

2002

**Jahresbericht über den Stand
der Drogenproblematik
in der Europäischen Union und in Norwegen**

Rechtlicher Hinweis

Diese Publikation ist Eigentum der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und urheberrechtlich geschützt. Die EBDD übernimmt keine Verantwortung bzw. Haftung für die Folgen der möglichen Weiterverwendung der hierin enthaltenen Daten. Wenn nicht anders angegeben, spiegelt diese Veröffentlichung einschließlich etwaiger Empfehlungen oder Meinungsäußerungen nicht die Politik der EBDD, ihrer Partner, eines EU-Mitgliedstaates bzw. eines Organs oder einer Einrichtung der Europäischen Union oder der Europäischen Gemeinschaften wider.

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind verfügbar über Internet, Server Europa (<http://europa.eu.int>).

Dieser Bericht liegt in dänischer, deutscher, englischer, finnischer, französischer, griechischer, italienischer, niederländischer, norwegischer, portugiesischer, schwedischer und spanischer Sprache vor. Alle Übersetzungen wurden vom Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union angefertigt.

Bibliografische Daten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2002

ISBN 92-9168-127-X

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2002

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Printed in Italy



E . B . D . D .

Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lissabon

Tel. (351) 218 11 30 00

Fax (351) 218 13 17 11

E-Mail: info@emcdda.org

Website: <http://www.emcdda.org>

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	4
Vorwort	5
Überblick	7
KAPITEL 1	
Die Drogensituation	11
Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung	11
Problematischer Drogenkonsum	15
Behandlungsnachfrage	16
Drogenbedingte Infektionskrankheiten	19
Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumenten	24
Drogenbedingte Kriminalität	27
Drogenmarkt und Beschaffbarkeit	28
KAPITEL 2	
Maßnahmen gegen den Drogenkonsum	33
Nationale und europäische Drogenstrategien	33
Reduzierung der Nachfrage	36
Reduzierung des Angebots	42
KAPITEL 3	
Ausgewählte Themen	45
Polyvalenter Drogenkonsum	45
Behandlungserfolge	51
Drogenkonsum im Strafvollzug	54
Reitox-Knotenpunkte	63

Danksagung

Die EBDD dankt folgenden Institutionen und Personen für ihre wertvollen Beiträge zur Erstellung dieses Berichts:

- den Leitern der nationalen Knotenpunkte des Reitox-Netzes und deren Mitarbeitern;
- den Dienststellen innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten, die die Rohdaten für den Bericht erfasst haben;
- den Mitgliedern des Verwaltungsrates und des Wissenschaftlichen Beirats der EBDD;
- dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union – insbesondere seiner Horizontalen Gruppe „Drogen“ – und der Europäischen Kommission;
- der Gruppe für die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel des Europarats (Pompidou-Gruppe), dem Internationalen Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsorganisation, Europol, Interpol, der Weltzollorganisation und der Europäischen Epidemiologischen Aids-Beobachtungsstelle;
- dem Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union und dem Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

Vorwort

Unserem *Jahresbericht 2002* ist zu entnehmen, wie schwierig es ist, „die europäische Drogenproblematik“ in einer einzigen Aussage zu erfassen, da sie sich unter zahlreichen Facetten darstellt. Die Trends und die Höhe des Konsums illegaler Drogen sind je nach Land und Region verschieden, und dasselbe gilt auch für dessen verschiedene Aspekte und Folgen. Berücksichtigt man lediglich die einzelstaatlichen Durchschnittswerte, werden verschiedene Trends auf regionaler oder lokaler Ebene verschleiert. Allgemein entsteht jedoch jetzt eher der Eindruck einer gleich bleibenden „endemischen“ Drogenkonsumsituation, wobei die Raten der Einsteiger und Aussteiger konstant bleiben. In diesem Sinne hat sich die Situation im Vergleich zu den 80er Jahren und der ersten Hälfte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts geändert; damals hatte der Anstieg des Drogenkonsums und der sich aus ihm ergebenden Probleme in vielen Ländern der Europäischen Union extreme, ja epidemische Formen angenommen.

Die Probleme im Zusammenhang mit Cannabis und Kokain sind gegenwärtig wohl in der Zunahme begriffen, wengleich langfristig gesehen der Cannabiskonsum sich in einigen Ländern nunmehr auf einem – zum Teil sehr unterschiedlichen – Stand einzupendeln scheint. Was den problematischen Drogenkonsum betrifft, so haben sieben von 15 Ländern ihre Schätzungen nach oben hin korrigiert, was auf einen gewissen Anstieg schließen lässt, obschon die meisten Länder zugleich über eine relative Stabilität berichten. Insgesamt gesehen scheint die HIV-Prävalenz auf demselben Stand zu bleiben, doch ist dieser in den einzelnen Ländern sehr verschieden, und in manchen Regionen und Untergruppen von injizierenden Drogenkonsumenten sind erhebliche Zuwächse zu beobachten. Die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle scheint nun auf gleichem Stand zu bleiben, in den verschiedenen Ländern sind jedoch abweichende Tendenzen zu beobachten. Im Allgemeinen scheint der Preis der meisten Drogen stabil zu sein oder gar zu sinken.

Aber selbst wenn es den Anschein hat, dass „die Drogenproblematik“ in der Europäischen Union nun bis zu einem gewissen Grad eingedämmt worden ist, besteht keineswegs Grund zur Selbstgefälligkeit. Denn die Zahl der Drogenkonsumenten mit problematischen Konsummustern wird auf zwei bis neun je 1 000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren geschätzt. In manchen Gebieten sind über 25 % der injizierenden Drogenkonsumenten mit dem HIV-Virus infiziert, und auch die HCV-Präva-

lenz ist weiterhin extrem hoch (40 bis 90 %). Alljährlich werden 7 000 bis 8 000 akute Drogentodesfälle verzeichnet, und diese Zahl nimmt, wie mit Besorgnis festgestellt wird, in einigen Ländern zu, in denen früher gleich bleibende oder fallende Tendenzen beobachtet worden waren. Das Sterberisiko liegt bei Opiatkonsumenten fast 20-mal höher als bei Gleichaltrigen, die keine Drogen konsumieren. Zwar haben mehr Drogenabhängige eine Behandlung aufgenommen, es gibt jedoch eindeutig zu wenig Behandlungsplätze, vor allem in Haftanstalten, auch wenn die Behandlungskapazitäten aufgestockt werden. Daher ist es von größter Bedeutung, dass die Bemühungen auf politischer Ebene, das Drogenproblem in den Griff zu bekommen, fortgesetzt, wenn nicht gar verstärkt werden.

Immerhin zeichnet sich ein größerer Konsens ab, was die Maßnahmen zur Bekämpfung der wichtigsten Probleme betrifft, und diese erweisen sich zunehmend als wirksam. So wird zum Beispiel weithin eingeräumt, dass sich die niedrigschwelligen Dienste bewährt haben und dass es wichtig ist, steriles Spritzenbesteck zur Verfügung zu stellen, um die auf dem Blutwege übertragbaren Infektionskrankheiten zurückzudrängen. Die Schutzwirkung von Methadon-Erhaltungsprogrammen im Sinne einer Reduzierung der Mortalitäts- und der Morbiditätsziffern, der Wert freiwilliger Therapien ohne medikamentöse Unterstützung und die Rolle von medikamentengestützten Therapien zur Reduzierung des Konsums illegaler Drogen, des riskanten Konsumverhaltens und der Kriminalität werden mittlerweile weithin anerkannt.

Diese breite Anerkennung des Wertes solcher Maßnahmen ist vielleicht ein Faktor, der zu der relativen Konvergenz der grundsätzlichen Einstellungen der öffentlichen Dienststellen auf dem Gebiet der Prävention und der Behandlung in der Europäischen Union beiträgt. Dabei ist zu bedenken, dass diese insbesondere auf dem sozialen Sektor und dem Gesundheitssektor zu beobachtende Konvergenz keineswegs in allen Ländern gleich stark ist; beispielsweise wird der Nadelaustausch in manchen Ländern weitaus stärker praktiziert als in anderen. Selbst innerhalb eines Landes kommt nicht unbedingt überall der gleiche Ansatz zur Anwendung; so kann die Substitutionsbehandlung zum Beispiel in Behandlungszentren weithin verfügbar sein, aber weit weniger in den Haftanstalten angeboten werden.

Nichtsdestoweniger werden durch den politischen und gesetzgeberischen Ansatz auf einzelstaatlicher Ebene

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

zunehmend gleich geartete soziale und gesundheitspolitische Maßnahmen gefördert. In vielen Ländern wird die Entwicklung auf gesetzgeberischem Gebiet auf einzelne Substanzen abgestellt, unabhängig davon, welcher rechtliche Status diesen eingeräumt wird, um stärker zwischen Drogenkonsumenten und Drogendelinquenten zu unterscheiden, um die Geldstrafen für den persönlichen Konsum bzw. den Besitz von Cannabis zu verringern oder abzuschaffen und um den Rechtsrahmen für die Substitutionsbehandlung zu stärken. Auf dem Gebiet der Prävention konzentrieren sich die Bemühungen darauf, die Qualität der Maßnahmen durch die Einführung nationaler Standards und Anerkennungsverfahren sicherzustellen.

In der Europäischen Union zeichnet sich eine immer einheitlichere Tendenz zu größerer Effizienz und Wirksamkeit bei der fortlaufenden Bekämpfung des Drogenpro-

blems ab, die einerseits auf eine Reduzierung der Morbidität, der Mortalität, der Stigmatisierung und der sozialen Ausgrenzung von Drogenkonsumenten mit problematischen Konsummustern abzielt, andererseits bemüht ist, den anderen Drogenkonsumenten eine wahrheitsgetreue Aufklärung über potenzielle Risiken anzubieten. Diese stärkeren und einheitlicheren Abhilfemaßnahmen sind ein Ausdruck der hohen Priorität, die der Bekämpfung des Drogenproblems von den europäischen Bürgern beigegeben wird. Ich bin zuversichtlich, dass dieser *Jahresbericht 2002* einen bedeutenden Beitrag zur Schaffung einer wissenschaftlich fundierten Grundlage für gesunde politische Grundsatzentscheidungen und strategische Planung auf einzelstaatlicher und lokaler Ebene wie auch auf europäischer Ebene darstellen wird.

Georges Estievenart
Direktor

Überblick

Die Drogensituation

Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

- Der Konsum illegaler Substanzen konzentriert sich auf junge Erwachsene, besonders Männer, in städtischen Gebieten, obgleich es Anzeichen für eine gewisse Ausweitung auf kleinere Städte und ländliche Gebiete gibt.
- In den meisten Ländern gaben 5 bis 15 % der jungen Erwachsenen an, in jüngster Vergangenheit (während der letzten 12 Monate) Cannabis genommen zu haben, während für Amphetamine 0,5 bis 6 %, für Kokain 0,5 bis 3,5 % und für Ecstasy 0,5 bis 5 % ermittelt wurden.
- 10 bis 30 % der Erwachsenen in den europäischen Ländern verfügen über Lebenszeiterfahrung mit Cannabis, während rund 1 bis 5 % Erfahrung mit Amphetaminen, Kokain und Ecstasy haben.
- Der Konsum von Cannabis hat sich in den 90er Jahren in den meisten EU-Ländern besonders unter jungen Menschen merklich erhöht, hat sich aber in den letzten Jahren in einigen Ländern auch auf ein bestimmtes Niveau eingependelt. Der Kokainkonsum ist in den letzten Jahren in einigen Ländern vielleicht etwas gestiegen, diese Tendenz ist jedoch nicht so ausgeprägt.

Problematischer Drogenkonsum

- Im Allgemeinen scheint sich das Ausmaß des problematischen Drogenkonsums stabilisiert zu haben, wengleich einige Länder über veränderte Schätzwerte berichten, die zusammengenommen darauf hindeuten, dass sich der problematische Konsum seit 1996 verstärkt hat.

- Mögliche Zunahmen auf nationaler Ebene werden aus Belgien und Norwegen (Daten nur für den injizierenden Konsum verfügbar), Deutschland, Italien, Luxemburg, Schweden und dem Vereinigten Königreich gemeldet.
- Die Schätzwerte für den problematischen Drogenkonsum liegen durchweg zwischen zwei und neun Fällen je 1 000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren.
- Die Schätzwerte für den injizierenden Drogenkonsum bewegen sich im Allgemeinen zwischen zwei und fünf Fällen je 1 000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren.

Behandlungsnachfrage

- Die Länder melden einen Anstieg der Anzahl der in Behandlung befindlichen Klienten.
- Opiate sind nach wie vor die Hauptdroge der sich in Behandlung begebenden Personen, gefolgt von Cannabis, Kokain und Amphetaminen. Zwischen den Ländern gibt es viele Unterschiede.
- Die Tendenzen für die einzelnen Drogen bei den sich neu in Behandlung begebenden Klienten zeigen, dass die Zahl der Heroinkonsumenten stabil oder rückläufig ist, während die Zahl der Cannabiskonsumenten in einigen Ländern (wie Deutschland, Dänemark) steigt. Die Zahl der Kokainkonsumenten, die bis zum vergangenen Jahr gestiegen war, scheint jetzt gleich bleibend zu sein.
- Die Hauptapplikationsformen bei neuen Konsumenten sind Injizieren für Heroin (45,9 %), Schnupfen für Kokain (47,1 %) und orale Einnahme für Stimulanzien (56,4 %).

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

- Die sozialen Verhältnisse sind bei Drogenkonsumenten schlechter als in der Allgemeinbevölkerung derselben Altersgruppe. Kennzeichnend sind ein niedrigerer Bildungsstand und eine höhere Arbeitslosigkeit.
- Je nach Haftanstalt und Land geben zwischen 29 und 86 % der Inhaftierten (in den meisten Studien über 50 %) an, bereits illegale Drogen konsumiert zu haben.

Drogenbedingte Infektionskrankheiten

- Die HIV-Infektionsraten schwanken beträchtlich zwischen 1 % im Vereinigten Königreich und 34 % in Spanien, sind jedoch im Allgemeinen gleich bleibend.
- Die HIV-Prävalenz lag bei über 25 % der injizierenden Drogenkonsumenten, die im Rahmen der Drogentherapie in den italienischen Regionen Emilia Romagna, Lombardei und Sardinien, in Frankreich, in Lissabon und Porto (Portugal) sowie in Spanien routinemäßig getestet wurden.
- Ein Anstieg der HIV-Übertragungen (bei Untergruppen von injizierenden Drogenkonsumenten) ist am ehesten in Regionen oder Städten in Irland, Italien, den Niederlanden, Portugal und Finnland zu verzeichnen.
- Die HCV-Prävalenz ist mit Infektionsraten von 40-90 % in verschiedenen Untergruppen der injizierenden Drogenkonsumenten in allen Ländern und Settings außerordentlich hoch.

Drogenbedingte Todesfälle

- 7 000 bis 8 000 akute drogenbedingte Todesfälle werden jedes Jahr in der EU gemeldet, wobei die tatsächliche Zahl wahrscheinlich höher liegt. Bei den meisten Todesfällen durch Überdosierung werden Opiate nachgewiesen, häufig sind allerdings auch andere Substanzen vorhanden.
- Die EU-Tendenz ist relativ gleich bleibend, jedoch weisen die nationalen Tendenzen Abweichungen auf. Besorgniserregend ist allerdings, dass einige EU-Länder nach einer Phase der Stabilisierung oder des Rückgangs in jüngster Zeit einen erneuten Anstieg melden.
- Die Mortalität bei Opiumkonsumenten, besonders bei injizierenden Konsumenten, ist aufgrund von Überdosierungen, Infektionskrankheiten, Unfällen, Suiziden usw. um bis zu 20fach höher als in der Allgemeinbevölkerung derselben Altersgruppe.

Drogenbedingte Kriminalität

- In sämtlichen Ländern, mit Ausnahme von Italien, den Niederlanden, Spanien und Norwegen, betreffen die von der Polizei gemeldeten Drogendelikte hauptsächlich Drogenkonsum und -besitz.

- Obwohl die meisten Drogenabhängigen aufgrund der geringen Verfügbarkeit von illegalen Drogen gezwungen sind, ihren Konsum nach der Inhaftierung einzustellen oder zu reduzieren, konsumieren einige weiterhin Drogen, und andere beginnen damit erst nach Haftantritt.

Drogenmärkte und Beschaffbarkeit

- Mit Ausnahme von Portugal (Heroin) ist Cannabis in allen Ländern die am häufigsten beschlagnahmte Droge. Im Jahr 2000 sanken die sichergestellten Mengen in den meisten Mitgliedstaaten.
- EU-weit stieg die Zahl der Sicherstellungen von Cannabis und Ecstasy im Jahr 2000 weiter an, während sie bei Heroin, Kokain und Amphetaminen abnahm.
- Im Jahr 2000 wurde ein Rückgang bei den sichergestellten Kokainmengen beobachtet, der hauptsächlich auf besonders starke Rückgänge in denjenigen Ländern zurückzuführen war, die bislang in der EU das meiste Kokain sichergestellt hatten (Spanien, Frankreich und die Niederlande).
- Die Preise für alle illegalen Drogen sind innerhalb der EU im Allgemeinen stabil oder rückläufig, für braunes Heroin wurden allerdings einige Preissteigerungen verzeichnet.

Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

Nationale Strategien

- Die jüngste Tendenz zur Entwicklung strategischer Maßnahmen angesichts der Drogensituation setzt sich fort. Die Ziele und Aufgaben werden klarer erkannt als in der Vergangenheit. Ihre Umsetzung und Evaluation gehören jetzt zu den wesentlichen Herausforderungen für die nationalen Drogenstrategien.
- Eine erhöhte Aufmerksamkeit richtet sich auf Präventions- und Behandlungsmaßnahmen hinsichtlich Alkohol und Tabak. Die Strategien richten sich auf die suchtauslösenden Substanzen ungeachtet ihrer Rechtsstellung.

Nationale Gesetzgebung

- Es besteht die Tendenz, stärker zwischen Drogenkonsum und anderen Drogendelikten zu unterscheiden,

Überblick

entweder durch gesetzliche oder politische Unterscheidungen oder durch die Einrichtung eines stärker spezialisierten Gerichtssystems oder durch beides.

- Gleichzeitig hat sich eine Reihe von Ländern entschieden, die Strafen für den Eigengebrauch und den Besitz von Cannabis im Unterschied zu anderen Substanzen zu verringern oder abzuschaffen.
- Eine neue Gesetzgebung zum Drogenkonsum im Straßenverkehr legt die Einzelheiten zur Überprüfung von Personen und zu den Prüfverfahren fest, wodurch auch die Gewinnung statistischer Daten verbessert werden dürfte, die als wissenschaftliche Ausgangsbasis für die zukünftige Gesetzgebung zu diesem Schwerpunkt dienen könnten.
- Nationale rechtliche Rahmenbedingungen für die Substitutionsbehandlung werden geschaffen oder gestärkt.

Reduzierung der Nachfrage

- Alle nationalen Drogenstrategien setzen Prioritäten bei bestimmten Maßnahmen. In zehn Mitgliedstaaten liegt der Schwerpunkt auf der Prävention an Schulen, in neun Ländern auf der Prävention und Frühintervention für gefährdete Jugendliche und in sieben Ländern auf Maßnahmen im Strafverfolgungssystem. Acht Länder halten die Behandlungsstrukturen für verbesserungsbedürftig.
- Die Qualität der Maßnahmen zur Nachfragereduzierung wird in einigen Ländern durch die Einführung nationaler Standards, Anerkennungsverfahren oder Leitlinien durchgesetzt.

Prävention in Schulen, Freizeitsettings und Gemeinden

- Alle Mitgliedstaaten betonen die herausragende Bedeutung der Prävention und berichten über zahlreiche Präventionsaktivitäten in verschiedenen Umfeldern, insbesondere an Schulen. Hier zeigt sich jedoch eine erhebliche Diskrepanz zwischen den politischen Zielen und der Realität und Qualität der Präventionsmaßnahmen.
- Die Ziele der Prävention an Schulen reichen von allumfassenden Prinzipien der Gesundheitsförderung über die Entwicklung sozialer bzw. persönlicher Fähigkeiten bis zur Förderung der Identität bzw. Persönlichkeit. Sensibilisierung und Information spielen oft eine wichtige Rolle, wenngleich derartige Ansätze ohne entsprechende Begleitmaßnahmen wirkungslos bleiben.

- Große Differenzen bestehen zwischen den Mitgliedstaaten auch hinsichtlich der Rolle der Massenmedien in den Präventionsstrategien – in manchen Ländern befassen sich die Medien kaum mit Prävention, in anderen hingegen ist sie ein Hauptthema.

Prävention in Freizeitsettings

- Prävention in Freizeitsettings basiert auf drei Interventionsstrategien: Erstellung von Informationsmaterial zu Drogen, individuell zugeschnittene Maßnahmen in Diskotheken oder bei Raves und strukturelle Maßnahmen, wie z. B. Anleitungen für „Safe Clubbing“.
- Die Bedeutung von Ort durchgeführter Pillentests, um gezielt auf intensive und interaktive Beratungsangebote zur Prävention aufmerksam zu machen, wurde leider von Diskussionen über Fragen ihrer pharmakologischen Genauigkeit und ihrer rechtlichen Implikationen überschattet.

Prävention von Infektionskrankheiten

- Zu den evidenzbasierten Maßnahmen zur Verhinderung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten zählen die Hepatitis-Impfung, die Drogentherapie – insbesondere die Verschreibung von Substitutionsmitteln –, die aufsuchende Drogenarbeit in den Kommunen, der Zugang zu sterilem Spritzenbesteck sowie Information und Schulung für einen sichereren Konsum.
- Die Bereitstellung von sterilem Injektionszubehör ist von zentraler Bedeutung für die Reduzierung von HIV- und anderen durch das Blut übertragenen Virusinfektionen. Obwohl Spritzenaustauschprogramme inzwischen immer häufiger verfügbar sind, bestehen zwischen den einzelnen Ländern und innerhalb dieser bedeutende Unterschiede im Hinblick auf die Verfügbarkeit und Reichweite dieser Programme für die Zielgruppen.
- Die Hepatitis-Impfrate ist bei Drogenkonsumenten sehr niedrig. In einigen Ländern werden systematische Anstrengungen für eine leichtere Verfügbarkeit von Impfungen unternommen.

Prävention drogenbedingter Todesfälle

- Ein erheblicher Teil an Überdosierungen wäre vermeidbar.
- Methadonsubstitution schützt nicht unwesentlich vor Tod durch Opioid-Überdosierung.
- Aus einigen Ländern wird über innovative Ansätze für die Vermeidung und den Umgang mit Überdosie-

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

rungen berichtet – dazu gehört die Schulung von Drogenkonsumenten, wie sie sich selbst vor Überdosierung schützen und besser mit Überdosierungen bei anderen umgehen können, beispielsweise indem sie lernen, Naloxon zu verabreichen sowie elementare Wiederbelebungstechniken anzuwenden; ein weiterer Ansatz ist die Entwicklung von spezifischem präventivem Informationsmaterial.

Verfügbarkeit von Behandlungseinrichtungen

- In den letzten fünf Jahren hat die Verfügbarkeit von Therapieeinrichtungen in der EU und in Norwegen deutlich zugenommen. Bei der medikamentengestützten Behandlung ist offensichtlich ein rascherer Anstieg als bei der abstinenzorientierten Behandlung zu beobachten.
- Evaluationen der abstinenzorientierten Behandlungsmaßnahmen haben gezeigt, dass diese wirksam sind. Die Evaluationsergebnisse weisen Schwankungen auf, aber im Allgemeinen schließen 30 bis 50 % der Klienten die abstinenzorientierte Behandlung erfolgreich ab.
- Die medikamentengestützte Behandlung mit Methadon oder Buprenorphin hat sich als wirksam bei der Reduzierung des Konsums illegaler Drogen, des Risikoverhaltens und der Kriminalität erwiesen. Dabei hat sich gezeigt, dass für die Gewährleistung positiver Ergebnisse unbedingt ausreichende Dosierungen erforderlich sind. Begleitende psychosoziale Maßnahmen tragen zum Erfolg bei, sind jedoch noch nicht ausreichend entwickelt.

Maßnahmen im Bereich der Strafverfolgung

- Die Justizbehörden in den EU-Ländern verfügen über vielfältige Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen des Strafverfolgungssystems, um straffällig gewordene Drogenkonsumenten in Therapieeinrichtungen zu überweisen.
- In den meisten EU-Ländern gibt es abstinenzorientierte Therapieprogramme bzw. drogenfreie Trakte inner-

halb der Vollzugsanstalten. Im Vergleich zur geschätzten Zahl der Gefangenen mit einem Drogenproblem stehen jedoch insgesamt nur wenige Plätze zur Verfügung.

- Substitutionstherapien stehen nunmehr in den Justizvollzugsanstalten fast aller EU-Länder und in Norwegen zur Verfügung. Doch auch in den Ländern, in denen sich ein großer Teil der problematischen Drogenkonsumenten außerhalb des Strafvollzugs in Substitutionstherapie befindet, wird von den Vollzugsanstalten oft nur eine Entgiftungstherapie angeboten.
- Dabei zeigte sich die Notwendigkeit einer „gestuften Behandlung“/kontinuierlichen Behandlung für die Senkung der Rückfälligkeitsrate bei Drogen konsumierenden Straftätern.
- Zunehmend sind Bemühungen um eine bessere Dokumentation und Evaluierung der Maßnahmen anderer Strafverfolgungssysteme zu beobachten, jedoch gibt es dazu (noch) wenig Forschungsergebnisse.

Reduzierung des Angebots

- Vorrang hat für die Mitgliedstaaten die Bekämpfung des organisierten Drogenhandels durch die Verbesserung der Datenbanksysteme und der Techniken der Kriminalitätsanalyse bei gleichzeitiger Verstärkung der internationalen Zusammenarbeit.
- Einen wichtigen Teil dieser verstärkten internationalen Zusammenarbeit stellt der Kampf gegen die Abzweigung chemischer Produkte und für die Kontrolle der Vorläufersubstanzen dar. Zusätzliche Ressourcen sind erforderlich, um ein zufrieden stellendes Maß an Überwachung zu gewährleisten.
- Die internationale Zollzusammenarbeit und die Aktivitäten der Task Force „Finanzielle Maßnahmen gegen die Geldwäsche“ (Financial Action Task Force, FATF) der OECD spielen eine sehr wichtige Rolle bei der Bekämpfung der Geldwäsche.

Die Drogensituation

Dieses Kapitel bietet eine Übersicht über den Drogenkonsum und das Drogenangebot in der EU und in Norwegen und hebt aktuelle Entwicklungen und neue Tendenzen hervor.

Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung ⁽¹⁾

Demografische Erhebungen ermöglichen Schätzungen hinsichtlich des Anteils der Bevölkerung, der während bestimmter Zeitabschnitte Drogen konsumiert hat. Darüber hinaus liefern sie Informationen über die Verhaltensweisen und Charakteristika der Befragten. Bei den illegalen Drogen wird in der Regel nach Folgendem gefragt:

- jede Art von Drogenkonsum während des bisherigen Lebens der befragten Person (Lebenszeitprävalenz), häufig auch als „Lebenszeiterfahrung“ bezeichnet;
- jede Art von Drogenkonsum während des vergangenen Jahres (Prävalenz während der letzten 12 Monate), häufig auch als „jüngster Drogenkonsum“ bezeichnet;
- jede Art von Drogenkonsum während des Vormonats (Prävalenz während der letzten 30 Tage), häufig auch als „aktueller Drogenkonsum“ bezeichnet.

Die Frage nach der „Lebenszeiterfahrung“ ergibt stets höhere Zahlen. Dieses Kriterium wird in Berichten und Einschätzungen zur Drogensituation eines Landes häufig verwendet. Die Lebenszeiterfahrung für sich genommen spiegelt jedoch die aktuelle Situation nicht genau wider, da hier auch Personen erfasst werden, die jemals Drogen probiert haben, selbst wenn dies nur einmal oder wenige Male geschah und viele Jahre zurückliegt.

Die Frage nach dem „jüngsten Konsum“ erbringt zwar niedrigere Zahlen, spiegelt jedoch die aktuelle Lage bes-

ser wider. Zusammengenommen liefern die Zahlen zur Lebenszeiterfahrung und zum jüngsten Konsum grundlegende Informationen zu den Konsummustern (etwa zu den Fortsetzungsraten). Die Zahlen zum „jüngsten Konsum“ lassen zwar gewisse Schlüsse auf die Regelmäßigkeit zu, fallen jedoch in der Regel gemessen an der Gesamtbevölkerung ziemlich niedrig aus.

Zahlreiche Erhebungen ermitteln das Drogeneinstiegsalter und die Konsumhäufigkeit, was Schätzungen der Inzidenz und der Konsummuster zulässt. Mit Hilfe anderer individueller Variablen (soziodemografische Variable, persönliche Einstellungen und Risikowahrnehmungen, Lebensstil, Gesundheitsprobleme usw.) lassen sich Korrelationen zwischen Drogenkonsum und sonstigen individuellen Faktoren herstellen.

Die Unterteilung der berichteten Ergebnisse nach Altersgruppen kann sich auf die Prävalenzschätzungen erheblich auswirken. Vergleiche sollten nur zwischen denselben Altersgruppen angestellt werden. Für die gesamte erwachsene Bevölkerung empfiehlt die EBDD die Altersgruppe von 15 bis 64 Jahren und für die jungen Erwachsenen die zwischen 15 und 34, allerdings gibt es bei den berichteten Daten nach wie vor von Land zu Land geringfügige Unterschiede.

Muster des Drogenkonsums

Trotz der methodisch bedingten Einschränkungen lassen sich für die Gesamtheit der EU-Mitgliedstaaten sowohl gemeinsame als auch unterschiedliche Grundmuster des Drogenkonsums feststellen.

Cannabis ist nach wie vor die in allen EU-Ländern am meisten konsumierte illegale Substanz. Dabei ist die

⁽¹⁾ Die Methodik der Schätzung des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung wird online unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> erläutert.

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

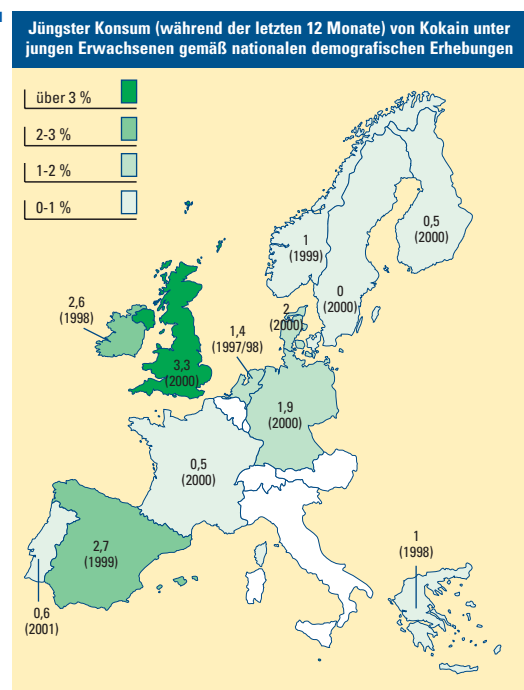
Lebenszeiterfahrung mit dieser Droge viel stärker verbreitet als ihr jüngster oder aktueller Konsum, was darauf schließen lässt, dass sie in der Tendenz nur gelegentlich genommen oder nach einiger Zeit abgesetzt wird. Ein geringer Anteil der Konsumenten greift täglich zu Cannabis. Dieser Gruppe sollte besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Andere Substanzen als Cannabis werden von erheblich kleineren Bevölkerungsteilen konsumiert, wobei es allerdings zwischen den Ländern beträchtliche Unterschiede gibt. Auch in diesem Fall schlägt die Lebenszeiterfahrung viel stärker zu Buche als der jüngste Konsum ⁽²⁾ ⁽³⁾.

Der Konsum illegaler Substanzen konzentriert sich auf die jungen Erwachsenen. Unter ihnen ist die Prävalenzrate etwa doppelt so hoch wie unter den Erwachsenen insgesamt. In allen Ländern und in allen Altersgruppen sind unter den Personen, die Drogen probiert haben, die Männer gegenüber den Frauen in der Überzahl, wengleich dieser Unterschied bei den jüngeren Altersgruppen tendenziell abnimmt ⁽⁴⁾. In städtischen Gebieten sind Drogen stärker verbreitet, obgleich es Anzeichen für eine gewisse Ausweitung auf kleinere Städte und ländliche Gebiete gibt.

Die Lebenszeiterfahrung mit Cannabis liegt den Berichten zufolge zwischen 10 % (Finnland) und 25 bis 30 % (Dänemark und Vereinigtes Königreich) der gesamten erwachsenen Bevölkerung, wobei eine erhebliche Zahl von Ländern Zahlen um die 20 % angibt (Belgien, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland und die Niederlande). Amphetamine wurden von 1 bis 6 % der Bevölkerung (11 % im Vereinigten Königreich) probiert. Bei Kokain und Ecstasy liegt der Prozentsatz jeweils etwa zwischen 0,5 und 4,5 % der Bevölkerung. Erfahrung mit Heroin haben insgesamt weniger als 1 % der Bevölkerung, wobei in einigen Ländern die Rate bei der jungen männlichen Bevölkerung allerdings 2 bis 3 % erreicht. Was den außereuropäischen Vergleich betrifft, so geht aus der Haushaltsumfrage des Jahres 2000 in den USA hervor, dass 34 % der Erwachsenen (ab dem 12. Lebensjahr) Lebenszeiterfahrung mit Cannabis hatten, während dies für Kokain bei 11 % der Fall war ⁽⁵⁾.

Abbildung 1



Anmerkungen: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen demografischen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen. Für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen geht die EBDD vom 15. bis zum 34. Lebensjahr aus (Dänemark und das Vereinigte Königreich vom 16., Deutschland und Irland vom 18. Lebensjahr). Durch Schwankungen in den Altersbandbreiten können geringfügige Abweichungen zwischen den Ländern auftreten. In einigen Ländern wurden die Zahlen auf nationaler Ebene neu berechnet, um sie so weit wie möglich an die EBDD-Standardaltersspanne anzupassen.

Quellen: Nationale Berichte 2001 der Reitox-Knotenpunkte, auf der Grundlage von Berichten über wissenschaftliche Umfragen oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch die epidemiologische Standardtabelle „Jüngster Einjahreskonsum von Drogen in den jüngsten landesweiten Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in einigen EU-Ländern“ unter <http://annualreport.emcdda.eu.int>

Für die jüngste Vergangenheit werden bei Cannabis für die Gesamtheit der Erwachsenen zwischen 1 und 10 % angegeben, wengleich die meisten Länder, die über derartige Informationen verfügen, von 5 bis 10 % berichten. Beim jüngsten Konsum von Amphetaminen, Kokain oder Ecstasy wird die Zahl im Allgemeinen mit unter 1 % der Erwachsenen angegeben, wobei Irland und das Vereinigte Königreich bei diesen drei Substanzen etwas höhere Raten aufweisen, was bei den Amphetaminen auch für Dänemark und Norwegen und bei Kokain auch für Spanien gilt. Laut Haushaltsumfrage der USA für das Jahr 2000 geben 8,3 % der Erwachsenen (ab dem 12. Lebensjahr) an, in jüngster Vergangenheit (d. h. im Vorjahr) Cannabis genommen zu haben. Bei Kokain waren es 1,5 %.

⁽²⁾ Abbildung 1 OL: Muster des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung. Cannabis-Konsum als Beispiel: Lebenszeiterfahrung im Vergleich zum aktuellen Konsum (letzte 30 Tage) laut der niederländischen nationalen demografischen Erhebung für 1997 (Online-Fassung).

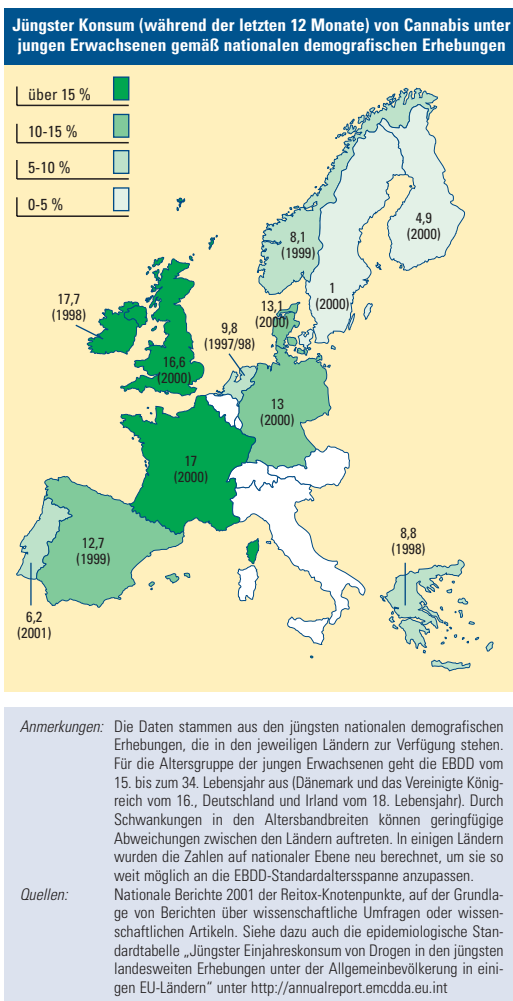
⁽³⁾ Abbildung 2 OL: Fortsetzungsraten für einige Substanzen in den jüngsten europäischen demografischen Erhebungen unter der gesamten erwachsenen Bevölkerung (Online-Fassung).

⁽⁴⁾ Abbildung 3 OL: Geschlechtsspezifische Unterschiede des jüngsten Drogenkonsums (in den letzten 12 Monaten), nach den Erhebungen europäischer Länder unter der Allgemeinbevölkerung (Online-Fassung).

⁽⁵⁾ Quelle: SAMHSA, Office of Applied Studies, *National Household Survey on Drug Abuse*, 1999 und 2000 (<http://www.samhsa.gov/oas/oas.html>). Beachten Sie bitte, dass die Altersspanne (ab dem 12. Lebensjahr) breiter ist als die von der EBDD in den EU-Erhebungen angewandte (15-64 Jahre).

Die Drogensituation

Abbildung 2



Bei den jungen Erwachsenen liegen die Zahlen für den jüngsten Konsum eindeutig höher. In den meisten Ländern werden für diese Altersgruppe im Hinblick auf den jüngsten Gebrauch von Cannabis 5 bis 18 % genannt (Schweden 1 bis 2 %), während für Amphetamine 0,5 bis 6 %, für Kokain 0,5 bis 3,5 % und für Ecstasy 0,5 bis 5 % ermittelt wurden ⁽⁶⁾.

Abgesehen von den tatsächlichen Unterschieden beim Drogenkonsum werden die diesbezüglichen nationalen Zahlen möglicherweise auch von verschiedenen anderen Faktoren beeinflusst. Die nationalen Gesamtzahlen lassen sich teilweise durch generationsbedingte Faktoren, darunter der konvergierende Lebensstil von Männern und Frauen, erklären. Einige nationale Gesamtzahlen lassen sich zum Teil möglicherweise auf den jeweiligen Anteil der städtischen Bevölkerung zurückführen.

