruppe haben Kokain genommen, um die Wirkung dieser Substanz auszuprobieren. Kokain wird nur selten und nur für eine kurze Zeit konsumiert und dann eingestellt. Aus den vorhandenen Daten geht nicht hervor, aus welchen Gründen das Interesse an einem fortgesetzten Kokainkonsum nicht mehr besteht.

B) Der freizeitorientierte und aus hedonistischen Motiven praktizierte Kokainkonsum

Ein solcher Kokainkonsum ist dadurch charakterisiert, dass der Konsum primär oder ausschließlich aus hedonistischen Motiven erfolgt wie die euphorisierende Wirkung von Kokain, das Zusammensein mit dem Freundeskreis und das Ausgehen zu genießen. Der Konsum selbst findet überwiegend im Party- oder Clubsetting und im Zusammensein mit Freunden und Freundinnen statt. Personen in dieser Gruppe beschreiben ihren eigenen Konsum zumeist als sozial orientiert und kontrolliert, da er in der Freizeit stattfindet und zur Steigerung des Wohlfühls dient. Auch wenn der Kokainkonsum zumindest subjektiv Regeln unterliegt, kann es in bestimmten Situationen zu einem exzessiven Konsum kommen, beispielsweise wenn parallel viel Alkohol konsumiert wird. Weiter muss aufgrund der oben

dargestellten Befunde zur Latenz von Hilfesuche davon ausgegangen werden, dass sich im individuellen Fall auch aus zunächst kontrolliertem Konsum abhängige Konsumverläufe entwickeln können.

C) Der Kokainkonsum aus funktionalen Motiven

Ein funktional motivierter Konsum zeichnet sich dadurch aus, dass Kokain eingesetzt wird, um bei der Arbeit leistungsfähiger und konzentrierter zu sein, eigene Aktivitäten zu verbessern und weniger Langeweile bei Alltagsroutinen zu empfinden. Hierzu gehören ebenfalls Personen, die Kokain zur Gewichtsreduktion oder zur Steigerung sexueller Gefühle nehmen. Kokain wird im Setting der Arbeit, beim Sex oder zuhause konsumiert. Verschiedene Daten zeigen, dass ein funktional motivierter Kokainkonsum mit hohen Risiken einhergeht. So sind insbesondere Berufstätige, die im Arbeitskontext aufgrund von Nacharbeit oder einem anspruchsvollen Beruf Kokain konsumieren, stark gefährdet eine Kokainabhängigkeit zu entwickeln. Überdies fällt es diesem Personenkreis besonders schwer, den eigenen Kokainkonsum zu reflektieren und Hilfen anzunehmen. Des Weiteren hat sich Glücksspiel als eine Risikokonstellation herausgestellt, die oftmals zu einer hohen Verschuldung führt. Weiter können sich Risiken aus der Kombination eines intensiven Kokain- und Alkoholkonsums mit exzessiver Nutzung von Pornographie und dem Aufsuchen von Prostituierten ergeben, das in einigen Fällen mit einer Sexsucht verbunden sein kann.

D) Der Kokainkonsum zur Selbstmedikation

Von einem Kokainkonsum zur Selbstmedikation wird bei Personen ausgegangen, die Kokain aus problemorientierten Gründen einsetzen. Diese Problemorientierung spiegelt sich in Konsummotiven wider wie sich besser zu fühlen, eigene Sorgen zu vergessen, sich zu entspannen oder eigene Hemmungen zu verlieren. Bei dieser Konsumgruppe kann Kokain auch zur Bewältigung von Belastungen im Rahmen von psychischen Diagnosen wie Persönlichkeitsstörungen, Depressionen oder ADHS dienen. Es kann vermutet werden, dass die COVID-19-Pandemie bei Betroffenen eher zu Selbstisolation und sozialem Rückzug geführt hat und deren Kokainkonsum in dieser Phase eher angestiegen ist. Ein gelegentlicher Kokainkonsum zur Selbstmedikation birgt die Gefahr schnell zu eskalieren und in einen intensiven Konsum zu münden. In dieser Konsumgruppe befindet sich bereits ein hoher Anteil an Kokainabhängigen oder zumindest an Personen mit hoher Gefährdung eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Die beschriebenen Konsumtypen beschreiben Zusammenhänge, die sich aus den Daten ableiten lassen, wobei in der Realität natürlich Überschneidungen zwischen den Konsumtypen vorkommen. Bezogen auf die unterschiedlichen Konsumgruppen lassen sich folgende Präventionsmaßnahmen empfehlen:

