



Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

ISSN 1609-6088

# JAHRESBERICHT 2003

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN DER  
EUROPÄISCHEN UNION UND IN NORWEGEN





Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN DER  
EUROPÄISCHEN UNION UND IN NORWEGEN

# JAHRESBERICHT 2003

## 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. Der Inhalt dieser Veröffentlichung gibt nicht unbedingt den offiziellen Standpunkt der Partner der EBDD, der EU-Mitgliedstaaten oder anderer Einrichtungen und Agenturen der Europäischen Union oder der Europäischen Gemeinschaften wieder.

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

Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre Fragen zur Europäischen Union zu finden

Neue gebührenfreie Telefonnummer:

**00 800 6 7 8 9 10 11**

Dieser Bericht liegt in spanischer, dänischer, deutscher, griechischer, englischer, französischer, italienischer, niederländischer, portugiesischer, finnischer, schwedischer und norwegischer 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, 2003

ISBN 92-9168-157-1

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2003

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

*Printed in Belgium*

GEDRUCKT AUF CHLORFREI GEBLEICHTEM PAPIER



Europäische Beobachtungsstelle  
für Drogen und Drogensucht

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, P-1149-045 Lisboa  
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11  
[info@emcdda.eu.int](mailto:info@emcdda.eu.int) • <http://www.emcdda.eu.int>

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Danksagung und einleitende Bemerkung	7
Allgemeine Tendenzen und Entwicklungen	9
<b>Tendenzen der Drogensituation</b>	<b>9</b>
<b>Entwicklungen in Bezug auf Maßnahmen gegen den Drogenkonsum</b>	<b>11</b>
<hr/>	
Kapitel 1: Drogensituation	
<b>Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung</b>	<b>15</b>
<b>Problematischer Drogenkonsum</b>	<b>18</b>
<b>Behandlungsnachfrage</b>	<b>20</b>
<b>Drogenbedingte Infektionskrankheiten</b>	<b>24</b>
<b>Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität unter Drogenkonsumenten</b>	<b>28</b>
<b>Drogenbedingte Kriminalität</b>	<b>33</b>
<b>Drogenmarkt und Beschaffbarkeit</b>	<b>36</b>
<hr/>	
Kapitel 2: Maßnahmen gegen den Drogenkonsum	
<b>Nationale drogenpolitische Entwicklungen</b>	<b>41</b>
<b>Rechtliche Entwicklungen</b>	<b>42</b>
<b>Entwicklungen auf EU-Ebene</b>	<b>43</b>
<b>Prävention</b>	<b>45</b>
<b>Maßnahmen zur Schadensminimierung</b>	<b>46</b>
<b>Behandlung</b>	<b>49</b>
<b>Maßnahmen für Drogenkonsumenten im Strafvollzug</b>	<b>51</b>
<b>Reduzierung des Angebots</b>	<b>53</b>
<hr/>	
Kapitel 3: Ausgewählte Themen	
<b>Drogen- und Alkoholkonsum unter Jugendlichen</b>	<b>57</b>
<b>Soziale Ausgrenzung und Reintegration</b>	<b>65</b>
<b>Öffentliche Ausgaben für die Reduzierung der Drogennachfrage</b>	<b>69</b>
<hr/>	
Literaturangaben	75
Reitox-Knotenpunkte	81



## Vorwort

Mit diesem Jahresbericht für 2003 will die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) der EU und ihren Mitgliedstaaten einen Überblick über das Drogenphänomen in Europa geben. Die Veröffentlichung des Berichts fällt nicht nur mit dem 10. Jahrestag der EBDD (Gründungsverordnung von 1993) zusammen, es ist auch das letzte Mal, dass wir uns lediglich auf die 16 Länder konzentrieren, die gegenwärtig unsere Gemeinschaft bilden (die 15 Mitgliedstaaten und Norwegen). Daher scheint es angebracht, kurz auf die Veränderungen einzugehen, die im Bereich der Drogenproblematik während dieser Anlaufzeit eingetreten sind, sowie auf die Fortschritte, die die Beobachtungsstelle in Erfüllung ihres Auftrags erzielt hat, politische Entscheidungsträger mit fundierten und aktuellen Informationen zu versorgen, die ihnen einen Einblick in die Entwicklung des Drogenproblems in Europa ermöglichen.

Ein wesentliches Merkmal des Drogenphänomens ist seine Dynamik. Selbst wenn wir uns auf den kurzen Zeitraum des Bestehens der Beobachtungsstelle beschränken, können wir mit einiger Überraschung feststellen, dass tiefgehende Veränderungen sowohl hinsichtlich der Art des Drogenproblems als auch in der Art der von den Mitgliedstaaten ergriffenen Abhilfemaßnahmen eingetreten sind. Bei den Mustern des Drogenkonsums hat es in den europäischen Ländern immer Verschiedenheiten gegeben, insbesondere was das Ausmaß betrifft. Dies ist nach wie vor der Fall, dennoch geht aus den Daten in diesem Bericht hervor, dass Tendenzen zu beobachten sind, die zunehmend den globalen und europäischen Charakter dieses Problems widerspiegeln. In der Vergangenheit waren Vergleiche des Drogenkonsums in Europa eher durch Unterschiede als durch Ähnlichkeiten geprägt; dies trifft nicht mehr zu. Wenngleich die allgemeine Situation vielschichtig ist und erhebliche lokale Schwankungen auftreten, zeichnen sich dennoch generelle und gemeinsame Muster des Drogenkonsums ab. Immer mehr lässt sich feststellen, dass wir als Europäer in vielerlei Hinsicht ein gemeinsames Drogenproblem haben und unserer Ansicht nach auch eine gemeinsame Verantwortung, aus unseren Erfahrungen zu lernen. Mit dieser Feststellung stehen wir nicht allein. Der EU-Aktionsplan zur Drogenbekämpfung dokumentiert die politische Verpflichtung in Bezug auf dieses Problem, und inzwischen setzt sich fast überall die Erkenntnis durch, dass politische Entscheidungen in diesem Bereich auf einem klaren Verständnis der Situation beruhen müssen.

So wie sich die Drogenproblematik in den vergangenen zehn Jahren entwickelt hat, so hat sich auch unsere Fähigkeit entwickelt, darüber zu berichten. Anerkennung dafür gebührt nicht allein der Beobachtungsstelle, sondern auch den vielen engagierten

Fachkräften in der ganzen EU, die daran gearbeitet haben, das Problem in seiner Eigenheit zu verstehen, wirksame Abhilfemaßnahmen zu entwickeln und die Auswirkungen ihrer Arbeit kritisch einzuschätzen. Wir glauben jedoch, dass die Beobachtungsstelle eine entscheidende Rolle gespielt hat, indem sie bei der Schaffung einer wissenschaftlich fundierten Grundlage als Katalysator gewirkt und das für die Zusammenarbeit und den Fortschritt auf europäischer Ebene erforderliche Forum bereitgestellt hat. Noch vor zehn Jahren hätte niemand mit Kompetenz und Autorität über die Merkmale der europäischen Drogensituation sprechen können. Dieser Bericht macht deutlich, dass dies heute immer mehr möglich ist. Wir sind inzwischen nicht nur besser vorbereitet und besser informiert, um das gegenwärtige Drogenproblem in den Griff zu bekommen, sondern auch in der Lage, mit potenziellen Gefahren umzugehen, mit denen wir künftig konfrontiert werden können. Wir möchten für die beträchtlichen Investitionen danken, die sowohl von den Mitgliedstaaten als auch auf europäischer Ebene getätigt wurden, um das für die Schaffung dieser wissenschaftlich fundierten Grundlage erforderliche Instrumentarium und die dafür notwendige Infrastruktur zu entwickeln; unser Dank gilt insbesondere den Knotenpunkten des Reitox-Netztes.

Wir hoffen, dass Ihnen dieser Bericht einen umfassenden Überblick über die europäische Drogensituation bietet; weitere und ausführlichere Angaben sind in der erweiterten Online-Fassung dieses Dokuments zu finden. Was die Beobachtungsstelle betrifft, so wird mit diesem Bericht auch die erste Phase der Entwicklung ihrer Tätigkeit – wie wir meinen – erfolgreich abgeschlossen. Jetzt müssen wir uns auf die Herausforderungen der Zukunft konzentrieren. Dazu gehört die Notwendigkeit, die Verfügbarkeit, Qualität und Vergleichbarkeit des europäischen Datensatzes weiter zu verbessern; wir werden Systeme und Kapazitäten entwickeln müssen, um das zunehmende Wissen über die Drogensituation in einer erweiterten Europäischen Union effizient zu nutzen. Zweifellos werden wir künftig über eine immer umfassendere und vielschichtigeren Situation zu berichten haben. Nach wie vor besteht eine zentrale Herausforderung für die Organisation darin, die uns zur Verfügung stehenden Informationen voll auszuschöpfen und eine sachgerechte, rechtzeitige und politisch relevante Analyse bereitzustellen, die den Vorteil einer EU-Perspektive und eines harmonisierten Ansatzes widerspiegelt.

**Marcel Reimen**

Vorsitzender des EBDD-Verwaltungsrates

**Georges Estievenart**

Direktor der EBDD





## 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 Europarates (Pompidou-Gruppe), dem United Nations Office on Drugs and Crime, 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;
- Prepress Projects Ltd.;
- eLg Language Integration und Kaligram.

## Einleitende Bemerkung

Der Jahresbericht beruht auf Informationen, die der EBDD von den EU-Mitgliedstaaten und von Norwegen (das seit 2001 an der Arbeit der EBDD beteiligt ist) in Form eines nationalen Berichts zur Verfügung gestellt wurden. Die in Kapitel 1, Drogensituation, veröffentlichten statistischen Angaben beziehen sich auf das Jahr 2001 (oder das letzte Jahr, für das Daten vorlagen), während sich die Angaben zu den Entwicklungen im Bereich Maßnahmen gegen den Drogenkonsum und zu ausgewählten Themen mitunter auf das Jahr 2002 oder danach beziehen.

Die Nationalen Berichte der Reitox-Knotenpunkte können unter [http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national\\_reports.shtml](http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national_reports.shtml) eingesehen werden.

Eine erweiterte Online-Fassung des Jahresberichts steht in zwölf Sprachen unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> zur Verfügung. Diese Online-Fassung bietet eine Fülle zusätzlichen Materials und statistischer Angaben in Form von Tabellen, Grafiken und Kästen. Sie bietet ferner weitere Einzelheiten zu den angewandten Methoden sowie Links zu den Datenquellen, Berichten und Hintergrunddokumenten, auf deren Grundlage der vorliegende Bericht erstellt wurde.

Eine Liste aller Elemente, sowohl der Druckausgabe als auch der Online-Fassung des Berichts, steht thematisch geordnet online zur Verfügung (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).



# Allgemeine Tendenzen und Entwicklungen

## Tendenzen der Drogensituation

### Cannabis

Nach wie vor ist Cannabis die am häufigsten konsumierte Droge in Europa, wobei zahlreiche Länder die Lebenszeitprävalenz mit über 20 % der Allgemeinbevölkerung angeben. Einer konservativen Schätzung zufolge hätte somit mindestens einer von fünf Erwachsenen in der EU schon einmal Cannabis probiert.

Indikatoren deuten auf einen Anstieg des Cannabiskonsums in der gesamten EU hin, obwohl er sich in einigen Ländern offenbar stabilisiert hat, wenn auch auf einem – historisch gesehen – hohen Niveau. Zwar gibt es auch Anzeichen für eine Konvergenz der Konsummuster, doch sind die Unterschiede im Ausmaß des Drogenkonsums nach wie vor erheblich; insbesondere Frankreich, Spanien und das Vereinigte Königreich berichten von einem relativ hohen Konsum, während Finnland, Schweden und Portugal vergleichsweise niedrige Zahlen melden. In allen Ländern liegen die Schätzwerte der Prävalenz des jüngsten Konsums (während der letzten zwölf Monate) bei der erwachsenen Bevölkerung weiterhin unter 10 %. Bei den jungen Erwachsenen liegt der Konsum deutlich höher. In allen Ländern ist der jüngste Konsum (während der letzten zwölf Monate) in der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen am höchsten, wobei Frankreich, Deutschland, Irland, Spanien und das Vereinigte Königreich berichten, dass über 20 % dieser Altersgruppe während der letzten zwölf Monate Cannabis konsumiert haben. Die Lebenszeitprävalenz wird höher geschätzt: die meisten Länder gehen davon aus, dass zwischen 20 und 35 % der Jugendlichen über Erfahrung mit Cannabis verfügen. An der Allgemeinbevölkerung gemessen, ist die Zahl der Personen, die Cannabis regelmäßig konsumieren, niedrig (weniger als 1 %), obschon unter Jugendlichen, insbesondere jungen Männern, höhere Raten des regelmäßigen Konsums zu beobachten sind.

Besorgnis erregend ist, dass Cannabis immer häufiger im Zusammenhang mit dem Indikator Behandlungsnachfrage (TDI) genannt wird. Inzwischen ist Cannabis in vielen Ländern nach Heroin die am häufigsten genannte Droge, und es ist eine kontinuierliche Zunahme der Therapienachfrage aufgrund von Cannabiskonsum zu beobachten. Bei der Interpretation dieser Daten ist jedoch Vorsicht geboten, da hierbei vermutlich mehrere Faktoren eine Rolle spielen. Mit diesem Thema beschäftigt sich gegenwärtig eine Facharbeitsgruppe der EBDD; und es soll 2004 Gegenstand einer Veröffentlichung sein.