Bei der vergleichenden Analyse und bei der Aufstellung und Evaluierung von Programmen sollten unter anderem die jeweiligen Altersgruppen, das Geschlecht und der Urbanisierungsgrad beachtet werden ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾.

Entwicklungstendenzen des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung

Aufgrund der Begrenztheit der Informationsquellen (wenige zusammenhängende Folgen) und der Unterschiede der nationalen sozialen/kulturellen Gegebenheiten und Entwicklung in den jeweiligen Ländern fällt es schwer, für die gesamte EU gültige eindeutige Trends auszumachen. Das Kriterium der Lebenszeiterfahrung sollte bei der Trendanalyse mit Vorsicht verwendet werden, da es sich hierbei um eine akkumulative Größe handelt, die lange Zeit unverändert bleibt, selbst wenn der aktuelle Drogenkonsum zurückgeht.

Nationale und lokale demografische Erhebungen sowie Befragungen unter Wehrpflichtigen und an Schulen belegen, dass sich der Konsum von Cannabis während der 90er Jahre in fast allen EU-Ländern besonders unter jungen Menschen merklich erhöht hat. Gleichzeitig lässt sich im Ländervergleich bei Cannabis eine gewisse konvergierende Tendenz feststellen, wobei eine erhebliche Anzahl von Ländern bei der Lebenszeiterfahrung etwa 20 bis 25 % und beim jüngsten Konsum 5 bis 10 % meldet.

In einigen Ländern (Irland, Niederlande, Finnland und Norwegen) scheint sich der Cannabiskonsum unter jungen Menschen, Wehrpflichtigen und Schülern in den letzten Jahren einzupendeln oder gar abzunehmen, während andere Länder nach wie vor Zuwächse verzeichnen.

Bei anderen Substanzen (z. B. Kokain, Ecstasy und Amphetaminen) ist es schwieriger, einen gesamteuropäischen Trend zu erkennen, was zeigt, wie notwendig es ist, zusammenhängende Erhebungsreihen mit angemessenen Stichprobengrößen anzustreben.

Vor dem Hintergrund zunehmender Kokainprobleme in einigen Ländern wächst in letzter Zeit die Besorgnis über einen möglichen Anstieg des Kokainkonsums in der EU. Ein offenbar stetig steigender Kokaingebrauch scheint unter Jugendlichen im Vereinigten Königreich vorzuliegen, und möglicherweise in geringerem Maße auch in

⁽⁶⁾ Abbildung 4 OL: Jüngster Konsum (während der letzten 12 Monate) von Amphetaminen, Ecstasy und Kokain unter jungen Erwachsenen in europäischen Ländern gemäß nationalen demografischen Erhebungen (Online-Fassung).

⁽⁷⁾ Abbildung 5 OL: Wie sind die verschiedenen Zahlen zum Drogenkonsum im Ländervergleich zu verstehen – eine Handreichung am Beispiel von Dänemark und Frankreich (Online-Fassung).

⁽⁸⁾ Abbildung 6 OL: Jüngster Einjahreskonsum von Kokain nach Altersgruppen in europäischen Ländern, gemäß demografischen Erhebungen (Online-Fassung).

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Dänemark, Deutschland und Griechenland, während in Spanien, Frankreich und Finnland unter den jungen Erwachsenen kein derartiger Anstieg zu erkennen ist. Allerdings sind in Spanien die Zahlen relativ hoch. Zudem wurde dort unter den Studierenden ein stetiger Zuwachs des Kokainkonsums festgestellt (Abbildung 3).

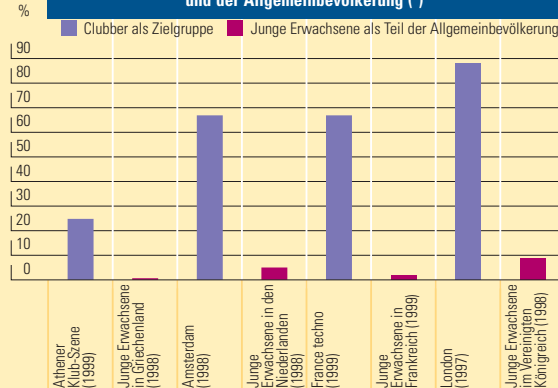
Drogenkonsum unter Jugendlichen

Lediglich fünf Mitgliedstaaten stellten im Jahr 2000 Daten aus Schulumfragen unter 15- bis 16-jährigen Schülern zur Verfügung. Dabei zeigte sich in Schweden eine Erhöhung des Konsums von Cannabis und in Italien von Cannabis, Ecstasy und Kokain. In den anderen drei Mitgliedstaaten war die Prävalenz des Drogenkonsums in dieser Altersgruppe entweder gleich bleibend oder abnehmend.

Einige Mitgliedstaaten führten Erhebungen unter über 15- bis 16-jährigen Jugendlichen außerhalb des schulischen Bereichs durch. Schulumfragen in allen Altersklassen zeigen, dass die Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums mit dem Alter erheblich zunimmt, allerdings in verschiedenem Maße in den einzelnen Ländern.

Im Vergleich zu den Ergebnissen von Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung war bei Jugendlichen im Bereich des Nachtlebens und der Klubszene zudem eine erheblich höhere durchschnittliche Prävalenz von Freizeitdrogen, insbesondere von Ecstasy, anzutreffen. (Siehe Abbildung 4, die jedoch vorsichtig zu interpretieren ist, da die Zielgruppenerhebungen nicht streng vergleichbar sind.)

Abbildung 4 Unterschiede bei der Lebenszeitprävalenz von Ecstasy zwischen Erhebungen unter bestimmten Zielgruppen und der Allgemeinbevölkerung⁽¹⁾



⁽¹⁾ In Zielgruppenerhebung n = Spanne zwischen 100 und 986.
 Quellen: Athen: Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossmann, P., van de Wijngaart, G. und Zavatti, P., *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea und Europäische Kommission, Valencia 1999.
 Amsterdam: Korf, D. J., Nabben, T., Lettink, D. und Bouma, H., „Antenne 1998. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers“, Jellinek, Amsterdam 1999.
 Frankreich: Medecins du Monde, „Techno Rave Parties“, 1999.
 London: Release, „Release drugs and dance survey: an insight into the culture“, Release, London 1997.

Abbildung 3A Jüngste Stabilisierung des Cannabiskonsums in einigen Ländern der EU

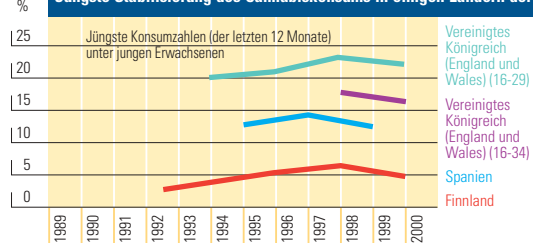


Abbildung 3B In einigen Ländern der EU steigt der Cannabiskonsum weiter

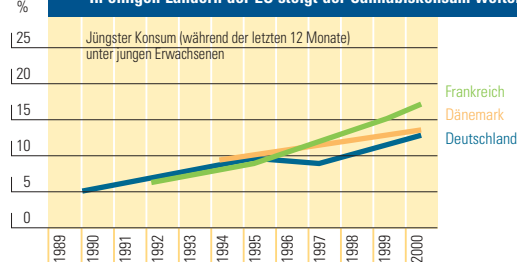
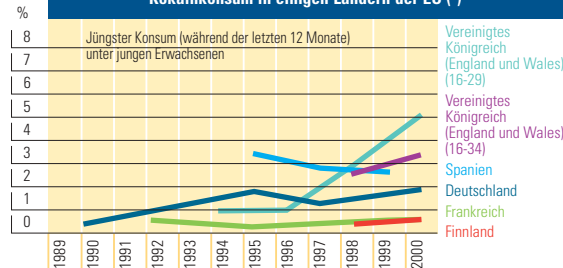


Abbildung 3C Kokainkonsum in einigen Ländern der EU⁽¹⁾



Anmerkungen: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen demografischen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen. Für die Altersgruppe der jungen Erwachsenen geht die EBDD vom 15. bis zum 34. Lebensjahr aus (Dänemark und das Vereinigte Königreich vom 16., Deutschland und Irland vom 18., Frankreich 1992 vom 25. bis zum 34. und 1995 vom 18. bis zum 39. Lebensjahr). Daten aus Dänemark und Griechenland deuten auf gewisse Zuwächse hin, sind allerdings in dieser Grafik nicht berücksichtigt.

⁽¹⁾ Quellen: Nationale Berichte 2001 der Reitox-Knotenpunkte, auf der Grundlage von Berichten über wissenschaftliche Umfragen oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe dazu auch die epidemiologische Standardtabelle „Jüngste Einjahresprävalenz des Drogenkonsums in den neuesten landesweiten Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in einigen EU-Ländern“ unter <http://annualreport.emcdda.eu.int>

Siehe <http://annualreport.emcdda.eu.int> zu den statistischen Tabellen zu diesem Abschnitt:

- Lebenszeitprävalenz (LTP) des Drogenkonsums gemäß neueren nationalen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in einzelnen Ländern der EU
- Jüngste Einjahresprävalenz des Drogenkonsums (LYP) gemäß neueren nationalen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in einzelnen Ländern der EU
- Erhebungen an Schulen: Lebenszeitprävalenz unter 15- bis 16-jährigen Schülern

Die Drogensituation

Problematischer Drogenkonsum

Der problematische Drogenkonsum wird definiert als „injizierender Drogenkonsum oder andauernder/regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen“⁽⁹⁾.

Im Allgemeinen scheint sich das Ausmaß des problematischen Drogenkonsums stabilisiert zu haben, wenn gleich es mit den gegenwärtig verfügbaren Schätzmethoden und bei der heutigen Datenqualität und -verfügbarkeit in den meisten Ländern noch immer nicht möglich ist, verlässliche Aussagen über die Tendenzen in der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums zu machen.

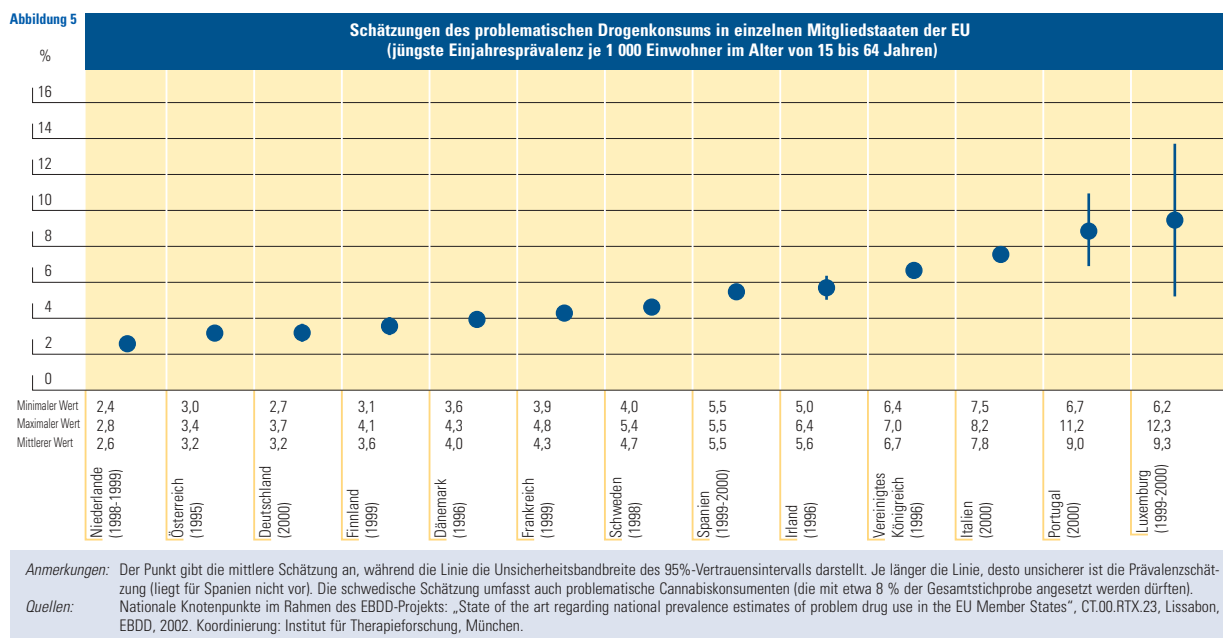
Allerdings berichten einige Länder über veränderte Schätzwerte bzw. Indikatoren, die zusammengenommen darauf hindeuten, dass sich der problematische Konsum seit 1996 verstärkt hat. Mögliche Zunahmen auf nationaler Ebene werden aus Belgien und Norwegen (verfügbare Daten nur für den injizierenden Konsum), Deutschland, Italien, Luxemburg, Schweden und dem Vereinigten Königreich berichtet, während einige andere Länder Zuwächse auf lokaler oder regionaler Ebene melden⁽¹⁰⁾.

Die Schätzwerte für den problematischen Drogenkonsum liegen durchweg zwischen zwei und neun Fällen je 1 000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren (d. h. bezogen auf die mittleren Schätzwerte). Die höchsten

Zahlen werden dabei mit sechs bis neun problematischen Drogenkonsumenten je 1 000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren aus Italien, Luxemburg, Portugal und dem Vereinigten Königreich gemeldet. Die niedrigsten Ziffern kommen aus Deutschland, den Niederlanden und Österreich, die für die oben genannte Altersspanne je 1 000 Kopf der Bevölkerung die Zahl der problematischen Drogenkonsumenten mit etwa drei angeben. Keine Daten liegen für Belgien, Griechenland und Norwegen vor (siehe Abbildung 5).

In Finnland und Schweden stellen jene, die Amphetamine als Hauptdroge konsumieren, die Mehrheit der problematischen Drogenkonsumenten (im Jahr 1997 in Finnland schätzungsweise 70 bis 80 %). Im Unterschied dazu handelt es sich in anderen Ländern bei den problematischen Drogenkonsumenten zumeist um überwiegend Opiate konsumierende Abhängige (die gleichzeitig zu den Mehrfach-Drogenkonsumenten zu zählen sind).

In diesem Jahr stehen uns separate Schätzungen für den injizierenden Drogenkonsum, eine Unterkategorie des gesamten problematischen Drogenkonsums, zur Verfügung. Aufgrund der verbesserten Qualität der auf den Mortalitäts- und HIV-Daten beruhenden Schätzungen können diese nunmehr gesondert vom problematischen Drogenkonsum vorgelegt werden. Die Schätzungen des injizierenden Drogenkonsums bewegen sich im Allgemeinen zwischen zwei und fünf Fällen je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren, allerdings liegen für

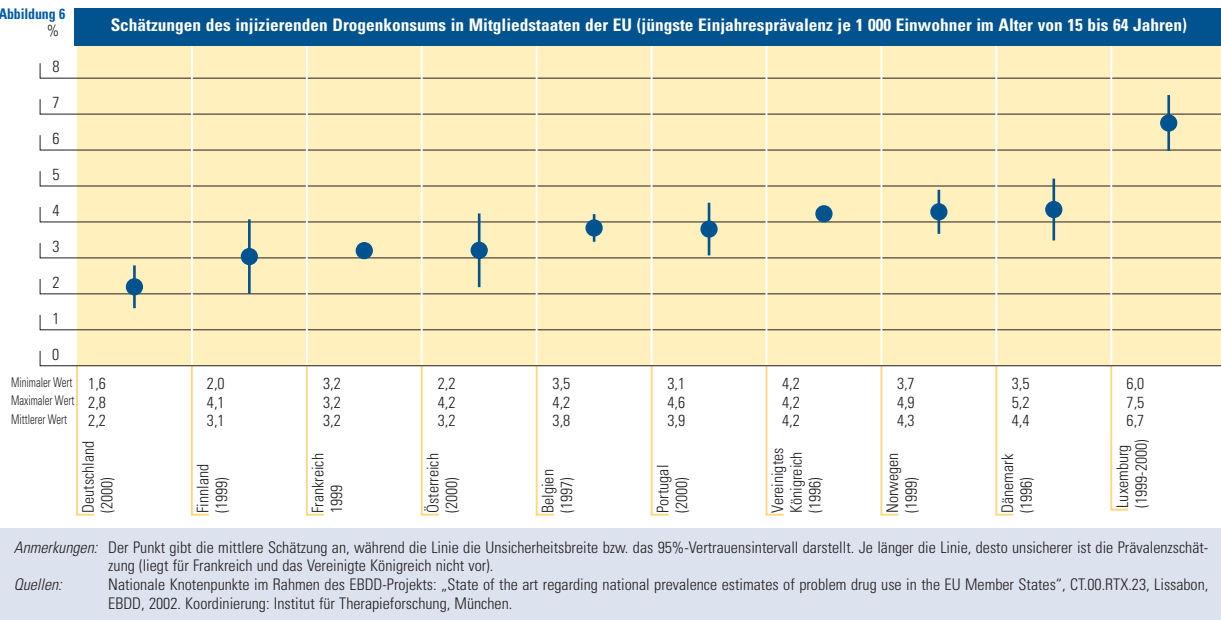


⁽⁹⁾ Nähere Einzelheiten zu den bei der Schätzung des problematischen Drogenkonsums üblichen Definitionen und Verfahren können unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> eingesehen werden.

⁽¹⁰⁾ Entwicklungstendenzen und Muster nach Ländern werden unter Trends <http://annualreport.emcdda.eu.int> dargestellt.

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Abbildung 6



sechs Mitgliedstaaten keine Angaben vor. Luxemburg geht von einer höheren Zahl aus, und zwar von fast sieben Konsumenten je 1 000 Einwohner. Schätzungen des injizierenden Drogenkonsums weisen auf die Risikopopulation hin, bei der ernste gesundheitliche Schäden oder drogenbedingte Todesfälle auftreten können (siehe Abbildung 6).

Detaillierte statistische Tabellen in Bezug auf diesen Abschnitt finden Sie unter

<http://annualreport.emcdda.eu.int>:

- Geschätzte Zahl der problematischen Drogenkonsumenten in Mitgliedstaaten der EU, 1995-2000
- Geschätzter Anteil der problematischen Drogenkonsumenten in Mitgliedstaaten der EU, 1995-2000 (Rate je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)

Behandlungsnachfrage

Die charakteristischen Merkmale der sich in Behandlung begebenden Personen (z. B. soziale Merkmale) und das Konsumverhalten (z. B. der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten oder Opiatkonsumenten) sind potenzielle Indikatoren für weiter reichende Tendenzen des problematischen Drogenkonsums. Sie geben auch einen Einblick in die Organisation der Behandlungszentren in Europa. Durch die unterschiedlichen Methoden der Datenerfassung und das unterschiedliche Angebot an Behandlungsdiensten können sich jedoch Abweichungen zwischen den einzelnen Ländern ergeben.

Protokoll über den Indikator Behandlungsnachfrage (TDI – Treatment-Demand-Indicator-Protokoll)

In diesem Jahr legten 12 der 15 EU-Mitgliedstaaten der EBDD erstmals nach Maßgabe des TDI erhobene Daten über Personen vor, die wegen Drogenproblemen eine Behandlung beantragten. Das TDI-Protokoll⁽¹⁾ ist eine gemeinsame Initiative der EBDD und der Pempidou-Gruppe, der sich die 15 Mitgliedstaaten angeschlossen haben. Dabei werden u. a. folgende Informationen erfasst: Art der angebotenen Behandlung, konsumierte Substanzen und soziodemografische Angaben zu den behandelten Personen.

An der Datenerfassung für das Jahr 2000 waren insgesamt 1 702 Behandlungseinrichtungen in ganz Europa beteiligt. Die Einrichtungen, die die gleichen Standards verwendeten, legten Informationen zu 170 444 Patienten vor.

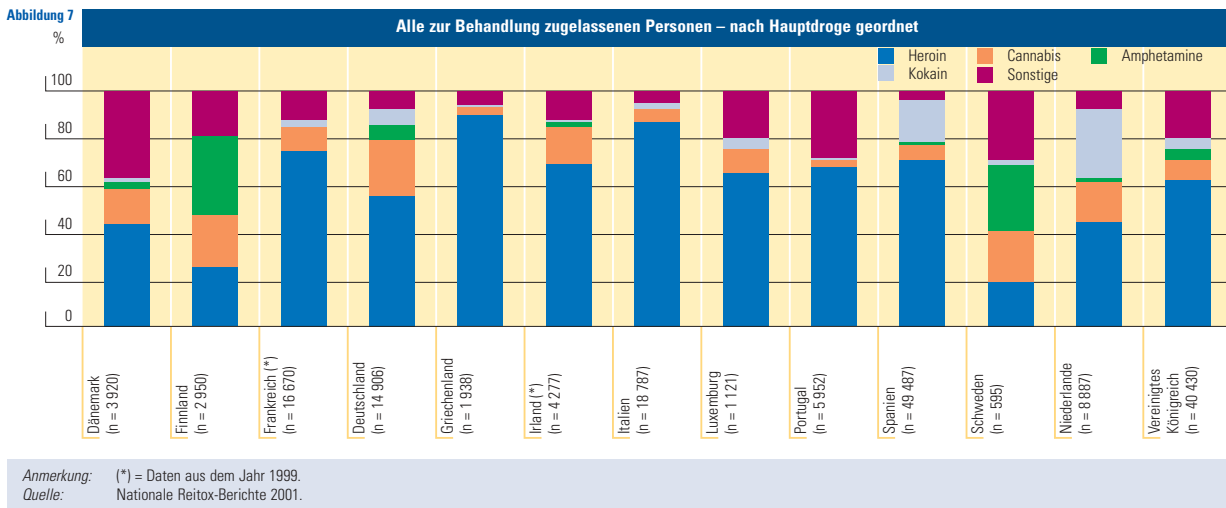
⁽¹⁾ Ein vollständiger Bericht über den Indikator Behandlungsnachfrage kann unter http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf eingesehen werden.

Substanzen

Trotz abweichender Behandlungsverfahren und Erfassungsmethoden können sowohl übereinstimmende als auch spezifische Tendenzen in der EU beobachtet werden.

Im Jahr 2002 melden die Länder eine höhere Gesamtzahl der wegen Drogenproblemen behandelten

Die Drogensituation



Personen. Den Meldungen zufolge scheint dies vor allem auf zwei Faktoren zurückzuführen zu sein – auf verbesserte Methoden der Datenerfassung (es werden immer mehr Behandlungsfälle gemeldet) und auf eine Zunahme der Behandlungseinrichtungen, insbesondere derer, die Substitutionstherapie anbieten. Die Einrichtung neuer spezieller Hilfsdienste für bestimmte Zielgruppen (z. B. Minderjährige) dürfte ebenfalls zu dieser höheren Gesamtzahl beigetragen haben.

In den meisten Ländern sind Opiate (insbesondere Heroin) nach wie vor die Hauptdroge der sich in Behandlung begebenden Personen. Dies könnte zum Teil dadurch bedingt sein, dass viele Hilfsdienste an den Bedürfnissen der Opiatkonsumenten ausgerichtet sind. Insgesamt sind zwischen 50 und 70 % der Personen, die sich für eine Behandlung anmelden, Heroinkonsumenten, jedoch besteht zwischen den einzelnen Ländern eine große Schwankungsbreite, die zwischen 89,6 % in Griechenland und 19 % in Schweden liegt.

Die Anzahl der Klienten, die eine Behandlung aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit Cannabis als illegale Hauptdroge beantragen, schwankt zwischen 2,5 % in Portugal und 24 % in Deutschland. Cannabis wird häufig in Kombination mit anderen Substanzen konsumiert (siehe das ausgewählte Thema zum polyvalenten Drogenkonsum in Kapitel 3).

Spanien (18 %) und die Niederlande (29 %) sind nach wie vor die Länder mit dem höchsten Anteil der Drogenabhängigen, die eine Behandlung aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit Kokain als Hauptdroge beantragen. Die anderen Länder weisen eine niedrigere Rate auf, die sich zwischen 6 % in Deutschland und 0,8 % in Griechenland bewegt.

Der größte Unterschied zwischen den Ländern besteht bei den Amphetaminen mit 33 % der eine Behandlung beantragenden Konsumenten in Finnland und 29 % in Schweden. In Deutschland, im Vereinigten Königreich, in Dänemark und in den Niederlanden schwankt die Rate zwischen 7 und 2 %, während sie in anderen Ländern bei fast 0 % liegt (Abbildung 7).

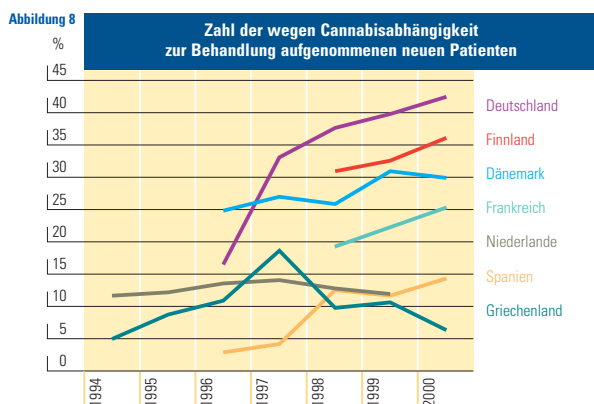
Der polyvalente Drogenkonsum schlägt sich zunehmend in den Behandlungsdaten nieder.

Entwicklungstendenzen

Die Zahl neuer Konsumenten, die eine Behandlung wegen Heroinabhängigkeit beantragen, scheint konstant bzw. rückläufig zu sein. Zu den möglichen Gründen dafür gehören: der verhältnismäßige Anstieg der Konsumenten anderer Drogen; das Ende der Heroinepidemie in den späten 80er und frühen 90er Jahren (die Personen, die in diesem Zeitraum mit dem Drogenkonsum begannen, haben bereits – im Allgemeinen fünf Jahre nach dem Einstieg – eine Behandlung beantragt); eine parallele Tendenz bei den Prävalenzdaten und die Einrichtung neuer Hilfsdienste, die auf andere Konsumentenprofile ausgerichtet sind.

In einigen Ländern beantragen immer mehr Personen eine Therapie wegen Cannabisabhängigkeit. Der höchste Anstieg von Patienten, die sich erstmals wegen Cannabis in Behandlung begeben, wurde in Deutschland verzeichnet, von 16,7 % im Jahr 1996 auf 42,6 % im Jahr 2000 (dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich diese Daten nur auf die ambulanten Behandlungszentren beziehen). Danach folgt Dänemark mit einem Anstieg von 25 % im Jahr 1996 auf 30 % im Jahr 2000. Ähnliche Tendenzen werden in anderen Ländern beobachtet, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß (Abbildung 8).

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen



Quelle: Nationale Reitox-Berichte 2001.

Dieser Anstieg von Cannabiskonsumenten wird durch Daten zu allen im Laufe der Jahre in eine Behandlung aufgenommenen Patienten bestätigt und weist zwischen den einzelnen Ländern relativ wenig Abweichungen auf. Ferner ist eine Zunahme des Beikonsums von Cannabis als Sekundärdroge neben einer Hauptdroge zu beobachten, insbesondere bei Personen, die Opiate als Hauptdroge nehmen. Dafür gibt es kein einfaches Erklärungsmuster, da eine Vielzahl von Faktoren zusammenwirken, u. a. wahrscheinlich eine erhöhte Prävalenz des Cannabiskonsums, ein Anstieg der von den Strafvollzugsanstalten gemeldeten Fälle und der Zahl von Jugendlichen mit sozialen oder psychologischen Problemen.

Die für 1999 festgestellte Zunahme der Behandlungsfälle wegen Kokainabhängigkeit hat sich offenbar 2000 stabilisiert, insbesondere in den Ländern, in denen der Anstieg im letzten Jahr am höchsten war (in den Niederlanden und in Spanien), aber dieser scheinbar beobachtete Trend sollte in den kommenden Jahren beobachtet werden. Der Kokainkonsum ist Meldungen zufolge in europäischen Ländern im Laufe der letzten Jahre ein immer größeres Problem geworden, und Kokain scheint als Sekundärdroge in Kombination mit Heroin und Alkohol eine bedeutende Rolle zu spielen. Die meisten Länder stellen jedoch fest, dass Kokainkonsumenten nur einen geringen Teil der eine Behandlung suchenden Personen ausmachen.

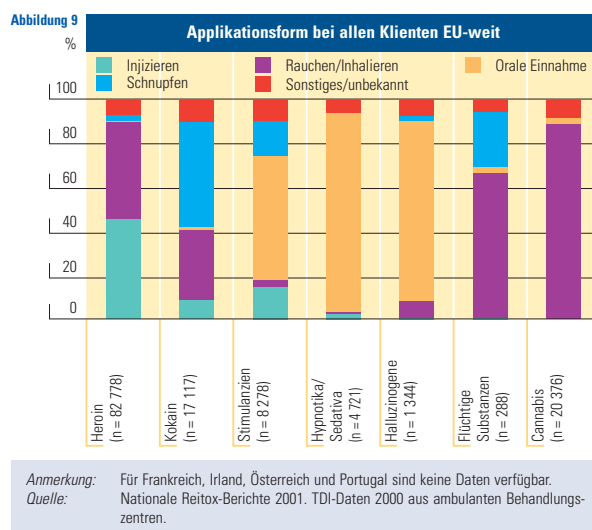
Applikationsformen

Für die Primärdrogen werden hauptsächlich drei Applikationsformen gemeldet: Injizieren für Heroin (45,9 % bei den Erstbehandlungen), Schnupfen für Kokain (47,1 %) und orale Einnahme für Stimulanzien (56,4 %) (Abbildung 9).

Der Anteil der injizierenden Heroinkonsumenten weist zwischen den einzelnen Ländern deutliche Unterschiede auf und reicht von 13 % in den Niederlanden bis zu 73,8 % in Griechenland. Obwohl allgemein ein Rückgang beim injizierenden Heroinkonsum beobachtet werden kann, wurde in einigen Ländern eine gegenläufige Tendenz festgestellt (z. B. in Finnland ein Anstieg von 61,1 auf 68,7 %). Insbesondere der rapide Rückgang des injizierenden Drogenkonsums in Spanien (Abbildung 10) von 1991 bis 2000 verdient, erwähnt zu werden. Auf Marktebene wird die Applikationsform möglicherweise durch drei Faktoren beeinflusst: das jeweilige Angebot von speziell zum Rauchen aufbereitetem Heroin (Heroinbase) oder injizierbarem Heroin (Hydrochlorid), der Heroinpreis (bei einem höheren Preis wird Heroin häufiger injiziert) und seine Reinheit (bei geringerer Reinheit wird Heroin häufiger injiziert).

Soziale Merkmale

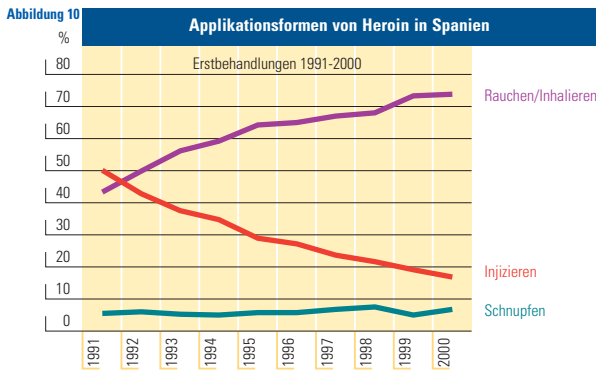
Die Mehrzahl der Personen, die eine Behandlung aufnehmen, sind Männer im Alter von 20 bis 40 Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt 29 Jahre und bei Erstpatienten 27 Jahre. Die jüngsten Drogenabhängigen, die sich einer Behandlung unterziehen, sind in Irland und Finnland zu finden, während die Drogenpatienten in Griechenland und in den Niederlanden am ältesten sind ⁽¹⁾. Die Altersverteilung unter der Allgemeinbevölkerung unterscheidet sich von der Altersverteilung unter den Patienten, d. h. die Länder mit der ältesten (oder jüngsten) Bevölkerung haben nicht auch die ältesten (oder jüngsten) Patienten. Ausnahmen stellen Irland und Griechenland dar, wo das niedrige bzw. hohe Alter der Patienten das Alter der Allgemeinbevölkerung spiegelt ⁽²⁾. Die



⁽¹⁾ Abbildung 7 OL: Durchschnittsalter der in Behandlung befindlichen Klienten (Online-Fassung).

⁽²⁾ Als Referenzmaterial für die Analyse wurden Daten von Eurostat (1999) herangezogen.

Die Drogensituation



Quelle: Álvarez Requejo, A., „TDI in Spain: evolution of heroin admissions“, Vortrag anlässlich eines Schulungsseminars, Plan Nacional de Droga, Regional Commissioner for Drugs, Junta de Castilla y León, Valladolid 2002.

altersmäßige Zusammensetzung der Konsumenten, die eine Behandlung beantragen, hängt offenbar von der Art der konsumierten Substanzen ab – im Allgemeinen sind Cannabiskonsumenten jünger und Heroin- bzw. Kokainkonsumenten älter. Zum Beispiel finden sich die jüngsten Patienten in Belgien, dem Land mit dem höchsten Anteil an Cannabiskonsum, während die ältesten in Griechenland und in den Niederlanden anzutreffen sind, wo ein hoher Heroin- und Kokainkonsum verzeichnet wird.

Die Verteilung auf die Geschlechter schwankt zwischen einem Verhältnis (männlich/weiblich) von 2/1 bis 6/1. Dabei finden sich Parallelen zwischen den südlichen Ländern mit einem höheren Männeranteil und den nördlichen Ländern mit einem niedrigeren Männeranteil. Diese Verteilung scheint auf die verschiedenen Konsummuster bei Frauen und Männern zurückzuführen sein, könnte aber auch ihren Grund in den verschiedenen Ansätzen der Drogenhilfsdienste haben. Frauen wenden sich im Allgemeinen weniger oft als Männer an Hilfsdienste, andererseits geht aus einigen vergleichenden Studien zur geschlechtsspezifischen Aufschlüsselung der Prävalenz- bzw. Behandlungsdaten hervor, dass mehr Drogen konsumierende Frauen eine Behandlung beantragen.

In der Regel verschlechtern sich die sozialen Bedingungen der eine Behandlung beantragenden Konsumenten gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Beispielsweise sind 50 bis 55 % von ihnen arbeitslos, selbst in Ländern, in denen die Arbeitslosenquote für die Allgemeinbevölkerung in der gleichen Altersgruppe unter 5 % liegt, wie

etwa in Dänemark⁽¹³⁾. Ferner fällt auch der niedrige Bildungsstand auf. Bis zu 13,2 % verfügen über keinen Primarschulabschluss, und bis zu 65,8 % haben nur die Primarschule besucht⁽¹⁴⁾.

Was die Frage der Staatsangehörigkeit betrifft, so bestehen Parallelen zur Struktur der Allgemeinbevölkerung: Die Patienten sind vorwiegend Staatsangehörige des Landes, in dem sie eine Behandlung beantragen, und der Anteil der Personen aus anderen (europäischen oder außereuropäischen) Ländern deckt sich mit dem Ausländeranteil an der Allgemeinbevölkerung⁽¹⁵⁾.

Detaillierte statistische Tabellen in Bezug auf diesen Abschnitt finden Sie unter

<http://annualreport.emcdda.eu.int>:

- Einige Kennzeichen wegen Drogenproblemen behandelte Personen in der EU
- Einige Kennzeichen erstmals wegen Drogenproblemen behandelte Personen in der EU
- Einige Kennzeichen wegen Drogenproblemen behandelte Frauen in der EU
- Einige Kennzeichen wegen Drogenproblemen behandelte Männer in der EU

Drogenbedingte Infektionskrankheiten⁽¹⁶⁾

HIV und Aids – Prävalenz und Entwicklungstendenzen

Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum verursachen dem Gesundheitswesen im Vergleich zu allen anderen Arten des illegalen Drogenkonsums die höchsten Behandlungskosten. Ihnen kann vorgebeugt werden, indem injizierende Drogenkonsumenten Informationen und sauberes Drogenbesteck erhalten und gegen das Hepatitis-B-Virus geimpft werden. Aus diesem Grund und angesichts der oft sehr hohen Infektionsprävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten gehört die Prävention von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumenten zu den kostenwirksamsten Maßnahmen im Drogenbereich.

Die EBDD hat erst vor kurzem mit der systematischen Erfassung von HIV- und Hepatitis-B- und Hepatitis-C-

⁽¹³⁾ Abbildung 8 OL: Beschäftigungsstatus in einigen Ländern (Online-Fassung).

⁽¹⁴⁾ Abbildung 9 OL: Bildungsstand in einigen Ländern (Online-Fassung).

⁽¹⁵⁾ Abbildung 10 OL: Ausländeranteil unter den Klienten, die zum ersten Mal eine Behandlung beantragen (Online-Fassung).

⁽¹⁶⁾ Eine ausführliche Erörterung dieser Problematik enthält der *Jahresbericht 2001*, Kapitel 3, Ausgewählte Themen – Drogenbedingte Infektionskrankheiten, der unter <http://ar2001.emcdda.eu.int> eingesehen werden kann.

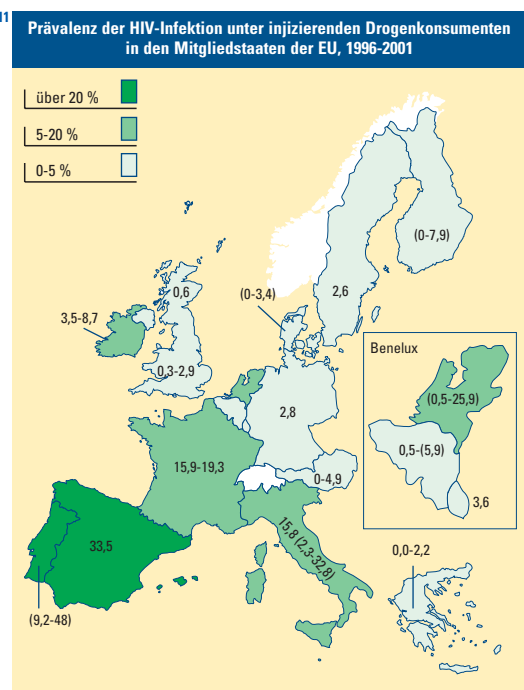
2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten begonnen. Aggregierte Prävalenzdaten (insgesamt und nach Untergruppen) werden in unterschiedlichen Routinesettings (Drogentherapie, Nadelaustausch, Strafvollzug usw.) sowie anhand spezieller Studien erfasst⁽¹⁷⁾. Obwohl ein Vergleich der erfassten Daten nach wie vor schwierig ist, vermitteln sie unter anderem ein umfassendes Bild von den Unterschieden in den einzelnen Ländern, Regionen und Umfeldern. Das langfristige Ziel ist die Verbesserung der Qualität und der Vergleichbarkeit der aus den vorhandenen Routinequellen gewonnenen Daten und die Erstellung lokaler europäischer Seroprävalenzstudien unter injizierenden Drogenkonsumenten, die tatsächlich vergleichbar sind.