- Im Zusammenhang mit dem experimentellen Konsum von Kokain scheinen insbesondere digitale Medien zur Information zu den Risiken des Kokainkonsums als Präventionsmaßnahmen geeignet. So bietet etwa die Webseite "drugcom" einen Wissenstest zu Kokain an, der über diese Webseite hinaus eine stärkere Verbreitung finden könnte. In dieser Hinsicht wurde von Fachkräften auf die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Influencern hingewiesen, die einen eigenen YouTube Kanal betreiben und zunehmend als Informationsquelle von Jugendlichen und jungen Erwachsenen genutzt werden, um sich über Drogen zu informieren. Überdies stellen Podcasts zur relevanten Themen - "Wann ist der Konsum noch harmlos?" - eine gute Maßnahme der Aufklärung im Sinne von Prävention dar.
- Zur selektiven Prävention bei einem freizeitorientierten Kokainkonsum ergeben sich aus der Studie eine Reihe von Maßnahmen. Dazu gehören aufsuchende Nightlife-Angebote, um im Club- oder Partysetting auf die Risiken des polyvalenten Konsums von Kokain, Ketamin und Alkohol aufmerksam zu machen. Im Vorfeld von Festivals oder speziellen Clubevents sollten offensiver Botschaften zur Konsumkontrolle und zur Gefahr von potenziellen psychischen Folgen eines hohen Kokainkonsums verbreitet werden. Empfohlen wurde auch eine Zusammenarbeit mit Clubbetreibern, um präventive Botschaften zu Konsumrisiken zu verbreiten.
- Im Zusammenhang mit einem Kokainkonsum aus funktionalen Motiven sollten sich Präventionsmaßnahmen an spezielle Zielgruppen richten. Hierzu gehören zum einen Berufstätige, denen feste Beratungszeiten ohne Wartezeiten angeboten werden sollten. Die Beratung sollte sich dabei an den Bedürfnissen der Berufstätigen orientieren und auch als Online-Beratung per Video sowie nach 18 Uhr angeboten werden. In Bezug auf die Gruppe mit einem exzessiven Glückspielverhalten könnten risikobezogene Informationen in Spielhallen, Wettbüros und auf Internetplattformen platziert werden.

- Die Gruppe derjenigen, die Kokain zur Selbstmedikation konsumieren benötigt unabhängig vom jeweiligen Setting integrierte Angebote, die sowohl den Kokainkonsum als auch psychische Komorbiditäten adressieren. In Bezug auf die Suchthilfe bedeutet dies die Integration geeigneter störungsspezifischer Interventionen bzw. Informationen in alle Präventions-, Beratungs- und Behandlungsangebote. Weiter könnten Fortbildungen für Psychologinnen und Psychologen sowie für Ärztinnen und Ärzte zu einer besseren Integration von kokainbezogenen Interventionen in die dortigen Behandlungen führen.
- Grundsätzlich wurde von den Fachkräften auf die Notwendigkeit hingewiesen, eine anonyme und zeitlich bedarfsgerechte Beratung und Information zu ermöglichen, mehr digitale Formen der Suchtberatung zu schaffen und insgesamt eine digitale Öffnung der Angebote (inklusive Online-Formularen, Chats) voranzutreiben. Hierzu zählt auch die bessere Gestaltung von einrichtungsbezogenen Webseiten, da der Zugang zu Beratung und Behandlung über digitale Medien an Bedeutung gewinnt.

Die Studienergebnisse unterliegen mehreren Limitationen. Bei der Online-Erhebungen handelt es sich um eine Querschnittserhebung, so dass keine Aussagen zu Konsumverläufen getroffen werden können. Im Allgemeinen unterliegen Online-Erhebungen Limitationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse bedacht werden müssen. So kann die Repräsentativität der erreichten Population nur eingeschränkt beurteilt werden. Ebenso können keine Aussagen zur Validität der Aussagen getroffen werden. Es ist anzunehmen, dass einige Angaben z.B. zur Prostitution oder zum Gebrauch von Kokain im Arbeitsalltag einem Bias der sozialen Erwünschtheit unterliegen. Sowohl die Experten-Interviews als auch der Online-Workshop wurden sorgfältig vorbereitet und die Gespräche mittels eines standardisierten Leitfadens strukturiert. Die Auswahl der Expertinnen und Experten geschah mit großer Sorgfalt und auf eine ausgewogene Verteilung wurde geachtet. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige der geäußerten Erfahrungen mit Kokainkonsumierenden nur für bestimmte Einrichtungen zutreffen und nicht verallgemeinert werden können.

6 Gender Mainstreaming Aspekte

Bezogen auf die Online-Befragung von Kokainkonsumierenden kann davon ausgegangen werden, dass sich beide Geschlechter sich gleichermaßen angesprochen gefühlt haben. Die Auswertung sowie Darstellung der Ergebnisse erfolgten geschlechtsspezifisch. Bei den Interviews mit Expertinnen und Experten sowie bei dem Workshop wurde auf eine ausgewogene Geschlechterverteilung geachtet.

7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Erste Ergebnisse aus der Befragung von Kokainkonsumierenden wurden auf dem Deutschen Suchtkongress 2021 präsentiert. Aufgrund der Kürze des Projektes (6 Monate) erfolgten noch keine weiteren Veröffentlichungen.

8 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Auf der Basis der Ergebnisse sind Publikationen geplant (Befunde zu Konsumierendengruppen und Empfehlungen zur Prävention).