In den meisten EU-Ländern bezieht sich der größte Teil der Berichte über Drogendelikte auf Straftaten im Zusammenhang mit Cannabis. Bei den Cannabis-Sicherstellungen ist in den vergangenen zehn Jahren eine steigende Tendenz zu beobachten, obwohl es Anzeichen für eine Stabilisierung gibt. Nach wie vor ist Europa weltweit der größte Markt für Cannabisharz: Drei Viertel der

gesamten Cannabismenge werden innerhalb der EU-Grenzen sichergestellt. Inzwischen berichten zahlreiche Länder auch, dass Cannabiskraut in der EU angebaut wird. Auf der Straße angebotenes Cannabis weist unterschiedlich hohe Konzentrationen des Cannabis-Wirkstoffs THC (Tetrahydrocannabinol) auf. Zwar gibt es im Allgemeinen kaum Unterschiede im THC-Gehalt von Cannabisharz und Cannabiskraut (5-14 % bzw. 5-11 %), doch wurde in einigen Proben beider Drogenarten ein sehr hoher THC-Gehalt nachgewiesen.

### Amphetamine und Ecstasy (MDMA)

In Europa werden auch weiterhin Amphetamine und Ecstasy in großem Umfang hergestellt und konsumiert, während Methamphetamin keine Rolle spielt. An zweiter Stelle nach Cannabis, der am häufigsten in den EU-Ländern konsumierten Droge, stehen Ecstasy oder Amphetamine, deren Lebenszeitprävalenz unter der erwachsenen Bevölkerung im Allgemeinen zwischen 0,5 und 5 % liegt. In der Vergangenheit war die Prävalenz des Amphetaminkonsums generell höher als die des Ecstasy-Konsums, aber inzwischen ist der Unterschied weniger offensichtlich. Unter der Schulpopulation rangiert die Lebenszeitprävalenz von Inhalanzien gleich nach der von Cannabis und ist in der Regel deutlich höher als bei Ecstasy oder Amphetaminen.

Wie auch im Fall von Cannabis sind die Raten für die Lebenszeitprävalenz und den jüngsten Konsum unter jungen Erwachsenen am höchsten. Einige Indikatoren deuten darauf hin, dass sich der Ecstasy-Konsum unter bestimmten Gruppen von Jugendlichen in städtischen Gebieten der EU weiter ausbreitet. In einer Reihe von Studien wurden bei diesen Gruppen extrem hohe Prävalenzraten festgestellt, obwohl unter der Allgemeinbevölkerung kein deutlicher Anstieg des Ecstasy-Konsums beobachtet werden kann.

Die Zahl der Personen, die in Europa aufgrund eines Amphetaminproblems behandelt werden, variiert stark: In Schweden und Finnland machen Amphetaminkonsumenten knapp ein Drittel der sich in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten aus, während es in Deutschland ca. 9 % und in allen anderen Ländern 3 % oder weniger sind. Fast überall sind die Raten der Therapienachfrage aufgrund von Ecstasy sehr niedrig. Eine geringe Zahl von Todesfällen in Europa lässt sich direkt auf den Konsum von Ecstasy zurückführen, jedoch sind die Zahlen im Großen und Ganzen weiterhin niedrig im Vergleich zu den Todesfällen im Zusammenhang mit Opioiden.

Obwohl es in den letzten Jahren einige Schwankungen und in einigen Regionen möglicherweise Anzeichen für eine Stabilisierung gab, waren in der EU bei den Sicherstellungen von Amphetaminen und Ecstasy (sowohl in Bezug auf die Zahl als auch auf die Menge)

in den letzten zehn Jahren beträchtliche Zuwächse zu verzeichnen. In Finnland, Schweden und Norwegen sind Amphetamine die am zweithäufigsten sichergestellte Droge (nach Cannabis).

### Kokain und Crack

Erhebungen zufolge scheint der Kokainkonsum im Vereinigten Königreich und in geringerem Ausmaß in Dänemark, Deutschland, Spanien und in den Niederlanden zuzunehmen. Kokainkonsum sowie eine Zunahme dieses Konsums sind offenbar unter Jugendlichen in städtischen Gebieten häufiger anzutreffen. Daher spiegeln nationale Zahlen die lokalen Tendenzen in einigen größeren europäischen Städten möglicherweise nur begrenzt wider.

Einige Indikatoren deuten darauf hin, dass die Sorge über das Ausmaß des Kokainkonsums und der damit zusammenhängenden Probleme berechtigt ist. Zu diesen Indikatoren gehören Therapienachfrage, toxikologische Befunde bei Opfern einer tödlichen Überdosis, Sicherstellungen von Drogen und Untersuchungen gefährdeter Bevölkerungsgruppen. Abgesehen von einem Rückgang im Jahr 2000 hat sich die Zahl der Kokainsicherstellungen seit 1985 kontinuierlich erhöht. Für den gleichen Zeitraum ist auch bei der Menge des beschlagnahmten Kokains allgemein eine steigende Tendenz zu verzeichnen, obwohl sich die Zahlen von Jahr zu Jahr ändern. Relativ hohe Raten der sich wegen Kokainkonsums in Behandlung befindlichen Personen werden aus den Niederlanden und aus Spanien (30 bzw. 19 %) und in geringerem Maße aus Deutschland, Italien, Luxemburg und aus dem Vereinigten Königreich (zwischen 6 und 7 %) gemeldet. Mit Ausnahme der Niederlande und des Vereinigten Königreichs scheint die Therapienachfrage bei Kokain größtenteils mit dem Konsum von Kokainpulver (Kokain-Hydrochlorid), und nicht von Crack (Kokainbase), in Zusammenhang zu stehen.

Die Prävalenz des Crack-Konsums scheint in Europa relativ niedrig zu sein, obwohl sporadische lokale Berichte auf ein Problem unter Randgruppen in einigen Städten hindeuten. Angesichts dessen, dass Crack auch bei niedrigen Prävalenzraten in besonderem Maße zu gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen führt, ist den sich in diesem Bereich abzeichnenden Tendenzen größere Aufmerksamkeit zu schenken, da selbst eine moderate Zunahme des Konsums beträchtliche Auswirkungen für das Gesundheitswesen haben könnte.

### Heroin und injizierender Drogenkonsum

Der problematische Drogenkonsum wird definiert als „injizierender Drogenkonsum oder andauernder/regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen“. Zwar ist die Zahl der problematischen Drogenkonsumenten insgesamt niedrig, doch ist ihr Anteil an den sich aus dem Drogenkonsum ergebenden gesundheitlichen und sozialen Problemen unverhältnismäßig groß. Mit Ausnahme von Schweden und Finnland, wo der Amphetaminkonsum stärker verbreitet ist, bedeutet problematischer Drogenkonsum in den meisten Ländern vor allem Konsum von Heroin, oft in Kombination mit anderen Drogen. Da Schätzungen in diesem Bereich schwierig sind und es beträchtliche Unterschiede in Bezug auf ihre Genauigkeit und Zuverlässigkeit gibt, ist sowohl bei

der Interpretation der Tendenzen als auch bei Vergleichen zwischen den einzelnen Ländern Vorsicht geboten.

Nationale Schätzwerte für den problematischen Drogenkonsum liegen zwischen zwei und zehn Fällen je 1 000 Erwachsene (d. h. zwischen 0,2 und 1 %). Eine für die gesamte EU gültige Tendenz hinsichtlich der Zahl der problematischen Drogenkonsumenten lässt sich nicht feststellen, wenngleich Untersuchungen zufolge seit Mitte der 90er Jahre in mindestens der Hälfte der EU-Länder ein gewisser Zuwachs zu verzeichnen war.

Ungefähr die Hälfte der „problematischen Drogenkonsumenten“ in der EU sind vermutlich injizierende Drogenkonsumenten, d. h. ca. 500 000 bis 750 000 der geschätzten 1-1,5 Millionen problematischen Drogenkonsumenten in der EU. Der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten schwankt je nach Land erheblich und hat sich im Laufe der Zeit verändert, wobei das Ausmaß des injizierenden Drogenkonsums in fast allen Ländern während der 90er Jahre zurückgegangen ist, wenngleich einiges für einen Anstieg in der jüngsten Vergangenheit spricht. Nationale Schätzwerte für den injizierenden Drogenkonsum bewegen sich zwischen zwei und fünf Fällen je 1 000 Erwachsene (bzw. 0,2-0,5 %).

Trotz eines dramatischen Rückgangs der Opiumproduktion im Jahr 2001 in Afghanistan scheint nichts darauf hinzuweisen, dass sich dieser Rückgang unmittelbar auf die Verfügbarkeit von Heroin auf dem illegalen Markt in Europa ausgewirkt hat. Eine mögliche Erklärung dafür könnten Heroin-Vorräte sein.

### Das menschliche Immunschwäche-Virus (HIV), Hepatitis C (HCV) und Hepatitis B (HBV)

Anlass zu besonderer Sorge gibt in der EU die Verbreitung von HIV, des Hepatitis-C-Virus (HCV) und des Hepatitis-B-Virus (HBV), die auf Drogenkonsum, in der Regel auf Praktiken des injizierenden Drogenkonsums, zurückzuführen ist. Aus den vorliegenden Daten geht hervor, dass die Prävalenz der HIV-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten (IDK) sowohl zwischen den europäischen Ländern als auch innerhalb derselben großen Schwankungen unterliegt und von ca. 1 % im Vereinigten Königreich bis zu über 30 % in Spanien reicht. In einigen Ländern und Regionen ist die HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten seit Mitte der 90er Jahre unverändert hoch (über 25 %). Obwohl diese Daten der Ausdruck dafür sein können, dass die Epidemie ihr endemisches Ausmaß erreicht hat, bedarf es in diesen Gebieten nach wie vor besonderer Präventionsmaßnahmen, um weitere Infektionen zu verhindern.

Da die Tendenzen zwischen Regionen und Städten erheblich voneinander abweichen können, wäre es irreführend, sich ausschließlich auf nationale Datenreihen zu stützen, die im Allgemeinen eine recht stabile Situation in der gesamten EU vermuten lassen. Eine steigende HIV-Prävalenz bei Untergruppen von injizierenden Drogenkonsumenten wird seit kurzem aus Regionen oder Städten in Spanien, Irland, Italien, den Niederlanden, Österreich, Portugal, Finnland und im Vereinigten Königreich gemeldet. Allerdings ergibt sich nach wie vor kein

einheitliches Bild, da in einigen dieser Länder bei anderen Untergruppen auch Rückgänge zu verzeichnen waren und in anderen Ländern die Prävalenz konstant geblieben oder zurückgegangen ist.

Daten über HIV-Infektionen bei jungen und neuen injizierenden Drogenkonsumenten sind mitunter ein besserer Indikator für kürzlich aufgetretene Infektionen und weisen wiederum darauf hin, dass in einigen Regionen weiterhin neue Infektionen auftreten. Seit Einführung wirksamerer Behandlungen ist die Aids-Inzidenz in der gesamten EU zurückgegangen.

Eine Hepatitis-C-Infektion kann ernste chronische Leiden verursachen, und die Behandlung von Problemen im Zusammenhang mit einer solchen Infektion wird die europäischen Gesundheitssysteme erheblich belasten. Mit Infektionsraten zwischen 40 und 90 % ist die HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in allen Ländern extrem hoch. Wo eine Risikokategorie bei den Meldedaten bekannt ist, sind 90 % der HCV-Fälle und 40-80 % der HBV-Fälle auf injizierenden Drogenkonsum zurückzuführen. Die Tendenzen im Zeitverlauf ergeben ein gemischtes Bild mit Zunahmen und Abnahmen in verschiedenen Regionen. Die Prävalenz der HCV-Infektion unter jungen und neuen injizierenden Drogenkonsumenten ist im Allgemeinen hoch (40 % oder darüber), was eine hohe Inzidenz neuer Infektionen bestätigt, d. h. injizierende Drogenkonsumenten scheinen sich nach einer relativ kurzen Zeit des injizierenden Konsums anzustecken. In der EU wurden bei rund 20-60 % der injizierenden Drogenkonsumenten Antikörper gegen Hepatitis B nachgewiesen, was auf ein großes Potenzial der gegen diese Krankheit zu impfenden injizierenden Drogenkonsumenten hinweist.

## Überdosierung

Jedes Jahr werden 7 000 bis 9 000 akute drogenbedingte Todesfälle in der EU gemeldet. Die Tendenz hat in der gesamten EU auch in den letzten Jahren zugenommen, obwohl der Anstieg weniger dramatisch als in den 80er Jahren und Anfang der 90er Jahre ist und die Situation auf nationaler Ebene vielschichtiger ist und größere Unterschiede aufweist. Bei den Opfern handelt es sich größtenteils um junge Menschen im Alter von 20 bis 30 Jahren, was einen erheblichen Verlust für die Gesellschaft und an Lebensjahren darstellt.

In den meisten Fällen (in der Regel in über 80 % der Fälle) werden in der toxikologischen Analyse Opioide nachgewiesen, häufig in Verbindung mit anderen Substanzen (wie Alkohol, Benzodiazepine oder Kokain). Weniger häufig wird ausschließlich Kokain oder Ecstasy nachgewiesen. Einige der Faktoren, die offenbar zu einem erhöhten Sterberisiko im Zusammenhang mit Opioiden führen, sind injizierender Drogenkonsum, polyvalenter Drogenkonsum, insbesondere der gleichzeitige Konsum von Alkohol oder Beruhigungsmitteln, Verlust der Toleranz und fehlende Verbindung zu Behandlungszentren. Da bekanntlich in zahlreichen Fällen durch ein angemessenes und rechtzeitiges Eingreifen der tödliche Ausgang von Überdosierungen vermieden werden kann, sind in diesem Bereich verstärkt Maßnahmen zu ergreifen, um die Zeugen einer Drogenüberdosierung zu ermutigen, geeignete Schritte einzuleiten.