Die vorhandenen Daten deuten auf große Unterschiede in der HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten sowie zwischen den Ländern und innerhalb dieser hin. Obwohl die Infektionsraten in den einzelnen Quellen zwischen 1 % im Vereinigten Königreich (nicht mit der Erhebung verknüpfte anonyme Tests von Personen ohne Krankheitsanzeichen) und 34 % in Spanien (diagnostische Routineuntersuchungen im Rahmen der Drogentherapie) schwanken, sind sie im Allgemeinen gleich bleibend⁽¹⁸⁾. Dieses Gesamtbild hat sich in den vergangenen Jahren nicht verändert (Abbildung 11).

Einige Regionen verzeichneten auch noch zwischen 1996 und 2001 eine außerordentlich hohe HIV-Prävalenz. Obwohl dies in den meisten Fällen auf Epidemien in der Vergangenheit zurückzuführen ist, kommt speziellen Präventionsmaßnahmen große Bedeutung zu. Zu diesen Maßnahmen gehören beispielsweise die Bemühungen um eine Verhinderung der Übertragung auf neue injizierende Drogenkonsumenten, auf Sexualpartner injizierender Drogenkonsumenten und von der Mutter auf das Kind. Die Prävalenz lag bei über 25 % der injizierenden Drogenkonsumenten, die im Rahmen der Drogentherapie in den italienischen Regionen Emilia Romagna, Lombardei und Sardinien, in Frankreich (injizierende Drogenkonsumenten älter als 34 Jahre), in Lissabon und Porto (Portugal) sowie in Spanien routinemäßig getestet wurden. In Studien, die sowohl behandelte als auch unbehandelte injizierende Drogenkonsumenten erfassten (wobei Letztere repräsentativer waren), wurde gleichfalls eine Prävalenz von über 25 % festgestellt, und zwar in Lissabon (Portugal), Barcelona, Mad-

Abbildung 11



Anmerkungen: Bei Zahlenangaben in Klammern handelt es sich um lokale Daten. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sind vorsichtig zu interpretieren, da sie aus unterschiedlichen Quellen stammen und es sich in manchen Fällen um Lokaldaten handelt. Die Farbe eines Landes gibt den Mittelpunkt einer Prävalenzspannweite für die verschiedenen Datenquellen an. Die Daten für Spanien, Italien und Deutschland beschränken sich auf die HIV-Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten in Behandlung und sind deshalb möglicherweise nicht repräsentativ für die HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, die sich nicht in Behandlung befinden. Die hohe Ziffer für Portugal resultiert aus einer Studie, die in einem sehr problematischen Viertel von Lissabon durchgeführt wurde.

Quelle: Reitox-Knotenpunkte. Primärquellen siehe Zusammenfassung und vollständige Tabellen „Prävalenz der HIV-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1996-2001“ unter <http://annualreport.emcdda.eu.int>

rid, Sevilla (Spanien, 1995), Amsterdam (Niederlande) und Dundee (Schottland, 1995).

Die Beobachtung von Tendenzen der HIV-Prävalenz über bestimmte Zeiträume hinweg ist für politische Zwecke und Evaluierungszwecke von Bedeutung. Nehmen die Tendenzen zu, müssen verstärkt Maßnahmen unternommen werden, gehen sie zurück, ist mitunter kein weiteres Eingreifen erforderlich. Jedoch können auch in Gebieten, die einen Rückgang der Prävalenz verzeichnen, neue Infektionen auftreten. In den letzten Jahren war in Regionen oder Städten Irlands, Italiens, der Niederlande, Portugals und Finnlands ein Anstieg der HIV-Übertragung bei (Untergruppen von) injizierenden Drogenkonsumenten zu beobachten⁽¹⁹⁾. Aus den italienischen Daten geht hervor, dass ein nationaler Durch-

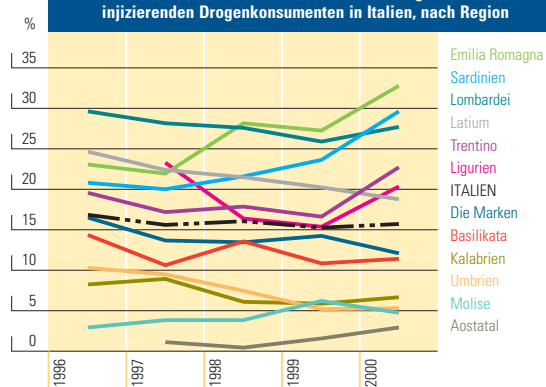
⁽¹⁷⁾ Weitere Einzelheiten zu den Methoden und Leitlinien der Datenerfassung unter: http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml

⁽¹⁸⁾ Nähere Einzelheiten zu diesen Daten und die Originalquellen sind in den ergänzenden statistischen Tabellen unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> zu finden.

⁽¹⁹⁾ Zu den Einzelheiten siehe Kasten OL „Anstieg der HIV-Übertragung unter injizierenden Drogenkonsumenten in einigen EU-Mitgliedstaaten“ (Online-Fassung).

Die Drogensituation

Abbildung 12 Prävalenz der HIV-Infektion bei in Behandlung befindlichen injizierenden Drogenkonsumenten in Italien, nach Region



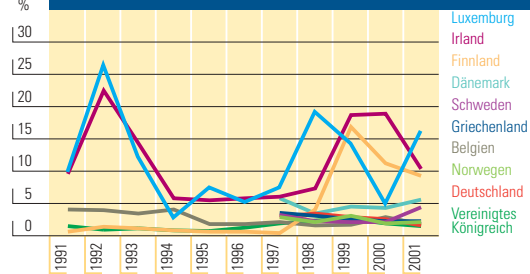
Anmerkungen: Gegenden mit stabilen oder niedrigen Trends wurden nicht in die Tabellen aufgenommen. Größe der Gesamtstichprobe: 70 000/Jahr. Weitere Einzelheiten sind in den Tabellen „Prävalenz der HIV-Infektion (% infiziert) unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1996-2001“, unter <http://annualreport.emocda.eu.int> zu finden.

Quelle: Rivelazione Attività nel Settore Tossicodipendenze – Anno 2000, Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario, Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio Dipendenze da Farmaci e Sostanze d'Abuso e Aids.

schnitt nur sehr begrenzten Wert für die Politik hat und eine Aufschlüsselung nach kleineren Regionen oder Städten außerordentlich wichtig ist, um den Erfolg der Prävention einschätzen zu können (siehe Abbildung 12). Allerdings sind bisher nur sehr wenige Länder in der Lage, auf Regionen aufgeschlüsselte nationale Daten vorzulegen. In den italienischen Regionen Latium, den Marken und Umbrien wurde ein Rückgang der HIV-Prävalenz unter in Behandlung befindlichen injizierenden Drogenkonsumenten festgestellt, desgleichen war bei Teilnehmern an einem Nadelaustauschprogramm in Helsinki, Finnland, im Jahr 2000 (nach einem starken Anstieg zwischen 1998 und 1999) eine abnehmende HIV-Prävalenz zu beobachten. Zur Verfolgung der Tendenzen im Zeitverlauf werden die Prävalenzdaten anhand von Meldungen neu diagnostizierter Fälle ergänzt. Meldedaten haben zur Ermittlung des erneuten Anstiegs der HIV-Übertragung in Finnland beigetragen, allerdings liegen sie für die am meisten betroffenen Länder noch nicht vor und hängen auch weiterhin stark vom jeweiligen Testverfahren ab (Abbildung 13).

Die Prävalenz unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten erlaubt weitere Rückschlüsse auf die Effektivität der Prävention, da ihre Infektion im Durchschnitt jüngeren Datums ist als die der Gruppe insgesamt. In den Ländern, für die eine Aufschlüsselung nach dem Alter vorlag, war die Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten unter 25 Jahren am höchsten in Spanien (Drogenbehandlung, Rückgang von 20 % im Jahr 1996 auf 13 % im Jahr 2000), Frankreich (Rückgang von 6 % im Jahr 1997 auf 3 % im Jahr 1999 in der Drogenbehandlung, jedoch 1998 8 % bei den Teilnehmern an Nadel-

Abbildung 13 Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten nach Land und Jahr der Meldung (gemeldete Fälle je Million Einwohner)



Anmerkungen: Griechenland und Luxemburg: retrospektive Meldungen vor 1999. Aufgrund der geringen Datenmenge ist die Tendenz für Luxemburg nicht stabil.

Quellen: 1991-1996 Nationale Knotenpunkte; 1997-2001 EuroHIV. „Prävalenz der HIV-Infektion (% infiziert) unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1996-2001“, unter <http://annualreport.emocda.eu.int> zu finden.

austauschprogrammen), Italien (Drogenbehandlung, 1998: 8 %) und unter in Behandlung befindlichen injizierenden Drogenkonsumenten in Portugal: Coimbra (1999/2000: 7 %), Lissabon (1998/2000: 6-11 %), Porto (1997: 57 %).

Für einige Länder liegen Angaben zur HIV-Prävalenz unter neuen injizierenden Drogenkonsumenten vor. Diese sind sogar ein noch besserer Indikator für neuere HIV-Infektionen (HIV-Inzidenz) und somit ein aussagekräftiger Nachweis für die Effektivität der Präventionsmaßnahmen. Bei neuen injizierenden Konsumenten kann die Inzidenz je 100 Personenjahre der Exposition zwischen Null in England und Wales (Prävalenz 0/122, 1998), 3,9 in der Flämischen Gemeinschaft Belgiens (3/77, 1998-1999), 9,4 in Coimbra, Portugal, (12/127, 1999-2000) und 10 in Frankreich (11/111, Selbstaussagen zum Serostatus unter Teilnehmern an Nadelaustauschprogrammen, 1998) schwanken (Abbildung 13).

Aufgrund der Verbesserung der HIV-Behandlung, die den Ausbruch von Aids hinauszögert, können Aids-Daten nicht länger zur Beobachtung von Tendenzen bei HIV-Infektionen herangezogen werden. Die Aids-Inzidenz weist jedoch auf das nach wie vor bestehende Problem neu auftretender HIV-Fälle in den einzelnen Ländern hin. Seit etwa 1996 ist die Aids-Inzidenz in den meisten Ländern zurückgegangen, was auf verbesserte Behandlungsmöglichkeiten und möglicherweise niedrigere Infektionsraten in den 90er Jahren zurückzuführen ist. In Portugal haben Aids-Infektionen im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum Ende der 90er Jahre weiter zugenommen, was auf die Nichtaufnahme einer HIV-Behandlung und/oder eine höhere HIV-Übertragungsraten unter injizierenden Konsumenten hindeutet. Der Anstieg in Portugal hat sich seit 1997 stabilisiert, damit ist Portugal das Land mit der höchsten jähr-

lichen Aids-Inzidenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU ⁽²⁰⁾.

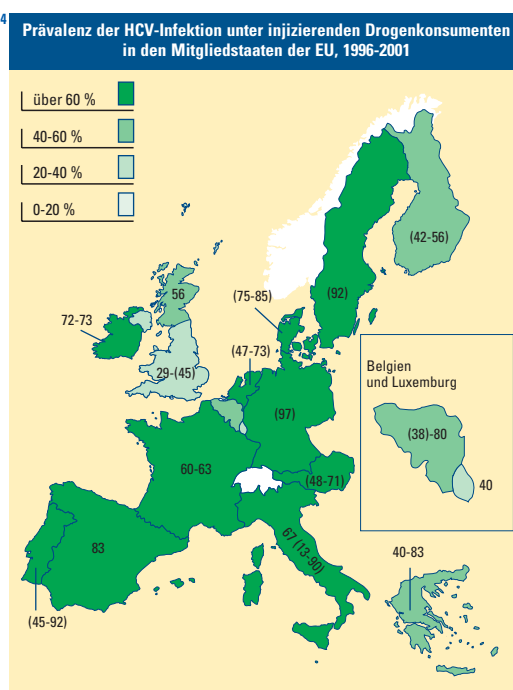
Hepatitis-C-Infektion – Prävalenz und Entwicklungstendenzen

Für die Prävalenz einer Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) liegt nur eine geringe Datenmenge vor, und sofern entsprechende Daten verfügbar sind, gelten für sie die gleichen Einschränkungen wie für die HIV-Daten. Dennoch ergibt sich auch hier ein klares Gesamtbild – mit Infektionsraten von 40-90 % in verschiedenen Untergruppen der injizierenden Drogenkonsumenten ist die HCV-Prävalenz in allen Ländern und Settings außerordentlich hoch (Abbildung 14).

Obwohl alle Prävalenzdaten hohe Infektionsraten erkennen lassen, ist die Variationsbreite noch immer groß. Wie auch bei HIV, kann dies zum Teil Ausdruck der unterschiedlichen Selektionsmechanismen in den verschiedenen Datenquellen sein, und Vergleiche sind daher mit Vorsicht anzustellen. Einige Länder haben keine aktualisierten Zahlen vorgelegt. In den Jahren 2000 und 2001 wurden Infektionsraten von über 75 % für Antwerpen, Belgien, (80 % im Umfeld der Drogenbehandlung und der niedrigschwelligen Dienste im Jahr 2001), die italienischen Regionen Piemont, Trentino, Friaul, Venezia Giulia, Ligurien, Emilia Romagna, Basilikata und Sardinien (Drogenbehandlung) und einige kleinere Städte in Portugal außerhalb von Lissabon (Drogenbehandlung) gemeldet ⁽²¹⁾.

Was riskante Injektionspraktiken und die Messung der Wirksamkeit von Prävention betrifft, so können Tendenzen der HCV-Prävalenz einen weitaus sensibleren Indikator darstellen als Tendenzen der HIV-Prävalenz. HCV ist ansteckender als HIV und wird leichter durch anderes Injektionsmaterial als Spritzen wie z. B. Watte, Löffel, Wasser (jedoch in weit geringerem Maße durch Geschlechtsverkehr) übertragen. Es gibt Meldungen über steigende Tendenzen der HCV-Prävalenz aus Frankfurt (Drogennotdienst), Nordgriechenland (Methadonbehandlung) und einigen Regionen in Italien (Drogenbehandlung: Piemont, Trentino, Emilia Romagna, Marken, Basilikata und Sardinien, parallel zum HIV-Anstieg in einigen dieser Regionen). Einen Rückgang verzeichnen Österreich (Drogenbehandlung und niedrigschwellige Dienste), Lissabon, Portugal, (Drogenbehandlung), Helsinki, Finnland, (Nadelaustausch), London, Vereinigtes Königreich, (Drogenbehandlung) und weitere italienische Regionen (Venetien, Toskana, Umbrien, Abruzzen),

Abbildung 14



Anmerkungen: Bei Zahlenangaben in Klammern handelt es sich um lokale Daten. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sind vorsichtig zu interpretieren, da sie aus unterschiedlichen Quellen stammen und/oder es sich um Lokaldaten handelt. Die Farbe eines Landes gibt den Mittelpunkt einer Prävalenzspannweite für die verschiedenen Datenquellen an. Die Daten für Spanien, Italien und Portugal beschränken sich auf die HCV-Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten in Behandlung und sind deshalb möglicherweise nicht repräsentativ für die HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, die sich nicht in Behandlung befinden. Beim Vereinigten Königreich, bei Luxemburg und Finnland handelt es sich um Ergebnisse aus Speicheltests. Die Daten für Frankreich beruhen auf Selbstauskünften über Testergebnisse und können daher unzuverlässig sein. Die Daten für Schweden stammen aus dem Jahr 1994.

Quellen: Nationale Knotenpunkte. Primärdaten können in den statistischen Tabellen „Prävalenz der Hepatitis-C-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1996-2000“ unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> eingesehen werden.

was einmal mehr unterstreicht, wie wichtig es für die Politikgestaltung ist, die Prävalenz nicht nur landesweit, sondern auch nach Regionen, Städten oder kleineren Gebieten zu erfassen.

Soweit entsprechende Daten verfügbar sind, reicht die Prävalenz der HCV-Infektion bei injizierenden Drogenkonsumenten unter 25 Jahren von etwa 20 % (Belgien, Flämische Gemeinschaft, Behandlungsdaten für 1997/98) bis zu über 74 % (Portugal, Behandlungsdaten aus Coimbra für 2000). Die Prävalenz unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten geht offenbar in Frankreich zurück (von 43 % im Jahr 1997 auf 37 % im Jahr 1999), die Daten beruhen jedoch auf Selbstauskünften über Testergebnisse und können daher unzuverlässig sein.

⁽²⁰⁾ Abbildung 11 OL: Aids-Inzidenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in den Mitgliedstaaten der EU (Online-Fassung).

⁽²¹⁾ Weitere Einzelheiten zu den Ländern und Regionen stehen online unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> (Online-Fassung) zur Verfügung.

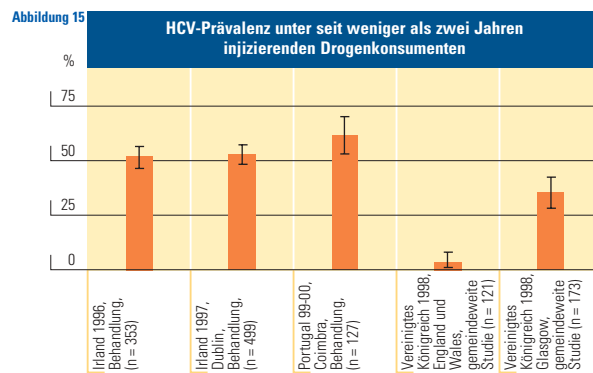
Die Drogensituation

Über die Prävalenz von HCV bei neuen injizierenden Drogenkonsumenten (die sich seit weniger als zwei Jahren spritzen) liegen aus den meisten Quellen noch immer keine Daten vor. Sofern Daten verfügbar sind, deuten sie im Allgemeinen auf Raten von 40 % und darüber hin. Dies lässt eine sehr hohe Infektionsrate bei neuen injizierenden Drogenkonsumenten vermuten. Jedoch ist nicht auszuschließen, dass in Quellen, die über eine Prävalenz bei diagnostischen Routineuntersuchungen (Coimbra, Portugal) berichten oder die auf Selbstauskünften über Testergebnisse beruhen (Frankreich), akute Infektionen überrepräsentiert sind und daher die Prävalenz überschätzt wird. Wie aus gemeindefweiten Erhebungen in England und Wales hervorgeht, ist die Quote unter injizierenden Erstkonsumenten außerhalb Londons mit 2 % äußerst niedrig. Dies ist ein Anzeichen für eine sehr niedrige Inzidenz neuer Infektionen, und vermutlich sind auch die Maßnahmen zur HCV-Prävention in England und Wales relativ wirksam (siehe Abbildung 15).

Hepatitis-B-Infektion – Prävalenz und Entwicklungstendenzen

Das Vorhandensein von Antikörpern gegen das Hepatitis-B-Virus (HBV) gibt an, ob eine Person jemals infiziert gewesen oder geimpft worden ist. Für die Impfpolitik ist daher der Anteil der Personen von Bedeutung, bei denen keine Antikörper nachgewiesen werden, d. h. die injizierenden Drogenkonsumenten, die geimpft werden sollten. Die Prävalenz von Antikörpern gegen das Hepatitis-B-Virus (HBV) scheint jedoch nicht genauso gleichmäßig in der EU verteilt zu sein wie im Falle von HCV. In der EU wurden bei rund 20 bis 60 % der injizierenden Drogenkonsumenten Antikörper gegen Hepatitis B nachgewiesen, was auf ein großes Impfpotenzial hinweist (40 bis 80 %).

Eine aktuelle Hepatitis-B-Infektion kann entweder aus einer kürzlich erfolgten Ansteckung resultieren oder eine bereits chronische Infektion sein und wird im Blut durch den serologischen Marker HBsAg nachgewiesen. Die Rate der aktuellen Infektionen gibt Aufschluss über die Wahrscheinlichkeit des Auftretens schwerer langfristiger Komplikationen und der Ansteckung anderer durch riskante Injektionspraktiken oder Geschlechtsverkehr. Über die Prävalenz der aktuellen HBV-Infektionen liegt nur eine verhältnismäßig geringe Datenmenge aus einer begrenzten Zahl von Ländern vor, doch es scheint hier große Abweichungen und in einigen Fällen eine hohe Prävalenz zu geben. Im Norden Griechenlands ist vor 1998 unter injizierenden Konsumenten in Methadon-Programmen vermutlich eine heftige Hepatitis-B-Epidemie ausgebrochen, da der HBsAg-Gehalt 1998 sehr hoch war, im Zeitraum von 1998 bis 1999



Quelle: Nationale Knotenpunkte. Primärdaten können in der Tabelle „Prävalenz der HCV-Infektion unter seit weniger als 2 Jahren injizierenden Drogenkonsumenten, 1996-2000“ unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> eingesehen werden.

jedoch wieder stark gesunken ist. In Belgien deuten Daten über in Behandlung befindliche injizierende Drogenkonsumenten auf einen stetigen Anstieg der aktuellen HBV-Infektionsraten zwischen 1997 und 1999 hin. In Portugal weisen die jüngsten Daten auf einen Rückgang der derzeitigen HBV-Infektionsrate hin. In Norwegen lassen die vorliegenden Meldedaten einen starken Anstieg von aktuellen HBV- (und HAV-) Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten erkennen.

Detaillierte statistische Tabellen in Bezug auf diesen Abschnitt finden Sie unter

<http://annualreport.emcdda.eu.int>:

- Zusammenfassende Tabelle „Prävalenz der HIV-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1996-2001“
- Zusammenfassende Tabelle „Prävalenz der HCV-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1996-2001“
- Prävalenz der HIV-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1996-2001
- Prävalenz der HIV-Infektion bei injizierenden Drogenkonsumenten unter 25 Jahren in der EU, 1996-2000
- Prävalenz der HIV-Infektion unter neuen injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1996-2000
- Gemeldete Fälle von HIV-Infektion bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1991-2001
- Prävalenz der HCV-Infektion bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1996-2001
- Prävalenz der HCV-Infektion bei injizierenden Drogenkonsumenten unter 25 Jahren in der EU, 1997-2000
- Prävalenz der HCV-Infektion bei neuen injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1996-2000
- Prävalenz der aktuellen HBV-Infektion (HBsAg) bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1996-2001
- Prävalenz von HBV-Antikörpern bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU, 1996-2001

Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumenten

Die Zahl der „Drogentoten“ spielt in der öffentlichen Debatte und in den Medien sowie in den Diskussionen über Probleme im Zusammenhang mit illegalen Drogen eine Rolle. Diese Todesfälle geben Anlass zu großer sozialer Sorge und können die Gestaltung und Evaluierung der Drogenpolitik beeinflussen.

Die nationalen Statistiken über Drogentote beziehen sich in der Regel auf akute Todesfälle, die unmittelbar im Zusammenhang mit Drogenkonsum oder Überdosierungen stehen⁽²²⁾. Die im Schlüsselindikator der EBDD verwendete Definition bezieht sich ebenfalls auf diese Todesfälle⁽²³⁾. Darüber hinaus ist bei problematischen Drogenkonsumenten – insbesondere Opiatkonsumenten – eine hohe allgemeine Mortalitätsrate aufgrund von Überdosierungen, aber auch von Aids, Unfällen, Gewalttaten usw. zu verzeichnen.

Auswirkungen und Merkmale akuter drogenbedingter Todesfälle

Das Gewicht akuter drogenbedingter Todesfälle wird ersichtlich, wenn man bedenkt, dass jedes Jahr in Ländern der EU zwischen 7 000 und 8 000 Todesfälle gemeldet werden. Die meisten Länder gehen davon aus, dass nicht alle Fälle gemeldet werden, mitunter kann es sich dabei um eine beträchtliche Dunkelziffer handeln.

Bei den meisten Todesfällen durch Überdosierung werden Opiate nachgewiesen, obwohl die in der Toxikologie festgestellten Konzentrationen große Schwankungen aufweisen. Dabei sind häufig auch andere Substanzen vorhanden, die in manchen Fällen zum Tod beigetragen haben.

Die meisten Opfer einer Überdosis sind junge Männer im Alter von 20 bis 40 Jahren, die bereits seit mehreren Jahren Opiate konsumiert hatten. Injektionen stellen einen großen Risikofaktor dar, während bei nicht injizierenden Drogenkonsumenten das Risiko einer Überdosierung geringer ist. Wie im Falle der neu in die Behandlung aufgenommenen Konsumenten zeichnet sich auch bei dieser Gruppe in vielen Ländern der EU eine Alterung ab. Finnland, und in geringerem Maße auch das

Vereinigte Königreich, stellen Ausnahmen zu dieser Tendenz dar⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾.

Es liegen genügend Informationen vor, um festzustellen, dass ein erheblicher Teil der Überdosierungen (mit und ohne Todesfolge) vermieden werden könnte. Erstens sind einige Risikofaktoren für Überdosierungen bei Opiatkonsumenten bekannt: Injektionen statt anderer Applikationsformen, gleichzeitiger Gebrauch von Beruhigungsmitteln, Konsum nach einer Zeit der Abstinenz (z. B. nach der Entlassung aus der Haft oder der Behandlung), Injektionen ohne die Anwesenheit anderer Personen und unvermutete Veränderungen der Reinheit der Substanz. Des Weiteren kommt es zu den meisten Überdosierungen zwar in Anwesenheit anderer Konsumenten, und da im Allgemeinen der Tod nicht sofort eintritt, bliebe noch genügend Zeit, um einzugreifen. Aus Unkenntnis oder aus Angst vor Strafverfolgung reagieren Zeugen jedoch häufig unangemessen oder zu spät.

Todesfälle infolge von Vergiftungen durch Kokain, Amphetamin oder Ecstasy ohne Beimischung von Opiaten sind gegenwärtig in Europa selten. Einige Länder (Spanien, Frankreich, Italien, die Niederlande und das Vereinigte Königreich) melden jedoch landesweite oder lokale Zunahmen von Fällen, bei denen Kokain nachgewiesen wurde (im Allgemeinen zusätzlich zu anderen Substanzen). Darüber hinaus werden einige Todesfälle im Zusammenhang mit Kokain auf Herzkreislaufprobleme zurückgeführt und nicht als kokainbedingte Todesfälle erkannt.

Zwar sind unmittelbar durch Ecstasy verursachte Todesfälle ungewöhnlich, dennoch geben sie Anlass zu ernster Besorgnis, da sie unerwartet unter sehr jungen Menschen auftreten und einige dieser Fälle, abgesehen von der gesundheitlichen Aufklärung, durch einfache Maßnahmen wie z. B. gute Belüftung und das Vorhandensein von Wasser in Discos verhindert werden könnten.

Methadon spielte bei einigen Todesfällen eine Rolle, obwohl verschiedene Quellen (z. B. aus dem Vereinigten Königreich oder aus Deutschland) darauf verweisen, dass Todesfälle im Zusammenhang mit Methadon eher Folge des illegalen als des ärztlich verschriebenen Konsums sind. Es sollte hervorgehoben werden, dass – wie die Forschung belegt – Substitutionsprogramme das Mortalitätsrisiko der Teilnehmer verringern.

⁽²²⁾ Kasten 1 OL: Definitionen für „akute drogenbedingte Todesfälle“ in den Mitgliedstaaten der EU gemäß ihrer Verwendung im Jahresbericht der EBDD und der Meldung in den nationalen Berichten (Online-Fassung).

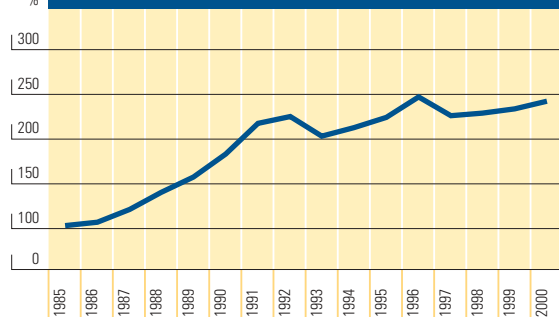
⁽²³⁾ Kasten 2 OL: Drogenbedingte Todesfälle – EBDD-Definition (Online-Fassung).

⁽²⁴⁾ Tabelle 1 OL: Übersicht über die Merkmale der Opfer bei akuten drogenbedingten Todesfällen in der EU (Online-Fassung).

⁽²⁵⁾ Abbildung 12 OL: Entwicklung des Anteils der über 35-Jährigen an drogenbedingten Todesfällen in einigen EU-Mitgliedstaaten (Online-Fassung).

Die Drogensituation

Abbildung 16 Allgemeine Entwicklungstendenz bei akuten drogenbedingten Todesfällen in der Europäischen Union, 1985-2000 (%)



Anmerkungen: Index: 1985 = 100 %. Nicht alle Länder haben Daten für alle Jahre vorgelegt, diese Situation wurde aber bei der Berechnung der gesamten Entwicklungstendenz berücksichtigt. EBDD-Projektbericht CT.99.RTX.04, koordiniert vom Trimbos Institut.

Quellen: Nationale Berichte 2001 der Reitox-Knotenpunkte, auf der Grundlage von nationalen Todesursachenregistern oder von (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern. Basierend auf den nationalen Definitionen in Kasten 1 OL: „Definitionen für ‚akute drogenbedingte Todesfälle‘ in den Mitgliedstaaten der EU“.

(¹)

Abbildung 13 OL: Entwicklungstendenzen bei den akuten drogenbedingten Todesfällen in einigen EU-Mitgliedstaaten, 1985 bis 2000 (Online-Fassung).

Akute drogenbedingte Todesfälle – Entwicklungstendenzen

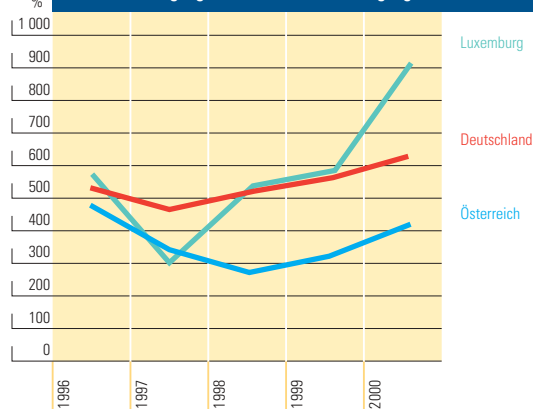
Eine langfristige Beobachtung der Tendenzen in den EU-Ländern (15 bis 20 Jahre) lässt einen deutlichen Anstieg der drogenbedingten Todesfälle in den 80er und Anfang der 90er Jahre erkennen. In den vergangenen Jahren hat sich die Zahl der akuten Todesfälle in der gesamten EU auf diesem hohen Niveau (zwischen 7 000 und 8 000 Todesfälle pro Jahr) stabilisiert, jedoch mit unterschiedlichen Tendenzen in den einzelnen Ländern (Abbildung 16).

Es erregt Besorgnis, dass einige EU-Länder nach einem Zeitraum der Stabilisierung oder des Rückgangs einen erneuten Anstieg melden. Andere Länder wie Australien oder die Vereinigten Staaten berichten ebenfalls über einen Anstieg der durch Opiatkonsum bedingten Todesfälle in den letzten Jahren.

Diese allgemeinen Tendenzen lassen sich mit der Verbreitung des injizierenden Heroinkonsums in zahlreichen europäischen Ländern in den 80er Jahren und Anfang der 90er Jahre erklären. Die Anzeichen für eine Stabilisierung in der letzten Zeit können mit folgenden Faktoren zusammenhängen: Stabilisierung der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums in einigen Ländern, Rückgang riskanter Praktiken (Injektionen) in anderen Ländern und möglicherweise ein verbesserter Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten, einschließlich Substitutionsprogrammen.

Die Tatsache, dass es keine Anzeichen für einen Rückgang auf EU-Ebene gibt, macht deutlich, dass das Problem der drogenbedingten Gesundheitsschäden bei weitem noch nicht gelöst ist, und unterstreicht die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen der Risikofaktoren und entsprechender zielgerichteter Interventionen.

Abbildung 17 Jüngster Anstieg in drogenbedingten Todesfällen in einigen Ländern, die in den vergangenen Jahren einen Rückgang verzeichnet hatten



Anmerkungen: Die Darstellung zeigt proportionale Abweichungen gegenüber den Zahlen für 1985 (oder dem ersten Jahr, für das Informationen vorliegen). Zur Vermeidung von Verzerrungen beginnt die Reihe in Luxemburg erst mit 1986 (und würde im Jahr 2000 die Zahl 2 700 erreichen).

Quellen: Nationale Berichte 2001 der Reitox-Knotenpunkte, auf der Grundlage von nationalen Todesursachenregistern oder von (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern. Basierend auf den nationalen Definitionen in Kasten 1 OL: „Definitionen für ‚akute drogenbedingte Todesfälle‘ in den Mitgliedstaaten der EU“.

Es sollte darauf hingewiesen werden, dass innerhalb der gesamten Tendenz in der EU unterschiedliche und miteinander auch voneinander abweichende nationale Tendenzen zu beobachten sind.

Mehrere Länder verzeichneten in der zweiten Hälfte der 90er Jahre eine rückläufige Tendenz (Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien, Luxemburg und Österreich), möglicherweise aus den o. g. Gründen. In einigen dieser Länder dauerte der Rückgang bzw. die Stabilisierung in den letzten Jahren an (Spanien, Frankreich und Italien). Es ist jedoch besorgniserregend, dass in anderen Ländern die Zahl der gemeldeten Todesfälle in den letzten Jahren erneut gestiegen ist (Deutschland, Luxemburg und Österreich) (Abbildung 17). Die Alterung problematischer Drogenkonsumenten und die Zunahme des polyvalenten Drogenkonsums sind Faktoren, von denen angenommen wird, dass sie zu diesem Anstieg beitragen.

Einige Länder verzeichneten in der zweiten Hälfte der 90er Jahre eine deutlich steigende Tendenz (z. B. Griechenland, Irland, Portugal und Norwegen). In Irland (1999) und Portugal konnte diese Tendenz aufgehalten werden. Finnland meldete in den letzten Jahren einen tendenziellen Anstieg, wobei die Zahl der Jugendlichen unter den Toten zugenommen hat. Die Ursache für diesen Anstieg kann eine spätere Verbreitung des Heroinkonsums in diesen Ländern sein, andererseits kann sie in manchen Fällen auch in der Verbesserung der Meldesysteme liegen.

Das Vereinigte Königreich verzeichnete eine stetige, jedoch moderate, zunehmende Tendenz bei drogenbedingten Todesfällen. Die Definition dieses Landes schließt medikamentenbedingte Todesfälle ein. Werden die durch

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Heroin/Morphine bedingten Fälle jedoch isoliert betrachtet, so ergibt sich eine deutlich steigende Tendenz.

In anderen Ländern sind weniger eindeutige Tendenzen zu beobachten, oder die Veränderungen sind aufgrund der jüngsten Umstellung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (9./10. Revision) oder Änderungen der nationalen Definitionen schwieriger zu interpretieren.

Allgemeine Mortalitätsrate bei problematischen Drogenkonsumenten

Problematische Drogenkonsumenten stellen weniger als 1 % der erwachsenen Bevölkerung in der EU dar, jedoch tritt in dieser begrenzten Bevölkerungsgruppe eine erhebliche Konzentration gesundheitlicher und sozialer Probleme auf. Aus mehreren Untersuchungen zur Situation in den Städten geht sogar hervor, dass die Mortalität junger Erwachsener in der EU zu einem erheblichen Teil auf den problematischen Drogenkonsum (insbesondere Opiatkonsum) zurückgeführt werden kann. Beispielsweise handelte es sich bei einem Drittel aller Todesfälle von 15- bis 35-Jährigen Anfang der 90er Jahre in Glasgow um akute drogenbedingte Todesfälle, während in Madrid Überdosierungen und Aids im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum für ein Viertel der Todesfälle unter Männern im Alter von 15 bis 39 Jahren verantwortlich waren. Es bedarf weiterer Studien, um das Gewicht der drogenbedingten Mortalität in der jüngeren Vergangenheit an anderen Orten zu beobachten.

Kohortenstudien zur Mortalität zeigen, dass die Mortalität unter problematischen Drogenkonsumenten bis zu 20-mal höher ist als bei der Allgemeinbevölkerung der gleichen Altersgruppe. Diese hohe Mortalitätsrate ist auf Überdosierungen, jedoch auch auf Aids und andere Infektionskrankheiten sowie auf Unfälle, Suizide usw. zurück-

zuführen. Überdosierungen und externe Ursachen sind zu einem großen Teil für diese Mortalität verantwortlich, insbesondere in Ländern mit einer niedrigen HIV-Prävalenz der Drogenkonsumenten, während Aids in Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz eine wichtige Rolle spielt. Chronische Gesundheitsprobleme (Zirrhose infolge einer Hepatitis, Krebs usw.) können langfristig von Bedeutung sein.

Die Mortalitätsrate ist unter injizierenden Abhängigen zwei- bis viermal höher als bei nicht injizierenden Drogenkonsumenten, während die Mortalitätsrate von Konsumenten, die mit dem HIV-Virus infiziert sind, (bis vor kurzem) zwei- bis sechsmal höher war als bei nicht infizierten Drogenkonsumenten. Mit den neuen Verbesserungen in der HIV-Behandlung wird sich dieser Unterschied vermutlich verringern.

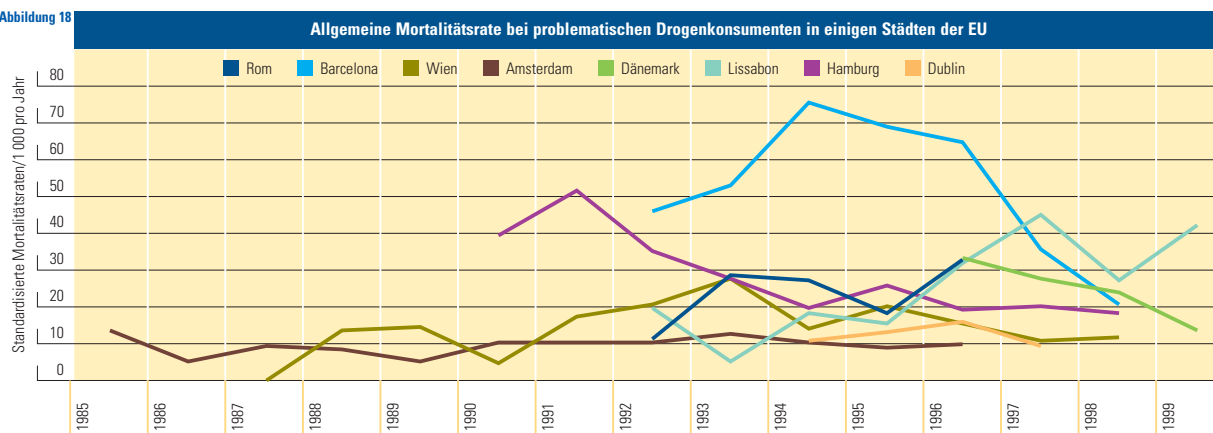
Die Mortalität ist bei problematischen Drogenkonsumenten, die keine Opiate konsumieren oder ihre Drogen nicht injizieren, deutlich niedriger, obwohl es neuer methodischer Ansätze zur Einschätzung der Mortalität bei diesen Konsumenten bedarf.