9 Publikationsverzeichnis

Entfällt

10 Literaturverzeichnis

- Aharonovich, E., D. S. Hasin, E. V. Nunes, M. Stohl, D. Cannizzaro, A. Sarvet, K. Bolla, K. M. Carroll and K. G. Genece (2018). "Modified cognitive behavioral therapy (M-CBT) for cocaine dependence: development of treatment for cognitively impaired users and results from a Stage 1 trial." Psychology of addictive behaviors **32**(7): 800-811.
- Andrade, L. F., S. M. Alessi and N. M. Petry (2012). "The impact of contingency management on quality of life among cocaine abusers with and without alcohol dependence." The American Journal on Addictions **21**(1): 47-54.
- Boys, A., J. Marsden and J. Strang (2001). "Understanding reasons for drug use amongst young people: a functional perspective." Health Educ Res **16**(4): 457-469.
- Bush, K., D. R. Kivlahan, M. B. McDonell, S. D. Fihn and K. A. Bradley (1998). "The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test." Arch Intern Med **158**(16): 1789-1795.
- EMCDDA (2021). Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen. Lissabon, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: 60.
- Garcia-Fernandez, G., R. Secades-Villa, O. Garcia-Rodriguez, H. Alvarez-Lopez, J. R. Fernandez-Hermida, S. Fernandez-Artamendi and S. T. Higgins (2011a). "Long-term benefits of adding incentives to the community reinforcement approach for cocaine dependence." European Addiction Research **17**(3): 139-145.
- Garcia-Fernandez, G., R. Secades-Villa, O. Garcia-Rodriguez, E. Sanchez-Hervas, J. R. Fernandez-Hermida and S. T. Higgins (2011b). "Adding voucher-based incentives to community reinforcement approach improves outcomes during treatment for cocaine dependence." The American Journal on Addictions **20**(5): 456-461.
- Gossop, M., S. Darke, P. Griffiths, J. Hando, B. Powis, W. Hall and J. Strang (1995). "The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users." Addiction **90**(5): 607-614.
- Kelly, B. C. and J. T. Parsons (2008). "Predictors and comparisons of polydrug and non-polydrug cocaine use in club subcultures." The American Journal of Drug and Alcohol Abuse **34**(6): 774-781.
- Köhler, T. and H. Grau (2021). "Kokain abseits von pathologischem Konsum. Eine systematische Literaturübersicht." Suchttherapie **22**(3): 124-131.
- Schaub, M. P., L. J. Maier, A. Wenger, L. Stark, O. Berg, T. Beck, B. B. Quednow and S. Haug (2015). "Evaluating the efficacy of a web-based self-help intervention with and without chat counseling in reducing the cocaine use of problematic cocaine users: The study protocol of a pragmatic three-arm randomized controlled trial., Evaluierung der Effektivitaet einer webbasierten Selbsthilfe-Intervention mit und ohne Chatberatung bei der Reduktion des Kokaingebrauchs von Problemkonsumenten von Kokain: Protokoll einer pragmatischen, dreifach randomisierten Studie." BMC Psychiatry (Online Journal) **15**: 156.
- Schaub, M. P. P. C., Raquel; Wenger, Andreas; Baumgartner, Christian; Stark, Lars; Ebert, and B. B. H. David D; Quednow, Severin (2019). "Web-based self-help with and without chat counseling to reduce cocaine use in cocaine misusers: Results of a three-arm randomized controlled trial." Internet Interventions **17**:100251.
- Seitz, N., L. John, J. Atzendorf, C. Rauschert and L. Kraus (2019). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. München, IFT Institut für Therapieforschung.
- Spitzer, C., S. Hammer, B. Lowe, H. J. Grabe, S. Barnow, M. Rose, K. Wingenfeld, H. J. Freyberger and G. H. Franke (2011). "[The short version of the Brief Symptom Inventory (BSI -18): preliminary psychometric properties of the German translation]." Fortschr Neurol Psychiatr **79**(9): 517-523.
- Stark, L. S., Michael P; Sullivan, Robin (2013). "Snow Control: Online-Selbsthilfe zur Reduktion von Kokainkonsum." SuchtMagazin **3**: 34-39.

- Stulz, N., R. Gallop, W. Lutz, G. L. Wrenn and P. Crits-Christoph (2010). "Examining differential effects of psychosocial treatments for cocaine dependence: An application of latent trajectory analyses., Differentielle Effekte psychosozialer Behandlungen der Kokain-Abhängigkeit: Eine Anwendung der latenten Verlaufskurvenanalyse." Drug and Alcohol Dependence **106**(2-3): 164-172.
- UNODC (2021). World Drug Report 2021. Booklet 4: Drug market trends: Cocaine, Amphetamine-type Stimulants. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime: 102.
- Zurhold, H. and O. Müller, Eds. (2007). Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verleumdung. Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie aus Frankfurt am Main. Freiburg im Breisgau, Lambertus.