## Entwicklungen in Bezug auf Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

### Politik der EU

In der von der Europäischen Kommission vorgenommenen Halbzeitbewertung des Aktionsplans zur Drogenbekämpfung 2000-2004 wird festgestellt, dass die Mitgliedstaaten der Reduzierung der Nachfrage Priorität einräumen und die Leitlinien des Aktionsplans umsetzen. Jedoch wird in der Evaluierung darauf hingewiesen, dass die EU noch größere Anstrengungen unternehmen muss, um innovative Präventionsprogramme zu entwickeln. Die bisherigen Leistungen werden gewürdigt, doch wird zugleich betont, dass noch viel Arbeit geleistet werden muss, darunter auch die Entwicklung von Evaluierungssystemen für die Maßnahmen in den Mitgliedstaaten und auf Ebene der Europäischen Union.

Während der Ratspräsidentschaft von Spanien und Dänemark wurden im Jahr 2002 Entschlüsse eingebracht, um die Mitgliedstaaten zu verpflichten, weiterhin in schulbasierte Programme zur Drogenprävention zu investieren, ihre Bemühungen zur Verhinderung des Freizeitkonsums von Drogen zu intensivieren und die Behandlung von Drogenabhängigen in den Haftanstalten zu verbessern. Nach Konsultation der EBDD unterbreitete die Kommission im Mai 2002 einen Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zur Prävention und Reduzierung von Risiken im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit, die zur Umsetzung des in der europäischen Drogenstrategie verankerten Ziels einer deutlichen Senkung der Inzidenz drogenbedingter Gesundheitsschäden unter Anwendung bewährter Maßnahmen zur Risikominimierung beitragen soll.

### Die Politik der Mitgliedstaaten

Der in den letzten Jahren beobachtete Trend, die nationale Drogenpolitik in Form von nationalen Aktionsplänen und koordinierten Systemen voranzutreiben, setzte sich 2002 fort. Schweden, Norwegen und einige österreichische Bundesländer verabschiedeten wie andere EU-Partner vor ihnen einen kohärenten Drogenplan, ein Drogenprogramm oder eine Drogenstrategie. Zugleich wird die Öffentlichkeit zunehmend des Drogenmissbrauchs und seiner Folgen gewahr und beginnt, sich für die nationale Drogenpolitik zu interessieren. Aus Umfragen geht eindeutig hervor, dass die öffentliche Meinung mehrheitlich gegen die Legalisierung von Cannabis ist. Dies ist wahrscheinlich Ausdruck der Überzeugung, dass Cannabis eine Einstiegsdroge darstellt. Hingegen findet die Idee, die für den Konsum von Cannabis ausgesetzten Strafen zu verändern, mehr oder minder Zustimmung.

Ein Überblick über die Entwicklung des Drogenkonsums und der Maßnahmen, die die Bildungs-, Gesundheits-, Sozial- und Strafvollzugssysteme zu seiner Bekämpfung unternehmen, macht deutlich, dass sowohl die Probleme als auch die problematischen Gruppen häufig nicht klar abzugrenzen sind. Politische Maßnahmen auf nationaler und lokaler Ebene tragen immer mehr dem heimtückischen Charakter des Drogenphänomens Rechnung und zielen auf eine größere Durchlässigkeit und Flexibilität der

Systeme ab, indem sie die Zusammenarbeit zwischen ihnen verstärken und diversifizieren.

Bei der Reduzierung drogenbedingter Probleme im weitesten Sinne kommt den gesundheits-, bildungs- und sozialpolitischen Maßnahmen größere Bedeutung zu, da sich die Erkenntnis durchsetzt, dass das Strafvollzugssystem allein nicht immer in der Lage ist, das Problem des Drogenkonsums in den Griff zu bekommen. Die Verbindung zwischen einer Politik der sozialen Ausgrenzung und der Drogenproblematik ist in manchen Ländern, wie in Irland und im Vereinigten Königreich, stärker ausgeprägt als in anderen. In verschiedenen Ländern der EU wurden Gesetzesänderungen veranlasst, um die Behandlung und Rehabilitation von Suchtkranken zu erleichtern, und andere Veränderungen der Rechtsvorschriften haben ein frühzeitiges Eingreifen bei Jugendlichen, die mit Drogen experimentieren, ermöglicht. Dänemark, Deutschland, das Vereinigte Königreich und Norwegen haben ihre Investitionen in das Gesundheitswesen erhöht, um die Zahl der drogenbedingten Todesfälle zu reduzieren. Im Einklang mit der Zielsetzung des Aktionsplans der EU, eine Vielzahl umfassender und leicht zugänglicher Behandlungsmöglichkeiten anzubieten, haben einige Länder, z. B. Finnland und Griechenland, ihre Finanzierungspläne und Regelungen zur Substitutionstherapie verändert.

Vor dem Hintergrund einer größeren Sicherheit berichten einige Länder über Änderungen des Rechtsrahmens zur besseren Überwachung des Dealertums und der Drogenkonsumenten, einschließlich Überwachung der Telekommunikationen, körperliche Untersuchungen und Drogentests. Andere Änderungen von Gesetzesvorschriften bezwecken die Minimierung der gesellschaftlichen Auswirkungen des Drogenkonsums durch eine strengere Kontrolle der öffentlichen Ordnung zur Vermeidung öffentlichen Ärgerisses.

## Maßnahmen

Die Prävention an den Schulen steht nach wie vor im Mittelpunkt der Maßnahmen, die sich an alle jungen Menschen, in der Regel ab dem Vor-Teenager-Alter, richten. Trotz umfangreichen Evidenzmaterials in Bezug auf wirksame Ansätze wie etwa interaktiver Unterricht mit Schwerpunkt auf der Förderung persönlicher und sozialer Lebenskompetenzen, haben nur wenige Länder, wie z. B. Spanien, Griechenland und Irland, solche Programme systematisch in ihre Lehrpläne integriert. Von den anderen Ländern räumen Schweden und Frankreich ein, dass die Drogenprävention an den Schulen nicht optimal ist, sondern des Öfteren eklektisch und unprofessionell angegangen wird.

Die zunehmende Besorgnis darüber, dass die am meisten gefährdeten Jugendlichen in der Schule nicht erreicht werden, führte jedoch zur Entwicklung spezieller Präventionsmaßnahmen, die sich an Gruppen richten, die in Freizeitsettings wie Diskos, Clubs und Musikveranstaltungen mit Drogen experimentieren. Beratung durch Gleichaltrige und vor Ort scheint ein Ansatz zu sein, der am meisten Erfolg verspricht. Präventionsinitiativen und Frühinterventionen, die sich an sozial ausgegrenzte Jugendliche und junge Straftäter richten, sind offenbar am wirksamsten, wenn

ihnen eine personalisierte Methodik zugrunde liegt. Gute Ergebnisse werden von Projekten in Deutschland, Österreich, Portugal und im Vereinigten Königreich berichtet. Allerdings gibt es für gefährdete Familien, die einem hohen Risiko ausgesetzt sind und bei denen die Eltern möglicherweise drogenabhängig sind, kaum Unterstützung.

Spritzenaustauschprogramme haben sich als eine bewährte Methode erwiesen, um die Ausbreitung von Infektionskrankheiten durch injizierenden Drogenkonsum zu verhindern, obwohl es Unterschiede hinsichtlich des Angebots und der Reichweite solcher Programme gibt und nicht immer steriles Zubehör vorhanden ist. Lediglich in Spanien werden Spritzenaustauschprogramme in Haftanstalten systematisch durchgeführt. Spezielle Maßnahmen zur Verhinderung einer Hepatitis-C-Ansteckung sowie eine Hepatitis-B-Impfung werden immer mehr als eine wichtige Ergänzung der HIV-Prävention erkannt. Erste-Hilfe-Kurse und Risikoauflklärung als besondere Interventionen zur Verhinderung einer tödlichen Überdosierung gewinnen zunehmend an Bedeutung. Eine weitere wichtige Entwicklung besteht darin, dass medizinische Hilfe zunehmend in niedrighschwelligigen Einrichtungen, die den örtlichen Drogendiensten angeschlossen sind, zur Verfügung steht.

Nach wie vor bedeutet Drogenbehandlung sehr oft Behandlung wegen Opiat- oder Mehrfachkonsums einschließlich Opiaten; eine Ausnahme bilden Schweden und Finnland, wo injizierender Amphetaminkonsum weiterhin stark verbreitet ist. Jüngere Entwicklungen des problematischen Drogenkonsums, die zum Teil vom Opiatkonsum und injizierenden Drogenkonsum weg führen, bewirkten statt einer Reform der vorhandenen Behandlungsstrukturen die Herausbildung neuer Arten von Frühinterventionen, wie sie vorstehend beschrieben wurden. Die Substitutionstherapie nimmt einen wichtigen Platz ein und wurde in den letzten Jahren weiter ausgebaut und diversifiziert. Schätzungen zufolge hat sie EU-weit in den letzten fünf Jahren um 34 % zugenommen, wobei die größten Zuwächse aus Ländern wie Griechenland, Irland, Portugal, Finnland und Norwegen gemeldet werden, wo in der Vergangenheit Substitutionstherapien nur in geringem Umfang angeboten wurden. Die Betreuung von alternden Langzeitdrogenkonsumenten, die unter großem Leidensdruck stehen und bei denen häufig eine psychiatrische Komorbidität diagnostiziert wurde, stellt für die Drogenpolitik, die bisher keine angemessene Lösung gefunden hat, eine ernste Herausforderung dar. Die EBDD wird sich mit diesem Problem im nächsten Jahr eingehender beschäftigen.

Im Zuge der Innovationen in der Strafpolitik wurden Alternativen zur Haftstrafe eingeführt, die Drogenkonsumenten einer Art Zwangsbehandlung zuführen oder sie zu Dienstleistungen für die Allgemeinheit verpflichten, in der Annahme, dass ihren Bedürfnissen durch solche Maßnahmen besser Rechnung getragen wird. Alternativen zur Haftstrafe verhindern insbesondere, dass junge Drogenkonsumenten mit der kriminellen Subkultur in Strafanstalten in Kontakt kommen. Die Notwendigkeit von Alternativen zur Haftstrafe ergibt sich auch aus der akuten Überfüllung der Gefängnisse. Drogenkonsum und Drogenkonsumenten stellen in Haftanstalten zunehmend ein großes Problem dar, das flexible Lösungen erfordert. Gesundheits- und

Sozialbehörden werden immer mehr einbezogen und übernehmen die Betreuung der Drogenkonsumenten in Haftanstalten, obgleich es noch Raum für eine Verbesserung der Zusammenarbeit gibt. Eine Behandlung, die in der Außenwelt zum Standardangebot gehört, ist in Haftanstalten häufig nicht verfügbar oder zugänglich. In den meisten Ländern sind Maßnahmen zur Schadensminimierung in Haftanstalten relativ begrenzt.

### Qualitätssicherung

Einige Studien jüngsten Datums setzen sich vor allem mit innovativen und umstrittenen Maßnahmen wie Drogenkonsumräumen, Verschreibung von Heroin oder Pillentests auseinander. Diese Maßnahmen sind zwar weiterhin umstritten, die Entscheidungsträger benötigen jedoch Informationen über die Auswirkungen solcher Strategien, um die Diskussionen darüber auf eine solidere Grundlage zu stellen.

Über psychosoziale Interventionen bei der Prävention und Behandlung liegen in Europa keine Forschungsarbeiten vor. Für den Bereich der Prävention werden weitgehend nordamerikanische Forschungsergebnisse herangezogen. Die Ziele und Settings der Prävention unterscheiden sich jedoch von der Situation in Europa. Dennoch konnten einige erfolgreiche Ansätze übernommen

werden, und dieses Evidenzmaterial wird bei politischen Entscheidungen zunehmend berücksichtigt werden. Obwohl umfangreiches Forschungsmaterial und evidenzbasiertes Wissen in Bezug auf die medikamentengestützte Behandlung vorhanden ist, die zum Teil von der Pharmaindustrie finanziert wird, ist den großen nationalen Evaluationsstudien kaum eine Empfehlung bewährter Praktiken und anderer Behandlungsmodalitäten zu entnehmen.

Der Transfer von Forschungsergebnissen auf Politik und Praxis ist verbesserungswürdig. Es bedarf dringend einer engeren Zusammenarbeit und eines größeren gegenseitigen Verständnisses zwischen Forschung und Entscheidungsträgern. Nur wenige Länder überprüfen ihre schulbasierte Prävention anhand von Forschungsergebnissen. Während Forschungsergebnisse im Bereich der Verhütung von Infektionskrankheiten zunehmend Anerkennung finden, scheint die Qualität der Betreuung in Drogenbehandlungszentren und Hilfsdiensten für drogenabhängige Haftinsassen vielfach nicht genügend berücksichtigt zu werden. In Bezug auf Alternativen zu Haftstrafen liegen kaum Forschungsergebnisse vor. Mit der Einführung von Leitlinien, Qualitätsstandards und Akkreditierungssystemen gewinnt die formalisierte Qualitätssicherung in den Mitgliedstaaten jedoch an Bedeutung.





# Kapitel 1

## 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 <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>

Bei der Gestaltung und Evaluierung der Drogenpolitik und der Präventionsmaßnahmen sind zuverlässige Informationen über das Ausmaß und die Muster des Drogenkonsums sowie das Alter beim Erstkonsum in der Allgemeinbevölkerung und unter Jugendlichen sowie die Merkmale der Konsumenten und die Risikowahrnehmungen wichtige Faktoren. Der Drogenkonsum unter der Allgemeinbevölkerung wird anhand von Erhebungen ermittelt, die Schätzungen des Anteils der Bevölkerung ermöglichen, der jemals Drogen konsumiert hat. Dabei werden vor allem folgende Kriterien zugrunde gelegt:

- 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 zwölf Monate), häufig auch als „jüngster Drogenkonsum“ bezeichnet; und
- jede Art von Drogenkonsum während des Vormonats (Prävalenz während der letzten 30 Tage), häufig auch als „aktueller Drogenkonsum“ bezeichnet.