Mortalität unter Drogenkonsumenten – Entwicklungstendenzen

Die multizentrische Studie unter Leitung der EBDD zeigt Unterschiede in der Gesamtmortalität und den Todesursachen in Abhängigkeit vom jeweiligen Standort. Aus der Studie sind auch relevante Veränderungen der gesamten und ursachenspezifischen Mortalität ersichtlich, die im Laufe der Zeit eingetreten sind.

Die Mortalitätsraten sind in Barcelona am höchsten und in Wien und Dublin am niedrigsten. An mehreren Standorten haben die Mortalitätsraten Anfang bis Mitte der 90er Jahre einen hohen Stand erreicht und sind in den letzten

Abbildung 18

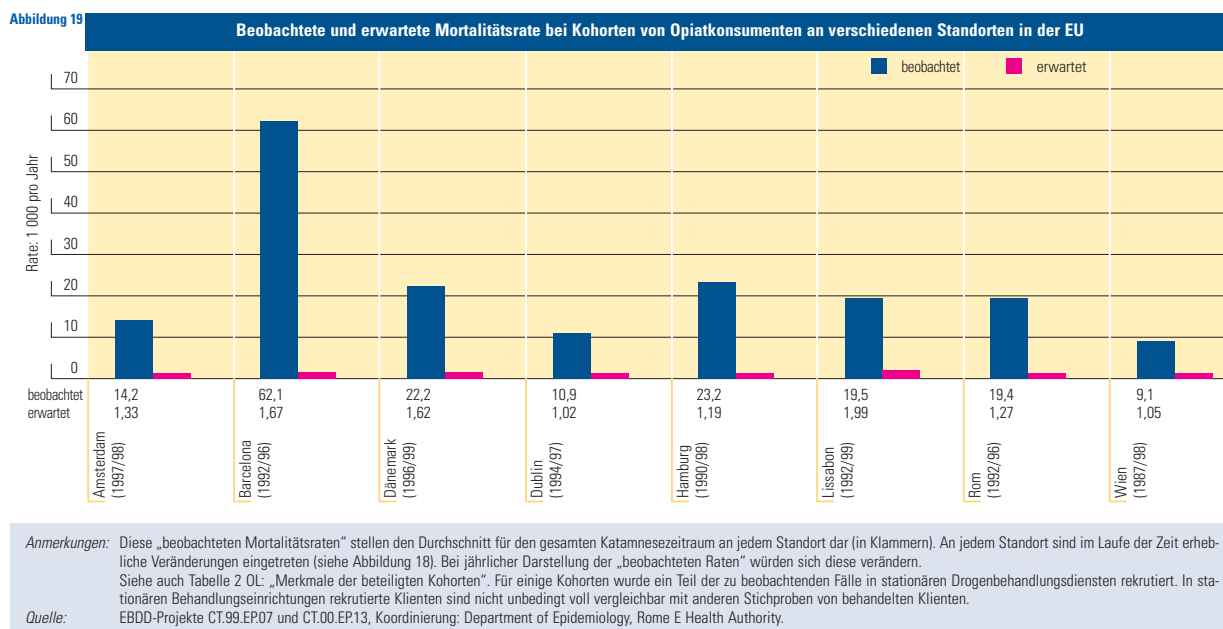


Anmerkungen: Die an den verschiedenen Standorten erhobenen Daten sind nicht direkt vergleichbar. Es bestehen einige Unterschiede in der Typologie des Rekrutierungsumfelds (Behandlungszentren) und der Behandlungsmodalitäten, obwohl die Behandlungssettings und -modalitäten im Allgemeinen mit den an jedem Standort üblichen Behandlungsarten übereinstimmen.

Siehe Tabelle 2 OL: „Merkmale der beteiligten Kohorten“. Für einige Kohorten wurde ein Teil der zu beobachtenden Fälle in stationären Drogenbehandlungsdiensten rekrutiert. In stationären Behandlungseinrichtungen rekrutierte Klienten sind nicht unbedingt voll vergleichbar mit anderen Stichproben von behandelten Klienten.

Quellen: EBDD-Projekte CT.99.EP.07 und CT.00.EP.13, Koordinierung: Department of Epidemiology, Rome E Health Authority.

Die Drogensituation



Jahren wieder zurückgegangen. In Barcelona waren die Raten zwischen 1992 und 1996 besonders hoch und sind dann in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen, hauptsächlich aufgrund des Rückgangs der Aids-Mortalität. In Lissabon war bis zu den letzten Jahren ein Anstieg der Mortalitätsrate zu verzeichnen (Abbildung 19).

Direkte Vergleiche zwischen den einzelnen Standorten sind mit Vorsicht anzustellen, da sich die Profile der Rekrutierungszentren unterscheiden, obwohl sie im Allgemeinen über die üblichen Behandlungsarten verfügen. Wird dies berücksichtigt, können die Tendenzen der gesamten und ursachenspezifischen Mortalitätsraten eines jeden Standorts wertvolle Informationen liefern.

Detaillierte statistische Tabellen in Bezug auf diesen Abschnitt finden Sie unter

<http://annualreport.emcdda.eu.int>:

- Die Zahl der „akuten drogenbedingten Todesfälle“, die in den Ländern der EU registriert wurden (entsprechend der nationalen Definitionen, die der Meldung dieser Fälle an die EBDD zugrunde liegen), 1985-2000
- Kasten 1: Definitionen für „akute drogenbedingte Todesfälle“ in den Mitgliedstaaten der EU gemäß ihrer Verwendung im Jahresbericht der EBDD und in den nationalen Berichten
- Kasten 2: Drogenbedingte Todesfälle – EBDD-Definition

Drogenbedingte Kriminalität

Drogenbedingte Kriminalität umfasst strafbare Handlungen im Sinne der Drogengesetzgebung, unter dem Einfluss illegaler Drogen begangene Delikte, Straftaten aus wirtschaftlichen Gründen, die Konsumenten zur Finanzierung ihrer Drogensucht begehen (vor allem Beschaffungskriminalität und Drogenhandel), und systembedingte Gewalttaten, die im Rahmen funktionierender illegaler Märkte begangen werden (Kampf um Territorien, Bestrafung der Dealer usw.). Mit Ausnahme von Verstößen gegen die Drogengesetze werden diese Kategorien nicht in routinemäßig verfügbare Daten umgesetzt, und selbst wenn solche vorliegen, stammen sie aus lokalen Ad-hoc-Studien, die sich nur schwer extrapolieren lassen.

Festnahmen⁽²⁶⁾ aufgrund von Verstößen gegen die jeweiligen nationalen Drogengesetze (Konsum, Besitz, Handel usw.) machen die Unterschiede in der Gesetzgebung wie auch in den strafverfolgungsrechtlichen Ressourcen und Prioritäten deutlich. Trotz des durch abweichende Erfassungsmethoden und Definitionen erschwerten Vergleichs werden die Tendenzen hier – soweit es möglich ist – verglichen.

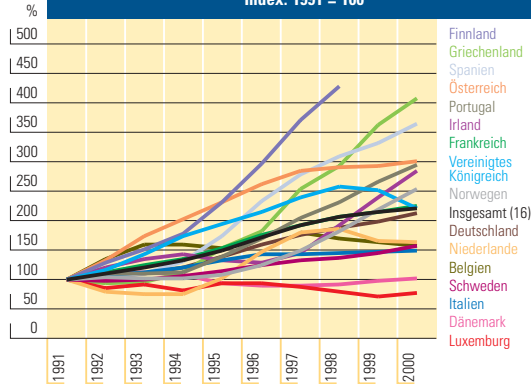
Cannabis war auch im Jahr 2000 die am häufigsten mit drogenbedingten „Festnahmen“ in Verbindung stehende Substanz: in Schweden in 37 % und in Frankreich sogar in 85 % aller Fälle. In Portugal und Luxemburg wurde zumeist Heroin nachgewiesen, während in den Nieder-

⁽²⁶⁾ Der Begriff „Festnahme“ umfasst Konzepte, die sich zwischen den einzelnen Ländern unterscheiden (polizeiliche Meldungen von Verdachtsfällen auf Drogendelikte, Strafanzeigen wegen Drogendelikten usw.). Für eine genaue länderspezifische Definition wird auf die Online-Tabelle zu „Festnahmen“ verwiesen.

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Abbildung 20

„Festnahmen“ wegen Drogendelikten in den Ländern der EU und Norwegen, 1991-2000 – Gleitende Dreijahresdurchschnitte – Index: 1991 = 100



Anmerkungen: Definitionen des Begriffs „Festnahmen wegen Drogendelikten“ finden sich in der statistischen Tabelle „Anzahl der ‚Festnahmen‘ wegen Drogendelikten in den EU-Ländern und Norwegen“ 1965-2000 (Online-Fassung). Da anhand der verfügbaren Daten in diesen Fällen keine gleitenden Durchschnitte errechnet werden können, wurden für alle Länder im Jahr 2000, für Finnland im Jahr 1998 und für Belgien in den Jahren 1995 und 1997 reale Werte eingesetzt.

Die Zeitreihe ist für Belgien im Jahr 1996 unterbrochen (keine Daten verfügbar).
Quellen: Reitox-Knotenpunkte.

landen die meisten Festnahmen wegen Drogendelikten auf den Umgang mit „harten Drogen“ (andere Drogen als Cannabis und dessen Derivate) zurückgehen (27).

Die Mehrheit der gemeldeten Drogendelikte bezieht sich auf Drogenkonsum oder Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch – dieser Anteil bewegt sich zwischen 55 % in Portugal und 90 % in Österreich. In Norwegen betreffen 60 % der Drogendelikte den illegalen Handel mit Drogen. In Italien, den Niederlanden und Spanien, wo Drogenkonsum nicht als Straftat gilt, beziehen sich alle Drogendelikte auf den Handel mit Drogen. Wie auch in den vergangenen Jahren verzeichnet Luxemburg die höchste Zahl an Festnahmen wegen Delikten sowohl im Zusammenhang mit Drogenkonsum als auch mit Drogenhandel.

Entwicklungstendenzen

Insgesamt stiegen die „Festnahmen“ wegen Drogendelikten in der EU seit 1985 stetig an. In Griechenland und Portugal wurde eine Steigerung um mehr als das Zehnfache beobachtet, während die Zunahmen in Dänemark, Luxemburg, den Niederlanden und Schweden bedeutend geringer waren (weniger als das Zweifache).

Innerhalb der letzten drei Jahre nahm die Zahl der drogenbedingten „Festnahmen“ in den meisten EU-Ländern zu. Die größten Zunahmen wurden aus Griechenland,

Irland und Norwegen gemeldet. Im Jahr 2000 waren die Niederlande und das Vereinigte Königreich die einzigen Länder, in denen die Zahl der drogenbedingten „Festnahmen“ zurückging (28) (Abbildung 20).

Detaillierte statistische Tabellen in Bezug auf diesen Abschnitt finden Sie unter

<http://annualreport.emcdda.eu.int>:

- Am häufigsten involvierte Droge bei „Festnahmen“ wegen Drogendelikten in der EU und Norwegen
- Am häufigsten vorliegende Straftat bei „Festnahmen“ wegen Drogendelikten in der EU und Norwegen
- Anzahl der „Festnahmen“ wegen Drogendelikten in den EU-Ländern und Norwegen, 1985-2000
- Referenzen zur Abbildung „Festnahmen wegen Drogendelikten, 1991-2000. Gleitende Dreijahresdurchschnitte – Index: 1991 = 100“

Drogenmärkte und Beschaffbarkeit

Sicherstellungen von Drogen werden gewöhnlich als indirekter Indikator für das Angebot und die Beschaffbarkeit von Drogen betrachtet, obwohl sich darin auch die strafverfolgungsrechtlichen Ressourcen, Prioritäten und Strategien sowie die Wahrscheinlichkeit einer Überführung der Drogenhändler widerspiegeln. Schon bei wenigen umfangreichen Sicherstellungen können die beschlagnahmten Mengen von Jahr zu Jahr sehr unterschiedlich sein (29). Aus diesem Grunde wird die Zahl der Sicherstellungen im Allgemeinen als besserer Indikator für die Beurteilung der Tendenzen betrachtet (30), weil in allen Ländern hauptsächlich geringe Mengen aus dem Kleinhandel sichergestellt werden. Dabei können Herkunft und Bestimmungsort der sichergestellten Drogen möglicherweise Aufschluss über die Routen des Drogenhandels und über die Anbauggebiete geben. Obwohl die meisten Mitgliedstaaten über Preise und Reinheit der gehandelten Drogen berichten, sind entsprechende Daten bislang nur in geringem Maße vorhanden und lassen keine präzisen Vergleiche zu.

Cannabis

Mit Ausnahme von Portugal, wo vor allem Heroin sichergestellt wurde, ist Cannabis in allen Mitgliedsta-

(27) Abbildung 14 OL: Am häufigsten involvierte Droge bei „Festnahmen“ wegen Drogendelikten in EU-Mitgliedstaaten (Online-Fassung).

(28) Auch in Belgien haben die „Festnahmen“ abgenommen, der Rückgang ist jedoch einer Änderung der Meldeverfahren zuzuschreiben.

(29) Abbildung 15 OL: Sichergestellte Mengen von Cannabis, Kokain, Heroin und Amphetaminen in EU-Ländern (1985-2000) (Online-Fassung).

(30) Bei der Analyse von Entwicklungstendenzen auf EU-Ebene ist Vorsicht geboten, da die Serien in verschiedenen Ländern mit verschiedenen Jahren beginnen. Mehr Informationen dazu bieten die statistischen Tabellen unter <http://annualreport.emcdda.eu.int>

Die Drogensituation

ten die am häufigsten beschlagnahmte Droge. Seit 1996 wurden in Spanien die größten Mengen an Cannabis sichergestellt, dies ist mehr als die Hälfte der insgesamt in der EU beschlagnahmten Menge. Aus dem Vereinigten Königreich wird über eine Zunahme der Cannabis-Sicherstellungen berichtet, dabei handelt es sich jedoch in der Regel um kleinere Mengen.

Cannabisharz stammt hauptsächlich aus Marokko und gelangt über Spanien und die Niederlande auf den europäischen Markt. Marihuana kommt aus Afghanistan, Pakistan und Libanon, gelangt aber auch aus Albanien nach Italien und Griechenland und aus Angola nach Portugal. In den meisten Mitgliedstaaten gibt es jedoch auch einen lokalen Anbau, hier ist insbesondere der Anbau von „nederwiet“⁽³¹⁾ in den Niederlanden zu erwähnen.

Im Jahr 2000 schwankte der Verkaufspreis von Cannabis zwischen 1 und 20 EUR pro Gramm Cannabisharz und zwischen 2 und 8 EUR pro Gramm Cannabisblätter (Marihuana). Der Anteil von THC in Cannabisharz betrug im Durchschnitt zwischen 2 und 13 %, es wurden aber auch Proben in der EU gemeldet, die zwischen 0 und 50 % THC enthalten. Der THC-Anteil ist in Cannabisblättern mit etwa 1 bis 6 % gewöhnlich niedriger, eine Ausnahme bilden jedoch Belgien (durchschnittlich 17 %) und „nederwiet“ in den Niederlanden, das ebenfalls einen höheren Wert aufweist (durchschnittlich 10 %).

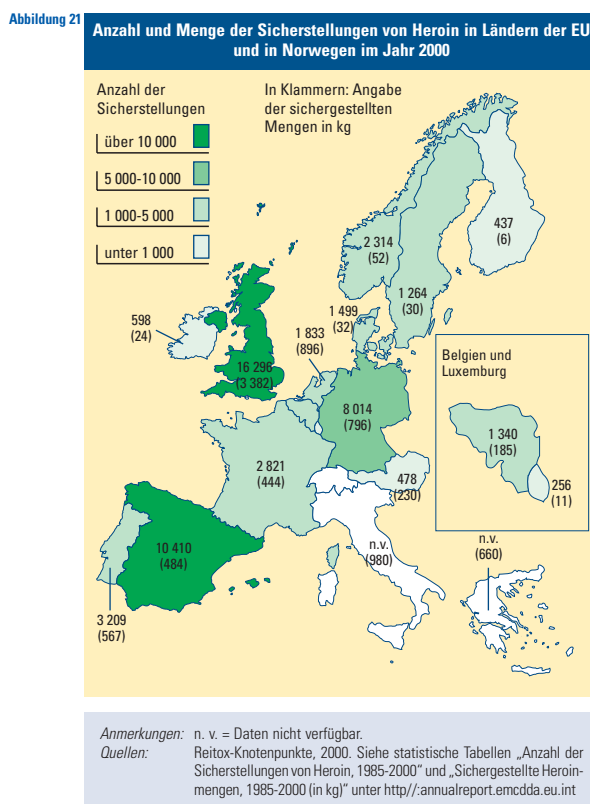
Entwicklungstendenzen

Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabis ist in der EU seit 1985 kontinuierlich gestiegen und scheint sich in den letzten drei Jahren stabilisiert zu haben. Dieser Trend ist insbesondere auf die sinkende Zahl an Sicherstellungen in Belgien, den Niederlanden, Portugal, Österreich und dem Vereinigten Königreich in den letzten Jahren zurückzuführen. Die Mengen sind ebenfalls gestiegen, blieben seit 1995 jedoch stabil. Im Jahr 2000 sanken die sichergestellten Mengen in den meisten Mitgliedstaaten.

Der Preis von Cannabis ist in der EU generell stabil, stieg 2000 jedoch in Luxemburg und Portugal (Harz) an.

Heroin

Im Jahr 2000 wurden in der EU fast 9 t Heroin sichergestellt, über ein Drittel davon im Vereinigten Königreich (Abbildung 21). Das in der EU sichergestellte Heroin kommt hauptsächlich aus den Ländern des Goldenen Halbmonds (Südwestasien: Afghanistan, Pakistan), gefolgt von den Ländern des Goldenen Dreiecks



(Südostasien: Myanmar, Laos, Thailand), über die Türkei, die Balkan-Route und die Niederlande. In jüngster Zeit wird jedoch auch über einen zunehmenden Drogenhandel über osteuropäische Länder (Russland, Estland, Bosnien, Slowenien) und die ehemaligen Sowjetrepubliken Zentralasiens berichtet.

Der Straßenpreis von Heroin schwankte 2000 EU-weit zwischen 25 und 330 EUR pro Gramm. Die höchsten Preise werden aus Irland, Finnland und Norwegen gemeldet. Die Reinheit des Heroins reicht gewöhnlich von unter 20 bis 45 %, jedoch melden Belgien, Dänemark, Spanien und Norwegen eine höhere durchschnittliche Reinheit von braunem Heroin.

Entwicklungstendenzen

Die sichergestellten Mengen von Heroin sind innerhalb der EU bis 1991/1992 gestiegen und haben sich dann stabilisiert. Im Jahr 2000 sank die Zahl der Sicherstellungen in Irland, Luxemburg, Norwegen, Portugal und Spanien. Verglichen zum Stand von 1985 hat die Menge des EU-weit beschlagnahmten Heroins zugenommen. Im Zeitraum von 1991-1998 hat sie sich stabilisiert, seither ist sie aber wieder angestiegen. 2000 meldeten alle Länder mit Ausnahme von Dänemark, Deutschland, Spanien, Italien und Schweden eine Zunahme der sichergestellten Heroinmenge.

(34) „nederwiet“: In den Niederlanden angebaute Cannabis-Varietät.

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Die Straßenpreise von Heroin sind generell stabil oder rückläufig, für braunes Heroin wurde allerdings im Jahr 2000 in Portugal, Schweden und im Vereinigten Königreich eine Preissteigerung verzeichnet. Die Reinheit des Heroins scheint in allen Ländern stabil zu sein oder abzunehmen, nur in Dänemark, Deutschland, Luxemburg und im Vereinigten Königreich hat in letzter Zeit insbesondere die Reinheit von braunem Heroin zugenommen.

Kokain

Spanien verzeichnet immer noch die höchste Zahl an Sicherstellungen von Kokain in der EU. Das in Europa konsumierte Kokain stammt aus Lateinamerika (vor allem aus Kolumbien, Brasilien und Venezuela) und gelangt über Zentralamerika und die Karibik auf den europäischen Markt. Für mehrere Länder ist Spanien das wichtigste Zugangsland zum Rest der EU, wengleich Kokain auch häufig über die Niederlande vertrieben wird.

Der Verkaufspreis von Kokain schwankte 2000 zwischen 45 und 170 EUR pro Gramm. Die Preise sind in Spanien und im Vereinigten Königreich am niedrigsten und in Finnland am höchsten. Die Reinheit des Kokains reicht in den meisten Ländern gewöhnlich von 50 bis 85 %, nur in Dänemark und Deutschland war sie 2000 im Allgemeinen niedriger.

Entwicklungstendenzen

Die Gesamtzahl der Sicherstellungen von Kokain ist in der EU seit Mitte der 80er Jahre stetig gestiegen und erreichte im Jahr 2000 einen stabilen Wert. Bei den sichergestellten Kokainmengen war in den vergangenen Jahren ein Aufwärtstrend mit Fluktuationen verzeichnet worden. Im Jahr 2000 wurde jedoch ein deutlicher Rückgang beobachtet, der hauptsächlich auf besonders starke Rückgänge in denjenigen Ländern zurückzuführen war, die bislang in der EU das meiste Kokain sichergestellt hatten (Spanien, Frankreich und die Niederlande).

Die Kokainpreise sind in den meisten Ländern konstant oder rückläufig, im Jahr 2000 war jedoch in Dänemark, Portugal und dem Vereinigten Königreich ein Anstieg zu beobachten. Die Reinheit ist in allen Mitgliedstaaten entweder stabil geblieben oder zurückgegangen.

Synthetische Drogen: Amphetamine, Ecstasy und LSD

In Finnland, Norwegen und Schweden sind Amphetamine die am zweithäufigsten sichergestellte Droge (nach Cannabis). Der überwiegende Anteil der Sicherstellungen von Amphetaminen, Ecstasy und LSD innerhalb der EU entfällt auf das Vereinigte Königreich.

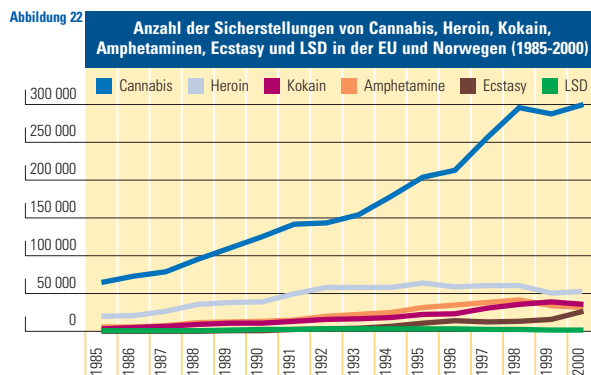
Die Niederlande sind ein wichtiger Standort für die Herstellung von Ecstasy, Amphetaminen und ähnlichen Drogen, doch auch aus anderen Mitgliedstaaten (Belgien, Vereinigtes Königreich) und osteuropäischen Ländern (Tschechische Republik, Estland) wird über Anzeichen für die Herstellung synthetischer Drogen berichtet.

Den Berichten zufolge werden Amphetamine für durchschnittlich 5 bis 35 EUR pro Gramm verkauft, während der Preis für Ecstasy zwischen 5 und 15 EUR pro Pille schwankt. Aus den Daten für 2000 geht hervor, dass synthetische Drogen in Belgien und im Vereinigten Königreich billiger sind. Die Reinheit der Amphetamine ist sehr unterschiedlich und bewegt sich zwischen 3 % in Irland und 46 % in Finnland, beträgt in der EU jedoch in der Regel zwischen 10 und 15 %. Die Wahrscheinlichkeit, dass in Tabletten, die als Ecstasy verkauft werden, effektiv Ecstasy oder Ecstasy-ähnliche Substanzen (MDMA, MDEA, MDA) enthalten sind, liegt zwischen 2 % in Griechenland und 100 % in Finnland. Amphetamine (oder Metamphetamine) kommen in 2 bis 22 % der Tabletten vor, es können jedoch auch verschiedene andere psychoaktive Substanzen (2-CB, 2-CT7, 4-MTA und neuerdings auch PMA und PMMA) enthalten sein.

Entwicklungstendenzen

Die Sicherstellungen von Amphetaminen haben seit 1985 sowohl zahlen- als auch mengenmäßig zugenommen. Besonders im Vereinigten Königreich nahm die Anzahl der Sicherstellungen von Amphetaminen in den Jahren 1999 und 2000 ab. Im Jahr 2000 sind die sichergestellten Mengen nach Rückgängen in den Jahren 1998 und 1999 vor allem in Deutschland wieder gestiegen.

Sicherstellungen von Ecstasy nahmen seit 1985 fast überall in der EU zu, und ganz besonders im Jahr 2000. Die



Anmerkungen: Für Griechenland sind keine Daten verfügbar, für einige andere Länder erst ab 1988 (Dänemark, Portugal), 1993-1996 (Finnland) und 1997 (die Niederlande). Für 1999 und 2000 ist die Anzahl der Sicherstellungen zu niedrig eingeschätzt, da die Daten für Italien fehlen. Die meisten Datenreihen für Ecstasy beginnen gegen Mitte der 90er Jahre (ausgenommen Frankreich, Italien, Spanien und das Vereinigte Königreich).

Quelle: Reitox-Knotenpunkte. Siehe statistische Tabellen zu „Sicherstellungen von Drogen in den EU-Ländern und Norwegen, 2000“ unter <http://annualreport.emcdda.eu.int>

Die Drogensituation

Mengen an sichergestelltem Ecstasy folgten der gleichen steigenden Tendenz seit 1985, blieben von 1993 an stabil, erreichten 1996 einen Höchststand und nahmen seit 1999 erneut zu. Im Jahr 2000 stiegen sie in allen Ländern außer Dänemark, Luxemburg und Portugal.

Sicherstellungen von LSD kommen weniger häufig vor. Sie stiegen sowohl zahlen- als auch mengenmäßig bis 1993 an und nahmen danach ab, im Jahr 2000 sind sie hingegen wieder leicht gestiegen. Dänemark, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, die Niederlande, Portugal und Finnland berichten über bedeutende Zuwächse bei den 2000 sichergestellten LSD-Mengen.

Nach einem erheblichen Preisrückgang in den 90er Jahren sind die Preise für Amphetamine und Ecstasy in der EU stabil geblieben. 2000 meldete Irland einen Preisanstieg für beide synthetischen Drogen, während in Deutschland nur bei Amphetaminen ein Anstieg beobachtet wurde. Spanien, Schweden und das Vereinigte Königreich berichteten 2000 über einen Preisrückgang bei Ecstasy-Pillen. In den letzten Jahren ist der Anteil von Pillen, die Ecstasy oder Ecstasy-ähnliche Substanzen enthalten, in vielen Ländern gestiegen, während der Anteil von Pillen mit Amphetaminen (und Methamphetaminen) gesunken ist. Amphetamine waren in Griechenland

1999 und 2000 die Hauptsubstanz in den meisten Tabletten und offenbar nicht mehr MDMA.

Detaillierte statistische Tabellen in Bezug auf diesen Abschnitt finden Sie unter

<http://annualreport.emcdda.eu.int>:

- Sicherstellungen von Drogen in den EU-Ländern und Norwegen, 2000
- Anzahl der Sicherstellungen von Amphetaminen, 1985-2000
- Anzahl der Sicherstellungen von Cannabis, 1985-2000
- Anzahl der Sicherstellungen von Kokain, 1985-2000
- Anzahl der Sicherstellungen von Ecstasy, 1985-2000
- Anzahl der Sicherstellungen von Heroin, 1985-2000
- Anzahl der Sicherstellungen von LSD, 1985-2000
- Sichergestellte Mengen von Amphetaminen, 1985-2000 (in kg)
- Sichergestellte Mengen von Cannabis, 1985-2000 (in kg)
- Sichergestellte Mengen von Kokain, 1985-2000 (in kg)
- Sichergestellte Mengen von Ecstasy, 1985-2000 (in Pillen)
- Sichergestellte Mengen von Heroin, 1985-2000 (in kg)
- Sichergestellte Mengen von LSD, 1985-2000 (in Dosen)

Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

In diesem Kapitel werden politische und strategische Entwicklungen im Überblick vorgestellt, die auf nationaler Ebene und von der EU entwickelt worden sind. In diesem Rahmen werden auch Maßnahmen gegen den Drogenkonsum in den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Sozialfürsorge und Strafverfolgung zur Diskussion gestellt.

Nationale und europäische Drogenstrategien

Umsetzung der Drogenpolitik in Aktionspläne

EU-Strategie

Im Oktober 2001 untersuchte die Horizontale Drogen-Gruppe des Rates den „Joint report on the identification of criteria for an evaluation of the European Union Strategy on Drugs (2000-2004)“, der von der EBDD und Europol erstellt worden war. Er bietet eine Analyse aller sechs Ziele des EU-Aktionsplans⁽³²⁾ und unterstreicht die Möglichkeiten und Einschränkungen der Beobachtung und Evaluierung. Zudem beinhaltet er eine Reihe von Parametern, mit deren Hilfe anhand der Daten von 1999 die Ausgangsbasis ermittelt werden soll⁽³³⁾, im Vergleich zu welcher dann die Lage im Jahr 2004 beurteilt wird.

Nationale Drogenstrategien⁽³⁴⁾

Der Drogenaktionsplan der EU hat zu einer Sensibilisierung hinsichtlich der Notwendigkeit beigetragen, die Aktivitäten der Mitgliedstaaten im Drogenbereich stärker zu koordinieren. In Artikel 1.1.3 wird der Rat aufgefordert, den nationalen Drogenbeauftragten Gelegenheit zu regelmäßigen Zusammenkünften zu geben, damit sie Informationen über einzelstaatliche Entwicklungen austauschen und Möglichkeiten im Hinblick auf eine verstärkte Zusammenarbeit prüfen können. Im Jahr 2001

wurde eine solche Tagung von nationalen Drogenkoordinatoren in Schweden abgehalten⁽³⁵⁾.

Was einzelstaatliche Strategien betrifft, so setzte sich der in den letzten Jahren etablierte Trend fort, die drogenpolitischen Rahmenbedingungen in einem Aktionsplan, einer Drogenstrategie oder einem Politikdokument festzulegen, allerdings klafft weiterhin eine Lücke zwischen der Strategie auf dem Papier und ihrer Umsetzung.

Im März 2001 verabschiedete die portugiesische Regierung einen Drogenaktionsplan mit dem Titel „Horizonte 2004“, der genaue Ziele und spezifische Maßnahmen für einen Zeitraum von vier Jahren beschreibt. Einen Monat später nahm die irische Regierung eine nationale Drogenstrategie für den Zeitraum 2001-2008 an, in der spezifische Ziele, wichtigste Leistungsindikatoren und einzelne Maßnahmen aufgeführt sind, die von den jeweils für die Umsetzung der Drogenpolitik zuständigen Ministern zu verfolgen sind. Im Juni verabschiedete der griechische Ministerrat eine Reihe von Entscheidungen in Richtung einer umfassenden, einheitlichen und koordinierten Drogenpolitik. In diesen Entscheidungen verpflichtet sich die Regierung, dem Parlament einen auf fünf Jahre angelegten Nationalen Aktionsplan vorzulegen, der konkrete Ziele, Aktivitäten und Maßnahmen enthält.

In Finnland wurde (im Februar 2002) ein Aktionsplan für 2001-2003 angenommen, außerdem erstellten die Zoll-

⁽³²⁾ Einzelheiten zu der EU-Drogenstrategie und zum Drogenaktionsplan können unter http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml eingesehen werden.

⁽³³⁾ Online verfügbar unter <http://snapshot.emcdda.eu.int>

⁽³⁴⁾ Tabelle 3 OL: Aktionspläne und Koordinatoren (Online-Fassung).

⁽³⁵⁾ Die EBDD trug hierzu mit der Veröffentlichung einer Vergleichsstudie zur Koordinierung der Drogenpolitik in der EU bei http://www.emcdda.int/multimedia/project_reports/policy_law/drug_coordination_oct_01.pdf

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

behörde und der Grenzschutz gemeinsame spezifische Drogenstrategien. In allen neun Bundesländern Österreichs gibt es inzwischen einen Drogen- bzw. Suchtkoordinator, sieben verfügen über Drogenaktionspläne. In Belgien wurde im Juni 2001 eine Koordinierungsstelle „Cellule drogue santé“ ins Leben gerufen, und für Ende 2002 ist eine Koordinierungseinrichtung geplant. Italien gab im Einklang mit der Drogenpolitik der neuen Regierung im November 2001 die Schaffung einer Anti-Drogen-Stelle unter Leitung eines Drogenkoordinators bekannt. In Deutschland hat ein Team von Länderkoordinatoren bereits mehrere Jahre an der Verbesserung der Koordinierung gearbeitet. Im Januar 2002 legte die schwedische Regierung dem Parlament ihren neuen Drogenaktionsplan für 2002-2005 vor. Zudem wurde ein „Drogenbeauftragter“ ernannt, der Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft koordinieren und anregen soll.

Entgegen der allgemeinen Tendenz wurde im Vereinigten Königreich die Zuständigkeit für die Drogenpolitik der Regierung aus dem (inzwischen aufgelösten) zentralen Referat „Drogenkoordination“ mit seinem „Drogenzar“ in der Kanzlei des Premierministers ausgegliedert und liegt nun beim Innenminister.

Beurteilung der Auswirkungen der Drogenstrategien

Obwohl inzwischen alle Mitgliedstaaten über eine mehr oder weniger klar definierte Drogenstrategie verfügen, ist eine Bewertung ihrer Auswirkungen noch nicht allgemein üblich. Lediglich bei der Evaluierung spezifischer Programme oder Aktivitäten, vor allem auf dem Gebiet der Nachfragereduzierung, wurden bereits Fortschritte erzielt. Betrachtet man jedoch die Rechtsinstrumente oder die nationalen Strategien als Ganzes, steht Evaluierung nicht an erster Stelle.

Einige erfolgversprechende Beispiele unter den neu verabschiedeten Strategien können jedoch genannt werden. Die in Irland und Portugal im Jahr 2001 verabschiedeten neuen nationalen Drogenpläne zielen auf die Schaffung von Evaluierungsmechanismen zur Auswertung ihrer Gesamtergebnisse. Evaluierung spielt ebenfalls eine Rolle im neuen finnischen Aktionsplan für 2001-2003, wo sie sich auf die Effektivität des Plans insgesamt sowie auf Therapie- und Drogenkontrollmaßnahmen bezieht.

In Frankreich wurde das Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) von der Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) beauftragt, die Wirksamkeit der wichtigsten Aspekte des französischen Drogenplans für 1999-2001 zu evaluieren. In den Niederlanden gilt Evaluation als eine

Priorität, nicht nur im Hinblick auf die Programme zur Nachfragereduzierung, sondern auch auf andere Aspekte der Drogenpolitik (z. B. Koffie-shops, Änderungen der AHOJ-G-Kriterien). Ein weiterer Beitrag zur Evaluation der Drogenpolitiken – und der Entwicklung von entsprechenden Tätigkeiten in der Strafverfolgung und Strafjustiz – ist ein erweitertes Monitoring (National Drug Monitor) auf den Gebieten Drogenkonsum und Gesundheit. Andere nationale Drogenstrategien sprechen sich für die Evaluierung als Werkzeug zur Beurteilung einzelner Aktivitäten wie Behandlungsmethoden oder Präventionstechniken aus. Dies ist beispielsweise in dem neuen „politischen Vermerk“ Belgiens der Fall, in dem eine Evaluierung insbesondere für Behandlungsmethoden, Gesundheits- und Fürsorgesysteme und Präventionstechniken gefordert wird.

Mitgliedstaaten untersuchen sowohl legale als auch illegale Substanzen

Bei den nationalen Drogenpolitiken ist dieses Jahr eine erhöhte Aufmerksamkeit für legale und illegale Substanzen zu beobachten. Frankreich war 1998 eines der ersten Länder, das bei der Planung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen erstmals nicht nur die Substanz, sondern auch die Art der Abhängigkeit berücksichtigte. Im vergangenen Jahr erarbeitete die norwegische Regierung eine umfassende „Drogenmissbrauchspolitik“, die sich im Hinblick auf Prävention, Betreuung und Therapie auch mit Alkoholmissbrauch beschäftigt. In Deutschland betonte der im April 2001 erschienene Bericht der neuen Drogenbeauftragten der Bundesregierung ebenfalls die Absicht, Präventionsmaßnahmen vor allem auch auf legale Drogen, Alkohol und Tabak auszudehnen. Eines der vier Ziele der neuen Drogenpolitik der Föderalregierung in Belgien besteht darin, Jugendliche vom Drogenkonsum (einschließlich Tabak und Alkohol) abzuhalten. Diese Tendenz kommt auch in der neuen Drogenstrategie Irlands zum Ausdruck, wo im Jahr 2001 auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene offizielle Verbindungen zur nationalen Alkoholpolitik geschaffen wurden, um sicherzustellen, dass sich die unterschiedlichen Maßnahmen gegenseitig ergänzen. Im Vereinigten Königreich billigte die nordirische Verwaltung im Mai 2001 ein Gemeinsames Umsetzungsmodell. Mit Hilfe dieser Struktur werden die Strategien zu Alkohol und illegalen Drogen gemeinsam umgesetzt. Auch die walisische Drogenstrategie beinhaltet legale Substanzen.

Die Drogengesetzgebung in der EU ⁽³⁶⁾

Auf europäischer Ebene

Am 23. Mai 2001 verabschiedete die Europäische Kommission den Vorschlag für einen Rahmenbeschluss des

⁽³⁶⁾ Die aktuellsten Nachrichten und Informationen zu Entwicklungen der Rechtssysteme der Mitgliedstaaten in Bezug auf Drogen sind in der Europäischen Rechtsdatenbank zur Drogengesetzgebung unter <http://eldd.emcdda.eu.int> zu finden.

Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

Rates zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels. Diese Initiative der Kommission beinhaltet eine gemeinsame Definition des illegalen Drogenhandels sowie einheitliche Strafen für schwerwiegenden länderübergreifenden Drogenhandel. Dieser Vorschlag wird zurzeit (März 2002) vom Europäischen Parlament und vom EU-Ministerrat geprüft.

Auf nationaler Ebene

Rechtliche Entwicklungen auf dem Gebiet der Drogen im Berichtszeitraum umfassen hauptsächlich Maßnahmen für Drogenkonsumenten sowie bezüglich des Führens von Fahrzeugen unter Drogeneinfluss und der Substitutionsbehandlung.

Rechtliche Ansätze im Hinblick auf (Drogen und) Drogenkonsumenten

Im Jahr 2001 gab es in einigen Mitgliedstaaten der EU die Tendenz, Gesetzesänderungen vorzuschlagen und in Kraft zu setzen, die auf eine deutlichere Unterscheidung zwischen Drogenkonsum und anderen Drogendelikten sowie zwischen Cannabis und anderen illegalen Drogen abzielen. Dies wollen die Länder durch verschiedene Möglichkeiten erreichen, beispielsweise mit Hilfe eines stärker spezialisierten Gerichtssystems oder durch eine Änderung der Gesetze bzw. Maßnahmen in Bezug auf Drogenkonsumenten.

Dies trifft insbesondere auf Portugal zu, wo der Konsum und der Besitz von Drogen für den eigenen Gebrauch keinen Straftatbestand mehr darstellen und wo stattdessen administrative Sanktionen durch die im Juli 2001 eingerichteten „Kommissionen zur Abkehr vom Drogenmissbrauch“ vorgesehen sind. Die Kommissionen bestehen aus drei Mitgliedern, die jeweils vom Justizministerium, Gesundheitsministerium und dem für Fragen des Drogenmissbrauchs zuständigen Mitglied der Regierung benannt werden, einem technischen Team von drei bis fünf Fachleuten (Psychologen, Sozialarbeitern und Rechtsexperten) und administrativen Mitarbeitern. Die Fälle werden einzeln bearbeitet, und die Entscheidungen der Mitglieder bezüglich notwendiger Verfahren und/oder Sanktionen auf der Grundlage von Berichten des technischen Teams gefällt. Im April 2001 wurden in Luxemburg die Strafen für Cannabis-Delikte vermindert, indem die Möglichkeit von Freiheitsstrafen für den Eigengebrauch und für den Besitz von Cannabis zwecks Eigengebrauchs abgeschafft und eine Strafverfolgungspolitik eingeführt wurde, die sich nur auf den problematischen Konsum konzentrieren soll. Der von der belgischen Regierung am 19. Januar 2001 veröffentlichte politische Vermerk stellt ein ähnliches Konzept vor. Auch

in Luxemburg und Belgien wird zum ersten Mal von Rechts wegen zwischen Cannabis und anderen Substanzen unterschieden, was auch bei einem parteiübergreifenden Entwurf für eine Änderung des griechischen Drogengesetzes der Fall ist, der im April 2001 dem griechischen Parlament vorgelegt wurde; dieser Entwurf wurde allerdings im Mai 2002 vom griechischen Parlament zurückgewiesen. Im Vereinigten Königreich wird für 2002 eine Neuklassifizierung von Cannabis aus der Klasse B in die Klasse C der Drogen erwartet (damit fällt der Besitz dieser Droge zum eigenen Gebrauch nicht mehr unter die Androhung einer Festnahme). In Irland werden nicht gewalttätige drogenabhängige Straftäter an ein Drogengericht überwiesen, das im Januar 2001 versuchsweise in Dublin eingerichtet wurde. Ein ähnliches Projekt wurde im November auch in Glasgow, Schottland, ins Leben gerufen. Für Drogenstraftäter, die eine Haftstrafe von maximal sechs Monaten zu gewärtigen haben, trat am 2. Februar 2001 das neue Gesetz der niederländischen Regierung zur Einführung alternativer Sanktionen in Kraft, das die Möglichkeit von Arbeits- und Erziehungsaufgaben bzw. eine Kombination solcher Maßnahmen mit Haft- und/oder Geldstrafen vorsieht.

Dies ist jedoch keine universelle Tendenz. So wurde z. B. in Finnland mit einer Abänderung des Strafgesetzbuchs im Sommer 2001 die Möglichkeit eines Verzichts auf die Strafverfolgung bei Drogendelikten, die als für die Gesetzestreue nicht schädlich eingestuft wurden, aufgehoben; hingegen kann der Staatsanwalt künftig ein außergerichtliches abgekürztes Verfahren durchführen, in dem Strafen von einem Bußgeld bis zu einer sechsmonatigen Freiheitsstrafe verhängt werden. Nichtsdestoweniger bleiben Bestimmungen aufrechterhalten, die bei als geringfügig betrachteten Delikten einen Verzicht auf Strafverfolgung oder eine Strafaussetzung erlauben.

Drogen am Steuer

Hinsichtlich des Führens von Fahrzeugen unter Drogeneinfluss ist sowohl auf politischer als auch auf operativer Ebene eine gesteigerte gesetzgeberische Aktivität zu beobachten.

Auf politischer Ebene schlug die in Finnland zur Umsetzung des neuen Regierungsbeschlusses über die Sicherheit im Straßenverkehr eingesetzte Arbeitsgruppe im Juni 2001 Null Toleranz gegenüber Drogenkonsum im Straßenverkehr vor. In anderen Mitgliedstaaten wurden die Verordnungen darüber verschärft, wer auf welche Art und Weise zu testen ist. In Österreich wurde bei einer Änderung der Straßenverkehrsordnung im Frühjahr 2001 beschlossen, keine obligatorischen Drogentests für Fahrzeuglenker einzuführen. Gesetze zu Drogentests für an Verkehrsunfällen beteiligte Personen wurden in Portugal

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

im Mai und in Frankreich im November in Kraft gesetzt. Auf diese Weise soll im Bereich Drogen und Straßenverkehr insbesondere das Ausmaß und die Art des Drogenkonsums unter Fahrzeuglenkern und dessen Auswirkungen auf Unfälle untersucht werden, um ein spezifisches und wirksames Gesetz für dieses Problem zu erarbeiten. Auch die britische Regierung führte im März 2001 ein Gesetz ein, das die Durchführung von Tests und damit zusammenhängende Verfahren bei Personen regelt, die verdächtigt werden, unter dem Einfluss illegaler Drogen ein Fahrzeug geführt zu haben.

Substitutionsbehandlung

Die Mitgliedstaaten arbeiten auch weiterhin an Gesetzen zur Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen. In manchen Ländern wird über ihre Einführung beraten, während diejenigen Länder, in denen sie bereits angewandt wird, an einer Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen arbeiten.

In Belgien wird im Anschluss an den politischen Vermerk vom Januar 2001 ein Gesetz zur Kontrolle der Substitutionsbehandlung vorbereitet. Im Juli 2001 wurde in Deutschland ein zentrales Substitutionsregister eingeführt, um Mehrfachverschreibungen von Substitutionsmitteln zu vermeiden, zudem wurde eine Zusatzqualifikation für substituierende Ärzte vorgeschrieben. In Luxemburg müssen auf der Grundlage eines großherzoglichen Dekrets von Februar 2002 Ärzte eine staatliche Lizenz des Gesundheitsministers besitzen, damit sie Substitutionsdrogen verschreiben dürfen. Ferner ist in diesem Dekret die Schaffung einer speziellen Überwachungskommission und eines nationalen Substitutionsregisters vorgesehen. In Griechenland sind im Rahmen des Gesetzes 2716/1999 weitere Schritte zur Stärkung der Struktur für die Substitutionsbehandlung durch Ausweitung der Verwaltung der Substitutionsmittel durch das nationale Gesundheitsfürsorgesystem geplant. Im Vereinigten Königreich besteht jetzt (seit April 2001) rechtlich die Möglichkeit, für die Substitutionsbehandlung nicht nur wie bisher Methadon, sondern auch Buprenorphin zu verschreiben.

Reduzierung der Nachfrage

Wie bereits erwähnt, gibt es in den meisten EU-Mitgliedstaaten und Norwegen eine nationale Drogenstrategie oder ähnliche Vereinbarungen ⁽³⁷⁾, zu deren Prioritäten

Maßnahmen in diesem Bereich zählen. In manchen Ländern (Spanien, Irland, Portugal, Vereinigtes Königreich) schließt dies auch quantitative Zielsetzungen ein.

Die nationalen Strategien umfassen natürlich sehr vielfältige Maßnahmen.

Man kann jedoch auch als Schwerpunkttendenzen erkennen, dass entweder bestimmte Arten von Maßnahmen verstärkt und/oder effizientere Strukturen entwickelt werden ⁽³⁸⁾. In zehn Mitgliedstaaten liegt der Schwerpunkt auf der Prävention an Schulen, während sich sieben weitere auf den Präventionsbereich Gemeinde konzentrieren. Einen besonderen Stellenwert hat in neun Ländern die Prävention und Frühintervention für gefährdete Jugendliche. Schadensminimierung und medikamentengestützte Behandlung bilden in sechs anderen Mitgliedstaaten den Schwerpunkt, in Italien und Schweden wird hingegen besonders die drogenfreie Behandlung unterstützt. Sieben Länder nennen Maßnahmen in Strafvollzugsanstalten als besondere Schwerpunkte und sechs die Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Acht Länder halten die Behandlungsstrukturen ihres Landes für verbesserungsbedürftig, vier andere die Präventionsstrukturen.

Die Umsetzung der Maßnahmen zur Nachfragereduzierung geschieht in den meisten Ländern dezentral, was mit der Natur der betreffenden Aktivitäten zusammenhängt. Die in den nationalen Strategien festgelegten Prioritäten und die damit verbundene Finanzierung von Forschung und Praxis sind jedoch für die Durchführung auf regionaler und lokaler Ebene ausschlaggebend. Die relative Bedeutung von Politik, Praxis und Forschung bei der Umsetzung der Maßnahmen unterscheidet sich zwischen einzelnen Ländern. Zwar beeinflussen sich all diese Bereiche offenbar gegenseitig, in manchen Ländern scheint die innerstaatliche Politik jedoch einen größeren Einfluss auf die Praxis zu haben, während in anderen Ländern die Praxis, häufig auf regionaler Ebene, die Politik beeinflusst.

Die Qualität der Maßnahmen zur Nachfragereduzierung wird (in einigen Ländern) durch die Einführung nationaler Standards, Anerkennungsverfahren oder Leitlinien durchgesetzt. Für die Behandlung gelten in mehr Ländern verbindliche Qualitätsstandards als für die Prävention ⁽³⁹⁾.

⁽³⁷⁾ Tabelle 4 OL: Einführung von Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage in den EU-Mitgliedstaaten und Norwegen (Online-Fassung).

⁽³⁸⁾ Tabelle 5 OL: Überblick über die Prioritäten bei der Reduzierung der Drogennachfrage in den Mitgliedstaaten der EU und Norwegen (Online-Fassung).

⁽³⁹⁾ Tabelle 6 OL: Überblick über die Qualitätsstandards für Prävention und Behandlung in den Mitgliedstaaten und Norwegen (Online-Fassung).

Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

Prävention in Schulen, Freizeitsettings und Gemeinden

Alle Mitgliedstaaten betonen die herausragende Bedeutung der Prävention in ihren nationalen Strategien und in den zahlreichen Präventionsaktivitäten in verschiedenen Umfeldern, insbesondere an Schulen. In einigen Mitgliedstaaten zeigt sich jedoch zunehmend eine erhebliche Diskrepanz zwischen den politischen Zielen, der Realität und der Qualität der Präventionsmaßnahmen⁽⁴⁰⁾. Die tatsächliche Reichweite der Präventionsmaßnahmen (beispielsweise in Schulen) lässt sich annähernd bestimmen, wenn dies auf eine strukturierte Art und Weise anhand klar definierter Programme geschieht⁽⁴¹⁾. Dann erst können die wichtigsten Parameter beurteilt werden, wie z. B. die Inhalte (Modelle, behandelte Risikofaktoren) und die Zahl der beteiligten Schulen, Schüler und Lehrer. Dies ist in einigen Mitgliedstaaten [Belgien (Flämische Gemeinschaft), Deutschland, Griechenland, Spanien, Irland und dem Vereinigten Königreich] der Fall, wo programmbezogene Informationen verfügbar sind und ausgewertet werden können. Häufig ist die Suchtprävention jedoch Teil einer umfassenderen Schulpolitik, die einen gesunden Lebensstil im (Schul-)Alltag fördern soll. In diesem „unstrukturierten“ Kontext geschieht Prävention ad hoc durch örtliche Beratungsdienste (in Dänemark, Frankreich und Norwegen), und/oder steht in engem Zusammenhang mit spezifischen Bedürfnissen und den vorhandenen Ressourcen (beispielsweise in Frankreich, Italien, Österreich, Portugal und Finnland). Dieser Ansatz lässt sich jedoch kaum standardgemäß erfassen und nur schwer evaluieren.

Die Ziele der Prävention an Schulen sind sehr vielfältig: Abgesehen von den häufig erwähnten allumfassenden Prinzipien der Gesundheitsförderung reicht das Spektrum von der Entwicklung sozialer bzw. persönlicher Fähigkeiten bis zur Förderung der Identität bzw. Persönlichkeit. Sensibilisierung und Information bilden meist den Kern von Drogenpräventionsprogrammen, wenn gleich derartige Ansätze ohne entsprechende Begleitmaßnahmen wirkungslos bleiben (Skolverket, 2000). Auf diesem Gebiet gibt es kein gemeinsames europäisches Präventionsprinzip, das auf Nachweisen oder Forschungsergebnissen beruht. In dem von der Europäischen Kommission finanzierten länderübergreifenden Projekt „Healthy school and drugs“ (Gesunde Schule und Drogen) werden evidenzbasierte qualitative Elementen

(d. h. solche, für deren Wirksamkeit bereits der Nachweis erbracht wurde) auf die Prävention an Schulen angewandt (<http://www.school-and-drugs.org>).

Ein weiteres zentrales Problem ist der logistische und administrative Aufwand, den eine großflächige Umsetzung bewährter Modellprogramme (einschließlich deren Evaluierung) innerhalb eines Landes mit sich bringt. Insbesondere Deutschland und die Niederlande beziehen sich ausdrücklich auf diese Herausforderung. In manchen Mitgliedstaaten (z. B. Dänemark und Deutschland) rückten Freizeitsettings in letzter Zeit aufgrund sich verändernder Konsumtrends stärker in das Blickfeld der Präventionspolitik, auch ist eine Verschiebung von der Risikovermeidung hin zum Risikomanagement zu beobachten. Projekte, die auf dieser Philosophie beruhen, sind auf einer europäischen Webseite (<http://www.drug-prevention.de>) zusammengestellt. Alles in allem ist die Anzahl und die Attraktivität von Webseiten zum Zweck der Drogenprävention in den meisten Mitgliedstaaten gestiegen⁽⁴²⁾. Ein weiteres, zusätzliches Element sind Leitlinien zur Ermittlung von Drogen konsumierenden Schülern und zum Umgang mit ihnen.

In letzter Zeit ist in einigen Mitgliedstaaten (Spanien, Irland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich) ein deutlich wachsendes Interesse an Fragen der Qualitätssicherung und der evidenzbasierten Prävention zu beobachten, und auch bei der Ressourcenverteilung finden diese Bereiche zunehmend Berücksichtigung. Parallel dazu werden in Deutschland, Griechenland, Frankreich, Irland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich Datenbanken für die Bewertung und Beobachtung der „Erfassungsbreite der Präventionsmaßnahmen“ auf nationaler Ebene aufgebaut. In Spanien wurde bereits ein Informationssystem in Betrieb genommen.

Was Programme auf Gemeindeebene anbelangt, gibt es unter den Mitgliedstaaten kein einheitliches Konzept. Zunächst einmal beschränken sich diese Maßnahmen nicht allein auf die Prävention. Auch die Reduzierung drogenbedingter Gefahren ist häufig ein Ziel von Programmen auf Gemeindeebene. Übrigens bezieht sich „Programm auf Gemeindeebene“ in manchen Mitgliedstaaten auf ein Programm, das *in* einer Gemeinde durchgeführt wird (also von oben nach unten), in anderen auf ein Programm, das *von* einer Gemeinde durchgeführt wird (d. h. von unten nach oben).

⁽⁴⁰⁾ Tabelle 7 OL: Überblick über die Präventionsziele, Schulprogramme, Webseiten und Präventionsaktivitäten im Freizeitbereich (Online-Fassung).

⁽⁴¹⁾ Eine Übersicht der Präventionsprogramme an Schulen steht in Tabelle 7 OL (Schulprogramme) zur Verfügung (Online-Fassung).

⁽⁴²⁾ Eine Liste von Webseiten zur Prävention steht in Tabelle 7 OL (Webseiten) zur Verfügung (Online-Fassung).

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Große Differenzen bestehen zwischen den Mitgliedstaaten auch hinsichtlich der Rolle der Massenmedien in den Präventionsstrategien – diese reicht von nicht vorhanden (in Österreich und im Vereinigten Königreich) bis zentral (in Frankreich und Italien). Peer-Gruppen-Ansätze sind ebenfalls heftig umstritten: In der Flämischen Gemeinschaft Belgiens (De Sleutel) und in Dänemark (Guardian Angels) werden sie extensiv genutzt, während sie in manchen österreichischen Bundesländern als ineffektiv verworfen werden.

Prävention in Freizeitsettings

Aus konzeptioneller Sicht bildet die Prävention in Freizeitsettings die Überschneidungszone von Prävention und Risikominimierung und umfasst so häufig miteinander in Konflikt stehende ideologische Gruppen. In manchen Mitgliedstaaten sehen sich diese Projekte als „Sekundärprävention“, während andere ihre Arbeit zum Bereich „Schadensminimierung“ rechnen. Diese Art der Prävention basiert im Großen und Ganzen auf drei Interventionsstrategien: Erstellung von Informationsmaterial zu Drogen und Gesundheit sowie damit verbundenen rechtlichen und emotionalen Fragen; individuell zugeschnittene Maßnahmen in Diskotheken oder bei Raves; und strukturelle Maßnahmen wie z. B. Anleitungen für „Safe Clubbing“⁽⁴³⁾.

Die Herstellung und Verteilung von Informationsmaterial in Freizeitsettings wird traditionell bevorzugt und ist dort am weitesten verbreitet. Besonders in Deutschland, Spanien und im Vereinigten Königreich werden durch verschiedene Akteure zahlreiche Prospekte, Poster und Handzettel erstellt, doch über die Wirksamkeit dieser einseitigen und anonymen Kommunikationsstrategien ist nur wenig bekannt.

In einigen wenigen Ländern (Deutschland, Spanien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich) werden unter Klubbesuchern Peer-Gruppen-Ansätze genutzt, um präventive Informationen auf eine eher interaktive und persönliche Weise zu übermitteln, jedoch immer noch unter Verwendung von schriftlichem Informationsmaterial.

Die Bedeutung und die Auswirkungen von einfachen, aber grundlegenden Sicherheitsregeln auf Partys werden immer mehr anerkannt. Diese strukturellen Präventionsmittel, die im Vereinigten Königreich bereits als offizielle „safer dancing guidelines“ (<http://www.clubhealth.org.uk/pages/>

downloads.htm) vorliegen, stellen den direktesten Weg dar, um drogenbedingte Probleme in der Partyszene zu vermeiden. Durch folgende Maßnahmen sollen die häufigsten Gesundheitsrisiken reduziert werden: Bereitstellung von frischem Trinkwasser und Schaffung von Chill-Out-Bereichen, um eine Überhitzung zu vermeiden; Schulung von Mitarbeitern in erster Hilfe und Beobachtung; Früherkennung von Problemen durch Unterstützung der Arbeit aufsuchender Präventionsteams. Derartige Leitlinien existieren in mehreren Ländern, doch ihre Umsetzung durch Klubbesitzer oder die verantwortlichen lokalen Behörden in den Mitgliedstaaten ist immer noch uneinheitlich und sporadisch. Es gibt jedoch bereits Initiativen zur europaweiten Einführung einheitlicher Leitlinien für die Sicherheit in Klubs (Safe Clubbing).

Seltener, beispielsweise in Belgien und Deutschland, werden spezifische Maßnahmen angeboten, wie etwa Hilfe zur Bewältigung von „Horrortrips“ – d. h. beim Umgang mit den negativen und unerwarteten Auswirkungen von Drogen, ohne dass eine Hospitalisierung notwendig wird – und, in manchen Mitgliedstaaten, die Analyse von Pillen auf Veranstaltungen.

Die Bedeutung vor Ort durchgeführter Pillentests, um eine Zielgruppe erfahrener bzw. experimentierender Partydrogenkonsumenten gezielt auf intensive und interaktive Beratungsangebote zur Prävention⁽⁴⁴⁾ aufmerksam zu machen, wurde leider von Diskussionen über Fragen ihrer pharmakologischen Genauigkeit (Winstock u. a., 2001) und ihrer ideologischen⁽⁴⁵⁾ oder rechtlichen Implikationen überschattet.

Prävention von Infektionskrankheiten

Zu den wichtigsten evidenzbasierten Maßnahmen zur Verhinderung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten zählen die aufsuchende Drogenarbeit in den Kommunen, Drogentherapie – insbesondere die Verschreibung von Methadon oder anderen Substitutionsmitteln (dies hat innerhalb der letzten Jahre in der EU und Norwegen stark zugenommen, siehe Abschnitt über Behandlung) –, Hepatitis-Impfung, Zugang zu sterilem Spritzenbesteck sowie Information und Schulung für einen sichereren Konsum⁽⁴⁶⁾.

Manche Dienste der aufsuchenden Drogenarbeit stehen in allen EU-Ländern und Norwegen zur Verfügung, doch das Ausmaß, in dem sich die Mitarbeiter von Drogen-

⁽⁴³⁾ Eine Übersicht über Präventionsmaßnahmen im Freizeitbereich steht in Tabelle 7 OL (Präventionsaktivitäten im Freizeitbereich) zur Verfügung (Online-Fassung).

⁽⁴⁴⁾ Siehe EBDD-Studie unter: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/pill_testing_report.pdf, S. 35-37.

⁽⁴⁵⁾ Artikel in *Corriere della Sera*, 2. November 2001.

⁽⁴⁶⁾ Siehe auch: *Drogen im Blickpunkt*, Nr. 4, EBDD, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2002.

Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

behörden tatsächlich mit ihren Angeboten auf den Weg zu den Klienten machen, ist von Land zu Land und auch innerhalb der Länder sehr unterschiedlich. Niedrigschwellige Dienste sind nach wie vor eine bedeutende Zugangsmöglichkeit, um Drogenkonsumenten über die Risiken des Konsums und deren Reduzierung zu informieren. Ihre Rolle bei der Bereitstellung elementarer Gesundheitsdienste für Drogenkonsumenten, die das Risiko von Infektionserkrankungen senken können, wird zunehmend anerkannt. In mehreren EU-Ländern und in Norwegen wurden die niedrigschwelligen Dienste im Jahr 2000 weiter ausgebaut.

Spezielle Programme zur Bereitstellung von sterilem Injektionszubehör sind für die Reduzierung von HIV und anderen durch das Blut übertragenen Virusinfektionen bei Drogenkonsumenten von zentraler Bedeutung, und so werden in allen EU-Ländern und in Norwegen Spritzenaustauschprogramme (SAP) von den Drogenhilfsdiensten angeboten und stehen in Apotheken oder mit Automaten zur Verfügung. Im Jahr 2000 hat sich die Zahl der Spritzenaustauschprogramme erhöht⁽⁴⁷⁾. Nach wie vor bestehen zwischen den Ländern und innerhalb dieser bedeutende Unterschiede im Hinblick auf die Verfügbarkeit und Reichweite dieser Programme (Wiessing u. a., 2001).

In Helsinki und anderen finnischen Städten ist seit 2001 Injektionszubehör leichter verfügbar. In der Flämischen Gemeinschaft Belgiens wurde Ende 2000 das erste Nadelaustauschprogramm ins Leben gerufen – sechs Jahre nach Einführung des ersten Programms dieser Art in der Französischsprachigen Gemeinschaft. Die irische nationale Drogenstrategie 2001-2008 beinhaltet die Schadensminimierung als Teil ihres Eckpfeilers Behandlung, und eines der ehrgeizigen Ziele des portugiesischen nationalen Drogenaktionsplans „Horizonte 2004“ in diesem Bereich ist die landesweite Ausdehnung von Nadelaustauschprogrammen bis 2004. Allerdings sind nur 5 % der verfügbaren Mittel in Portugal für die Reduzierung drogenbedingter Schäden bestimmt, die übrigen 95 % für Prävention, Behandlung und Rehabilitation. Das Gesundheitsministerium des Vereinigten Königreichs rief die Kampagne „Making Harm Reduction Work“ (Schadensminimierung wirksam machen) ins Leben, um Drogenkonsumenten für die Schadensminimierung zu motivieren und diese zu verbessern (Hunt u. a., 2001).

Die Auswirkungen von Schadensminimierungsmaßnahmen auf die Hepatitis-C-Epidemie wurde in Forschungsarbeiten in England und Wales (Hope u. a., 2001) sowie in Irland (Smyth u. a., 1999) untersucht. Dabei wurden Hinweise gefunden, dass derartige Strategien zu einer Abnahme riskanter Verhaltensmuster führen.

In Deutschland, Irland, den Niederlanden, Portugal, Österreich, Finnland, dem Vereinigten Königreich und Norwegen werden systematische Anstrengungen für eine leichtere Verfügbarkeit von Impfungen gegen Hepatitis B und eine vollständige Immunisierung einer größeren Zahl von Drogenkonsumenten unternommen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt scheinen diese Impfungen Drogenkonsumenten nicht ohne weiteres zugänglich zu sein, und die Immunisierungsraten sind generell sehr niedrig. Hierbei spielen sicher auch die Kosten eine Rolle: In der Flämischen Gemeinschaft Belgiens gehören Drogenkonsumenten beispielsweise nicht zu den Schwerpunktgruppen der Impfpolitik des Gesundheitsministeriums, weshalb die Impfung für sie nicht kostenlos ist⁽⁴⁸⁾.

Prävention drogenbedingter Todesfälle

Im Jahr 2000 waren in der EU schätzungsweise 7 000 bis 8 000 drogenbedingte Todesfälle aufgrund versehentlicher oder absichtlicher Überdosierung zu verzeichnen. Forschungsergebnisse zeigen ein erhöhtes Risiko für injizierende Drogenkonsumenten, insbesondere für jene, die Heroin mit neurodepressiv wirksamen Substanzen wie z. B. Alkohol oder Benzodiazepinen, kombinieren (siehe Abschnitt über drogenbedingte Todesfälle).

Aus Forschungsergebnissen geht hervor, dass Methadonsubstitution das Mortalitätsrisiko durch Opioid-Überdosierung sowie die Gesamtmortalität stark reduziert (WHO, 1998). Aus Belgien, Deutschland, Finnland, Norwegen und dem Vereinigten Königreich wird über innovative Ansätze für die Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen berichtet – dazu gehört die Schulung von Drogenkonsumenten, wie sie sich selbst vor Überdosierung schützen und besser mit Überdosierungen bei anderen umgehen können, beispielsweise indem sie lernen, Naloxon zu verabreichen sowie elementare Wiederbelebungstechniken anzuwenden. Ein weiterer Ansatz ist die Entwicklung von spezifischem präventiven Informationsmaterial. Im Vereinigten Königreich erarbeitete die Regierung im November 2001 einen Aktionsplan zur Prävention drogenbedingter Todesfälle, der Schu-

⁽⁴⁷⁾ Tabelle 8 OL: Verfügbarkeit und Arten von Spritzenaustauschprogrammen (SAP), Beteiligung von Apotheken, Zahl der verteilten/verkauften Spritzen (Online-Fassung).

⁽⁴⁸⁾ Tabelle 9 OL: Verfügbarkeit von HIV-Beratung und HIV-Tests, HIV-Behandlung und HBV-Impfung für injizierende Drogenkonsumenten (IDK) in einzelnen europäischen Ländern nach Angaben der nationalen Knotenpunkte für die Jahre 2000 und 2001 (Online-Fassung).

Drogenkonsumräume

Im September 2001 gab es in Deutschland 19 Drogenkonsumräume (Stöver, 2002); im Jahr 2002 waren über 20 offizielle Drogenkonsumeinrichtungen in verschiedenen niederländischen Städten in Betrieb. In Spanien wurde im Mai 2000 in Las Barranquillas bei Madrid ein Drogenkonsumraum eröffnet, und in Barcelona gibt es einen mobilen Konsumraum seit 2001. Einrichtungen für einen überwachten Drogenkonsum sind auch Teil der Drogenstrategie Portugals im Bereich der Schadensminimierung und im nationalen Drogenaktionsplan „Horizonte 2004“ vorgesehen. In Luxemburg wurden rechtliche Hindernisse beseitigt, die einer Anerkennung von Drogenkonsumräumen als Einrichtungen der Drogenhilfe entgegenstanden; ein Drogenkonsumraum soll bis 2003 in die erweiterten Dienste einer Notunterkunft integriert werden.

In Norwegen schlug die scheidende Regierung (im Herbst 2001) vor, im Anschluss an eine öffentliche Anhörung einen Modellversuch durchzuführen. Die jetzige Regierung entschied sich im Mai 2002 aufgrund der Mehrheit der bei der Anhörung vorgebrachten Stellungnahmen gegen den Versuch. In Dänemark wurde eine

Initiative zur Einrichtung von Drogenkonsumräumen im Jahr 2000 aufgrund internationaler Übereinkommen auf diesem Gebiet unter der Schirmherrschaft des Gesundheitsministeriums eingestellt. Aus einer Studie in Österreich (Feistritzer, 2001), wo seit einigen Jahren über die Einrichtung eines Konsumraums („Gesundheitsraums“) diskutiert wurde, geht hervor, dass sich die öffentliche Meinung gegenüber Drogenkonsumräumen im Jahr 2001 (28 %) im Vergleich zu 1997 (20 %) verbessert hat.

Zweck, Dienstleistungen und Nutzung von Drogenkonsumräumen wurden bereits in zahlreichen Studien beschrieben, die, wie Dolan berichtet, Belege für die vier am häufigsten erwarteten Vorteile solcher Einrichtungen liefern, und zwar: geringere Belastung der Öffentlichkeit; verbesserter Zugang zu Gesundheits- und anderen Sozialdiensten und stärkere Annahme derselben; geringeres Risiko einer Opioid-Überdosierung und geringeres Risiko einer durch das Blut übertragenen Virusinfektion (Dolan u. a., 2000). Die EBDD bereitet derzeit eine Zusammenfassung der Erfahrungen, Herausforderungen und Erkenntnisse in Bezug auf Drogenkonsumräume vor.

lungs- und Informationskampagnen sowie Beobachtungs- und Forschungsaktivitäten beinhaltet⁽⁴⁹⁾.

Verfügbarkeit von Behandlungseinrichtungen

In den letzten fünf Jahren hat die Verfügbarkeit von Therapieeinrichtungen in der Europäischen Union und Norwegen deutlich zugenommen⁽⁵⁰⁾. Die Zahl der Einrichtungen sowohl für medikamentengestützte Behandlung (Substitutionsbehandlung) als auch für drogenfreie Behandlung hat zugenommen, wenngleich der Grad der Zunahme von Land zu Land sehr unterschiedlich ist.

Insgesamt ist bei der medikamentengestützten Behandlung offensichtlich ein rascherer Anstieg als bei der abstinenzorientierten Behandlung zu beobachten. Bei der medikamentengestützten Behandlung gab es starke Zuwächse in Frankreich (von 500 auf über 78 000 Klienten zwischen 1993 und 2000), Norwegen (von 50 auf 1 100 Klienten im Zeitraum von 1997 bis 2001), Finnland (von zehn auf 240 Klienten im Zeitraum von 1996 bis 2001) und Spanien (von 12 000 auf 72 000 Klienten im Zeitraum von 1993 bis 1999). Zwar werden die

verfügbaren Therapieplätze in Einrichtungen für die abstinenzorientierte Behandlung weniger systematisch und quantitativ erfasst, doch auch bei ihnen ist ein Anstieg zu verzeichnen, beispielsweise in Dänemark (von einer speziellen drogentherapeutischen Gemeinschaft im Jahr 1994 auf etwa 35 im Jahr 1999) und in Griechenland (von einer einzigen speziellen drogentherapeutischen Gemeinschaft im Jahr 1983 auf acht im Jahr 1999).

Der Anstieg der Zahl von Behandlungseinrichtungen wird nicht nur begrüßt, sondern ist auch dringend notwendig, um das Problem der Drogenabhängigkeit in Europa zu bewältigen. Aus Berichten Griechenlands und Portugals beispielsweise geht jedoch auch hervor, dass das Behandlungsangebot nicht dem Bedarf der Klienten entspricht, und Studien zu einer systematischen Zuordnung der Klienten zu den jeweils geeigneten Therapieplätzen waren bislang nicht sehr aufschlussreich. Diese zentralen Fragen müssen bewältigt werden, wenn sich die Drogenhilfemaßnahmen und die entsprechenden Behandlungsergebnisse verbessern sollen⁽⁵¹⁾.

⁽⁴⁹⁾ Beispiele für die in der Kampagne verwendeten Texte zur Prävention von Überdosierungen sind online verfügbar (Online-Fassung).

⁽⁵⁰⁾ Tabelle 10 OL: Verfügbarkeit von abstinenzorientierter Behandlung in der Europäischen Union und Norwegen und Tabelle 11 OL: Substitutionstherapie unter problematischen Drogenkonsumenten (Online-Fassung).

⁽⁵¹⁾ Der Behandlungserfolg gehört zu den ausgewählten Themen, die in Kapitel 3 dieses Berichts behandelt werden.

Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

Maßnahmen im Bereich der Strafverfolgung

Die Justizbehörden in den EU-Ländern verfügen über vielfältige Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen des Strafverfolgungssystems, um straffällig gewordene Drogenkonsumenten in Therapieeinrichtungen zu überweisen⁽⁵²⁾. Zudem ist zu beobachten, dass sich die Mitgliedstaaten zunehmend um eine bessere Dokumentation der verfügbaren Maßnahmen, um eine genaue Darstellung ihres Anwendungsgrads und um eine Evaluierung ihrer Effizienz bemühen. Diese Initiativen sind wichtig für die Bewertung des Fortschritts im Hinblick auf das fünfte Hauptziel der EU-Drogenstrategie – „erhebliche Verringerung der Anzahl der Drogenstraftaten in den nächsten fünf Jahren“ –, und zwar in dem Maße wie alternative Maßnahmen letztendlich darauf abzielen, die Zahl der Drogenkonsumenten, die erneut straffällig werden oder in den Drogenkonsum zurückfallen, zu senken. Dafür werden im Folgenden einige Beispiele aufgeführt.

Überweisung in die Suchtbehandlung

Im Vereinigten Königreich haben sich Programme, im Rahmen derer straffällige Drogenkonsumenten bereits auf Initiative der Polizei Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten erhalten (arrest-referral schemes), und die richterliche Überweisung zur Drogenbehandlung und zu Drogentests (Drug Treatment and Testing Order Schemes, DTTOs) als hilfreich erwiesen, um die Zahl der straffällig gewordenen Drogenkonsumenten, die sich einer Behandlung unterziehen, zu erhöhen. Forschungsergebnisse zeigen, dass die durch die Verhaftung ausgelöste Krise eine wichtige Gelegenheit darstellt, um straffällig gewordene Drogenkonsumenten an Präventions- und Behandlungsdienste heranzuführen (DPAS, 2000). Daher sollen die Programme bis Mai 2002 auf alle Polizeidienststellen des Landes ausgeweitet werden. Eine erste Evaluierung von DTTOs (18 Monate nach ihrer Einführung) ergab einen Rückgang sowohl der für Drogen ausgegebenen Geldmenge als auch der Zahl der begangenen Straftaten (Turnbull & Sweeney, 2000). Nach erfolgreichem Abschluss der Pilotphase wurden diese Maßnahmen schließlich im Oktober 2000 eingeführt.

Das ermutigende Ergebnis eines experimentellen, vier Jahre dauernden Projekts zur Behandlung straffällig gewordener Drogenabhängiger, das in Den Haag (Niederlande) durchgeführt wurde und aus einer Entgiftung einschließlich Nachbetreuung bestand, zeigte, dass 40 % der Programmteilnehmer noch zwei Jahre nach dem Programm drogenfrei waren, zudem wurde deutlich, dass diese positiven Ergebnisse eng mit der kontinuierlichen Behandlung zusammenhingen (Vermeulen u. a., 1999). Die Politik einer Anordnung der Drogenbehand-

lung mit der Bezeichnung „injonction thérapeutique“ in Frankreich (Setbon et al., 2000) erwies sich bei einer Evaluierung hingegen als wenig effektiv. In Irland wurde im Januar 2001 versuchsweise ein Drogengericht eingesetzt, das eine Möglichkeit zur Rehabilitation und strukturierten Überwachung von Personen bietet, die kleinere Drogendelikte begangen haben. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass weder die DTTOs im Vereinigten Königreich noch die irischen Drogengerichte bis jetzt einer rigorosen Evaluation anhand von randomisierten kontrollierten klinischen Studien unterworfen wurden.

Behandlungsansätze im Gefängnis

Dieser Aspekt wird in Kapitel 3 dieses Berichts unter dem ausgewählten Thema „Drogenkonsum im Strafvollzug“ (Seite 54) behandelt.

Bewährung

In allen EU-Ländern können verurteilte Straftäter unter bestimmten Bedingungen auf Bewährung aus der Haft entlassen werden, in manchen Rechtsprechungen sind jedoch besondere Bedingungen für Drogenkonsumenten vorgesehen. Versuche einer Analyse der Ergebnisse dieser alternativen Maßnahmen sind immer noch sehr selten. Allerdings wurden in Italien bei einer Analyse der Fälle, in denen die Bewährung bei Drogen konsumierenden Straftätern aufgehoben wurde, geringe Rückfallquoten ermittelt: Von einer Stichprobe von 4 237 Drogenkonsumenten, deren Bewährung in der ersten Hälfte des Jahres 2000 überwacht wurde, wurden nur 253 (6 %) erneut straffällig und zu einer Haftstrafe verurteilt.

Weitere Evaluierungsstudien zur Überweisung in eine Behandlung anstelle einer Bestrafung (Finnland), Behandlung im Strafvollzugssystem (Schweden), Behandlung von straffälligen Abhängigen außerhalb der Gefängnisse (Dänemark) und forensische Suchtbehandlung (Niederlande) werden zurzeit noch durchgeführt. Luxemburgs neues Globales Suchtbehandlungsprogramm (Drogenhilfe in Haftanstalten) wird bereits mit seiner Einführung Mitte 2002 eine wichtige Evaluierungskomponente beinhalten. Im Vereinigten Königreich werden gegenwärtig alle Therapieprogramme in den Gefängnissen einer Qualitätsbewertung zwecks offizieller Akkreditierung unterzogen.

Eine Literaturstudie zur Effektivität gerichtlicher Strafmaßnahmen im Allgemeinen (Beenackers, 2000), die vom niederländischen Innenministerium in Auftrag gegeben wurde, kam zu dem Schluss, dass die Effektivität von den begleitenden Maßnahmen oder Therapien abhängt, und

⁽⁵²⁾ Siehe auch: *Drogen im Blickpunkt*, Nr. 2, EBDD, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2002.

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

empfiehlt zur Senkung der Rückfälligkeitsrate die Anwendung von kognitiv-behavioristischen Ansätzen sowie eine „gestufte Behandlung“. Dieses Ergebnis wurde durch weitere spezielle Untersuchungen bestätigt, die 1998 und 1999 in den Niederlanden durchgeführt wurden und sich auf Maßnahmen für Drogen konsumierende Straftäter konzentrierten.

Reduzierung des Angebots

2000 und 2001 konzentrieren sich die Aktivitäten der kriminellen Gruppen in der Europäischen Union weiterhin auf die Drogenherstellung und den Drogenhandel (Europol, 2001). Dabei machen sich diese Gruppen die Möglichkeiten zunutze, die sich durch die zunehmend globale Marktwirtschaft, einschließlich der Nutzung moderner Technologien, ergeben. Sie begehen gewöhnlich verschiedene Arten von Straftaten und konzentrieren ihre Aktivitäten nicht auf eine einzige Drogenart, wie die steigende Zahl von Fällen zeigt, in denen verschiedene Drogen gleichzeitig sichergestellt werden.