Die Zahlen für die „Lebenszeitprävalenz“ sind stets höher als die für die anderen beiden Gruppen, da die erste Gruppe alle Personen umfasst, die jemals Drogen probiert haben, wie lange dies auch zurückliegen mag. Die Frage nach dem „jüngsten Konsum“ erbringt zwar niedrigere Zahlen, spiegelt jedoch die tatsächliche Lage besser wider. Die Zahlen zum „aktuellen Konsum“ lassen gewisse Schlüsse auf den Anteil derer zu, die regelmäßig Drogen konsumieren, fallen jedoch im Allgemeinen niedrig aus. Zusammen genommen geben die Zahlen zur Lebenszeiterfahrung und zum jüngsten oder aktuellen Konsum Aufschluss über die Konsummuster (etwa über die Fortsetzungsraten).

Zahlreiche Erhebungen ermitteln auch das Drogeneinstiegsalter und die Konsumhäufigkeit. Die so gewonnenen Daten ermöglichen Schätzungen der Inzidenz und decken Unterschiede im Konsummuster auf wie z. B. höhere Dosierungen oder häufigerer Konsum (was mit einem größeren Risiko verbunden ist). Des Weiteren lassen sich Korrelationen zwischen Drogenkonsum und

soziodemografischen Faktoren, persönlichen Einstellungen und Risikowahrnehmungen, Lebensstil, Gesundheitsproblemen usw. herstellen.

Abgesehen von den tatsächlichen Unterschieden im Drogenkonsum werden die diesbezüglichen nationalen Zahlen möglicherweise auch von verschiedenen anderen Faktoren beeinflusst. Dazu kann auch das Größenverhältnis zwischen städtischer und ländlicher Bevölkerung in den einzelnen Ländern gehören. Ferner können die Abweichungen durch Faktoren bedingt sein, die mit der Generation (wie etwa die Geburtskohorte, in der sich der Drogenkonsum ausgebreitet hat) und der Annäherung des Lebensstils der jungen Männer und Frauen zusammenhängen. Ob jemand angibt, Drogen zu konsumieren, kann auch vom sozialen und kulturellen Kontext abhängen. Auch durch die Umfragemethoden wie etwa Fehler bei der Stichprobenauswahl und ausbleibende Antworten können die Ergebnisse beeinflusst werden. Vergleichende Analysen zwischen den Ländern sind mit Vorsicht anzustellen, insbesondere wenn die Unterschiede gering sind. Zu den Kriterien, die bei der Gestaltung und Evaluierung der Drogenpolitik zu berücksichtigen sind, gehören unter anderem bestimmte Altersgruppen, Geburtskohorten, Geschlecht und Wohnort (z. B. Stadt oder Land) der untersuchten Bevölkerung.

### Prävalenz und Muster des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung

Trotz der methodisch bedingten Einschränkungen beim Vergleich der Ergebnisse der Erhebungen in den einzelnen Ländern lassen sich für die Gesamtheit der EU einige gemeinsame Grundmuster des Drogenkonsums feststellen. Diese Grundmuster haben sich seit dem letzten Jahresbericht kaum verändert.

Cannabis ist nach wie vor die in allen EU-Ländern am meisten konsumierte illegale Substanz. Dabei ist die Lebenszeiterfahrung mit dieser Droge viel höher als ihr jüngster oder aktueller Konsum, was darauf schließen lässt, dass sie in der Tendenz nur gelegentlich genommen oder nach einiger Zeit abgesetzt wird <sup>(3)</sup>. Unter den über 40-Jährigen ist aktueller Drogenkonsum ungewöhnlich. In einigen Ländern gibt es einen geringen Anteil von Erwachsenen (0,5-1 %), die fast täglich Cannabis konsumieren. Dieser Gruppe sollte besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

<sup>(1)</sup> Zu weiteren Erläuterungen siehe Kasten 1 OL: Methodik zur Schätzung des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung (Online-Version).

<sup>(2)</sup> Siehe die Leitlinien der EBDD für den Schlüsselindikator „prevalence and patterns of drug use among the general population – population surveys“ [Prävalenz und Muster des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung – Bevölkerungsumfragen] ([http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project\\_reports/situation/population\\_survey\\_handbook.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/population_survey_handbook.pdf)).

<sup>(3)</sup> Abbildung 1 OL: Muster des Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung – Lebenszeiterfahrung im Vergleich zum aktuellen Konsum (in den letzten 30 Tagen), Nationale Erhebung zur (Drogenkonsum-) Prävalenz 2001 (Niederlande) (Online-Version).

Andere illegale Substanzen als Cannabis werden von erheblich kleineren Bevölkerungsteilen konsumiert, wobei es allerdings zwischen den Ländern beträchtliche Unterschiede gibt <sup>(4)</sup>. Auch hier scheinen die Drogen nur gelegentlich konsumiert oder nach einiger Zeit wieder abgesetzt zu werden (d. h. die Lebenszeiterfahrung ist deutlich höher als der jüngste Konsum) <sup>(5)</sup>.

Der Konsum illegaler Substanzen ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (z. B. 15-34 Jahre) am höchsten; die Prävalenzraten sind hier ungefähr doppelt so hoch wie die der Erwachsenen insgesamt. In allen Ländern und Altersgruppen haben eher Männer als Frauen in ihrem Lebenszeitraum je Drogen konsumiert. In städtischen Gebieten sind Drogen stärker verbreitet, obgleich es Anzeichen für eine gewisse Ausweitung auf kleinere Städte und ländliche Gebiete gibt.

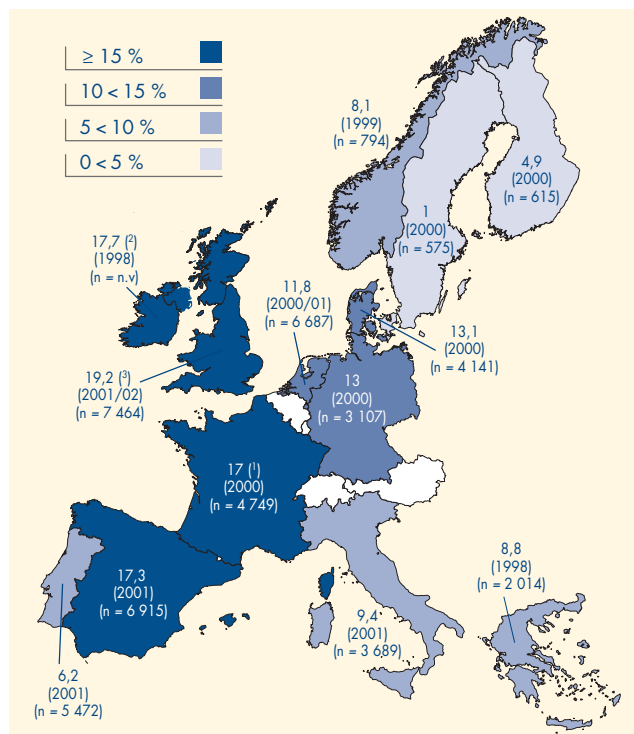
Die Lebenszeiterfahrung mit Cannabis liegt den Berichten zufolge zwischen ca. 7-10 % (Portugal und Finnland) und etwa 30 % (Dänemark und das Vereinigte Königreich) der gesamten erwachsenen Bevölkerung, wobei die meisten anderen Länder einen Anteil von 20-25 % angeben. Hinsichtlich des Konsums anderer Drogen als Cannabis wird ein Anteil von 0,5-6 % bei Amphetaminen (ausgenommen im Vereinigten Königreich, wo der Anteil bei 11 % liegt) und 0,5-5 % bei Kokain und Ecstasy angegeben <sup>(6)</sup>. Über Erfahrungen mit Heroin verfügen insgesamt weniger als 1 % der Bevölkerung, obwohl in einigen Ländern bis zu 2-3 % der jungen Männer angeben, mit dieser Droge experimentiert zu haben.

Was den Cannabiskonsum in der jüngsten Vergangenheit betrifft, so werden für alle Erwachsenen zwischen 1-10 % angegeben, obgleich die Prävalenz in den meisten Ländern (10) zwischen 5 und 10 % schwankt. Beim jüngsten Konsum von Amphetaminen, Kokain oder Ecstasy wird die Zahl im Allgemeinen mit unter 1 % der Erwachsenen angegeben. Spanien, Irland und das Vereinigte Königreich weisen bei diesen drei Drogen etwas höhere Raten auf, während in Dänemark und Norwegen der Konsum von Amphetaminen relativ höher und in den Niederlanden Ecstasy stärker verbreitet ist <sup>(7)</sup>.

Der Drogenkonsum (sowohl Lebenszeiterfahrung und als auch jüngster Konsum) ist unter jungen Erwachsenen höher als in der Bevölkerung insgesamt. Der Konsum von Cannabis in der jüngsten Vergangenheit wird mit 5-20 % der jungen Erwachsenen angegeben (Schweden 1-2 %), wobei zahlreiche Länder (7) Raten zwischen 10 und 20 % aufweisen (Abbildung 1). Der jüngste Konsum von Amphetaminen liegt im Allgemeinen bei 0,6 %, von Kokain bei 0,5-4,5 % und von Ecstasy bei 0,5-5 % (Abbildung 2).

In der *National Household Survey on Drug Abuse* der Vereinigten Staaten für das Jahr 2001 gaben im Vergleich dazu 36,9 % der Erwachsenen (zwölf Jahre und älter) an, über eine Lebenszeiterfahrung mit Cannabis zu verfügen, während 12,3 %

**Abbildung 1:** Jüngster Konsum (während der letzten zwölf Monate) von Cannabis unter jungen Erwachsenen (15-34 Jahre) in europäischen Ländern gemäß nationalen demografischen Erhebungen



Anmerkungen: Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen demografischen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen. Die Stichprobengröße (n) bezieht sich auf die Zahl der Befragten in der Altersklasse 15-34. Einzelheiten zur Zahl der Befragten für die gesamte Erhebung sind in der Statistische Tabelle 2: Jüngste Einjahresprävalenz (LYP) des Drogenkonsums gemäß neueren nationalen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version) zu finden. Nach der EBDD-Standarddefinition umfasst die Gruppe der jungen Erwachsenen die 15- bis 34-Jährigen. In Dänemark und im Vereinigten Königreich sind junge Erwachsene zwischen 16 und 34 Jahre alt, während darunter in Deutschland und Irland die 18- bis 34-Jährigen verstanden werden. 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.

- (1) In Frankreich wurde 2002 eine neue Erhebung durchgeführt, jedoch mit einer erheblich kleineren Stichprobe (2 009 Befragte). Siehe Statistische Tabelle 1: Lebenszeitprävalenz (LTP) des Drogenkonsums gemäß neueren nationalen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version).
  - (2) In Irland umfasst die Stichprobe für die gesamte Erhebung (18-64 Jahre) 6 539 Befragte.
  - (3) England und Wales.
- Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2002, auf der Grundlage von Umfrageberichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Statistische Tabelle 1: Lebenszeitprävalenz (LTP) des Drogenkonsums gemäß neueren nationalen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version).

über eine Lebenszeiterfahrung mit Kokain und 3,6 % über eine Lebenszeiterfahrung mit Ecstasy berichteten. Der Konsum in der jüngsten Vergangenheit (während der letzten zwölf Monate) wurde für Cannabis mit 9,3 %, für Kokain mit 1,9 % und für Ecstasy mit

<sup>(4)</sup> Abbildung 2 OL: Jüngster Konsum (während der letzten zwölf Monate) von Cannabis, Amphetaminen, Ecstasy und Kokain unter jungen Erwachsenen (15-34 Jahre) in europäischen Ländern gemäß nationalen demografischen Erhebungen (Online-Version).

<sup>(5)</sup> Dies wird als „Fortsetzungsrate“ bezeichnet, d. h. der Anteil der Personen, die eine Substanz nicht nur irgendwann während ihres Lebenszeitraums konsumiert, sondern sie auch in den letzten zwölf Monaten oder in den letzten 30 Tagen genommen haben.

<sup>(6)</sup> Siehe Statistische Tabelle 1: Lebenszeitprävalenz (LTP) des Drogenkonsums gemäß neueren nationalen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version).

<sup>(7)</sup> Siehe Statistische Tabelle 2: Jüngste Einjahresprävalenz (LYP) des Drogenkonsums gemäß neueren nationalen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version).

1,4 % angegeben <sup>(8)</sup>. Die Lebenszeiterfahrung mit Cannabis und der Konsum dieser Droge in der jüngsten Vergangenheit fallen in den USA höher aus als in irgendeinem Land der EU. Gleiches trifft für die Lebenszeiterfahrung mit Kokain zu. Der Kokainkonsum in der jüngsten Vergangenheit ist in den USA höher als in den meisten anderen Ländern, mit Ausnahme Spaniens (2,6 %) und des Vereinigten Königreichs (2,0 %). Die Zahlen für den Ecstasy-Konsum liegen über denen der EU-Länder, ausgenommen Spanien, Irland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich.