Für die Mitgliedstaaten hat die Bekämpfung des organisierten Drogenhandels Vorrang. In einigen Mitgliedstaaten bemüht man sich, die Datenbankensysteme und die Techniken der Kriminalitätsanalyse zu verbessern und zusätzliche Ressourcen bereitzustellen. Gleichzeitig wird die internationale Zusammenarbeit verstärkt, an der sich verschiedene internationale Organisationen, Interpol und die Weltzollorganisation beteiligen.

Die verstärkte internationale Zusammenarbeit führt zur Schaffung spezieller Arbeitsgruppen, wie z. B. derjenigen, die zur Erfassung und Verarbeitung aller Informationen in Bezug auf den Drogenhandel entlang der Seidenstraße gegründet wurde und an der gegenwärtig Interpol, Europol, die Weltzollorganisation (WCO) und das Bundeskriminalamt (BKA) beteiligt sind. In diesem Rahmen führt das BKA Analysen durch, die auf den von den anderen Mitgliedern der Arbeitsgruppe bereitgestellten Informationen basieren. Ein weiteres Beispiel ist die Operation „Road Runner II“, die von der Europäischen Kommission finanziert und mit der eine Überwachungsmaßnahme zur Bekämpfung des Drogenhandels entlang der Balkan-Route angestrebt wird. Unter Beteiligung der 15 Mitgliedstaaten der EU und von 13 mittel- und osteuropäischen Ländern konnten dabei große Mengen an Drogen sichergestellt werden (siehe <http://www.europol.eu.int>).

Einen wichtigen Teil dieser verstärkten internationalen Zusammenarbeit stellt der Kampf gegen die Abzweigung chemischer Produkte und für die Kontrolle der Vorläufersubstanzen dar. Schätzungen zufolge werden von den

jährlich weltweit produzierten 2,5 Mio. t Essigsäureanhydrid 1 500 t für die Heroinherstellung abgezweigt. Etwa 20 % der weltweit hergestellten Menge an Essigsäureanhydrid wird in der Europäischen Union produziert.

Die Operation „Topaz“, eine Maßnahme gegen die Abzweigung von Essigsäureanhydrid, umfasst ein System, mit dem die Herkunft der sichergestellten Chemikalien ermittelt werden soll. Durch diese Operation konnten elf Lieferungen mit ungefähr 230 t Essigsäureanhydrid beschlagnahmt werden, mit dem zwischen 55 und 230 t Heroin hätten hergestellt werden können. Der internationale legale Handel umfasste 2001 etwa 180 000 t. Da die meisten Lieferungen nicht direkt von den Hersteller- in die Verbraucherländer gehen, sind zusätzliche Ressourcen erforderlich, um ein zufriedenstellendes Maß an Überwachung zu gewährleisten. Der Internationale Suchtstoffkontrollrat (International Narcotics Control Board, INCB) hat festgestellt, dass einige nationale Schlüsselbehörden, wie z. B. die niederländischen, die einen großen Teil der Transitoperationen überwachen, ihre Ressourcen zu diesem Zweck beträchtlich aufgestockt haben (siehe <http://www.undcp.org>).

Durch das internationale Überwachungsprogramm in Bezug auf Kaliumpermanganat konnten 1 100 t dieser Chemikalie beschlagnahmt werden. Zudem führten die Überwachungsprogramme in Bezug auf Kaliumpermanganat zu einer Situation, in der Exporte aus den Hauptexportländern im Voraus notifiziert werden müssen. Die Operation „Purpur“, die 2000 eingeleitet wurde, konnte 2001 mit 17 gestoppten Lieferungen an den Schwarzmarkt (1 100 t Chemikalien) ein höheres Ergebnis als im Vorjahr verzeichnen. 13 Lieferungen wurden 2000 gestoppt und etwa 655 t sichergestellt. Der internationale legale Handel mit Kaliumpermanganat umfasste 2001 ungefähr 19 000 t. Im Jahr 2000 waren es noch 11 000 t. Durch dieses Programm wurden auch neue Methoden und Wege entwickelt, mit denen die Abzweigung dieser Chemikalie ermittelt werden kann, ohne beim legalen internationalen Handel zu übermäßigen Verzögerungen zu führen. Der INCB hat jedoch eine stetige Zunahme der Zahl und des Umfangs von Lieferungen in Länder festgestellt, die sich nicht an der Operation „Purpur“ beteiligen (siehe den INCB-Bericht 2001 zu Vorläufersubstanzen, <http://www.undcp.org>).

Die internationale Zollzusammenarbeit und die Aktivitäten der Task Force „Finanzielle Maßnahmen gegen die Geldwäsche“ (Financial Action Task Force, FATF) der OECD spielen eine sehr wichtige Rolle bei der Bekämpfung der Geldwäsche. Im November 2000 wurde im Einkommen der Vereinten Nationen gegen die organi-

Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

sierte grenzüberschreitende Kriminalität die Bedeutung von Maßnahmen in Bezug auf die Aufdeckung und Überwachung grenzüberschreitender Bargeld- und Wertpapierströme anerkannt. Die Bedeutung von Bargeldströmen im Zusammenhang mit dem Drogenhandel wurde von den internationalen Organisationen anerkannt, die im Kampf gegen die Geldwäsche zusammenarbeiten (siehe den FATF-Bericht 2001-2002, <http://www.oecd.org/FATF>). Ein Beispiel für die Rolle der regionalen Zusammenarbeit ist die Operation „Goldfinger“, an der sich die Zollbehörden in der baltischen Region beteiligen und die auf die Sammlung von Informationen in Bezug auf Transaktionen von mehr als 10 000 US-Dollar ausgerichtet ist. Die wichtigsten Schlussfolgerungen, die aus dieser Operation gezogen werden können, sind die abschreckende Wirkung, die die regionale Zollzusammenarbeit auf Geldwäscheaktivitäten hat, und die großen Unterschiede, die zwischen den nationalen Gesetzgebungen in Bezug auf die Bargeldströme bestehen (siehe Customs and Drugs report 2000, <http://www.wcoomd.org>).

Die wichtigsten FATF-Aktivitäten standen mit der Verbreitung der Botschaft zur Bekämpfung der Geldwäsche auf

allen Kontinenten und in allen Regionen der Erde in Zusammenhang, um die Umsetzung der 1990 verabschiedeten und 1996 modifizierten vierzig Empfehlungen der FATF in den Mitgliedstaaten zu fördern und die Überprüfung der Geldwäschemethoden und Gegenmaßnahmen zu intensivieren. Im Juni 2000 nahm die FATF ihre Arbeit am „Non Cooperative Countries and Territories Exercise (NCCT)“ auf, mit dem die Länder und Justizsysteme identifiziert werden sollen, die die Anti-Geldwäsche-Kriterien der FATF nicht erfüllen. Ferner förderte und fördert die FATF die Gründung und Stärkung von regionalen FATF-ähnlichen Einrichtungen. Die jährliche Untersuchung der Geldwäschetypologien, die 2001 von Norwegen geleitet wurde, konzentrierte sich auf eine Reihe von Hauptthemen, wie z. B. Online-Banking und Internetkasinos, Trusts, nicht gewerbliche Organisationen sowie Geldwäsche, Anwälte, Notare, Buchhalter und andere Berufsgruppen, die Rolle des Bargelds in Geldwäscheprogrammen und Geldwäsche in Zusammenhang mit Terrorismus. Schließlich wurde der Europäischen Zentralbank und Europol ein Beobachterstatus in der FATF eingeräumt (siehe <http://www.oecd.org/FATF>).

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Quellen – Kapitel 2

Nationale Berichte über die Drogensituation (2001) aus allen EU-Mitgliedstaaten und Norwegen.

Beenackers, E. M. Th., *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bowstenen voor een toetingskader; Een literatuuronderzoek (Onderzoeksnotities 2000/1)*, Ministerie van Justitie/Wetenschappelijk Onderzoeks- en documentatiecentrum (WODC), Den Haag 2000 (*).

Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., McDonald, D. und Trautmann, F., „Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injection centres in Australia“, *Drug and Alcohol Review*, Bd. 19, 2000, S. 337-346.

DPAS Home Office Drugs Prevention Advisory Service, „Criminal Justice – a golden opportunity“, *Access*, Ausgabe 1, 2000, S. 1-2.

EBDD, *Drogen im Blickpunkt – Briefing 2: Drogenkonsumenten und die Gesetzgebung in der EU*, EBDD, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg.

EBDD, *Drogen im Blickpunkt – Briefing 4: Injizierender Drogenkonsum*, EBDD, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg.

European Network on HIV/Aids and Hepatitis Prevention in Prisons, *Final Progress Report*, Bonn und Marseille 2001.

Europol, European Union situation report on drug production and drug trafficking, 2000-2001, Europol, Den Haag 2001.

Feistritz, G., *Suchtmittel und Drogenpolitik. Bevölkerungsbefragung Wien, Februar 2001*, IFES, Wien 2001.

Hope, V., Judd, A. und Hickman, M. u. a., „Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working?“, *American Journal of Public Health*, Bd. 91, Ausgabe 1, 2001, S. 38-42.

Hunt, N., Stillwell, G., Taylor, C. und Griffiths, P., „Evaluation of a brief intervention to reduce initiation into injecting“, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Bd. 5 (2), 1998, S. 185-194.

Hunt, N., Britton, J., Derricott, J. und Preston, A., *Making harm reduction work: Harm reduction and injecting drug users*, DrugScope, Department of Health und University of Kent, London und Canterbury 2001.

Hunter, G. M., Stimson, G.V., Judd, A., Jones, S. und Hickman, M., „Measuring injecting risk behaviour in the second decade of

harm reduction: a survey of injecting drug users in England“, *Addiction*, Bd. 95, 2000, S. 1351-1361.

Setbon, M. und De Calan, J., *L'injonction thérapeutique: évaluation du dispositif légal de prise en charge des usagers de drogues interpellé*, CNRS-GAPP/OFDI, Paris 2000 (*).

Skolverket, „Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger“, in *Nationella kvalitetsgranskningar 1999*, Skolverket, Stockholm 2000.

Smyth, B., McMahon, J., O'Connor, J. und Ryan, J., „Knowledge regarding hepatitis C among injecting drug users“, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Bd. 6 (2), 1999, S. 257-264 (*).

Stöver, H., „Consumption rooms – Between health orientation and public order“, *Journal of drug issues*, 2002 (im Druck befindlich).

Turnbell, P., Mc Sweeney, T., und Hough, M., „Drug Treatment and Testing Orders – the 18-Month Evaluation“, *Research Findings No. 128*, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, London 2000.

Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M. und Zomerveld, R., *Dranbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden*, Parnassia Addiction Research Centre (PARC) Den Haag 1999 (*).

Wiessing, L. G., Denis, B., Guttormsson, U. u. a., „Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union“ in: *Proceedings of 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations. Third Annual Meeting, Durban South-Africa, 5-7 July 2000*, National Institute on Drug Abuse – National Institutes of Health – U.S. Department of Health and Human Services, 2001.

Winstock, A. R., Wolff, K., Ramsey, J., „Ecstasy pill testing: harm minimisation gone too far?“ *Addiction*, Bd. 96, 2001, S. 1139-1148.

WHO, *Opioid Overdose: Trends, risk factors, interventions and priorities for action*, World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and prevention of Substance Abuse, Genf 1998.

(*) In den nationalen Berichten zitiert.

Ausgewählte Themen

In diesem Kapitel werden drei spezifische Themen im Zusammenhang mit dem Drogenproblem in Europa beleuchtet: polyvalenter Drogenkonsum, Therapieerfolge und Drogenkonsum im Strafvollzug.

Polyvalenter Drogenkonsum

In vielen Mitgliedstaaten ist der Begriff „polyvalenter Drogenkonsum“ (Mehrfachkonsum, Mischkonsum, Polytoxikomanie) sehr weit gefasst und bezeichnet den gleichzeitigen oder aufeinander folgenden Konsum mehrerer Drogen bzw. Drogenarten durch eine Person (gemäß der Definition im Lexikon der WHO). In Europa geht das Konzept des polyvalenten Drogenkonsums auf die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts zurück. Im weitesten Sinne versteht man unter polyvalentem Konsum den Konsum einer legalen oder illegalen Droge plus einer anderen legalen oder illegalen Droge. Es bestehen jedoch große Unterschiede in Bezug auf die einbezogenen Substanzen und den von den einzelnen Mitgliedstaaten angewandten Zeitrahmen. Diese Unterschiede hängen scheinbar von den verfügbaren Untersuchungsdaten und der Wahrnehmung der Risiken ab, die mit bestimmten Substanzen oder Kombinationen in Verbindung gebracht werden. Bei den einbezogenen Substanzen handelt es sich gewöhnlich um die wichtigsten illegalen Drogen sowie Alkohol und Medikamente. Manchmal werden Energy-Drinks einbezogen, und in Frankreich zählt auch Tabak zu diesen Substanzen. Der Zeitrahmen für den Konsum reicht von einem Zeitraum von sechs Stunden bis zu einer einmaligen Erfahrung im ganzen Leben eines Einzelnen.

Nach der breiteren Definition würden alle Konsumenten illegaler Drogen als polyvalente Drogenkonsumenten bezeichnet werden müssen, da sie fast immer irgendwann in ihrem Leben Alkohol und/oder Tabak konsumieren. Auch wenn der polyvalente Drogenkonsum entsprechend der enger gefassten Bandbreite der „illegalen Drogen“ definiert wird, unterscheiden sich die Kombinationen und Konsummuster so stark, dass es nicht sehr

hilfreich ist, eine Standarddefinition aufzustellen. Um auf die allgemeine Besorgnis in Bezug auf den polyvalenten Drogenkonsum in der EU einzugehen, wird hier der Schwerpunkt auf die akuten Gesundheitsrisiken gelegt.

Es besteht allgemein Konsens darüber, dass der polyvalente Drogenkonsum vier Hauptfunktionen erfüllt: Er maximiert die Wirkung, reduziert negative Wirkungen oder gleicht sie aus und erzielt die angestrebte Wirkung. Die Informationen darüber, wie die Kombinationen bestimmter Drogen wirken, basieren auf den Beschreibungen von Versuchen, bei denen die Konsumenten angenehme Erfahrungen hervorrufen und verlängern wollten (Seppälä, 1999; Strang u. a., 1993). Welche Substanzen konsumiert werden, hängt von der lokalen Verfügbarkeit, der Mode und der örtlichen Verschreibungspraxis ab, sofern es sich um Substanzen handelt, die Drogenkonsumenten in der Therapie als Medikamente verschrieben werden (in Deutschland, Frankreich, Irland und dem Vereinigten Königreich).

Gesundheitliche Risiken

Die Drogenkombinationen, die bei Todesfällen und Überdosierungen ermittelt wurden, lassen darauf schließen, welche besonderen Risiken bei Drogenkombinationen auftreten (siehe Kasten nächste Seite).

Gesundheitliche Risiken, die mit Kombinationen von psychotropen Stoffen in Verbindung gebracht werden, hängen nicht nur von den pharmakologischen Eigenschaften und den Mengen der konsumierten Substanzen, sondern auch von einer Reihe individueller Charakteristika sowie sozialer Faktoren und Umweltfaktoren ab.

Im Zusammenhang mit den „Frühwarnsystemen“ ist eine zunehmende Besorgnis in Bezug auf die mögliche Beimischung psychoaktiver Stoffe in als Ecstasy verkauften

Beispiele für Drogenkombinationen mit hohem Risiko

- Obwohl es schwer ist, eine Überdosis Benzodiazepine zu nehmen, kann eine hohe Dosis Benzodiazepine in Verbindung mit einer großen Menge an Alkohol oder einem Opiat, wie z. B. Heroin oder Methadon, tödlich sein.
- Wird Ecstasy in Verbindung mit Alkohol konsumiert, nehmen die gesundheitlichen Risiken zu, da durch den Alkohol der Wärmehaushalt beeinträchtigt und die Austrocknung gefördert wird.
- Wird Kokain mit Alkohol eingenommen, kann diese Verbindung viel schädlicher für Herz und Leber sein als nur Kokain oder Alkohol allein. Alkohol spielt oft eine Rolle bei Herzversagen durch Kokain.
- Der gleichzeitige Konsum verschiedener Stimulanzien, einschließlich Energy-Drinks, kann eine Überaktivität des Sympathikus hervorrufen, die zu Störungen des Wärmehaushalts und der Herzfunktion führen kann.

Quellen: Leccese u. a., 2000; DrugScope 2001.

Tabletten zu verzeichnen, die seitens der Konsumenten ein – nicht bewusst eingegangenes – durch polyvalenten Drogenkonsum hervorgerufenen Gesundheitsrisiko darstellen können. In Dänemark enthielten zum Beispiel 2001 zwischen 10 und 32 % der analysierten Tabletten mehr als eine aktive Substanz. Diese Tabletten enthielten hauptsächlich MDMA und PMA, PMMA, MDE und MDA (Dänemark). In Frankreich beinhalteten zwei Drittel einer analysierten Stichprobe von als Ecstasy verkauften Tabletten MDMA in Verbindung mit anderen aktiven Inhaltsstoffen, bei denen es sich hauptsächlich um Medikamente handelte.

Tödliche und nicht tödliche Überdosierungen

In den letzten zehn Jahren konzentrierte sich die Presse hauptsächlich auf die seltenen Todesfälle durch Ecstasy (Belgien, Dänemark, Italien und das Vereinigte Königreich). Der Tod problematischer Drogenkonsumenten erregt im Allgemeinen nicht das Interesse der Presse. Bei

den 7 000 bis 8 000 akuten Todesfällen durch Überdosierung, die jedes Jahr in der EU registriert werden, handelt es sich zum größten Teil um Männer, die seit mehreren Jahren Opiate konsumierten (siehe Abschnitt Drogenbedingte Todesfälle).

Ergebnisse toxikologischer Analysen tödlicher und nicht tödlicher Überdosierungen in Verbindung mit dem Konsum illegaler Drogen⁽⁵³⁾ stehen nicht überall zur Verfügung, aber die vorhandenen Resultate zeigen durchweg, dass die meisten Todesfälle mit der Injektion von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen zusammenhängen. In einer neuen Studie mit 153 Drogenkonsumenten im Vereinigten Königreich, die eine nicht tödliche Überdosis genommen hatten, wurde festgestellt, dass in 111 Fällen (73 %) mehr als eine Droge konsumiert worden war (Neale, 2001). Bei tödlichen Überdosierungen ist in über 50 % der Fälle im Vereinigten Königreich und in bis zu 90 % der Fälle in Irland mindestens eine weitere Droge oder Alkohol im Spiel. Benzodiazepine, Alkohol, Methadon und Kokain werden am häufigsten in Verbindung mit Opiaten festgestellt, und die jeweilige Überdosis erklärt sich gewöhnlich aus diesen Kombinationen (ONS, 2000a und b, 2001, Farrell, 1989, Bennett und Higgings, 1999, Strang u.a., 1999, Taylor u.a., 1996)⁽⁵⁴⁾.

Todesfälle in Zusammenhang mit Kokain, Amphetaminen oder MDMA (Ecstasy) ohne Konsum von Opiaten oder Benzodiazepinen sind selten und treten gewöhnlich in Verbindung mit anderen Drogen oder Alkohol auf.

Andere Risiken

Polyvalenter Drogenkonsum wird auch als ein besonders hohes Risiko beim Führen von Fahrzeugen betrachtet, die EU-Daten zu Drogen am Steuer sind jedoch sehr begrenzt. Vor kurzem wurde gewalttätiges oder aggressives Verhalten mit Mustern eines verstärkten Alkoholkonsums in Kombination mit stimulierenden Drogen in Zusammenhang gebracht (Snippe und Bieleman, 1997, Vermaas 1999).

Entwicklungstendenzen

In einigen Ländern steigt weiterhin die Zahl der Todesfälle, die die schwerwiegendste Folge des polyvalenten Drogenkonsums darstellen. Bei den am häufigsten ermittelten Substanzen handelte es sich um Kombinationen von Morphin, Benzodiazepinen und Alkohol, wobei

⁽⁵³⁾ Eine Droge gilt als „in Verbindung gebracht“ oder „assoziiert“, wenn sie in der toxikologischen Untersuchung positiv nachgewiesen wurde oder Beweise vorliegen, dass die Droge vor dem Tod konsumiert worden war. Daraus darf aber nicht gefolgert werden, dass die Droge die Todesursache ist. Es dürfte hingegen darauf hindeuten, dass die Droge(n) zum Tod beigetragen hat (haben).

⁽⁵⁴⁾ Tabelle 12 OL gibt ein Beispiel für die Zahl der Drogen, die in Irland bei Todesfällen im Zusammenhang mit dem Konsum von Opiaten eine Rolle spielten (Online-Fassung).

Ausgewählte Themen

jedoch in Spanien, Frankreich, Italien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich seit kurzem über eine Zunahme von Kokain auf nationaler oder lokaler Ebene berichtet wird (weitere Einzelheiten siehe Abschnitt Drogenbedingte Todesfälle).

Risikogruppen geben Anlass zur Sorge

Die Besorgnis der sozialen und öffentlichen Dienste bezüglich der drogenbedingten Todesfälle, Überdosierungen und Infektionskrankheiten, die mit Mustern des polyvalenten Drogenkonsums in Verbindung gebracht werden, richtet sich im Allgemeinen auf zwei Gruppen, die sich in Bezug auf die von ihnen konsumierten Substanzarten und Kombinationen sowie in Bezug auf die Settings unterscheiden, in dem diese konsumiert werden.

- Das größte, wissenschaftlich nachgewiesene gesundheitliche Risiko besteht bei problematischen Drogenkonsumenten, insbesondere bei denjenigen, die Opiate und andere Drogen injizieren.
- Die Medien und die breite Öffentlichkeit sind ebenfalls besorgt wegen des Todes- und Überdosierungsrisikos bei Freizeitkonsumenten, die nicht abhängig sind und deren Konsum illegaler Drogen zum größten Teil auf spezielle gesellschaftliche Umfelder oder eine bestimmte Phase in ihrem Leben beschränkt ist. Diese Sorge ist disproportioniert angesichts der sehr geringen Zahl von Todesfällen.

Im Zusammenhang mit den problematischen Konsumenten dienen die Zahl und die Eigenschaften der Personen, die bei den Fachstellen in Europa eine Therapie beantragen, als indirekter Indikator. In Bezug auf die Freizeitkonsumenten liegen die Ergebnisse einer umfassenden europäischen Studie in neun europäischen Städten sowie eine Reihe von Ad-hoc-Umfragen unter Klub-Besuchern vor.

Problematische Drogenkonsumenten

Seit den 70er Jahren haben problematische Drogenkonsumenten nachweislich die Zutaten ihrer Drogenmenüs den auf dem Markt verfügbaren Drogen sowie den verschiedenen Phasen ihres Lebens angepasst. Dabei ersetzen sie nicht verfügbare Substanzen durch eine andere, die nicht unbedingt von der gleichen Art sein muss (Haw, 1993; Strang u. a., 1993; Fountain u. a., 1999).

Polyvalenter Drogenkonsum bei in Behandlung befindlichen Patienten

Auf europäischer Ebene geben die Behandlungsdaten Aufschluss über die Primär- und die Sekundärdrogen: Bei der Primärdroge handelt es sich um die Droge, die dem Patienten die meisten Probleme bereitet⁽⁵⁵⁾, und die Sekundärdrogen sind die zweitproblematischste Droge. Das europäische Informationssystem zu Therapien, das auf dem Protokoll zum Indikator Behandlungsnachfrage (TDI-Protokoll) basiert und bis zu vier Substanzen pro Person registriert, könnte als ein indirekter Hinweis auf problematischen polyvalenten Drogenkonsum⁽⁵⁶⁾ dienen, auch wenn es nur auf in Behandlung befindliche Konsumenten beschränkt ist.

Die meisten in Behandlung befindlichen Patienten (83,2 %) konsumieren neben ihrer Hauptdroge auch Sekundärdrogen (Abbildung 23). Aus vielen Ländern wird eine Zunahme des polyvalenten Drogenkonsums gemeldet⁽⁵⁷⁾.

Abbildung 23 A

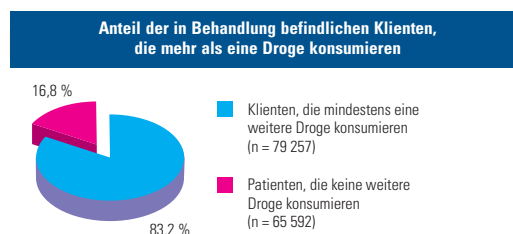
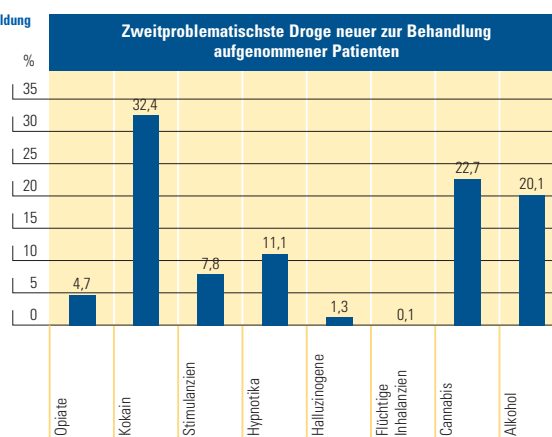


Abbildung 23 B



Quellen: Daten des Treatment Demand Indicator (TDI) 2000 zu ambulanten Behandlungszentren. Nationale Reitox-Berichte 2001.

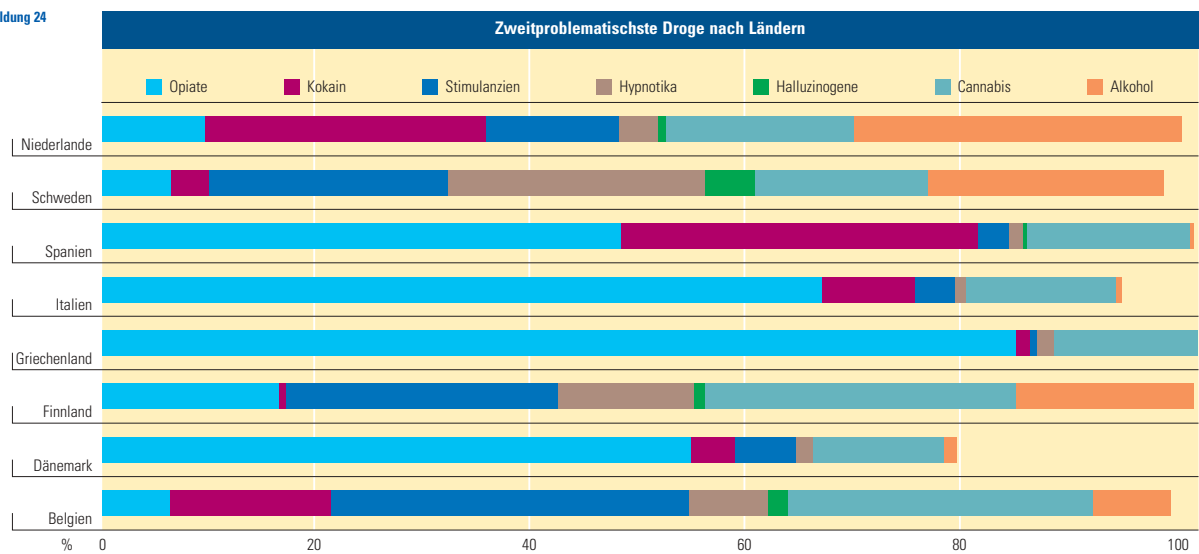
⁽⁵⁵⁾ Im Treatment Demand Indicator Standard Protocol 2.0 wird unter Punkt 14 „Primärdroge“ definiert als die „drug that causes the client the most problems“ (Droge, die dem Patienten die meisten Probleme bereitet) und unter Punkt 19 werden andere, zusätzlich zur Primärdroge eingenommene Drogen (= Sekundärdrogen) als ein Hinweis auf multiplen Drogenkonsum interpretiert (siehe die Webseite unter: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf)

⁽⁵⁶⁾ Länder, in denen Daten zu diesem Thema vorlagen: Belgien, Griechenland, Spanien, Italien, die Niederlande, Finnland, Schweden.

⁽⁵⁷⁾ Siehe nationale Berichte der Reitox-Knotenpunkte, Abschnitt zur Behandlungsnachfrage, Kapitel 1, Abbildung 6 „Sämtliche in eine Therapie aufgenommenen Patienten“.

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Abbildung 24



Quellen: Daten des Treatment Demand Indicator (TDI) 2000 zu ambulanten Behandlungszentren. Nationale Reitox-Berichte 2001.

Die häufigsten Muster des problematischen polyvalenten Drogenkonsums sind: Heroin in Kombination mit anderen Opiaten, wie z. B. abgezweigtes Methadon oder Benzodiazepine; Opiate zusammen mit Kokain, Cannabis, Stimulanzien oder Alkohol und Kokain mit Alkohol oder Stimulanzien ⁽⁵⁸⁾.

Die Konsummuster variieren je nach Land und Geschlecht erheblich. Die verfügbaren Daten zeigen, dass in einigen Ländern ein einziges Muster vorherrscht, während in anderen verschiedene Drogenkombinationen auftreten. In einigen Ländern glaubt man, aufgrund der verfügbaren Daten homogene Muster feststellen zu können, wie zum Beispiel in Griechenland und Italien, wo in Bezug auf die Primärdrogenverteilung Heroin gleichzeitig mit Hypnotika, Sedativa, anderen Opiaten oder Cannabis konsumiert wird. In Spanien und den Niederlanden, wo der Anteil der Konsumenten ziemlich hoch ist, die Kokain als Primärdroge nehmen und eine Therapie beantragen, tritt Kokain auch häufig als Sekundärdroge in Verbindung mit Heroin oder Stimulanzien auf.

Bei Aufschlüsselung auf die Geschlechter ist festzustellen, dass es sich bei den in Behandlung befindlichen polyvalenten Drogenkonsumenten hauptsächlich um Männer handelt, insbesondere diejenigen, die Heroin in Verbindung mit Opiaten und Kokain oder Alkohol konsumieren; bei den Frauen ist der Anteil derjenigen höher, die Stimulanzien mit Cannabis oder Stimulanzien mit

anderen Substanzen (Hypnotika/Sedativa, flüchtige Stoffe) einnehmen ⁽⁵⁹⁾.

Personen, die Cannabis zusätzlich zu ihrer Hauptdroge konsumieren, sind hauptsächlich zwischen 15 und 24 Jahren alt; die polyvalenten Konsumenten von Opiaten und Kokain sind älter (zwischen 20 und 39), und diejenigen, die andere Drogen gleichzeitig mit Alkohol einnehmen, sind die ältesten Mischdrogenkonsumenten, die sich in Behandlung befinden ⁽⁶⁰⁾.

Aus den verfügbaren Daten können bei den in Behandlung befindlichen Patienten folgende Konsummuster ermittelt werden:

- ältere Konsumenten, hauptsächlich Männer, die Opiate als Hauptdroge in Verbindung mit anderen Opiaten oder Cannabis konsumieren;
- jüngere Konsumenten, Männer und Frauen, die Cannabis und Stimulanzien zusammen mit Alkohol oder anderen Substanzen (wie z. B. Halluzinogene) konsumieren;
- Männer unter 30 Jahren, die Kokain in Verbindung mit Alkohol und anderen Stimulanzien konsumieren;
- Männer zwischen 20 und 39 Jahren, die Heroin und Kokain konsumieren.

⁽⁵⁸⁾ Abbildung 16 OL: Weit verbreitete Mischkonsummuster: Konsum der problematischsten Droge in Verbindung mit der zweitproblematischsten (Online-Fassung).

⁽⁵⁹⁾ Abbildung 17 OL: Zweitproblematischste Droge, nach Geschlecht (% der Gesamtzahl, nach Droge) (Online-Fassung).

⁽⁶⁰⁾ Abbildung 18 OL: Zweitproblematischste Droge, nach Alter (Online-Fassung).

Ausgewählte Themen

Freizeitkonsumenten

Polyvalenter Drogenkonsum tritt häufiger bei jungen Leuten im Umfeld von Tanzklubs auf als bei jungen Menschen in anderen Umfeldern, und zwar vor allem in Bezug auf den Konsum von Alkohol, Cannabis und stimulierenden Drogen (Calafat u. a., 1999; Espad 2000). Zudem gibt es Belege dafür, dass der polyvalente Drogenkonsum in der Freizeit in ganz Europa im Allgemeinen häufiger bei Männern und regelmäßigen Cannabis-konsumenten auftritt als bei Frauen und solchen Personen, die mit Cannabis experimentieren; es bestehen jedoch geografische Unterschiede. In einer 1998 durchgeführten umfassenden europäischen Studie zu Drogenkonsumenten in ausgewählten Umfeldern des Nachtlebens berichtete ungefähr die Hälfte aller Drogenkonsumenten in der Technoszene, dass sie gleichzeitig Alkohol und Cannabis konsumierte, gefolgt von Alkohol und Ecstasy sowie von Cannabis und Ecstasy (Calafat u. a., 1999). Tabelle 1 zeigt, dass der Drogenkonsum in der Freizeit stark vom Alkohol beherrscht wird. Die Mehrheit der Freizeitkonsumenten nimmt zwar nicht gleichzeitig große Mengen an illegalen Drogen und Alkohol zu sich, aber Studien lassen auf einen Anstieg bei den Personen schließen, die „schwerwiegende“ Drogenkonsummuster entwickeln, und die Besorgnis wegen gesundheitlicher Risiken und potenzieller Langzeitschäden durch spezifische Muster des Freizeitkonsums nimmt zu (Club Health, 2002; Hunt, 2002; McElrath und McEvoy, 1999; Reitox).

Starker polyvalenter Drogenkonsum in der Freizeit wird damit in Verbindung gebracht, dass die Betroffenen sich wiederholt in Situationen befinden, in denen Drogen verfügbar sind und dass Gleichaltrige ihnen positive Bilder von Drogenkombinationen vermitteln. Allerdings ist starker Drogenkonsum im Allgemeinen auf bestimmte gesellschaftliche Ereignisse, die Ferien oder besondere soziale und kontaktfreudige Phasen im Leben beschränkt (Bellis u. a., 2000).

Einige Mitgliedstaaten (Frankreich und Italien) berichteten von einem Anstieg beim Herionrauchen. In den letz-

ten Jahren war man vor allem wegen der Personen besorgt, die Heroin rauchen, um von Ecstasy wegzukommen, aber die Belege dafür sind unterschiedlich oder widersprüchlich. So zeigen zum Beispiel Studien in Therapiesettings und Gefängnissen in Irland, dass über die Hälfte der befragten Drogenkonsumenten Heroin geraucht hatten, um von Ecstasy „runterzukommen“, während Befragungen von Freizeitkonsumenten und 15- bis 16-jährigen Schülern zeigen, dass Heroin noch immer ein sehr negatives Image hat (Irland, ESPAD 2000).

Lokaler Markt

Da bisher nur wenig Forschung zu den Drogenmärkten in der EU betrieben wurde, liegen keine genauen Einzelheiten zu den auf den lokalen Märkten verfügbaren Drogenkombinationen vor.

In Bezug auf die „Märkte“ gibt es im Vereinigten Königreich regelmäßig Medienberichte über den Handel mit Ecstasy, Amphetaminen, Kokainpulver und Cannabis in Klubs und Bars. Die Forschung in den Niederlanden hat jedoch gezeigt, dass viele junge Nachtclubbesucher ihre Drogen eher von Freunden als von Dealern bekommen. Einige der Märkte, die von denjenigen besucht werden, die Heroin, Crack und verschreibungspflichtige Medikamente (wie z. B. Benzodiazepine) kaufen und verkaufen, sind zwar bekannt, aber gewöhnlich von jenen für Nachtclubbesucher getrennt. Auf den verschiedenen Märkten werden unterschiedliche Substanzen verkauft: Einige konzentrieren sich auf abgezwigte verschreibungspflichtige Medikamente, während andere hauptsächlich mit Heroin und/oder Crack handeln. Im Fall der abgezwigten verschreibungspflichtigen Medikamente wird die Verteilung durch eine große Zahl von Personen betrieben, die einige oder alle der ihnen verschriebenen Medikamente verkaufen (Edmunds u. a., 1996; Fountain u. a., 2000).

Maßnahmen gegen polyvalenten Drogenkonsum

Maßnahmen werden auf die folgenden zwei verschiedenen Zielgruppen abgestellt: ältere problematische polyvalente Drogenkonsumenten und junge Freizeitkonsumenten.

Ältere problematische polyvalente Drogenkonsumenten

Im Zusammenhang mit den älteren problematischen polyvalenten Drogenkonsumenten spielt aufgrund der möglichen unerwarteten Folgen die Prävention von drogenbedingten Schäden eine große Rolle. Die Maßnahmen umfassen die angemessene Information der Drogenkonsumenten über die Wirkung bestimmter Drogen, die Folgen multiplen Drogenkonsums und das richtige Verhalten in Drogennotfallsituationen.

Tabelle 1

Drogenkombinationen, die von Freizeitkonsumenten in ein und derselben Nacht konsumiert werden	
	%
Alkohol und Cannabis	50,6
Alkohol und Ecstasy	11,9
Alkohol, Cannabis und Ecstasy	10,4
Cannabis und Ecstasy	8,4
Alkohol und Kokain	7,8
Cannabis und Ecstasy, Alkohol und Kokain	7,8
Cannabis, Alkohol und Kokain	2

Quelle: Calafat u. a., *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea und Europäische Kommission, Valencia 1999.

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Polyvalenter Drogenkonsum ist nachweislich schwerer zu behandeln als der Konsum einer einzelnen Droge. Die Mitgliedstaaten berichten zwar nicht über spezielle Therapieprogramme für bestimmte Drogenkombinationen, aber nahezu alle Dienste stehen für polyvalente Drogenkonsumenten offen. Dabei liegt der Schwerpunkt eher auf dem Verhalten als auf den Substanzen. Allerdings kann der polyvalente Drogenkonsum bei der akuten Behandlung und beim Entzug eine sehr große Rolle spielen.

Die Kombination von Heroin und Benzodiazepinen hat Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Therapie. Wird der Opiatkonsum behandelt und gleichzeitig der auch vorhandene Benzodiazepinkonsum vernachlässigt, kann sich dadurch die Wirksamkeit einer Substitutionstherapie, zum Beispiel mit Methadon, verringern. Im Vereinigten Königreich betonen die amtlichen Verschreibungsrichtlinien (Department of Health u. a., 1999), dass Stimulanzien nicht bei polyvalentem Drogenkonsum verschrieben werden sollten.

In allen Ländern außer Schweden besteht ein großes Problem darin, in medikamentengestützten Therapien, zum Beispiel mit Methadon, andere Substanzen als Opiate unter Kontrolle zu bekommen. In anderen Ländern wird der Vorteil eines regelmäßigen Kontakts mit den Drogenkonsumenten in Substitutionsprogrammen offensichtlich als wichtiger angesehen als der Nachteil des gleichzeitigen Konsums weiterer Drogen. In Schweden werden jedoch polyvalente Drogenkonsumenten nicht zu einer Methadonbehandlung zugelassen, und zwar unabhängig von der Schwere ihres Heroinproblems.