### Entwicklungstendenzen des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung

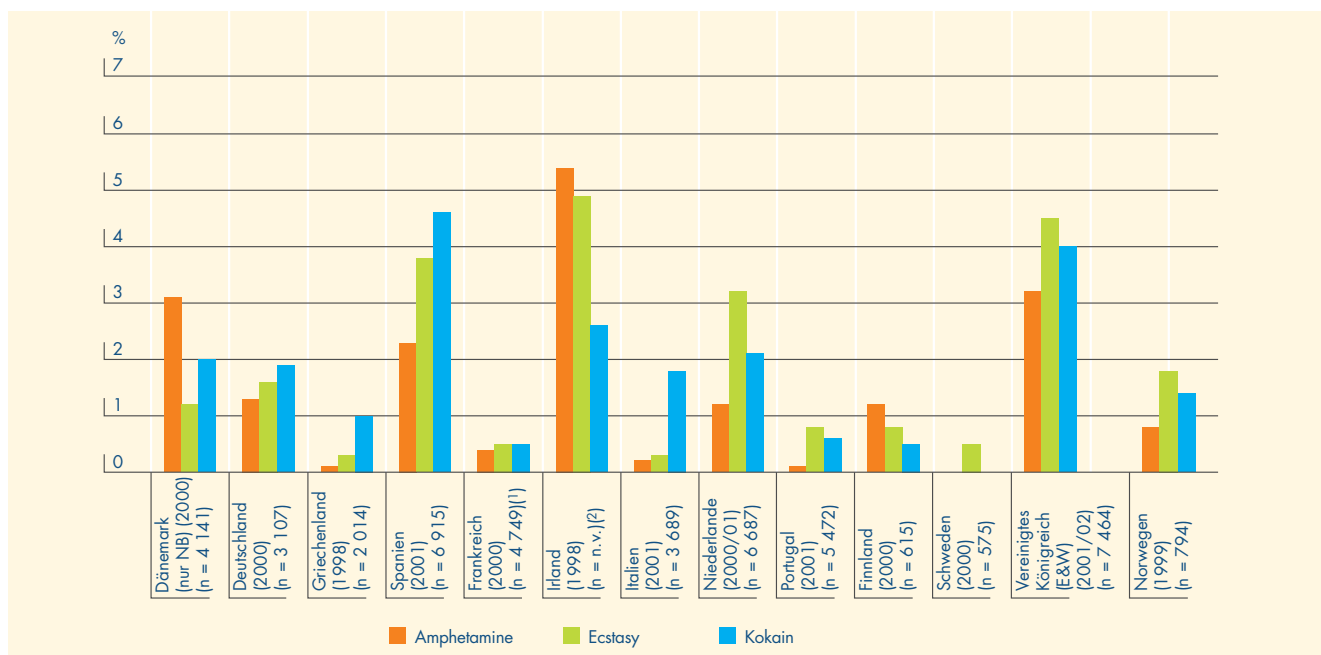
Es lassen sich nur schwer eindeutige Tendenzen ausmachen, die für die gesamte EU Gültigkeit haben. Lediglich in einigen wenigen Ländern wurden zusammenhängende Erhebungsreihen durchgeführt und dann im Allgemeinen auch nur für ein paar Jahre. Darüber hinaus weisen die sozialen/kulturellen Gegebenheiten in den einzelnen EU-Ländern große Unterschiede auf. Die Lebenszeiterfahrung hat bei der Analyse der Tendenzen nur begrenzten Wert, da es sich um eine akkumulative Größe

handelt, die aufgrund eines Generationeneffekts zunehmen kann, selbst wenn der aktuelle Drogenkonsum konstant bleibt oder zurückgeht. Andererseits gibt die Lebenszeiterfahrung im Falle von sehr jungen Menschen (13-15 Jahre) Aufschluss wohl eher über den jüngsten Konsum.

Verschiedene Arten von Erhebungen (nationale, lokale oder Erhebungen unter Wehrpflichtigen oder Schülern) zeigen, dass der Cannabiskonsum, insbesondere unter Jugendlichen, während der 90er Jahre in fast allen EU-Ländern deutlich gestiegen ist. Gleichzeitig lässt sich im Ländervergleich bei Cannabis eine gewisse konvergierende Tendenz feststellen, wobei eine erhebliche Anzahl von Ländern bei der Lebenszeiterfahrung etwa 20-25 % und beim jüngsten Konsum 5-10 % angibt.

Obwohl viele Länder über eine kontinuierliche Zunahme des Cannabiskonsums berichten, sollte darauf hingewiesen werden, dass sich in einigen Ländern (Irland, Italien, die Niederlande, Finnland, Schweden und Norwegen) der Konsum in der jüngsten Vergangenheit nach den Ergebnissen von Erhebungen unter Schülern, Wehrpflichtigen und Teenagern einzupendeln scheint.

**Abbildung 2:** Jüngster Konsum (während der letzten zwölf Monate) von Amphetaminen, Ecstasy und Kokain unter jungen Erwachsenen (15-34 Jahre) in europäischen Ländern gemäß nationalen demografischen Erhebungen



Anmerkungen: E&W, England und Wales.

Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen. Die Stichprobengröße (n) bezieht sich auf die Zahl der Befragten in der Altersklasse 15-34. Einzelheiten zur Zahl der Befragten für die gesamte Erhebung sind in der Statistischen Tabelle 2: Jüngste Einjahresprävalenz (LYP) des Drogenkonsums gemäß neueren nationalen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version) zu finden. Nach der EBDD-Standarddefinition umfasst die Gruppe der jungen Erwachsenen die 15- bis 34-Jährigen. In Dänemark und im Vereinigten Königreich sind junge Erwachsene zwischen 16 und 34 Jahre alt, während darunter in Deutschland und Irland die 18- bis 34-Jährigen verstanden werden. 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.

<sup>(1)</sup> In Frankreich wurde 2002 eine neue Erhebung durchgeführt, jedoch mit einer erheblich kleineren Stichprobe (2 009 Befragte). Siehe auch Statistische Tabelle 2: Jüngste Einjahresprävalenz (LYP) des Drogenkonsums gemäß neueren nationalen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version).

<sup>(2)</sup> In Irland umfasst die Stichprobe für die gesamte Erhebung (18-64 Jahre) 6 539 Befragte.

Quellen: Nationale Reixto-Berichte 2002, auf der Grundlage von Umfrageberichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch Statistische Tabelle 2: Jüngste Einjahresprävalenz (LYP) des Drogenkonsums gemäß neueren nationalen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version).

<sup>(8)</sup> Quelle: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Household Survey on Drug Abuse, 2001 (<http://www.samhsa.gov/oas/nhsda.htm/>). Bitte beachten Sie, dass in der Erhebung der Vereinigten Staaten die Altersspanne (ab dem 13. Lebensjahr) breiter ist als die von der EBDD in den EU-Erhebungen angewandte (15-64 Jahre). Folglich fallen die angegebenen Zahlen in der Erhebung der Vereinigten Staaten etwas niedriger aus als es der Fall gewesen wäre, wenn die Altersspanne der EU zugrunde gelegt worden wäre, was auf das geringe Ausmaß des Drogenkonsums unter den 12- bis 15-Jährigen und insbesondere unter den über 65-Jährigen zurückzuführen ist.

Bei anderen Substanzen (z. B. Kokain, Ecstasy und Amphetamine) ist es schwieriger, einen gesamteuropäischen Trend zu erkennen, was zum Teil an der in vielen Fällen geringen Stichprobengröße der Erhebung und zum Teil an der weitaus geringeren Prävalenz des Konsums dieser Drogen insgesamt liegt. Ferner pflegen sich neue Tendenzen in besonderen Gruppen zu konzentrieren, und es bedarf einer zielgerichteten Analyse (z. B. des Drogenkonsums junger Männer in städtischen Gebieten), um solche Tendenzen festzustellen und ihr tatsächliches Ausmaß abschätzen zu können. Im Idealfall sollten die Erhebungen durch zielgerichtete anthropologische Untersuchungen ergänzt werden.

Der Ecstasy-Konsum ist in den 90er Jahren in bestimmten Gruppen von Jugendlichen deutlich gestiegen (und scheint weiter anzusteigen), allerdings geben lediglich vier Länder (Spanien, Irland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich) eine Rate von über 3 % für den Konsum in der jüngsten Vergangenheit (während der letzten zwölf Monate) unter jungen Erwachsenen an.

Besorgnis erregend ist, dass Indikatoren für Drogenkonsum (Therapienachfrage, Sicherstellungen, toxikologische Post-mortem-Befunde) auf eine Zunahme des Kokainkonsums in einigen Ländern hindeuten. Zwar ist der Kokainkonsum unter der Gesamtbevölkerung nach wie vor niedrig, jedoch scheint sich durchweg zu bestätigen, dass die Zahl der Jugendlichen, die diese Droge in der jüngsten Vergangenheit (während der letzten zwölf Monate) konsumiert haben, im Vereinigten Königreich (\*) steigt (1994-2001) und möglicherweise, obwohl in geringerem Maße, auch in Dänemark, Deutschland, Spanien und in den Niederlanden. Andere Länder meldeten (Nationale Reitox-Berichte 2001 bzw. 2002) einen Anstieg aufgrund lokaler oder qualitativer Informationen (Griechenland, Irland, Italien und Österreich). Dieses Phänomen sollte genau beobachtet werden, insbesondere bei Jugendlichen in städtischen Gebieten (Abbildung 3).

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

Statistische Tabelle 1: Lebenszeitprävalenz (LTP) des Drogenkonsums gemäß neueren nationalen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in den EU-Ländern und in Norwegen

Statistische Tabelle 2: Jüngste Einjahresprävalenz (LYP) des Drogenkonsums gemäß neueren nationalen Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung in den EU-Ländern und in Norwegen

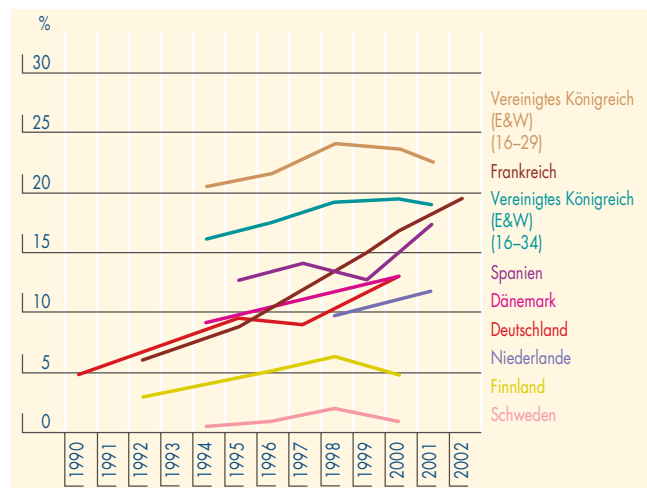
Statistische Tabelle 3: Erhebungen an Schulen: Lebenszeitprävalenz unter 15- bis 16-jährigen Schülern

## Problematischer Drogenkonsum

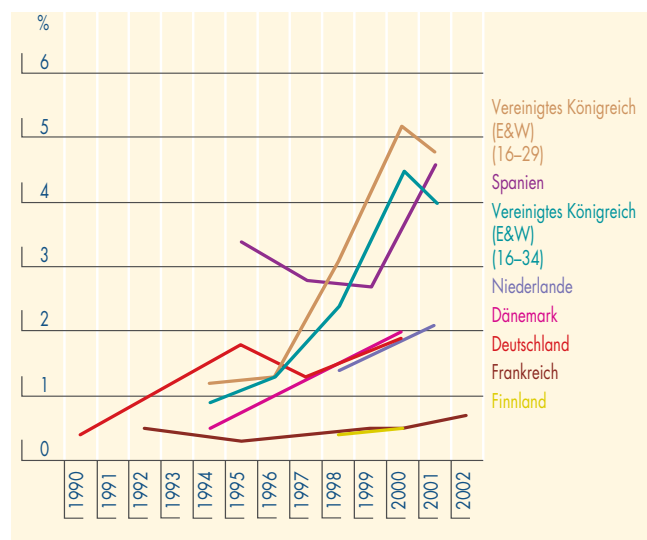
Der problematische Drogenkonsum wird definiert als „injizierender Drogenkonsum oder andauernder/regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen“<sup>(10)</sup>.

**Abbildung 3:** Entwicklung des jüngsten Konsums (während der letzten zwölf Monate) von Cannabis (A) und Kokain (B) unter jungen Erwachsenen (15-34 Jahre) in einigen Ländern der EU

**Abbildung 3 (A):** Entwicklung des Konsums von Cannabis



**Abbildung 3 (B):** Entwicklung des Konsums von Kokain



Anmerkungen: E&W, England und Wales.

Die Daten stammen aus den jüngsten nationalen Erhebungen, die in den jeweiligen Ländern zur Verfügung stehen. Die Zahlen und Methoden für die einzelnen Erhebungen können in der Statistischen Tabelle 2 (Online-Version) eingesehen werden.

Nach der EBDD-Standarddefinition umfasst die Gruppe der jungen Erwachsenen die 15- bis 34-Jährigen. In Dänemark und im Vereinigten Königreich sind junge Erwachsene zwischen 16 und 34 Jahre alt, während darunter in Deutschland und Irland die 18- bis 34-Jährigen verstanden werden. In Frankreich umfasst diese Altersspanne die 25- bis 34-Jährigen (1992) bzw. die 18- bis 39-Jährigen (1995).

Die Stichprobengrößen (Befragte) der jeweiligen Erhebungen können in der Statistischen Tabelle 2 (Online-Version) eingesehen werden.

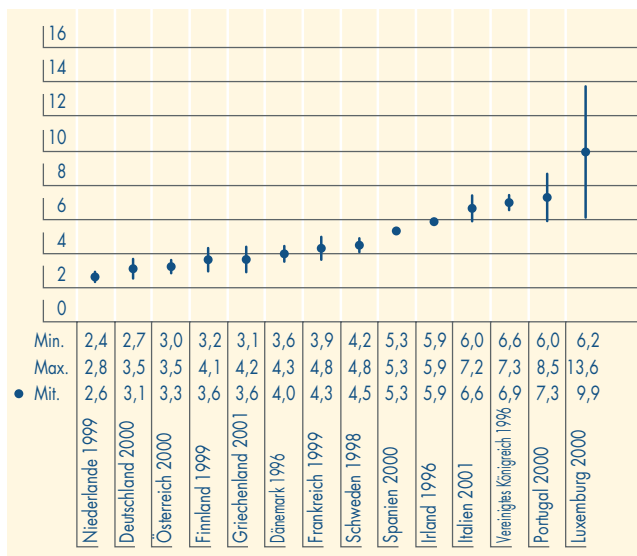
In Dänemark bezeichnet die Zahl für 1994 den Konsum „harter Drogen“. Nationale Reitox-Berichte 2002, auf der Grundlage von Umfrageberichten oder wissenschaftlichen Artikeln. Siehe auch einzelne Quellen in der Statistischen Tabelle 2 (Online-Version).