Bei polyvalenten Drogenkonsumenten wird häufig eine psychiatrische Komorbidität diagnostiziert. Dänemark, die Niederlande, Österreich und Schweden berichten von einer hohen und möglicherweise steigenden Zahl polyvalenter Drogenkonsumenten, die in psychiatrische Kliniken eingeliefert werden.

Es gibt nur wenig Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit von Therapien bei polyvalenten Drogenkonsumenten. Im Allgemeinen trägt die Anpassung der Behandlung an den jeweiligen Fall zum Therapieerfolg bei. In der britischen NTORS-Studie wurde festgestellt, dass Opiatkonsumenten, die zu Behandlungsbeginn häufig Stimulanzien konsumierten, nach einem Jahr deutliche Fortschritte in Bezug auf einen niedrigeren Opiat- und Stimulanzienkonsum zeigten (Gossop u. a., 1998). Griechenland berichtet, die Behandlungsmaßnahmen trügen nach Aussage der Mitarbeiter von Substitutionsprogrammen zu einer Verringerung des polyvalenten Drogenkonsums bei (KETHEA und NSPH, 2001).

Im deutschen nationalen Bericht wird die Entwicklung spezieller Therapieprogramme für spezifische Gruppen, wie z. B. polyvalente Drogenkonsumenten, als eine Notwendigkeit betrachtet, und das Vereinigte Königreich schlägt die Verbreitung von Beispielen bewährter Verfahrensweisen vor. Finnland berichtet, dass Bedarf an Schulungen besteht und einige Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter in der Behandlung von polyvalenten Drogenkonsumenten bereits im Gange sind.

Freizeitkonsumenten

In einigen Ländern (Spanien, Frankreich und Italien) wurden umfassende Kampagnen in den Massenmedien eingeleitet, um vor multiplem Drogenkonsum in Freizeitsettings zu warnen. In Italien wurde die Kampagne bei größeren Jugendveranstaltungen von lokalen Initiativen unterstützt. Dabei werden häufig keine spezifischen Substanzen genannt, und die Folgen des Konsums werden nicht deutlich klargestellt. In anderen Ländern (Belgien, Deutschland, den Niederlanden, Österreich und dem Vereinigten Königreich) werden diese Gesundheitswarnungen und -ratschläge durch Drogenarbeiter, Peers oder Selbsthilfegruppen weitergegeben.

Durch Pillentests können die Konsumenten über gefährliche und unerwartete Pillenbestandteile vor Ort, durch Zeitschriften und Poster oder über das Internet informiert werden. Zum Beispiel fand im Herbst 2000 das österreichische Programm *ChEck iT!* mehrere Pillen, die als Ecstasy verkauft wurden und PMA/PMMA enthielten, und gab sofort vor Ort und im Internet Warnungen heraus (Krieger u. a., 2001). Ein anderes Beispiel ist das niederländische DIMS-Projekt, das im November 2001 eine rasche Warnung vor Pillen herausgab, die PMA enthielten.

Es gibt praktisch keine Therapien für Konsumenten, die in ihrer Freizeit mehrere Drogen zu sich nehmen. Das könnte unter anderem daran liegen, dass die meisten Drogenhilfeeinrichtungen nur auf die Behandlung von Opiatkonsum und schweren Abhängigkeitsproblemen ausgerichtet sind.

Politische Aspekte

Die Rituale und sozialen Schranken, die polyvalente Drogenkonsumenten einsetzen, um die angestrebte Wirkung zu erzielen und gleichzeitig das Risiko zu verringern, müssen untersucht werden, um die sozialen Bedingungen und Umweltbedingungen besser verstehen zu können, die bei verschiedenen Drogen konsumierenden Gruppen zu einem Risiko beitragen (Boys u. a., 2000; Decorte, 1999; Akram und Galt, 1999).

Die Prävention, insbesondere in Freizeitsettings, sollte eine umfassende Information und Beratung über die mit

Ausgewählte Themen

multiplen Drogenkonsum verbundenen Risiken beinhalten. Es werden weitere evidenzbasierte Informationen benötigt, um die bestmögliche Behandlungsform für polyvalente Drogenkonsumenten und insbesondere für problematische Drogenkonsumenten mit psychischen Störungen zu ermitteln.

Um die pharmakotoxikologischen Risiken bestimmter Kombinationen besser verstehen zu können, ist es eine vorrangige Aufgabe der Kliniker, Patienten mit Verdacht auf drogenbedingte Vergiftungen weiter zu beobachten und evidenzbasierte Informationen über akute und langfristige Gesundheitsschäden bereitzustellen.

Behandlungserfolge

Im Aktionsplan der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung (2000-2004) ist das dritte Strategieziel „die erhebliche Steigerung der Anzahl erfolgreich behandelte Drogenabhängiger“. Da es auf europäischer Ebene keine aggregierten Daten gibt, kann der Grad der Umsetzung dieses Zieles nicht direkt gemessen werden. Es wurden jedoch in ganz Europa zahlreiche Evaluierungen durchgeführt, in denen untersucht wurde, ob und welche Arten von Behandlung erfolgreich sind. Die Ergebnisse erfolgreicher Behandlungen werden hier nach Art der Therapiemaßnahme geordnet vorgestellt: Entzugsbehandlung, drogenfreie Behandlung und medikamentengestützte Behandlung. Die Erfolgskriterien unterscheiden sich je nach Art der Behandlung und beziehen sich auch auf die soziale Wiedereingliederung und Rehabilitation nach der Behandlung.

Entzugsbehandlung

Die Entzugsbehandlung oder Entgiftung gilt im Allgemeinen als der erste Schritt in einem umfassenden Behandlungsprozess. Mit dieser Maßnahme soll in erster Linie eine Phase erreicht werden, in der der Patient körperlich drogenfrei ist und nicht länger eine unstillbare Gier nach illegalen Drogen verspürt, und an zweiter Stelle soll der Patient auf die Überweisung/Vermittlung an eine abstinenzorientierte Behandlung vorbereitet werden. In Schweden und Finnland ist dieses Verfahren eine Voraussetzung für den Beginn einer Methadonbehandlung.

In den Mitgliedstaaten und in Norwegen wurden zwar Entzugsbehandlungen evaluiert, aber dennoch ist es die allgemein am seltensten evaluierte Behandlungsmaßnahme. In der Regel haben sich Entzugsbehandlungen mit Medikamenten wie Naltrexon, Clonidin, Lofexidin und Buprenorphin bei der Verringerung von Entzugserscheinungen und -symptomen als wirksam erwiesen, die Wirkung bei verschiedenen Entzugserscheinungen ist jedoch

von Medikament zu Medikament anders (Greenstein u. a., 1997). Methadon wird fast überall bei der Behandlung von Entzugserscheinungen eingesetzt, obwohl Forschungsergebnisse darauf schließen lassen, dass es in der Erhaltungstherapie die besten Erfolge bringt.

Ferner gibt es Entzugsbehandlungen ohne Einsatz von Medikamenten, auch „Cold Turkey“ genannt, aber ihre Zahl ist nicht wirklich bekannt. Auch gibt es keine Berichte über die Wirkung und die Ergebnisse von nicht medikamentengestützten Entzugsbehandlungen im Vergleich zu medikamentengestützten Entzugstherapien. Zudem sollte das vor kurzem entstandene Konzept der raschen Entgiftung mit Naltrexon unter Vollnarkose (manchmal als „Turbo-Entzug“ bezeichnet) gründlicher untersucht werden.

Bei einer Maßnahme in Portugal, in der der Einsatz von Naltrexon mit einer Psychotherapie verbunden wurde, stellte sich heraus, dass nach drei Monaten bemerkenswerte Fortschritte in den soziodemografischen und psychologischen Variablen sowie beim Risikoverhalten festzustellen waren (Costa, 2000). In einem Experiment in Deutschland wurden Methadonkonsumenten unter Vollnarkose mit Naltrexon entgiftet. Die Zufriedenheit der Patienten war recht hoch, aber 50 % der Betroffenen berichteten von ernststen Beschwerden im ersten Monat nach der Maßnahme. Sechs Monate nach der Entlassung hatte ein Drittel der Patienten keine harten Drogen mehr konsumiert (Tretter u. a., 2001).

Obwohl einige Entzugsbehandlungen einer Evaluation unterzogen wurden, werden umfassendere Informationen über das Für und Wider der verschiedenen Modalitäten sowie darüber benötigt, welche Art von Entzugsbehandlung bei welcher Art von Patient eingesetzt werden sollte.

Abstinenzorientierte Behandlung

Die Behandlung ohne pharmakologische Substitution wendet physisch-soziale Techniken mit dem Ziel an, dass der Klient zuerst abstinent wird und dann langfristig von seiner Gier nach Drogen befreit wird. Das primäre Erfolgskriterium für diese Art der Behandlung besteht darin, dass sie – wie geplant – drogenfrei abgeschlossen wird, obwohl auch andere Kriterien wie Verbesserungen im psychischen, sozialen und ökonomischen Wohlergehen eine wesentliche Rolle spielen. Bedeutende „Nebenwirkungen“ sind der Rückgang von Straftaten und riskanten Verhaltensmustern sowie eine Verbesserung der Gesundheit und des allgemeinen Wohlbefindens des Klienten.

Evaluationen der abstinenzorientierten Behandlungsmaßnahmen haben gezeigt, dass diese Zielvorgaben

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

mehr oder weniger erfüllt werden (Gossop u. a., 2001). Die Evaluationsergebnisse weisen große Schwankungen auf, aber im Allgemeinen schließen 30 bis 50 % der Klienten die abstinenzorientierte Behandlung erfolgreich ab. Eine Studie aus Dänemark kam zu dem Schluss, dass in Abhängigkeit von der Art der abstinenzorientierten Behandlungsmaßnahmen die Erfolgsquote bei Beendigung der Behandlung eines Klienten bei 17 bis 58 % lag (Pedersen, 2000).

Eine andere weitgehend anerkannte Schlussfolgerung ist, dass die Therapiedauer in enger Beziehung zum Therapieergebnis steht, oder anders ausgedrückt: Je länger eine abstinenzorientierte Behandlung durchgeführt wird, desto besser. Dies wird durch eine Studie aus Deutschland untermauert, die darauf hinweist, dass die Haltequote/Verweildauer bei der abstinenzorientierten Behandlung mit ihren Ergebnissen korreliert (Sonntag, D. und Künzel, J., 2000). Einige Forschungsarbeiten haben versucht, die Schwelle zu ermitteln, an der die Zahl erfolgreicher Behandlungsergebnisse zunimmt. Laut einer Studie erzielten Klienten, die sich einer 90-tägigen stationären Behandlung ohne pharmakologische Substitution unterzogen, ein Jahr nach ihrer Entlassung bessere Ergebnisse hinsichtlich einer Abstinenz von Opiaten, Stimulanzien und eines Rückgangs des intravenösen Drogenkonsums als die früher Entlassenen (Gossop u. a., 1998). Dies wurde durch eine Studie aus Griechenland bestätigt, die zu dem Schluss führte, dass die Klienten, die die Therapie innerhalb der ersten drei Monate abbrachen, ihren Heroinkonsum nach ihrer Entlassung nur um 11 % verringerten, während jene, die mindestens ein Jahr in Behandlung blieben, ihn um 76 % reduzieren konnten (KETHEA, 2001).

Was die Frage nach der Langzeitwirkung betrifft, so kam eine österreichische Studie zu dem Schluss, dass ein Behandlungsprogramm mit Schwerpunkt auf sozialen und psychotherapeutischen Maßnahmen die Sozialkompetenz und die subjektive Zufriedenheit der Klienten wesentlich verbesserte und damit zu einer langfristigen Stabilität der Klienten führt (Wirth, 2001).

Die National Treatment Outcome Research Study (NTORS-Studie) wurde 1994 auf Veranlassung des britischen Gesundheitsministers mit dem Ziel initiiert, die Effektivität der Behandlungsdienste gegen Drogenmissbrauch im Vereinigten Königreich zu bewerten. 1995 rekrutierte NTORS 1 075 Klienten für das Projekt und begleitete sie in fünf aufeinander folgenden Jahren. 650 Klienten wurden mittels einer stratifizierten Zufallsstichprobe ausgewählt und in vier unterschiedlichen Behandlungsmodalitäten beobachtet: stationäre Behandlung, Rehabilitation in Form des betreuten Wohnens, Herab-

setzung bzw. Beibehaltung von Methadon. Das wichtigste Ergebnis der Studie lautet, dass bei behandelten Patienten eine Verbesserung hinsichtlich der Ergebnisparameter, wie Drogenkonsum, Injektionshäufigkeit, gemeinsame Nadelbenutzung und psychische Gesundheit, festzustellen ist. Die Gesamtkohorte zeigte statistisch signifikante Verbesserungen hinsichtlich ihres Heroinkonsums: Bei Aufnahme der Behandlung konsumierten ca. 75 % regelmäßig Heroin, während es vier oder fünf Jahre danach nur noch ungefähr 40 % waren. Der regelmäßige Konsum von rezeptfreiem Methadon verringerte sich von ca. 30 % bei der Aufnahme auf 10 %, und die gemeinsame Nadelbenutzung ging von ca. 20 % auf etwa 5 % zurück. Die Bewertung der psychischen Gesundheit ergab ebenfalls statistisch signifikante Verbesserungen des Zustands vier bis fünf Jahre nach Aufnahme der Behandlung.

Die abstinenzorientierte Behandlung wurde in ganz Europa evaluiert, wobei unterschiedliche Methoden angewandt und insbesondere in den letzten zehn Jahren umfangreiche Erkenntnisse gewonnen wurden. Es gibt jedoch noch immer Bereiche, die der weiteren Forschung bedürfen, um auf seit kurzem bestehende Phänomene reagieren zu können. Ein Beispiel ist die Effizienz der abstinenzorientierten Behandlung von Konsumenten, die überwiegend Kokain und Amphetamine zu sich nehmen, sowie anderer spezieller Untergruppen. Des Weiteren gibt es kaum umfangreiche Studien über die Anzahl der Konsumenten, die nach einer erfolgreich abgeschlossenen Behandlung langfristig drogenfrei bleiben.

Medikamentengestützte Behandlung

Die medikamentengestützte Behandlung (die die Substitutionstherapie einschließt) verwendet agonistische oder antagonistische Medikamente zur Behandlung der Klienten. Agonistische Medikamente (z. B. Methadon) aktivieren die Opiatrezeptoren im Gehirn, und antagonistische Medikamente (z. B. Naltrexon) begrenzen die Wirkung anderer konsumierter illegaler Drogen oder schalten diese aus. Das Ziel der medikamentengestützten Behandlung kann Abstinenz sein, möglicherweise aber auch die langfristige medizinische Weiterbehandlung des Klienten bedeuten. Ungeachtet dessen, ob das Endziel Abstinenz oder Reduzierung schädlicher Auswirkungen des Drogenmissbrauchs lautet, werden folgende vorläufige Ziele angestrebt: Reduzierung des Konsums illegaler Drogen und des Risikos von Infektionskrankheiten; Verbesserung des psychischen und physischen Zustands des Klienten; Reduzierung drogenbedingter Straftaten.

Die Behandlung mit Methadon ist die am weitesten verbreitete medikamentengestützte Behandlung. Wie „gestützt“ bereits impliziert, ist das Ziel dieser Art von

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Ein wichtiges Ergebnis ist zum Beispiel, dass die Haltequoten für die Behandlungsergebnisse oder den „Erfolg“ ausschlaggebend sind. Es stehen jedoch noch Erkenntnisse darüber aus, wie Patienten weiter behandelt werden können, oder mit anderen Worten, welche Elemente der Behandlung für die Erhöhung der Haltequote entscheidend sind. Den „aktiven Faktor“ bei jeder Art von Behandlung zu ermitteln, ist eine schwierige Aufgabe, und daher ist es unbedingt erforderlich, die Leistung der Behandlungsdienste und damit auch die Behandlungsergebnisse zu verbessern.

Theoretisches Wissen und Erkenntnisse sind eine Sache, deren Umsetzung jedoch eine andere. Beispielsweise sind in der medikamentengestützten Behandlung begleitende psychosoziale Maßnahmen wichtig und tragen, wie die Forschung belegt, zum Erfolg bei, dennoch wird diese Erkenntnis in der Praxis immer noch nicht adäquat umgesetzt.

In den letzten Jahren wurde großes Gewicht auf die Ausweitung der Behandlungsdienste gelegt, ein Vorhaben, das im Großen und Ganzen auch erreicht wurde. Nunmehr besteht die Herausforderung darin, das Spektrum an Behandlungsdiensten zu erweitern und die eigentlichen Maßnahmen zu verbessern und damit ihren „Erfolg“ zu erhöhen.

Drogenkonsum im Strafvollzug

Drogen und Drogenkonsum haben die Realität des Strafvollzugs in den letzten zwei Jahrzehnten grundlegend verändert. Heutzutage stehen alle europäischen Länder vor großen Problemen, die sich aus dem Drogenkonsum und drogenbedingten Infektionskrankheiten in Haftanstalten ergeben.

Drogennachfrage im Strafvollzug ⁽⁶¹⁾

Es liegen kaum nationale Routineinformationen über den Drogenkonsum, die Konsummuster und die Auswirkungen des Drogenkonsums unter Haftinsassen vor. Die meisten innerhalb der EU verfügbaren Daten stammen aus Ad-hoc-Studien, die auf lokaler Ebene mittels einer kleinen Stichprobenerhebung unter Haftinsassen durchgeführt wurden. Daher ist es äußerst schwierig, Extrapolationen vorzunehmen.

Prävalenz von Drogenkonsumenten im Strafvollzug

In Bezug auf Drogenkonsum können Inhaftierte als besondere Risikogruppe eingestuft werden. Im Vergleich zur Außenwelt sind Drogenkonsumenten im Strafvollzug

tatsächlich überrepräsentiert. Der Anteil der Inhaftierten in der EU, die angeben, jemals eine illegale Droge konsumiert zu haben, schwankt je nach Haftanstalt und Land zwischen 29 und 86 % (über 50 % in den meisten Studien) (Abbildung 25). Wie auch außerhalb des Strafvollzugs ist Cannabis die am häufigsten konsumierte Substanz, jedoch weisen mehrere Studien ebenfalls auf einen hohen Heroinkonsum hin (fast 50 % der Inhaftierten oder in einigen Fällen sogar mehr).

Unterschiedlichen Studien zufolge berichten 6 bis 69 % der Haftinsassen von regelmäßigem und/oder schädlichem Konsum wie intravenöser Applikation, regelmäßiger Konsum oder Abhängigkeit.

Ausmaß des Drogenkonsums im Strafvollzug

Die Inhaftierung bedeutet nicht das Ende des Drogenkonsums. Aufgrund der geringen Verfügbarkeit von illegalen Drogen sind die meisten Drogenabhängigen jedoch gezwungen, ihren Konsum nach der Inhaftierung einzustellen oder zu reduzieren. Einige konsumieren hingegen weiterhin Drogen, mitunter sogar in einem noch größeren Umfang als zuvor; andere wiederum beginnen damit erst nach Haftantritt.

Drogenkonsum im Strafvollzug wird von 16 bis 54 % der Inhaftierten, regelmäßiger Drogenkonsum von 5 bis 36 % berichtet. Zwischen 0,3 und 34 % der Inhaftierten haben Erfahrung mit injizierendem Drogenkonsum im Strafvollzug.

Auch der Einstieg in den Drogenkonsum und die intravenöse Applikation findet während des Strafvollzugs statt. Mehreren Studien aus Belgien, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Österreich, Portugal und Schweden zufolge gaben zwischen 3 und 26 % der inhaftierten Drogenkonsumenten an, im Strafvollzug erstmals Drogen konsumiert zu haben, während 0,4 bis 21 % der injizierenden Drogenkonsumenten in der Haftzeit mit dem Injizieren begannen (NB, 2001; WIAD-ORS, 1998).

Gesundheitliche und rechtliche Folgen

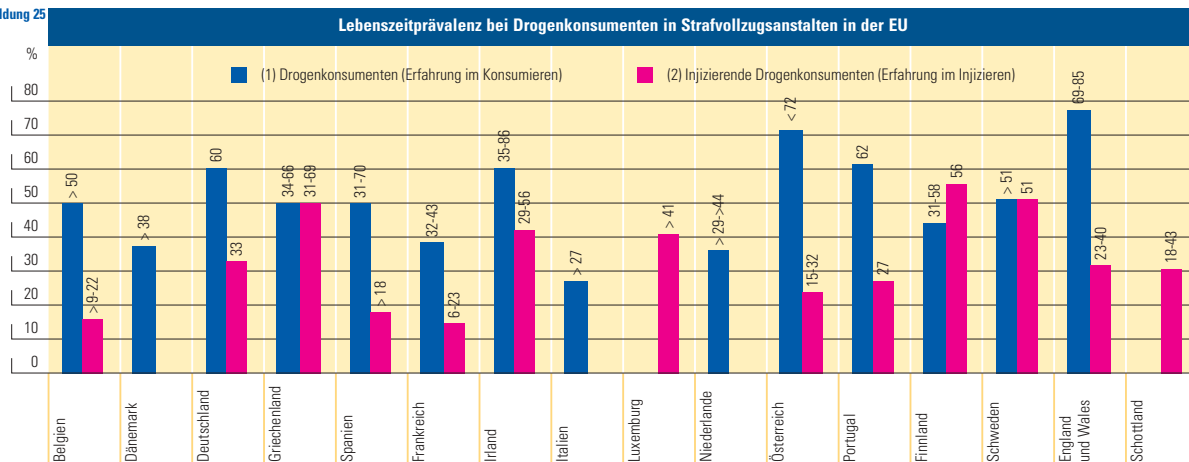
Risikoverhalten

Aus in Belgien, Deutschland, Griechenland, Frankreich, Irland, Luxemburg, Österreich und im Vereinigten Königreich durchgeführten Studien (Nationale Berichte, 2001) geht hervor, dass ein großer Teil der inhaftierten injizierenden Drogenkonsumenten Injektionszubehör austauscht. Im Strafvollzug geht intravenöser Drogenkonsum oft mit der gemeinsamen Benutzung von Drogenbesteck einher, und bis zu 100 % der injizierenden Dro-

⁽⁶¹⁾ Siehe auch Tabelle: „Anteil von Drogenkonsumenten unter Häftlingen in der EU“ (Online-Fassung).

Ausgewählte Themen

Abbildung 25



Anmerkungen: Die Zahlenwerte wurden von Daten abgeleitet, die in den von den Mitgliedstaaten durchgeführten Erhebungen oder Studien enthalten sind. Die Online-Fassung des Berichts bietet Einzelheiten aus den Originaldatenquellen.
 (1) (2): Einzelheiten in der Online-Fassung.
Quellen: Nationale Reitox-Knotenpunkte; siehe auch Online-Tabelle „Anteil von Drogenkonsumenten unter Häftlingen in der EU“.

Weibliche Drogenkonsumenten im Strafvollzug

Die Anzahl von Frauen in Haftanstalten ist niedriger als die Zahl der Männer. Nichtsdestoweniger scheint der Drogenkonsum unter den weiblichen Inhaftierten ein besonders akutes Problem zu sein. Sofern Daten zur Verfügung stehen, weisen sie auf einen höheren Anteil an Drogenkonsumenten unter weiblichen Inhaftierten hin, zieht man die Prävalenz des Drogenkonsums während der letzten sechs Monate in Dänemark, die Prävalenz des letzten Jahres und die Lebenszeitprävalenz des Heroinkonsums in Irland und den Anteil an Inhaftierten mit einem Drogenproblem und einem schweren Drogenproblem in Schweden in Betracht.

Was das Risikoverhalten im Strafvollzug betrifft, so zeigen Studien aus Deutschland (NB, 2001) und Frankreich (WIAD-ORS, 2001), dass sich mehr weibliche als männliche inhaftierte Drogenkonsumenten Drogen und Drogenbesteck teilen und sich prostituieren. Andere, in Österreich (NB, 2001) und in England und Wales (WIAD-ORS, 2001) durchgeführte Studien berichten hingegen, dass die gemeinsame Benutzung des Drogenbestecks unter männlichen Inhaftierten häufiger ist.

genkonsumenten berichten von diesem Tauschverhalten. Laut einer Studie aus Luxemburg (NB, 2001) werden in 70 % der Fälle Spritzen nur mit Wasser und in 22 % der Fälle überhaupt nicht gereinigt. Die vorhandenen Daten belegen, dass die gemeinsame Benutzung von Injektionszubehör in Haftanstalten häufiger als außerhalb der Gefängnismauern ist.

Eine multizentrische Studie, die von 1996 bis 1997 in

einigen Strafvollzugsanstalten in Belgien, Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien, Portugal und Schweden durchgeführt wurde (WIAD-ORS, 2001), stellt fest, dass Tätowierungen und Piercings im Strafvollzug unter injizierenden Drogenkonsumenten häufiger sind als unter nicht injizierenden Drogenkonsumenten. Ferner geben injizierende Drogenkonsumenten in Belgien, Deutschland, Portugal und Schweden an, dass ungeschützter Geschlechtsverkehr stärker verbreitet ist. Dies trifft für andere Länder nicht in gleichem Maße zu.

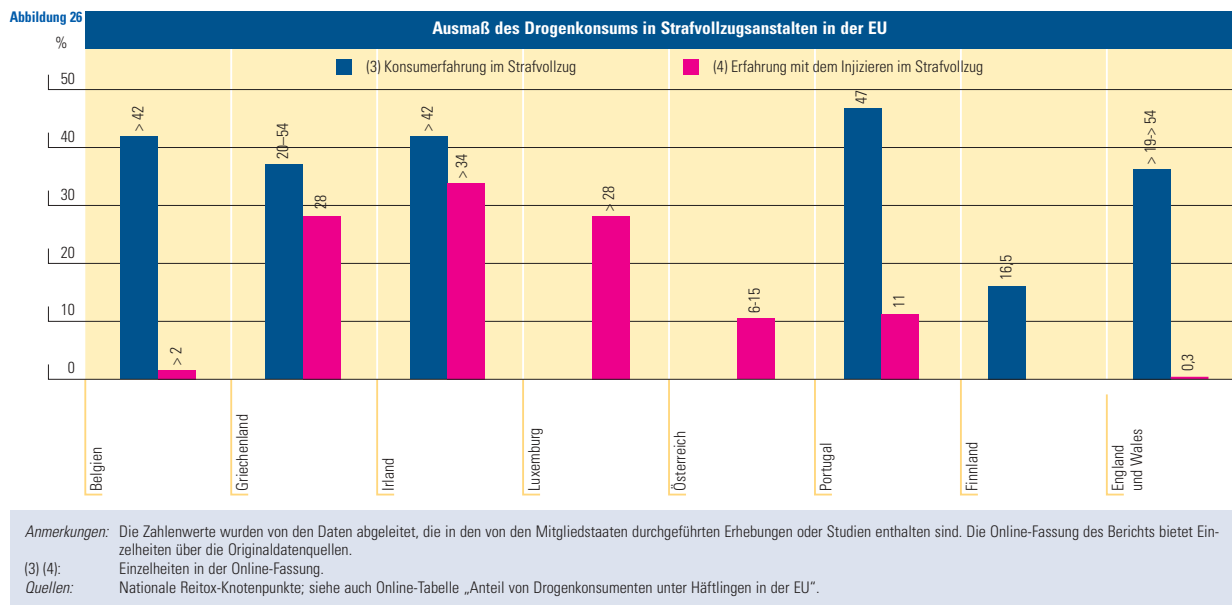
Infektionskrankheiten

Daten über den HIV- und HCV-Status unter injizierenden Drogenkonsumenten im Strafvollzug wurden für Belgien, Deutschland, Spanien (nur HCV), Frankreich, Irland und Luxemburg (NB, 2001) vorgelegt. Sie stammen aus lokalen Studien, die in einigen Gefängnissen durchgeführt wurden, und sind daher nicht landesweit repräsentativ. Die Prävalenz von HIV unter injizierenden Drogenkonsumenten schwankt in den untersuchten Gefängnissen zwischen 0 und 13 %. Inhaftierte injizierende Drogenkonsumenten haben weitaus höhere HCV-Nachweisraten, und zwar je nach Strafvollzugsanstalt und Land zwischen 14 und 100 %. Wie auch außerhalb der Haftanstalten ist die Prävalenz von HIV und HCV bei injizierenden Drogenkonsumenten höher als bei nicht injizierenden Drogenkonsumenten.

Sanktionen bei Drogenkonsum/-besitz

Gegen Häftlinge, die des Besitzes von illegalen Drogen überführt sind, werden im Allgemeinen im Rahmen der Gefängnisordnung Sanktionen oder Strafmaßnahmen verhängt. Der Vorfall kann in die Personalakte des Häftlings eingetragen werden. Die üblichen Sanktionen, die angewandt werden, sind Einschränkung der Rechte (Besuch von Freunden oder Familienangehörigen, Tele-

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen



fonanrufe), Ausgangssperre, Ausschluss aus speziellen Behandlungstrakten und/oder Isolationshaft.

Drogenbesitz kann Auswirkungen auf die Ableistung der Strafe haben. In Dänemark besteht beispielsweise das Risiko, nach Verbüßung von zwei Dritteln der Strafe nicht auf Bewährung freigelassen zu werden. Wenn im Vereinigten Königreich ein Urin-test positiv ausfällt, kann die Strafe um mindestens einige Tage verlängert werden.

Gegen Häftlinge, die des Drogenbesitzes überführt werden, kann auch außerhalb des Verantwortungsbereichs der Justizvollzugsanstalt Strafanzeige erstattet und strafrechtliche Verfolgung eingeleitet werden.

Beschaffbarkeit und Angebot von Drogen im Strafvollzug

Beschaffbarkeit von Drogen

Der Zugang zu illegalen Drogen ist in der Haftanstalt um vieles schwieriger als außerhalb. Nichtsdestoweniger sind illegale Drogen, wie berichtet wird, im Strafvollzug für alle, die Drogen konsumieren möchten, ohne weiteres zu beschaffen – vor allem Cannabis, Heroin und Medikamente (Benzodiazepine); gegen entsprechende Bezahlung ist alles erhältlich.

Häftlinge berichten über große Schwankungen in der Qualität, der Kontinuität und im Preis illegaler Drogen im Strafvollzug. Die Drogenpreise werden zwei- bis viermal höher als außerhalb der Haftanstalt veranschlagt, was die Ausgaben für Drogen um das Zehn- bis Zwanzigfache ansteigen lässt. Außer Geld sind weitgehend auch andere Bezahlungsarten üblich: Tausch von Dienstleistungen (Prostitution, Zellenreinigung) oder Waren

(Telefonkarten, Tabak) und/oder Beteiligung am Drogenvertrieb.

Schmuggel und Handel von Drogen

Im Gefängnis gibt es viele Wege, um Zugang zu Drogen zu erlangen. Alle Kontakte zur Außenwelt stellen Gelegenheiten dar, Drogen ins Gefängnis zu schmuggeln: während des Besuchs (in der Kleidung oder den Körperöffnungen der Besucher, in Esswaren), während des Transfers oder Transports zur Gerichtsverhandlung, nach einem Freigang und auf dem Postweg (Pakete). Drogen können in Bällen versteckt über die Gefängnismauern geworfen werden. Sie werden auch vom Haftpersonal eingeschmuggelt.

Der Drogenvertrieb und -handel erfolgt in den Haftanstalten und von Land zu Land auf unterschiedliche Weise. Belgien (NB, 2001) berichtet vom Handel auf individueller Ebene sowie von pyramidenartigen Netzwerken, in denen (wie auch außerhalb der Gefängnismauern) hochrangige Dealer den Drogenhandel organisieren, aber selbst keine Drogen konsumieren. In Deutschland (NB, 2001) wird von einem Kleinhandel (Ameisenhandel) berichtet, der auf viele Gefangene verteilt und über mehrere Kanäle und nicht zentral organisiert betrieben wird. Eine kürzlich im irischen Mountjoy-Gefängnis durchgeführte Studie (NB, 2001) beschreibt ein System, das auf persönlichen Absprachen basiert: Wer in der Außenwelt Zugang zu Drogen hat, schmuggelt sie in die Haftanstalt und verteilt sie auf sein persönliches Netz.

Drogenhandel im Strafvollzug ist den Berichten zufolge weitaus besorgniserregender als außerhalb des Strafvollzugs, da er zu Einschüchterung, Tyranisierung und Kriminalität führt.

Ausgewählte Themen

Zur Verhinderung von Drogenschmuggel werden routinemäßig oder aufgrund von Verdachtsmomenten verschiedene Maßnahmen angewandt. Dazu gehören Zellen-durchsuchung, Leibesvisitation nach einem Freigang, Paketverbot, Besuchsüberwachung und Netzüberspannung des Gefängnishofes. Zur Reduzierung des Drogenangebots führte das Vereinigte Königreich kürzlich eine Reihe von Maßnahmen ein, wie etwa verstärkter Einsatz von Hunden, um Schmuggler abzuschrecken bzw. ausfindig zu machen, und Einlassverbot für Besucher, die beim Einschmuggeln von Drogen in die Haftanstalt erappt wurden.

Über Sicherstellungen illegaler Drogen innerhalb von Vollzugsanstalten oder in deren Eingangsbereich wird von vielen Ländern berichtet, in der Regel handelt es sich dabei jedoch um kleine Mengen. Bei Kontrollen werden auch Drogenbesteck, Chillums und anderes Zubehör gefunden.

Maßnahmen zur Nachfragereduzierung im Strafvollzug

Die derzeitigen Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage im Strafvollzug umfassen hauptsächlich die Verhinderung des Drogenkonsums durch verstärkte Kontrollen wie Zellendurchsuchungen und stichprobenartige Drogentests sowie Sanktionen oder Verlust von Vergünstigungen. In Schweden müssen sich Inhaftierte zum Beispiel durchschnittlich jeden Monat zwei bis drei Urintests unterziehen.

Angesichts der wachsenden Zahl von Drogenabhängigen haben die Strafvollzugssysteme spezielle Suchtbetreuungsstellen geschaffen (z. B. in den Niederlanden), in bestimmten Strafvollzugsanstalten einen zentralen Drogenhilfsdienst eingerichtet (in Irland und Österreich) oder aus externen Drogenstellen Fachkompetenz in Fragen der Suchtbetreuung „importiert“.

Seit 1995 ist in den Strafvollzugsanstalten eine Erweiterung der Dienste für Drogenkonsumenten und die Einführung von Maßnahmen zur Verhinderung der Übertragung von Infektionskrankheiten zu beobachten (Ambrosini, 2001). Im Vergleich zu den Gemeinden erfolgte dies allerdings mit erheblicher zeitlicher Verzögerung. Mit den gegenwärtigen Suchtbetreuungsdiensten kann der potenzielle Bedarf der Drogenkonsumenten, die schätzungsweise über 50 % aller Inhaftierten ausmachen, nicht gedeckt werden.

Da zahlreiche Drogenkonsumenten mehrmals mit denselben oder sogar noch gravierenderen Problemen im

Zusammenhang mit Drogensucht und Infektionskrankheiten in den Strafvollzug zurückkehren, sahen sich die Gefängnisverwaltungen gezwungen, Sucht, Drogenkonsum und die damit verbundenen Risiken und gesundheitlichen Folgen innerhalb des Strafvollzugs systematischer in Angriff zu nehmen. Eine neuere Entwicklung in vielen EU-Ländern, die dies zum Ausdruck bringt, ist die Annahme spezieller „Drogenstrategien im Strafvollzug“, die Bereitstellung von Leitlinien für die Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen im Strafvollzug oder die Ausarbeitung von Qualitätsstandards für bestimmte Hilfsdienste ⁽⁶²⁾. Drogenstrategien im Strafvollzug umfassen in der Regel eine ganze Reihe von Maßnahmen, wie Behandlung der Inhaftierten, Verhinderung des Drogenkonsums und Reduzierung des Drogenangebots.

Suchthilfe

Die gesundheitliche Betreuung in den Strafvollzugsanstalten erfolgt herkömmlicherweise durch das interne Gesundheitspersonal, das dem Justizministerium untersteht. Bei der Betreuung von Drogenkonsumenten stützen sich die Strafvollzugssysteme in der gesamten EU und in Norwegen aber auch auf Fachkompetenz und Ressourcen von außerhalb. In dem Bestreben, das Gleichwertigkeitsprinzip der Behandlung („equivalence of care“) innerhalb und außerhalb des Strafvollzugs durchzusetzen (Europarat, 1993; WHO, 1993), übertrugen Frankreich (1994) und Italien (2000) die Zuständigkeit für die Betreuung inhaftierter Drogenabhängiger auf das Gesundheitsministerium und beteiligten somit die örtlichen und regionalen Gesundheitsbehörden auf gesetzlicher Basis an der Betreuung. Auch in Irland (1999), Portugal (1999) und Spanien (2000) wurden konkrete Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Justizsystem und den öffentlichen oder nicht staatlichen Gesundheitseinrichtungen geschlossen, um die Qualität und den Umfang der Betreuung inhaftierter Drogenkonsumenten zu erhöhen.

In den meisten, wenn nicht sogar in allen europäischen Strafvollzugsanstalten, spielen externe Drogenspezialisten eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von Drogenkonsumenten. Dennoch weisen der Umfang und das Niveau der Hilfsdienste in den Vollzugsanstalten zwischen den einzelnen Ländern und innerhalb dieser erhebliche Unterschiede auf. Bemerkenswerte Ausnahmen hinsichtlich des Angebots an Hilfsdiensten sind: Schottland, wo es in jeder Haftanstalt Drogenberater gibt; Spanien, wo in 71 von 73 Vollzugsanstalten Hilfsdienste vorhanden

⁽⁶²⁾ Tabelle 13 OL: Jüngste Strategien gegen Drogen in Haftanstalten, Ministerialrichtlinien und Drogenhilfe in der EU und Norwegen (Online-Fassung).

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

sind; Schweden, wo im Jahr 2000 ein Drittel der geschätzten Zahl der Inhaftierten mit Drogenproblemen an Programmen zur Therapiemotivation teilnahm; England und Wales, wo alle Vollzugsanstalten seit 1999 mit externen Fachteams (CARAT – Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare Services) zusammenarbeiten, die sich um die Bedürfnisse der Drogen konsumierenden Inhaftierten von der Aufnahme bis zur Nachbehandlung kümmern – jedoch sind offenbar nicht genügend Überweisungsmöglichkeiten vorhanden (Spacca, 2002). In Schottland können die Inhaftierten nun während der ersten 12 Wochen nach der Entlassung Übergangshilfe erhalten, um ihre Rückkehr in die Gemeinde zu erleichtern.