Quellen:

(\*) Allerdings scheint sich dem Home Office zufolge die Zahl zu stabilisieren (siehe Abbildung 3). Studien in England und Wales unter den 16- bis 29-Jährigen weisen auf erhebliche Veränderungen (um ca. 5 %) zwischen 1996 und 1998 und zwischen 1998 und 2000 hin. Die Unterschiede zwischen den Jahren 2000 und 2001/02 waren hingegen unerheblich.

(10) Weitere Einzelheiten siehe Kasten 2 OL: Definition und zur Schätzung des problematischen Drogenkonsums verwendete Methoden (Online-Version).

**Abbildung 4:** Schätzungen des problematischen Drogenkonsums in einzelnen Mitgliedstaaten der EU (jüngste Einjahresprävalenz je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)



Anmerkungen: Die Zahlen zeigen die kombinierte Länderbandbreite der verschiedenen Schätzungen. Sie können auf verschiedenen Methoden und Datenquellen beruhen und sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden (spezifische Schätzungen und alle Einzelheiten sind in den statistischen Tabellen der Online-Version zu finden). Der Punkt gibt die mittlere Schätzung an, während die Linie die Unsicherheitsbandbreite des 95 %-Vertrauensintervalls darstellt. Je länger die Linie, desto breiter ist die Bandbreite der Prävalenzschätzungen (liegt für Spanien und Irland nicht vor). Alle Schätzungen sind mit der EBDD-Definition des problematischen Drogenkonsums vereinbar. Die schwedische Schätzung wurde an diese Definition angepasst.

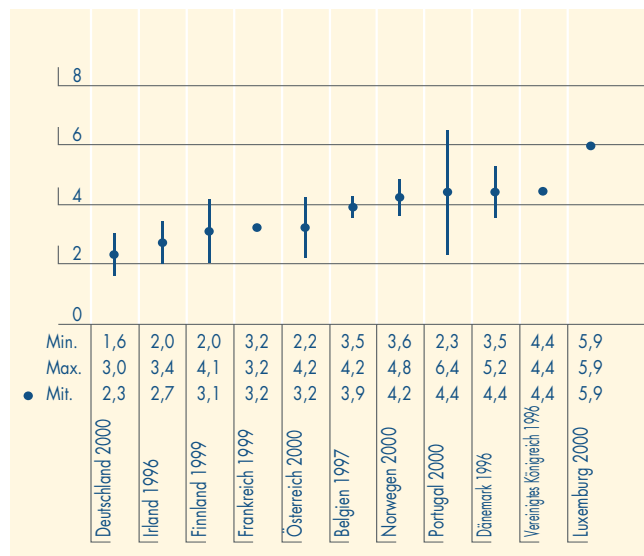
Quellen: Nationale Knotenpunkte im Rahmen des EBDD-Projekts: „National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000“, CT.00.RTX.23, Lissabon, EBDD, 2003. Koordinierung: Institut für Therapieforschung, München.

Mit den gegenwärtig verfügbaren Schätzungsmethoden und bei der heutigen Datenqualität und -verfügbarkeit ist es nicht immer möglich, verlässliche Aussagen über die Tendenzen zu machen. Zudem gibt es keine Schätzungsmethode, die in allen Ländern zu vergleichbaren Daten führt; daher ist bei Vergleichen zwischen den Ländern Vorsicht geboten.

Einige Länder berichten über Veränderungen bei den Schätzwerten, die darauf hindeuten, dass der problematische Konsum seit Mitte der 90er Jahre zugenommen hat. Acht von 16 Ländern berichten über ein Ansteigen des problematischen Drogenkonsums (Deutschland, Spanien, Italien, Luxemburg, Finnland, Schweden) bzw. des injizierenden Drogenkonsums (Belgien und Norwegen) in den 90er Jahren, obwohl sich die aus Schweden auf nationaler Ebene berichtete Zunahme in zwei lokalen Studien offenbar nicht bestätigt hat <sup>(11)</sup>.

Die Schätzwerte für die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums liegen durchweg zwischen zwei und zehn Fällen je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren (bezogen auf die mittleren Schätzwerte). Die höchsten Raten werden aus Italien, Luxemburg, Portugal und aus dem Vereinigten Königreich gemeldet (6-10 je 1 000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren). Die niedrigsten Ziffern kommen aus Deutschland, den Niederlanden und Österreich, die für die oben genannte Altersspanne je 1 000 Einwohner die Zahl der problematischen

**Abbildung 5:** Schätzungen des injizierenden Drogenkonsums in Mitgliedstaaten der EU (jüngste Einjahresprävalenz je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)



Anmerkungen: Die Zahlen zeigen die kombinierte Länderbandbreite der verschiedenen Schätzungen. Sie können auf verschiedenen Methoden und Datenquellen beruhen und sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden (spezifische Schätzungen und alle Einzelheiten sind in den statistischen Tabellen der Online-Version zu finden). Der Punkt gibt die mittlere Schätzung an, während die Linie die Unsicherheitsbandbreite des 95 %-Vertrauensintervalls darstellt. Je länger die Linie, desto breiter ist die Bandbreite der Prävalenzschätzungen (liegt für Frankreich, Luxemburg und das Vereinigte Königreich nicht vor).

Quellen: Nationale Knotenpunkte im Rahmen des EBDD-Projekts: „National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000“, CT.00.RTX.23, Lissabon, EBDD, 2003. Koordinierung: Institut für Therapieforschung, München.

Drogenkonsumenten mit etwa drei angeben. Für Belgien und Norwegen liegen keine Daten vor (siehe Abbildung 4).

In Finnland und Schweden stellen jene, die Amphetamine als Hauptdroge konsumieren, die Mehrheit der problematischen Drogenkonsumenten (im Jahr 1999 in Finnland schätzungsweise 70-80 %). Im Unterschied dazu handelt es sich in anderen Ländern bei den problematischen Drogenkonsumenten zumeist um überwiegend Opiate konsumierende Abhängige (die häufig zu den Mehrfach-Drogenkonsumenten zu zählen sind). In Spanien rangiert Kokain inzwischen bei den erfassten Drogenproblemen (Behandlung und Daten aus der Notaufnahme) ganz weit vorn, was durch jüngste Prävalenzschätzungen bestätigt wurde. Einige Länder (Deutschland, die Niederlande) melden eine hohe Prävalenz des Crack-Konsums unter problematischen Drogenkonsumenten, und zwar hauptsächlich in Großstädten und in erster Linie unter denjenigen, die Opiate als Hauptdroge konsumieren.

Für den injizierenden Drogenkonsum, eine Unterkategorie des gesamten problematischen Drogenkonsums, stehen separate Schätzungen zur Verfügung. Diese Schätzungen beruhen auf Multiplikatormethoden, die sich auf Mortalitätsraten und die Raten der menschlichen Immunschwäche (HIV) oder der Infektion durch das Hepatitis-C-Virus (HCV) stützen. Es ist noch immer schwierig, zwischen aktuellen Injektionsraten (die vermutlich durch Schätzungen anhand von Mortalitätsdaten am besten

<sup>(11)</sup> Siehe Kasten 3 OL: Tendenzen und Muster des problematischen Drogenkonsums nach Ländern (Online-Version).

widergespiegelt werden) und Injektionsraten für den gesamten Lebensraum (anhand von HIV/HCV-Schätzungen) zu unterscheiden, daher lassen sich die Schätzungen nicht ohne weiteres miteinander vergleichen. 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 (für fünf Mitgliedstaaten liegen keine Angaben vor). Luxemburg geht von einer höheren Zahl aus, und zwar von fast sechs Konsumenten je 1 000 Einwohner. Schätzungen des injizierenden Drogenkonsums weisen auf die Risikopopulation hin, bei der ernste gesundheitliche Schäden oder drogenbedingte Todesfälle auftreten können (Abbildung 5).

Eine Analyse des Anteils der injizierenden Heroinkonsumenten, die sich in Behandlung befinden, lässt in der Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums merkliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern und schwankende Tendenzen im Zeitverlauf erkennen (Abbildung 6). In einigen Ländern scheint der injizierende Drogenkonsum niedrig zu sein (Portugal, die Niederlande), während in anderen Ländern der Anteil der sich in Behandlung befindlichen injizierenden Heroinkonsumenten hoch ist (Griechenland, Luxemburg). In fast allen Ländern ist der injizierende Heroinkonsum unter in Behandlung befindlichen Heroinkonsumenten offenbar während der 90er Jahre zurückgegangen, obwohl die Daten aus einigen Ländern Zuwächse seit 1996 und in der jüngsten Vergangenheit vermuten lassen (Irland, Finnland), was, falls sich diese Vermutung bestätigt, Anlass zur Sorge gibt und Gegenmaßnahmen erforderlich macht. Im Vereinigten Königreich ging der Anteil der injizierenden Heroinkonsumenten bis 1996 zurück, stieg im Jahr darauf aber wieder an und blieb seitdem auf demselben Stand.

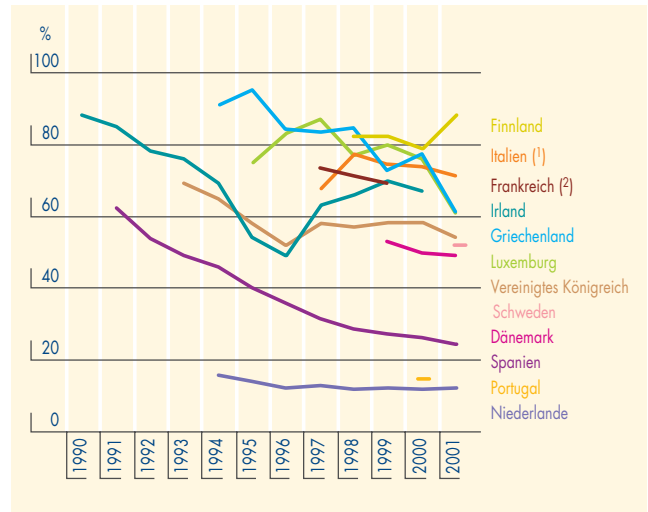
Die Daten über den prozentualen Anteil des gegenwärtigen injizierenden Konsums unter sich in Behandlung befindlichen Opiatabhängigen – im Vergleich zu den geschätzten absoluten Zahlen der problematischen Drogenkonsumenten (siehe Statistische Tabelle 4) – deuten darauf hin, dass etwa 60 % aller problematischen Drogenkonsumenten in der EU injizieren, wobei allerdings von Land zu Land (hier nicht aufgezeigte) Unterschiede bestehen. Wenn der Anteil des problematischen Drogenkonsums in der EU insgesamt bei vier bis sechs Fällen je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren liegt, so sind das zwischen 1 Million und 1,5 Millionen problematische Drogenkonsumenten, von denen 600 000 bis 900 000 injizierende Konsumenten sind.

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

Statistische Tabelle 4: Geschätzte Zahl der problematischen Drogenkonsumenten in Mitgliedstaaten der EU, 1995-2001

Statistische Tabelle 5: Geschätzter Anteil der problematischen Drogenkonsumenten in Mitgliedstaaten der EU, 1995-2001 (Rate je 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren)

**Abbildung 6:** Entwicklungstendenzen des injizierenden Drogenkonsums in den Mitgliedstaaten der EU, 1990-2001 (prozentualer Anteil gegenwärtig injizierender Konsumenten unter in Behandlung befindlichen Heroinkonsumenten)



(¹) Italien: Daten aus Standardtabelle 04 (2002).  
 (²) Für Frankreich liegen für das Jahr 1998 keine Daten vor; die Zahl beruht auf Interpolation.  
 Die Daten repräsentieren mehrere Tausend Fälle pro Land und Jahr und schließen in den meisten Ländern fast alle behandelten Fälle auf nationaler Ebene mit ein.  
 Quellen: Nationale Knotenpunkte im Rahmen des EBDD-Projekts: „Treatment demand indicator“ ([http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand\\_treatment.shtml](http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml)).

## Behandlungsnachfrage

Die charakteristischen (z. B. sozialen) Merkmale der sich in Behandlung begebenden Personen und die Konsummuster (z. B. der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten oder Opiatkonsumenten) sind potenzielle Indikatoren für weiterreichende Tendenzen des problematischen Drogenkonsums. Die Daten zur Behandlungsnachfrage 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

### Informationsquellen

Wie schon im Jahre 2001 wurden auch 2002 zwei Informationsquellen genutzt, und zwar das erweiterte TDI-Protokoll zu Behandlungszentren, von denen Daten zur Verfügung standen, und eine Kurzfassung des TDI-Protokolls, das in die seit 1993 erstellten Tabellen eingeflossen ist. Um einen Vergleich mit den Vorjahren zu ermöglichen und die Entwicklungstendenzen im Zeitverlauf darzustellen, wurde in einigen Fällen auf die zweite Informationsquelle zurückgegriffen. Die Zahl der Fälle, die für jedes Land durch Datenquellen belegt sind, ist in der Online-Fassung ersichtlich (¹).

(¹) Tabelle 1 OL: Zahl der erfassten Fälle nach Datenquelle (Online-Version).

jedoch Abweichungen zwischen den einzelnen Ländern ergeben. Die Datenerfassung beruhte zum zweiten Mal auf einem gemeinsamen Europäischen Protokoll zum Indikator Behandlungsnachfrage (TDI – Treatment-Demand-Indikator-Protokoll), das Angaben zu ca. 150 000 Patienten enthält <sup>(12)</sup>.

### Substanzen

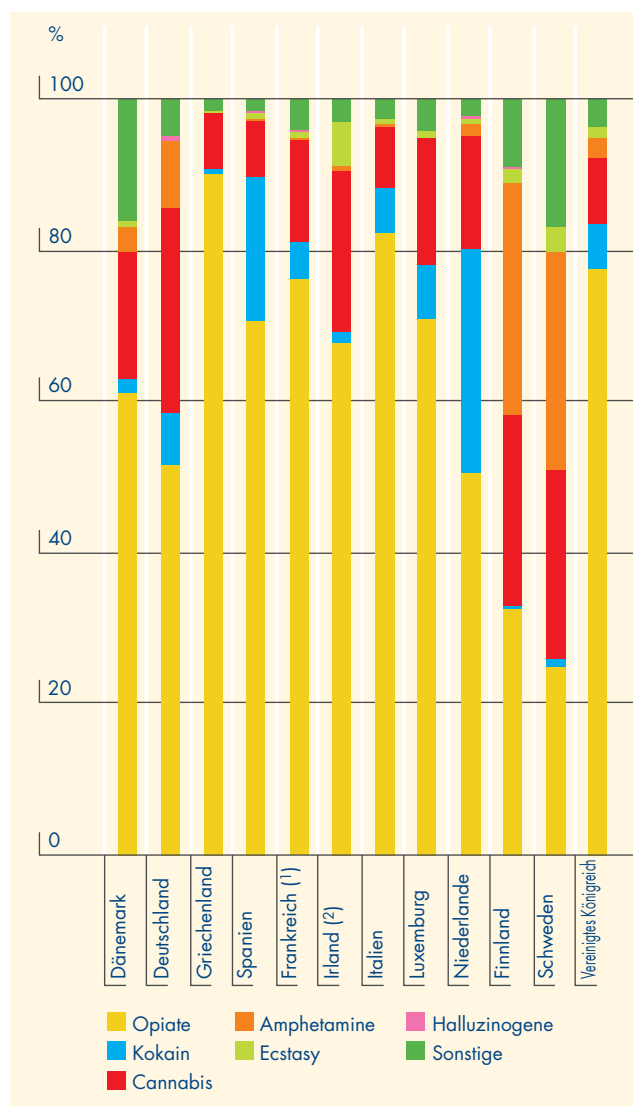
Trotz abweichender Behandlungsverfahren und Erfassungsmethoden können sowohl übereinstimmende als auch spezifische Tendenzen in der EU beobachtet werden.

Wie in den Vorjahren melden die Länder auch im Jahr 2001 eine höhere Gesamtzahl der wegen Drogenproblemen behandelten Personen. Den Nationalen Berichten zufolge gibt es dafür eine Reihe von Gründen: verbesserte Registrierungsmethoden (es wird eine größere Zahl behandelter Personen gemeldet), größere Verfügbarkeit von Therapieeinrichtungen (insbesondere Substitutionstherapie und niedrigschwellige Dienste), differenzierte Programme (inzwischen stehen spezielle Hilfsdienste für bestimmte Zielgruppen zur Verfügung, und in Substitutionsprogrammen werden unterschiedliche Substanzen wie z. B. Buprenorphin und Methadon eingesetzt), längere Behandlungsdauer der Patienten und eine größere Zahl von Personen, die in ländlichen/nicht städtischen Gebieten behandelt werden (Nationale Berichte, 2002).

Drogenkonsumenten begeben sich vor allem spontan oder unter dem Druck von Familienangehörigen in Behandlung; andere Quellen machen nur einen geringen Bruchteil der Überweisungen aus <sup>(13)</sup>. Hinsichtlich der Überweisungen an Drogenbehandlungszentren treten von Land zu Land Unterschiede auf, und zwar aus verschiedenen Gründen: Unterschiede bei der Verteilung der konsumierten Substanzen; Unterschiede in der nationalen Organisation der Gesundheits-, Sozial- und Justizdienste sowie soziale und kulturelle Unterschiede. Beispielsweise ist die Zahl der von den Gerichten, der Polizei und anderen rechtlichen Instanzen überwiesenen Klienten in Deutschland am höchsten, was möglicherweise auf den hohen Anteil der Cannabis-Konsumenten in diesem Land zurückzuführen ist <sup>(14)</sup>. Im Vergleich dazu spielen in Schweden, das über ein gut strukturiertes Wohlfahrtssystem verfügt, die Sozialdienste eine große Rolle bei der Überweisung von Drogenkonsumenten an spezielle Hilfsdienste. In Griechenland nimmt die Familie in der Gesellschaft einen zentralen Platz ein und stellt einen wichtigen Initiator von Überweisungen dar (Nationaler Bericht, 2002) <sup>(15)</sup>.

In den meisten Ländern sind Opiate (insbesondere Heroin) nach wie vor die Hauptdrogen aller sich in Behandlung begebenden Personen (Abbildung 7). In den meisten Ländern der EU sind zwischen 50 und 70 % der Personen, die sich für eine Behandlung anmelden, Heroinkonsumenten, jedoch besteht zwischen den einzelnen Ländern eine große Schwankungsbreite. Je nachdem, wie hoch der Anteil des Opiatmissbrauchs bei den Überweisungen

**Abbildung 7:** Alle zur Behandlung zugelassenen Personen – nach Hauptdroge geordnet



Anmerkungen: n = 300 414.  
 (1) Daten für 1999.  
 (2) Daten für 2000.  
 Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2002). Siehe auch Statistische Tabelle 6: Kennzeichen wegen Drogenproblemen behandelter Personen in der EU (Online-Version).

an Drogenbehandlungszentren ist, lassen sich die EU-Mitgliedstaaten in die folgenden vier Gruppen einteilen:

- unter 50 % (Finnland, Schweden);
- 50-70 % (Dänemark, Deutschland, Frankreich, Irland, Niederlande);
- 70-80 % (Spanien, Luxemburg, Vereinigtes Königreich) und
- über 80 % (Griechenland, Italien, Portugal) <sup>(16)</sup>.

<sup>(12)</sup> Ein vollständiger Bericht über den Indikator Behandlungsnachfrage kann unter [http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project\\_reports/situation/treatment\\_indicator\\_report.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf) eingesehen werden.

<sup>(13)</sup> Abbildung 3 OL: Zahl der zur Behandlung aufgenommenen neuen Patienten nach Überweisungsquelle (Online-Version).

<sup>(14)</sup> Aus verschiedenen Gründen (unter anderem z. B. die Verhängung administrativer Sanktionen wie etwa Fahrverbot) entspricht der Anteil der von der Strafjustiz überwiesenen Drogenkonsumenten nicht unbedingt dem Anteil von Straftätern.

<sup>(15)</sup> Abbildung 4 OL: Überweisungsquelle bei neuen Patienten in einigen Ländern (Online-Version).

<sup>(16)</sup> Siehe Statistische Tabelle 6: Kennzeichen wegen Drogenproblemen behandelter Personen in der EU (Online-Version); und Statistische Tabelle 7: Kennzeichen erstmals wegen Drogenproblemen behandelter Personen in der EU (Online-Version).

Die Zusammensetzung der Patienten der Krankenhausambulanzen ist heterogener als die Klientel anderer Behandlungseinrichtungen<sup>(17)</sup>, entweder weil sich die ambulanten Einrichtungen auf bestimmte drogenbedingte Probleme spezialisiert haben oder weil diese Einrichtungen als Reaktion auf die Behandlungsnachfrage bei unterschiedlichen Arten des Drogenmissbrauchs (wie Cannabis- oder Kokainmissbrauch) entstanden sind (Molinae *et al.*, 2002).

Was die Zahl der sich in Behandlung begebenden Konsumenten betrifft, so stehen in vielen Ländern Cannabiskonsumenten an zweiter Stelle nach Heroinkonsumenten, wobei die Zahl unter den neu aufgenommenen Patienten am höchsten ist (24,7 % aller Neuzugänge sind Cannabiskonsumenten)<sup>(18)</sup>. Die Patienten, die sich wegen Cannabis in Behandlung begeben, unterziehen sich vor allem einer ambulanten oder stationären Behandlung<sup>(19)</sup>. Cannabis wird häufig als Sekundärdroge in Kombination mit anderen Substanzen verwendet<sup>(20)</sup>. Der Anteil der Personen, die sich wegen Cannabisabhängigkeit in Behandlung begeben, weist zwischen den einzelnen Ländern große Schwankungen auf: von 7,3 % in Griechenland bis 27,2 % in Deutschland (Abbildung 7).

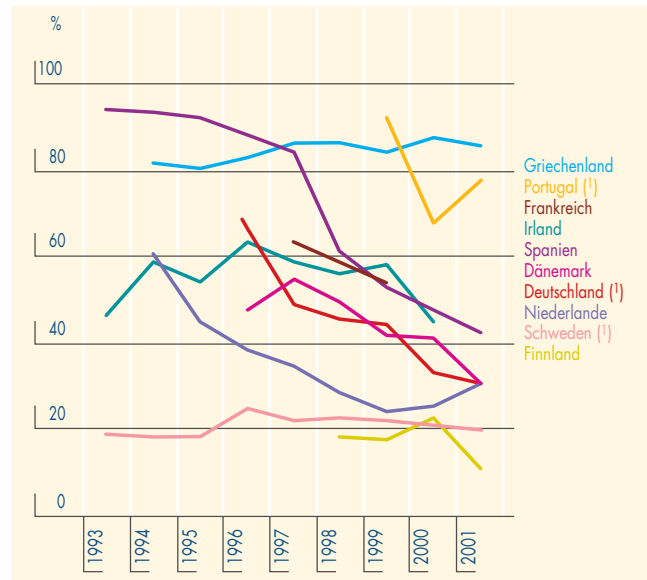
Spanien (19 %) und die Niederlande (29,9 %) sind nach wie vor die Länder mit dem höchsten Anteil der Drogenabhängigen, die eine Behandlung aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit Kokain als Hauptdroge beantragen. Die anderen Länder weisen eine niedrigere Rate auf, die sich zwischen 0,8 % in Griechenland und 7 % in Luxemburg bewegt. Die beiden größten Gruppen, die wegen Kokainabhängigkeit in den vergangenen Jahren eine Behandlung beantragt haben, waren laut einer in den Niederlanden durchgeführten Studie von Behandlungsdaten Konsumenten von Base/Crack und Personen, die Kokain zusammen mit Heroin oder Methadon konsumierten. Die Konsumenten von Base/Crack stellen für die Behandlungsdienste wohl eine besondere Herausforderung dar, da Kokain in der Form von Crack besonders stark abhängig macht und viele Probleme verursacht und die Konsumenten – ob sie es nun allein oder zusammen mit Heroin zu sich nehmen – gesellschaftlich oft sehr schlecht integriert sind (Mol und van Vlaanderen, 2002).

Die Gruppe der Drogenkonsumenten, bei denen in der Therapienachfrage die größten Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern auftreten, ist die der Amphetaminkonsumenten, wobei der Prozentsatz der sich in Behandlung begebenden Amphetaminkonsumenten in Dänemark 3 %, in Deutschland 8,7 %, in den Niederlanden 1,5 %, in Finnland 31,1 %, in Schweden 29 %, im Vereinigten Königreich 2,7 % beträgt und in den übrigen Ländern bei weniger als 1 % liegt.

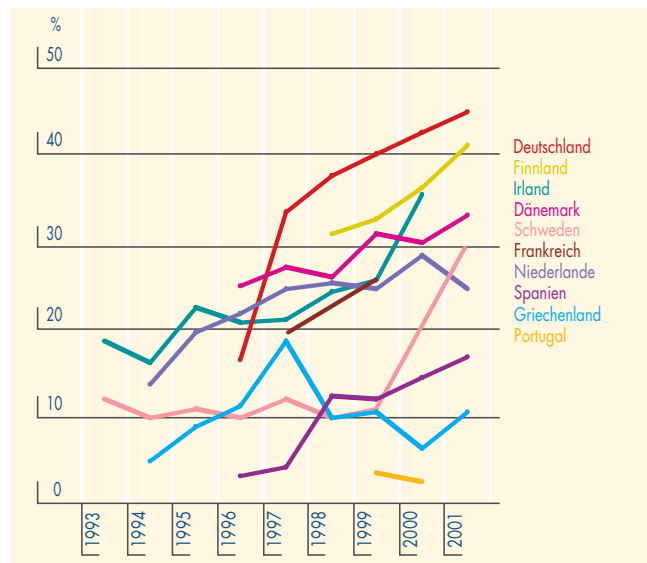
Der polyvalente Drogenkonsum schlägt sich zunehmend in den Behandlungsdaten nieder. In allen Ländern konsumieren über 50 % aller Klienten neben ihrer Primärdroge mindestens eine weitere Droge, in erster Linie Cannabis (18,4 %) oder Kokain (19 %). Am häufigsten werden folgende Kombinationen von Substanzen gemeldet: Heroin mit Kokain oder Cannabis und Kokain mit Alkohol oder Cannabis (Nationale Berichte, 2002).

**Abbildung 8:** Wegen des Konsums von (A) Heroin/Opiaten oder (B) Cannabis zur Behandlung aufgenommene neue Patienten

**Abbildung 8 (A):** Konsum von Heroin/Opiaten



**Abbildung 8 (B):** Konsum von Cannabis



Anmerkungen: Für Belgien, Italien, Luxemburg, Österreich und das Vereinigte Königreich lagen keine Daten vor. Die Zahl der Fälle ist in der Statistischen Tabelle 7 (Online-Version) einzusehen.

(!) Heroin schließt alle Opiate ein.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2002). Siehe auch Statistische Tabelle 7: Kennzeichen erstmals wegen Drogenproblemen behandelter Personen in der EU.

### Tendenzen

In den europäischen Ländern sind gemeinsame Tendenzen bei der Behandlungsnachfrage wegen Heroin- oder Cannabisabhängigkeit festzustellen; der Heroinkonsum scheint in allen Ländern konstant oder rückläufig zu sein, während der Cannabiskonsum fast überall

<sup>(17)</sup> Abbildung 5 OL: Primärdroge bei allen Patienten nach Art des Zentrums (Online-Version).