Das Angebot der externen Stellen umfasst allgemeines Informationsmaterial über Drogenprävention sowie Aufklärung zur Risikoverminderung, Programme zur Therapiemotivation und zur Vorbereitung auf die Entlassung, einschließlich Vermittlung in eine von der Gemeinde getragene Behandlung und Nachsorge. In Belgien und Griechenland sind Nichtregierungsorganisationen (NRO) bisher die Primäranbieter der wenigen Dienste, die den Drogenkonsumenten im Strafvollzug zur Verfügung stehen. In Deutschland sind bereits seit Mitte der 80er Jahre externe Drogenstellen und spezielle interne Drogenhilfsdienste in Strafvollzugsanstalten tätig. Im Jahr 2000 stellten über 350 Drogenberater ihre Dienste in deutschen Vollzugsanstalten zur Verfügung, allerdings unterscheidet sich der Umfang dieser Dienste in den einzelnen Bundesländern. In Frankreich stellte die Beteiligung externer Spezialisten auch im Jahr 2000 eine wichtige Tendenz dar; und in Italien verzeichnete der öffentliche Drogendienst Ser.T. infolge der ihm vor kurzem übertragenen Zuständigkeit für inhaftierte Drogenkonsumenten einen deutlichen Anstieg der Klientenzahl. In der spanischen nationalen Drogenstrategie (2000-2008) ist die Einbeziehung externer Spezialisten in die Betreuung von Drogenkonsumenten im Strafvollzug als eine Schwerpunktaufgabe definiert. Die mehrjährigen Kooperationspläne zwischen Strafvollzugsanstalten und Nichtregierungsorganisationen führten dazu, dass in mehr als der Hälfte der Suchtbetreuungsdienste (GAD) in spanischen Strafvollzugsanstalten externe NRO-Spezialisten tätig sind.

Angebotene Dienste

In den meisten Vollzugsanstalten in der EU und in Norwegen ist offenbar schriftliches Informationsmaterial zu Drogen und drogenbedingten Infektionskrankheiten vorhanden, jedoch besteht kaum die Möglichkeit, Fragen der Prävention systematisch und wiederholt in einem persönlichen Gespräch anzusprechen. Oft bedarf es dazu der

Initiative der externen Stellen oder einzelner Strafvollzugsmitarbeiter.

Entgiftung wird in der Regel durch die medizinischen Dienste der Haftanstalten oder in speziellen Entgiftungsstationen angeboten, jedoch mangelt es häufig an Qualitätsleitlinien. Von einem Programm, im Rahmen dessen jährlich 1 200 bis 1 500 Gefangene entgiftet wurden, heißt es, dass es unstrukturiert und ohne entsprechende Kontrolle, ohne Nachsorge oder mittel- bis langfristige Planung zur Verfügung gestellt worden sei (Department of Justice, Equality and Law Reform, 1999). Jedoch wird jetzt mit der Einführung von Qualitätsstandards begonnen, zum Beispiel sind nach der Strafvollzugsordnung vom Dezember 2000 alle Haftanstalten in England und Wales verpflichtet, qualifizierte Entgiftungsdienste anzubieten.

In manchen Ländern sind externe Stellen auch unmittelbar an der langfristigen Suchtbehandlung beteiligt. Beispiele hierfür sind die kleinen intramuralen Programme für Drogenkonsumenten in Dänemark und Norwegen, die von speziellen externen Drogendiensten angeboten werden („Importmodell“), und die Substitutionstherapie in spanischen, französischen und italienischen Haftanstalten. Die großflächige Erfassung in Spanien wurde durch den massiven Einsatz externer Drogendienste erreicht.

In neun Ländern der EU wurden innerhalb der Vollzugsanstalten abstinenzorientierte Therapieprogramme entwickelt, und in Norwegen wird ein Programm zur Therapiemotivation angeboten. Im Vergleich zur geschätzten Zahl der Gefangenen mit einem Drogenproblem stehen insgesamt nur sehr wenig Plätze zur Verfügung. In Spanien nahmen jedoch im Jahr 2000 8 984 Gefangene an den 18 angebotenen abstinenzorientierten Behandlungsprogrammen teil, und im Zeitraum 2000-2001 wurden in England und Wales 3 100 Teilnehmer an den 50 vorhandenen intensiven Therapieprogrammen registriert. In Schweden sind 10 % der Gefängniseinrichtungen mit einer Aufnahmekapazität von 500 Inhaftierten für die freiwillige und zwangsweise Behandlung von Drogenkonsumenten (Lysen, 2001) reserviert, und in Finnland nehmen 18 % der Neuzugänge an Programmen zur Drogen- oder Alkoholrehabilitation teil (Jungner, 2001). In der österreichischen Justizanstalt Favoriten, die ausschließlich auf die Behandlung von Abhängigen spezialisiert ist, stehen 110 Therapieplätze zur Verfügung; in Dänemark sind es 30 Plätze und in Irland neun. Das norwegische Programm zur Therapiemotivation kann jährlich 18 Gefangene aufnehmen⁽⁶³⁾.

⁽⁶³⁾ Tabelle 14 OL: Abstinenzorientierte Behandlung und drogenfreie Trakte in Haftanstalten in ausgewählten Ländern der EU und Norwegen (Online-Fassung).

Ausgewählte Themen

Mit Ausnahme von Griechenland, Schweden und zwei deutschen Ländern (Bayern und Baden-Württemberg) steht nunmehr in den Justizvollzugsanstalten in allen EU-Ländern und in Norwegen Substitutionstherapie zur Verfügung. Doch auch in den Ländern, in denen sich ein großer Teil der problematischen Drogenkonsumenten außerhalb des Strafvollzugs in Substitutionstherapie befindet, wird von den Vollzugsanstalten oft eine Entgiftungstherapie angeboten. In Deutschland und in den Niederlanden z. B. wird die Quote in den Vollzugsanstalten auf 1 bis 4 % geschätzt (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001), gegenüber 30 bis 50 % in den Gemeinden. In den meisten Vollzugsanstalten ist eine Substitutionstherapie nur bei kurzfristigen Haftstrafen, für schwangere Drogenkonsumentinnen und Langzeitabhängige oder für Drogenkonsumenten mit gravierenden psychischen oder physischen Problemen vorgesehen. Der Beginn einer Substitutionsbehandlung im Strafvollzug ist selten, obwohl dies in den meisten Ländern gesetzlich möglich ist. Eine große Ausnahme stellt Spanien dar, wo die Substitutionsraten innerhalb und außerhalb des Strafvollzugs übereinstimmen⁽⁶⁴⁾.

In zehn EU-Ländern und in Norwegen gibt es drogenfreie Trakte oder Haftanstalten – vorwiegend zum Schutz nichtabhängiger Häftlinge vor Drogen. Einige von ihnen bieten jedoch auch Abhängigen eine Therapie an. Gefangene, die sich in einer methadongestützten Substitutionstherapie befinden, sind in der Regel von den drogenfreien Abteilungen ausgeschlossen. Die zwanzig drogenfreien Abteilungen für Suchtberatung in holländischen Gefängnissen sind auf 446 Gefangene ausgerichtet, dennoch blieb 1999 ein Drittel ihrer Kapazität ungenutzt. In Schweden gibt es 356 Plätze in drogenfreien Behandlungsabteilungen, während in Finnland, wo gegenwärtig 10 % aller Gefängnisabteilungen drogenfrei sind, eine Erweiterung auf 50 % angestrebt wird. In Por-

tugal wurden vor kurzem sieben drogenfreie Behandlungsabteilungen mit 195 Plätzen ihrer Bestimmung übergeben, was als „großer Erfolg“ bewertet wurde. Zwei weitere Abteilungen sind geplant (siehe Tabelle 14 OL). Eine Analyse der Forschungsarbeiten über Suchthilfe im Strafvollzug (Rigter, 1998) führte jedoch zu der Schlussfolgerung, dass weltweit Mangel an zuverlässigen, validierten Resultaten besteht.

Prävention von Infektionskrankheiten

Die Verhütung der Ansteckung mit auf dem Blutweg übertragbaren Krankheiten während der Inhaftierung ist ein vorrangiges Ziel verschiedener europäischer Strafvollzugssysteme – auch zur Vermeidung der deutlich höheren Arzneimittelkosten für die Behandlung drogenbedingter Infektionskrankheiten (z. B. HAART, Interferon), die von den Strafvollzugsanstalten zu tragen sind.

Viele Länder sind bestrebt, sich an die allgemeinen Prinzipien und besonderen Empfehlungen der WHO-Leitlinien zu HIV-Infektion und Aids im Gefängnis zu halten (WHO, 1993). Einige risikoreduzierende Maßnahmen lassen sich jedoch nur schwer umsetzen, da sie politisch belastet sind, von Seiten des Personals auf Widerstand stoßen und als unangemessen für das Strafvollzugsumfeld empfunden werden. Einen Überblick über ausgewählte Präventionsmaßnahmen der WHO-Richtlinien und den Umfang, in dem sie in der EU und in Norwegen umgesetzt werden, bietet die nachstehende Tabelle. Auch wenn diese Maßnahmen in vielen Ländern immer noch nicht in ausreichendem Maße angewandt werden, hat es doch einige Fortschritte gegeben⁽⁶⁵⁾. Nadelaustauschprogramme können nunmehr in allen spanischen Haftanstalten⁽⁶⁶⁾ angeboten werden, und in Luxemburg und Portugal wird deren Einführung diskutiert. Immer mehr Länder empfehlen, den Haftinsassen Zugang zu verdünnter Chlorbleiche zu ermöglichen, eine Maßnahme, die sich durchzusetzen beginnt.

⁽⁶⁴⁾ Tabelle 15 OL: Substitutionsbehandlung im Strafvollzug in der EU und in Norwegen (Online-Fassung).

⁽⁶⁵⁾ Zu Informationen über die Situation bis 2000 siehe http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific_demand.html#table2

⁽⁶⁶⁾ Ausgenommen die Vollzugsanstalten in Ceuta und Melilla. Die autonome Gemeinschaft Katalonien ist selbst für die Verwaltung ihrer Vollzugsanstalten zuständig.

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Tabelle 2

Übersicht über ausgewählte Präventionsmaßnahmen zur Verhütung blutübertragbarer Krankheiten in Strafvollzugsanstalten in der EU und in Norwegen				
	Information/Aufklärung	Hepatitis-B-Impfung	Bereitstellung von Desinfektionsmitteln	Nadel-/ Spritzenaustausch
Belgien	++ aber nicht in allen Gefängnissen	+ Protokoll wird vom Gesundheitsministerium entwickelt	+	0
Dänemark	0	++ jedoch in sehr geringem Umfang	++ mit Anweisungen	0
Deutschland	+	n. v.	+	+
Griechenland	+ aber Bereitstellung primär durch externe Dienste	+ nur 1 Gefängnis	+ nur eine Haftanstalt	0
Spanien	++	++ und gefördert	++	++
Frankreich	+	++	++	0
Irland	0	++	+ jedoch ++ von der Review Group on Prison Health Care 2001 empfohlen	0 Review Group on Prison Health Care empfiehlt wegen des Anfallsrisikos keinen N/S-Austausch
Italien	0	n. v. (Pflichtimpfung mit 12 Jahren, gesamte Bevölkerung, eingeführt Anfang der 90er Jahre)	++	0
Luxemburg	+	++	0	0 wird diskutiert
Niederlande	+	++	++	0
Österreich	+	+ (!)	++ mit Anweisungen zur Reinigung	0
Portugal	+	++ nationales Impfprogramm	++ in der Praxis +	0 wird diskutiert
Finnland	+	++	++	0
Schweden	0 hängt von der Vollzugsanstalt ab	0 Entscheidung über die allgemeine Einführung der Impfpflicht steht noch aus	0	0
Vereinigtes Königreich	+	++ (Schottland)	++ England/Wales: kein leichter Zugang. Nach einer Pilotstudie werden Tabletten zur Verfügung gestellt Schottland: ++ mit Anweisungen	0
Norwegen	n. v.	n. v.	0 Gesundheitsbehörden forderten die Vollzugsanstalten auf, Chlorbleiche zur Verfügung zu stellen	0

Anmerkungen: n. v. = Daten nicht verfügbar

Information/Aufklärung

- 0 Allgemeines schriftliches Informationsmaterial
- + Speziell für den Strafvollzug entwickeltes schriftliches Informationsmaterial
- ++ Gefängnispezifisches Material plus Safer-Use-Aufklärung (zumindest theoretisch)

Hepatitisimpfung

- 0 nicht systematisch
- + nur in wenigen Vollzugsanstalten
- ++ in allen Vollzugsanstalten

Desinfektionsmittel

- 0 nicht verfügbar
- + in einigen Vollzugsanstalten
- ++ in allen Vollzugsanstalten

Nadel-/Spritzenaustausch

- 0 nicht vorhanden
- + in wenigen Vollzugsanstalten
- ++ in allen Vollzugsanstalten

Quellen:

Nationale Reitox-Berichte, 2001.
European Network on HIV/Aids and Hepatitis Prevention in Prisons, *Final Progress Report*, WIAD: Bonn & ORS: Marseille, Dezember 2001.
(!) Spirig, H. und Ess-Dietz, O., „Preventive measures in Austrian Prisons“, in WIAD-ORS.

Quellen — Kapitel 3

Akram, G., und Galt, M., „A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of dance drugs“, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Bd. 6 (2), 1999, S. 215-225.

Ambrosini, F., „Europäisches Netzwerk zur Drogen- und Aids-Hilfe im Strafvollzug“, in Jacob, J., Keppler, K. und Stöver, H. (Hrsg.), *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, Deutsche Aids-Hilfe, Berlin 2001, S. 106-113.

Bellis, M. A., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M., Kilfoyle, M., „Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international nightlife resort“, *International Journal of Drug Policy*, Bd. 11, 2000, S. 235-244 (*).

Bennett, G. A. und Higgins, D. S., „Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK“, *Addiction*, Bd. 94 (8), 1999, S. 1179-1189.

Berglund, M., Andréasson, S., Franck J., Fridell, M., Håkanson, I., Johansson, B., A., Lindgren, A., Lindgren, B., Nicklasson, L., Rydberg, U., Salaspuro, M., Thelander, S. und Öjehagen, A., *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Schweden, 2001.

Boys, A., Fountain, J., Marsden, J., Griffiths, P., Stillwell, G. und Strang, J., *Drug decisions: a qualitative study of young people*, Health Education Authority, London 2000.

Calafat, A., Bohm, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossman, P., van de Wijngaart, G. und Zavatti, P., *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea und Europäische Kommission, Valencia 1999.

Club Health conference Proceedings, 2nd International conference on Nightlife substance use and related health issues, 24.-27. März 2002 Rimini, Regione Emilia Romagna und John Moores University, 2002.

Costa, N., Padua, J., Correia, M., „Um ano de Naltrexona“, *Toxicodependências*, Band 6 (1), 2000, S. 51-60.

Darke, S., Ross, J., Zador, D. und Sunjic S., „Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996“, *Drug and Alcohol Dependence*, Bd. 60, 2000, S. 141-150.

Decorte, T., „Informal Control Mechanisms among Cocaine and Crack Users in the Metropolitan Area of Antwerp“, Doktorarbeit, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leuven, Leuven 1999.

Department of Justice, Equality and Law Reform, „Drug misuse and drug treatment in the prison system: Draft action plan“ (unveröffentlicht) (*).

Ausgewählte Themen

- DHSSPS (Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services), *Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management*, The Stationery Office, London 1999.
- Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. und Alcabas, P., „Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV“, *Aids*, Band 12 (Ergänzungsband A), 1998, S. 217-230.
- DrugScope, *Drug abuse briefing: a guide to the non-medical use of drugs in Britain*, 8. Ausgabe, DrugScope, London 2001 (*).
- EBDD, *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg 2000.
- Edmunds, M., Hough, M., und Urquia, N., *Tackling Local Drug Markets, Crime Detection and Prevention Series Paper 80*, Home Office Police Research Group, London 1996 (*).
- ESPAD, Bericht 1999 „Alcohol and other drug use among students in 30 European countries“, Schwedischer Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN), die Pampidou-Gruppe des Europarates, 2000.
- Europarat, *Empfehlung R (93)6 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten über vollzugsrechtliche und kriminologische Aspekte der Kontrolle übertragbarer Krankheiten – insbesondere Aids – und die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Probleme im Gefängnis*, Europarat, Straßburg 1993.
- Farrell, M., „Ecstasy and the Oxygen of Publicity“, *British Journal of Addiction*, Bd. 84, 1998, S. 943.
- Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M., und Strang, J., „Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules“. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Bd. 6 (1), 1999, S. 61-69 (*).
- Gossop, M., Marsden, J. und Stewart, D., *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*, National Treatment Outcome Research Study, National Addiction Centre, London 2001.
- Gossop, M., Marsden, J. und Stewart, D., *NTORS at one year – The National Treatment Outcome Research Study*, Department of Health, London 1998.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. und Segar, G., „Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)“. *British Journal of Psychiatry*, Bd. 173, 1998.
- Greenstein, R. A., Fudala, P. J. und O' Brien, C. P., „Alternative Pharmacotherapies for Opiate Addiction“, Artikel in *Substance Abuse – A Comprehensive Textbook*, USA, 1997.
- Haw, S., *Pharmaceutical drugs and illicit drug use in the Lothian region*, Centre for HIV/Aids and Drug Studies (CHADS), City Hospital, Edinburgh 1993.
- Heroinstudie (2002), die offizielle Webseite enthält Informationen über den Heroinversuch in Deutschland unter: <http://www.heroinstudie.de>.
- Hunt, N., „Preliminary results from the 2001 UK Mixmag drug use survey“, 2nd International conference on Nightlife substance use and related health issues, 24.-27. März 2002, Rimini, Regione Emilia Romagna und John Moores University, 2002.
- Jungner, M., „Behandlung von Rauschmittelmisbrauch in finnischen Strafvollzugsanstalten“, in *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/Aids Services in Prison*, Ausgabe 9 und 10, November 2001, S. 12-13.
- KETHEA – NSPH, „Effectiveness-evaluation of the KETHEA's Therapeutic Communities. Therapy Centre for Dependent Individuals (KETHEA)“, National School of Public Health, Section of Sociology (NSPH), Athen 2001.
- Kriener, H., Billet, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P., Schmid, R., *An Inventory of On-Site Pill Testing Interventions in the EU*, EBDD, Lissabon 2001.
- Leccese, A. P., Pennings, E. J. M., und De Wolff, F. A., *Combined use of alcohol and psychotropic drugs. A review of the literature*, Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL), Leiden 2000.
- Lowinson, H. L., Payte, F. T., Salsitz, E., Joseph, H., Marion, I. J. und Dole, V. P., „Methadone Maintenance“, Artikel in *Substance Abuse – A Comprehensive Textbook*, USA, 1997.
- Lysen, L., „Das schwedische System und die Erfahrungen in der Strafvollzugsverwaltung Gävle bei der Handhabung von Drogenproblemen in der Haftanstalt“, in *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/Aids Services in Prison*, Ausgabe 9 und 10, November 2001, S. 10-11.
- McElrath, K. und McEvoy, K., *Ecstasy use in Northern Ireland*, Queen's University, Belfast 1999.
- NB, 2001 = Nationale Berichte 2001 dieser Länder an die EBDD: Kapitel 13 (12 für Norwegen und 18 für Finnland).
- Neale, J., „Don't overdo it: overdose prevention and extent“, *Druglink*, Bd. 16, Juli/August 2001, S. 18-22.
- ONS (Office for National Statistics), „Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994-1998“, *Health Statistics Quarterly* Nr. 7 (Herbst 2000), S. 59-62, Office for National Statistics, London 2000b.
- ONS (Office for National Statistics), „Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1995-1999“, *Health Statistics Quarterly* Nr. 9 (Frühjahr 2001), S. 70-72, Office for National Statistics, London 2000c.
- ONS (Office for National Statistics), „ONS drug-related deaths database: first results for England and Wales, 1993-7“, *Health Statistics Quarterly* Nr. 5 (Frühjahr 2000), S. 57-60, Office for National Statistics, London 2000a (*).
- Pedersen, M. U., *Stofmisbrugere før under efter behandling*, Center for Rusmiddelforskning, 2000.
- Reitox, Nationale Berichte, 2001.
- Rigter, H., *Effecten van justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden*, Trimbo's-instituut, Utrecht 1998 (*).
- Seppälä, P., Kiielletyt aineet ja niiden merkitys teknokulttuurissa. [Verbotene Substanzen und ihre Bedeutung in der Technokultur]. *Yhteiskuntapolitiikka*, 64 (4), 1999, S. 359-368 (*).
- Snippe, J. und Bieleman, B., „Opiate users and crime in the Netherlands“ in Korf, D. und Riper, H. (Hrsg.), *Illicit drug use in Europe: Proceedings of the 7th Conference on drug use and drug policy*, Universität Amsterdam (SISWO), Amsterdam 1997.
- Sonntag, D. und Künzel, J., „Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?“ *Sucht*, Band 46 (Sonderheft 2), 2000.
- Spacca, E., Personal communication von Edoardo Spacca, Koordinator des European Network of Drug Services in Prison (ENDSP), Cranstoun Drug Services in London, 2002.
- Stöver, H., *Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study*, EMCDDA Scientific Report, Lissabon und London 2001.
- Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Fountain, J., Williamson, S., Gossop, M., „Which drugs cause overdose amongst opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses.“ *Drug and Alcohol Review*, Bd. 18, 1999, S. 253-261 (*).
- Strang, J., Seivewright, N. und Farrell, M., „Oral and intravenous abuse of benzodiazepines“ in Hallstrom, C. (Hrsg.), *Benzodiazepine dependence*, Oxford University Press, Oxford 1993.
- Taylor, A., Frischer, M., und Goldberg, D., „Non-fatal overdosing is related to polydrug use in Glasgow“, Brief an den Herausgeber, *British Medical Journal*, Bd. 313, 30. November 1996, S. 1140-1141.

2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Tretter, F., Küfner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U., Burkhardt, D., Walcher, S., „Katamnese nach antagonist-induziertem narkosegestütztem Opiatentzug“, *Sucht*, Band 47 (3), 2001, S. 189-200.

Turnbull, P., Mc Sweeney, T. und Hough, M., „Drug Treatment and Testing Orders - the 18-Month Evaluation“, *Research Findings No. 128*, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, London 2000.

Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A. und Ree, J. M. V., „Medical co-prescription of heroin – two randomised controlled trials“, Central Committee on the treatment of heroin addicts (CCBH), Niederlande, 2002.

Vermaas, P., „Drugs en geweld, ‘Poligebruikers’ zijn onvoorspelbaar en agressief“ *Algemeen Politieblad*, Nr. 10, 1999 (*).

WHO Global Programme on Aids, *Guidelines on HIV infection and Aids in prison*, WHO/GPA/DIR/93.3 (und Neuauflage UNAIDS/99.47/E), 1993. Die Pdf-Datei kann unter <http://www.unaids.org/bestpractice/collection/subject/sector/keyprisons.html> heruntergeladen werden.

WHO, *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, 1994 (*).

WIAD-ORS, European Network on HIV/Aids and Hepatitis prevention in Prisons, *Annual Report to the EC*, WIAD: Bonn & ORS: Marseille 1998.

WIAD-ORS, European Network on HIV/Aids and Hepatitis Prevention in Prisons, *Final Progress Report*, WIAD: Bonn & ORS: Marseille 2001.

Wirth, U., „Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach der stationären Behandlung. Eine Studie des Anton Proksch-Instituts“, Anton Proksch-Institut, Wien 2001.

Weitere Informationen zu Drogenhilfsdiensten im Strafvollzug bietet das European Network of Drug Services in Prison (ENDSP – früher ENDHASP) auf folgender Webseite: <http://www.crans-toun.org>

(* In den nationalen Berichten zitiert.

Reitox-Knotenpunkte

Belgium — Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public Health
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Brussels
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Denmark — Mr Thomas Clement
National Board of Health
Islands Brygge, 67, Postbox 1881
DK-2300 Copenhagen S
Tel. (45) 72 22 74 00
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen
E-mail: kag@sst.dk

Germany — Mr Roland Simon
Institute for Therapy Research
Parzivalstraße 25
D-80804 Munich
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-mail: Simon@ift.de

Greece — Ms Manira Terzidou
University of Mental Health
Research Institute (UMHRI)
(Office: 12 Eginitou Street)
GR-115 28 Athens
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73

Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66517 — Papagou
Post Office
GR-15 601 Athens
E-mail: ektepn@hol.gr

Spain — Ms Elena Garzon
Government Delegation to the
National Plan on Drugs
(DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: egarzon@pnd.mir.es
Ms Ana Andres Ballesteros —
Tel. (34) 915 37 26 86
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France — Mr Jean Michel Costes
French Observatory for Drugs
and Drug Addiction
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland — Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie
Mary O'Brien
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 163
E-mail: Mobrien@hrb.ie

Italy — Ms Annalisa Vittore
Ministry of Labour and Social
Policies
Department of Social and
Previdential Policies
Directorate-General for Drug
Addiction and for the National
Observatory
Via Fomovo, 8, Pal. B
I-00187 Rome
Tel. (39) 06 36 75 48 01
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: svittore@minwelfare.it
Silvia Zanone
E-mail: szanone@minwelfare.it

Luxembourg — Mr Alain Origer
Direction de la Santé —
EMCDDA Focal Point
Luxembourg
Allée Marconi, Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 478 56 25
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Netherlands — Mr Franz Trautmann
Trimbos Instituut
Netherlands Institute of Mental
Health and Addiction
Da Costakade 45, PO Box 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Austria — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Austrian Health
Institute
Stubenring 6
A-1010 Vienna
Tel. (43-1) 515 61-160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Portugal — Dr Elza Pais
Instituto Português da Droga e
da Toxicodependência (IPDT)
Av. João Crisostomo, 14
P-1000-179 Lisbon
Tel. (351) 213 10 41 00
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Elza.Pais@ipdt.pt
Dr Maria Moreira
Tel. (351) 213 10 41 26
E-mail: Maria.Moreira@ipdt.pt

Finland — Mr Ari Virtanen
National Research and
Development Centre for Welfare
and Health
PO Box 220
(Office: Siltasaarekatu 18 A)
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 396 71
Fax (358-9) 76 13 07
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sweden — Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public
Health
S-103 52 Stockholm
(Office: Olof Palmes gata 17)
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile: (46) 704 83 35 13
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom — Mr Axel Klein
DrugScope
Waterbridge House
32-36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: axelk@Drugscope.org.uk

Norway — Mr Knut Brofoss
National Research Centre
(SIRUS) — SIFA
PB 565 Sentrum
N-0105 Oslo
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Tel. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
Mr Odd Hordvin (Coordinator
NFP)
E-mail: odd@sirus.no

European Commission — Mr Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit
LX46, 3/186
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen – 2002

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

2002 – 63 S. – 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-127-X

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
<http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm>

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy
 Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
 B-1190 Bruxelles/Brussel
 Tél. (32-2) 538 43 08
 Fax (32-2) 538 08 41
 E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
 URL: <http://www.jean-de-lannoy.be>

**La librairie européenne/
 De Europese Boekhandel**

Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
 B-1040 Bruxelles/Brussel
 Tél. (32-2) 295 26 39
 Fax (32-2) 735 08 60
 E-mail: mail@libeurop.be
 URL: <http://www.libeurop.be>

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad

Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
 B-1000 Bruxelles/Brussel
 Tél. (32-2) 552 22 11
 Fax (32-2) 511 01 84
 E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S

Herstedvang 12
 DK-2620 Albertslund
 Tlf. (45) 43 63 23 00
 Fax (45) 43 63 19 69
 E-mail: schultz@schultz.dk
 URL: <http://www.schultz.dk>

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH

Vertriebsabteilung
 Amsterdamer Straße 192
 D-50735 Köln
 Tel. (49-221) 97 66 80
 Fax (49-221) 97 66 82 78
 E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
 URL: <http://www.bundesanzeiger.de>

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA

International Bookstore
 Panepistimiou 17
 GR-10564 Athina
 Tel. (30-1) 331 41 80/112/3/4/5
 Fax (30-1) 325 84 99
 E-mail: elebooks@netor.gr
 URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado

Trafalgar, 27
 E-28071 Madrid
 Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
 913 84 17 15 (suscripción)
 Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
 913 84 17 14 (suscripción)
 E-mail: clientes@com.boe.es
 URL: <http://www.boe.es>

Mundi Prensa Libros, SA

Castelló, 37
 E-28001 Madrid
 Tel. (34) 914 36 37 00
 Fax (34) 915 75 39 98
 E-mail: libreria@mundiprensa.es
 URL: <http://www.mundiprensa.com>

FRANCE

Journal officiel

Service des publications des CE
 26, rue Desaix
 F-75727 Paris Cedex 15
 Tél. (33) 140 58 77 31
 Fax (33) 140 58 77 00
 E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
 URL: <http://www.journal-officiel.gouv.fr>

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop

270 Lower Rathmines Road
 Dublin 6
 Tel. (353-1) 496 73 98
 Fax (353-1) 496 02 28
 E-mail: hanna@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA

Via Duca di Calabria, 1/1
 Casella postale 552
 I-50125 Firenze
 Tel. (39) 055 64 83 1
 Fax (39) 055 64 12 57
 E-mail: licosa@licosa.com
 URL: <http://www.licosa.com>

LUXEMBOURG

Messageries du livre SARL

5, rue Raiffeisen
 L-2411 Luxembourg
 Tél. (352) 40 10 20
 Fax (352) 49 06 61
 E-mail: mail@mdl.lu
 URL: <http://www.mdl.lu>

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers

Christoffel Plantijnstraat 2
 Postbus 20014
 2500 EA Den Haag
 Tel. (31-70) 378 98 80
 Fax (31-70) 378 97 83
 E-mail: sdu@sdu.nl
 URL: <http://www.sdu.nl>

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª

Grupo Bertrand, SA
 Rua das Terras dos Vales, 4-A
 Apartado 60037
 P-2700 Amadora
 Tel. (351) 214 95 87 87
 Fax (351) 214 96 02 55
 E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA

Sector de Publicações Oficiais
 Rua da Escola Politécnica, 135
 P-1250-100 Lisboa Codex
 Tel. (351) 213 94 57 00
 Fax (351) 213 94 57 50
 E-mail: spoce@incm.pt
 URL: <http://www.incm.pt>

SUOMI/FINLAND

**Akateeminen Kirjakauppa/
 Akademiska Bokhandeln**

Keskuskatu 1/Centralgatan 1
 PL/PB 128
 FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
 P./tfn (358-9) 121 44 18
 F./fax (358-9) 121 44 35
 Sähköposti: sps@akateeminen.com
 URL: <http://www.akateeminen.com>

SVERIGE

BTJ AB

Traktorvägen 11-13
 S-221 82 Lund
 Tlf. (46-46) 18 00 00
 Fax (46-46) 30 79 47
 E-post: btjeu-pub@btj.se
 URL: <http://www.btj.se>

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd

Customer Services
 PO Box 29
 Norwich NR3 1GN
 Tel. (44) 870 60 05-522
 Fax (44) 870 60 05-533
 E-mail: book.orders@theso.co.uk
 URL: <http://www.itsofficial.net>

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal

Skólavörðustíg, 2
 IS-101 Fleykjavík
 Tel. (354) 552 55 40
 Fax (354) 552 55 60
 E-mail: bokabud@simnet.is

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz

c/o OSEC Business Network Switzerland
 Stampfenbachstraße 85
 PF 492
 CH-8035 Zürich
 Tel. (41-1) 365 53 15
 Fax (41-1) 365 54 11
 E-mail: eics@osec.ch
 URL: <http://www.osec.ch/eics>

BĂLGARIJA

Euopress Euromedia Ltd

59, blvd Vitosha
 BG-1000 Sofia
 Tel. (359-2) 980 37 66
 Fax (359-2) 980 42 30
 E-mail: Milena@mbox.cit.bg
 URL: <http://www.euopress.bg>

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry

PO Box 21455
 CY-1509 Nicosia
 Tel. (357-2) 88 97 52
 Fax (357-2) 66 10 44
 E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda

(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
 Toom-Kooli 17
 EE-10130 Tallinn
 Tel. (372) 646 02 44
 Fax (372) 646 02 45
 E-mail: einfo@koda.ee
 URL: <http://www.koda.ee>

HRVATSKA

Mediatrade Ltd

Pavla Hatza 1
 HR-10000 Zagreb
 Tel. (385-1) 481 94 11
 Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service

Szt. István krt.12
 III emelet 1/A
 PO Box 1039
 H-1137 Budapest
 Tel. (36-1) 329 21 70
 Fax (36-1) 349 20 53
 E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
 URL: <http://www.euroinfo.hu>

MALTA

Miller Distributors Ltd

Malta International Airport
 PO Box 25
 Luqa LQA 05
 Tel. (356) 66 44 88
 Fax (356) 67 67 99
 E-mail: gwirth@usa.net

NORGE

Swets Blackwell AS

Hans Nielsen Hauges gt. 39
 Boks 4901 Nydalen
 N-0423 Oslo
 Tel. (47) 23 40 00 00
 Fax (47) 23 40 00 01
 E-mail: info@no.swetsblackwell.com
 URL: <http://www.swetsblackwell.com.no>

POLSKA

Ars Polona

Krakowskie Przedmiescie 7
 Skr. pocztowa 1001
 PL-00-950 Warszawa
 Tel. (48-22) 826 12 01
 Fax (48-22) 826 62 40
 E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia

Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
 RO-70184 Bucuresti
 Tel. (40-1) 315 44 03
 Fax (40-1) 312 96 46
 E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR

Nám. Slobody, 19
 SK-81223 Bratislava
 Tel. (421-7) 54 41 83 64
 Fax (421-7) 54 41 83 64
 E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk
 URL: <http://www.sltk.stuba.sk>

SLOVENIJA

GV Založba

Dunajska cesta 5
 SLO-1000 Ljubljana
 Tel. (386) 613 09 1804
 Fax (386) 613 09 1805
 E-mail: europ@gvestnik.si
 URL: <http://www.gvzaložba.si>

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS

100, Yil Mahallesi 34440
 TR-80050 Bağcilar-Istanbul
 Tel. (90-212) 629 46 89
 Fax (90-212) 629 46 27
 E-mail: aktuel.info@dunya.com

ARGENTINA

World Publications SA

Av. Cordoba 1877
 C1120 AAA Buenos Aires
 Tel. (54-11) 48 15 81 56
 Fax (54-11) 48 15 81 56
 E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
 URL: <http://www.wpbooks.com.ar>

AUSTRALIA

Hunter Publications

PO Box 404
 Abbotsford, Victoria 3067
 Tel. (61-3) 94 17 53 61
 Fax (61-3) 94 19 71 54
 E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões

Rua Bittencourt da Silva, 12 C
 CEP
 20043-900 Rio de Janeiro
 Tel. (55-21) 262 47 76
 Fax (55-21) 262 47 76
 E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
 URL: <http://www.incм.com.br>

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.

3020, chemin Sainte-Foy
 Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
 Tel. (1-418) 658 37 63
 Fax (1-800) 567 54 49
 E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd

5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
 Ottawa, Ontario K1J 9J3
 Tel. (1-613) 745 26 65
 Fax (1-613) 745 76 60
 E-mail: order.dept@renoufbooks.com
 URL: <http://www.renoufbooks.com>

EGYPT

The Middle East Observer

41 Sherif Street
 Cairo
 Tel. (20-2) 392 69 19
 Fax (20-2) 393 97 32
 E-mail: inquiry@meobserver.com
 URL: <http://www.meobserver.com.eg>

MALAYSIA

EBIC Malaysia

Suite 45.02, Level 45
 Plaza MBf (Letter Box 45)
 8 Jalan Yap Kwan Seng
 50450 Kuala Lumpur
 Tel. (60-3) 21 62 92 98
 Fax (60-3) 21 62 61 98
 E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV

Río Pánuco, 141
 Colonia Cuauhtémoc
 MX-06500 México, DF
 Tel. (52-5) 533 56 58
 Fax (52-5) 514 67 99
 E-mail: 101545.2361@compuserve.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa

PO Box 781738
 2146 Sandton
 Tel. (27-11) 884 39 52
 Fax (27-11) 883 55 73
 E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

**The European Union Chamber of
 Commerce in Korea**

5th Fl. The Shilla Hotel
 202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
 Seoul 100-392
 Tel. (82-2) 22 53-5631/4
 Fax (82-2) 22 53-5635/6
 E-mail: eucock@eucock.org
 URL: <http://www.eucock.org>

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka

Trans Asia Hotel
 115 Sir Chittampalam
 A. Gardiner Mawatha
 Colombo 2
 Tel. (94-1) 074 71 50 78
 Fax (94-1) 44 87 79
 E-mail: ebicsl@slnet.lk

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc

PO Box 81-466
 105 Taipei
 Tel. (886-2) 87 12 88 86
 Fax (886-2) 87 12 47 47
 E-mail: euitupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates

4611-F Assembly Drive
 Lanham MD 20706-4391
 Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
 Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
 E-mail: query@bernan.com
 URL: <http://www.bernan.com>

**ANDERE LÄNDER
 OTHER COUNTRIES
 AUTRES PAYS**

**Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer
 Wahl/Please contact the sales office of
 your choice/Veuillez vous adresser au
 bureau de vente de votre choix**

Office for Official Publications of the European
 Communities
 2, rue Mercier
 L-2985 Luxembourg
 Tel. (352) 29 29-42455
 Fax (352) 29 29-42758
 E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
 URL: publications.eu.int

Über die EBDD

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ist eine von 12 dezentralen Einrichtungen, die von der Europäischen Union zur Bewältigung spezieller technischer und wissenschaftlicher Aufgaben eingerichtet worden sind.

Das Hauptziel der EBDD, die 1993 gegründet worden und seit 1995 voll einsatzfähig ist, besteht darin, „objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen über Drogen und Drogensucht und deren Folgen auf europäischer Ebene“ verfügbar zu machen. Die von der Beobachtungsstelle erfassten, aufbereiteten und verbreiteten statistischen, dokumentarischen und technischen Daten ermöglichen der Allgemeinheit – ob Politikern, Fachkräften im Drogenbereich oder den europäischen Bürgern – einen generellen Einblick in die Drogenproblematik in Europa.

Die wesentlichen Aufgaben der Beobachtungsstelle sind:

- die Erfassung und Analyse von bereits existierenden Daten;
- die Verbesserung bzw. Weiterentwicklung von Methoden für den Datenvergleich;
- die Verbreitung von Informationen und
- die Zusammenarbeit mit europäischen und internationalen Organisationen sowie Nicht-EU-Ländern.

Die EBDD online

Eine interaktive Online-Fassung des Jahresberichts 2002 ist auch unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> in 12 Sprachen abrufbar. Diese Fassung bietet Links zu Datenquellen, Berichten und Hintergrunddokumenten, auf deren Grundlage der vorliegende Bericht erstellt wurde.

Über ihre Webseite <http://www.emcdda.eu.int> bietet die EBDD ferner detaillierte Informationen über den Drogenkonsum in Europa, Publikationen in den elf Amtssprachen der EU und Norwegisch, die aus dem Internet heruntergeladen werden können, sowie Links zu spezialisierten Drogeninformationsstellen innerhalb und außerhalb Europas und den freien Zugang zu fachspezifischen Datenbanken.



AMT FÜR AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN
DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-127-X



9 789291 681273