<sup>(18)</sup> Abbildung 6 OL: Verteilung neuer Patienten und der Patienten insgesamt nach Primärdroge (Online-Version).

<sup>(19)</sup> Abbildung 5 OL: Primärdroge bei allen Patienten nach Art des Zentrums (Online-Version).

<sup>(20)</sup> Abbildung 7 OL: Am häufigsten konsumierte Sekundärdrogen unter allen Patienten (Online-Version).



zunimmt, insbesondere bei den neu aufgenommenen Patienten (Abbildung 8).

Zu den Gründen für den offensichtlichen Rückgang der Heroinkonsumenten zählen möglicherweise das Ende der Heroinepidemie in den späten 80er und frühen 90er Jahren und der sich daraus ergebende Rückgang in der Behandlungsnachfrage; der Sättigungsgrad der Behandlungsdienste für Heroinkonsumenten; und die größere Differenzierung der Behandlungsprogramme, wobei für Konsumenten anderer Drogen (einschließlich Cannabis) inzwischen mehr Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Die Tendenz zu einer stärkeren Behandlungsnachfrage wegen Cannabisabhängigkeit (Abbildung 9) könnte verschiedene Ursachen haben: steigende Prävalenz des regelmäßigen Cannabiskonsums, Zunahme der von den Strafvollzugsanstalten gemeldeten Fälle, Marktfaktoren (z. B. größere Verfügbarkeit oder niedrigere Preise) und eine größere Zahl von Jugendlichen mit sozialen oder psychischen Problemen, die keine anderen geeigneten Hilfsdienste finden können. Die wachsende Zahl neuer Klienten, die sich wegen Cannabisabhängigkeit in Behandlung begeben, scheint in einigen Ländern besonders ausgeprägt zu sein. In diesen Ländern gibt es Parallelen in Bezug auf die Prävalenzdaten, die Sicherstellung von Cannabis, Cannabis-Delikte und die Behandlungsnachfrage wegen Cannabiskonsums (Nationale Berichte, 2002). In Deutschland konzentriert sich die Forschung gegenwärtig auf die Gruppen, die von den Strafvollzugssystemen und/oder Sozialdiensten wegen Cannabiskonsums an die Behandlungsdienste überwiesen wurden. Erste Ergebnisse scheinen darauf hinzudeuten, dass einige junge Cannabiskonsumern die Abhängigkeitskriterien gemäß den ICD-10-Codes erfüllen (R. Simon, persönliche Mitteilung, 2002).

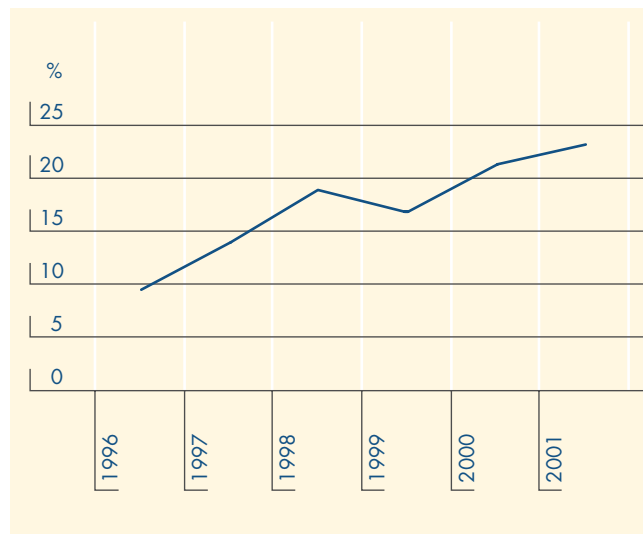
Hinsichtlich des Konsums von Kokain<sup>(21)</sup> und anderen Substanzen sind die Tendenzen in den einzelnen Ländern weniger homogen: In Spanien und in den Niederlanden scheint sich die in den vergangenen Jahren beobachtete starke Zunahme verlangsamt zu haben, da sich die Behandlungsnachfrage insbesondere bei den Erstpatienten inzwischen stabilisiert oder nur geringfügig erhöht hat.

### Konsummuster und Verabreichungswege

Die meisten Drogenkonsumenten haben zum ersten Mal als Jugendliche (im Alter zwischen 15 und 29 Jahren, insbesondere zwischen 15 und 19 Jahren) Drogen genommen. Das Einstiegsalter ist jedoch je nach Substanz unterschiedlich: 33,6 % der Klienten konsumieren Cannabis zum ersten Mal im Alter unter 15 Jahren, 56,3 % im Alter zwischen 15 und 19 Jahren und 63,3 % verwenden in diesem Alter (15-19) erstmals Stimulanzien. Im Vergleich dazu scheint das Einstiegsalter für Heroin und Kokain höher zu sein (über 40 % der Klienten konsumieren Heroin und Kokain zum ersten Mal im Alter zwischen 20 und 29 Jahren, wobei der Erstkonsum für eine Gruppe auch noch in einem späteren Alter stattfindet)<sup>(22)</sup>.

Heroin-, Kokain- und Cannabiskonsumern, die eine Behandlung beantragen, haben, wenn sie die Drogen in den letzten 30 Tagen

**Abbildung 9:** Trend in der Behandlungsnachfrage wegen Cannabis-Konsum, 1996–2001



Anmerkung: Die Prozentangaben sind gewichtet mit der Anzahl der Klienten je Land. Nur neue Klienten. „N“ pro Jahr liegt zwischen 31 143 und 56 394. Mehr Details siehe Tabelle 1 OL.

Quelle: Nationale Reitox-Berichte (1996-2001).

konsumiert haben, diese in der Regel täglich genommen, während Stimulanzien gewöhnlich zwei- bis sechsmal in der Woche konsumiert werden<sup>(23)</sup>.

Zu den am häufigsten genannten Verabreichungswegen der Primärdrogen gehören Injizieren und Rauchen bei Heroin, Schnupfen oder Rauchen/Einatmen bei Kokain und orale Einnahme/Trinken bei Stimulanzien (Abbildung 10). Unter Berücksichtigung der methodisch bedingten Einschränkungen [die Stichprobe war nicht genau die gleiche wie im Vorjahr (2001), und 2001 gab es außerdem weniger unbekannte Daten] wurde im Jahr 2001 über eine Veränderung der Konsummuster berichtet: Die Zahl der Klienten, die sich Heroin spritzen, ist zurückgegangen, während beim Schnupfen oder Rauchen von Kokain ein Zuwachs zu verzeichnen ist. Dies hängt möglicherweise mit den Marktfaktoren zusammen, insbesondere mit dem Preis und der Beschaffbarkeit von rauchbarem Heroin und Crack/Kokain und den Auswirkungen der Präventions- und Schadensminimierungsprogramme (EBDD, 2002a; Nationale Berichte, 2002).

### Soziale Merkmale

Die Mehrzahl der Personen, die eine Behandlung aufnehmen, sind Männer im Alter zwischen 20 und 30 Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt 29,8 Jahre und bei Erstpatienten 26,9 Jahre. Die jüngsten Drogenabhängigen, die sich einer Behandlung unterziehen, sind in Deutschland, Irland und Finnland zu finden, während die Drogenklienten, die eine Behandlung wünschen, in Spanien, Italien und den Niederlanden am ältesten sind<sup>(24)</sup>. Die altersmäßige Zusammensetzung der Klienten, die eine Behandlung beantragen, hängt offenbar von der Art der konsumierten Substanz ab. Im

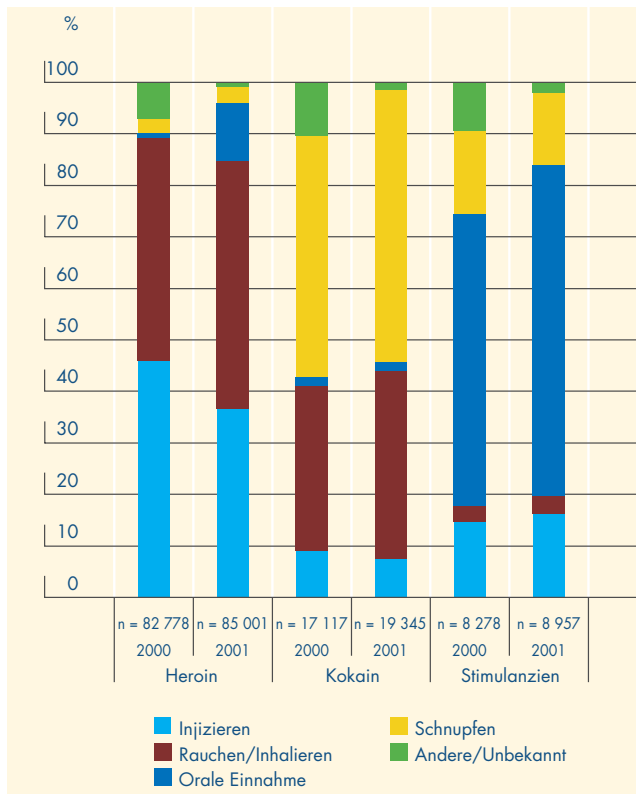
<sup>(21)</sup> Abbildung 8 OL: Zur Behandlung wegen Kokainabhängigkeit aufgenommene neue Patienten (Online-Version).

<sup>(22)</sup> Abbildung 10 OL: Alter aller Patienten beim Erstkonsum der Hauptdroge (Online-Version).

<sup>(23)</sup> Abbildung 9 OL: Konsumhäufigkeit der Hauptdroge unter allen Patienten (während der letzten 30 Tage vor Behandlungsbeginn) (Online-Version).

<sup>(24)</sup> Tabelle 2 OL: Durchschnittsalter der in Behandlung befindlichen Klienten (Online-Version).

**Abbildung 10:** Applikationsform bei allen Klienten EU-weit



Anmerkungen: Für Belgien, Frankreich, Irland, Österreich und Portugal lagen für das Jahr 2000 und für Belgien, Frankreich, Italien und Portugal für das Jahr 2001 keine Daten vor.  
 Quelle: Nationale Reitox-Berichte (2001, 2002). TDI-Daten (2000, 2001) aus ambulanten Behandlungszentren.

Allgemein sind Cannabiskonsumenten jünger und Heroin- und Kokainkonsumenten älter. Der Anteil der Cannabiskonsumenten ist in Deutschland am höchsten, während in Spanien und Italien der Anteil der Kokain- bzw. Heroinkonsumenten am höchsten ist. Der hohe Anteil junger Drogenkonsumenten in Finnland dürfte sich teilweise daraus erklären, dass die Drogenkultur sich in diesem Land relativ spät entwickelt hat. Die Verteilung auf die Geschlechter schwankt zwischen einem Verhältnis (männlich/weiblich) von 2:1 bis 6:1<sup>(25)</sup>. Der höhere Anteil der Männer dürfte darauf zurückzuführen sein, dass der Konsum im Allgemeinen unter Männern höher ist, ließe sich jedoch auch mit den differenzierten Zugangsmöglichkeiten zu den Drogenhilfsdiensten erklären (EBDD, 2002a). Dabei lassen sich ähnliche Konsummuster, aufgeteilt nach Geschlecht, in den südlichen bzw. nördlichen Ländern feststellen (z. B. ist der Männeranteil in den südlichen Ländern höher). Dies ist auf Unterschiede zwischen nördlichen und südlichen Ländern im Hinblick auf die konsumierten Substanzen (in den südlichen Ländern gibt es einen höheren Anteil an – vor allem männlichen – Heroinkonsumenten) und auf kulturelle und soziale Unterschiede zurückzuführen.

In der Regel verschlechtern sich die sozialen Bedingungen wie z. B. Bildungssituation, Lebensbedingungen und Arbeitssituation der eine Behandlung beantragenden Konsumenten gegenüber der Allgemeinbevölkerung<sup>(26)</sup>.

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

Statistische Tabelle 6: Kennzeichen wegen Drogenproblemen behandelter Personen in der EU

Statistische Tabelle 7: Kennzeichen erstmals wegen Drogenproblemen behandelter Personen in der EU

Statistische Tabelle 8: Kennzeichen wegen Drogenproblemen behandelter Frauen in der EU

Statistische Tabelle 9: Kennzeichen wegen Drogenproblemen behandelter Männer in der EU

## Drogenbedingte Infektionskrankheiten<sup>(27)</sup>

### HIV und Aids – Prävalenz und Tendenzen

Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit injizierendem Drogenkonsum wirken sich in hohem Maße auf die ökonomischen und sozialen Kosten des Drogenkonsums aus, selbst in Ländern mit einer niedrigen HIV-Prävalenz (Postma *et al.*, 2001; Godfrey *et al.*, 2002). Dies lässt sich verhindern, indem injizierende Drogenkonsumenten Informationen über die Übertragungswege der Krankheit, saubere Nadeln (Hurley *et al.*, 1997; Commonwealth of Australia, 2002) und die Möglichkeit einer Impfung gegen Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Viren erhalten. Inzwischen können HIV- und HCV-Infektionen wirksam behandelt werden, und angesichts der oft sehr hohen Infektionsprävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten gehört die Prävention und die Behandlung von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumenten zu den kostenwirksamsten Maßnahmen im Drogenbereich.

Die Prävalenz von HIV-Infektionen und von Hepatitis B und C unter injizierenden Drogenkonsumenten in der Europäischen Union wird von der Europäischen Beobachtungsstelle systematisch überwacht. Aggregierte Prävalenzdaten (insgesamt und nach Untergruppen) werden in unterschiedlichen Routinesettings (z. B. Drogentherapie, Nadelaustauschprogramme, Strafvollzug) sowie anhand spezieller Studien erfasst<sup>(28)</sup>. Obwohl sich ein Vergleich der Daten schwierig gestaltet, da sie aus einer Vielzahl von Quellen stammen, vermitteln sie doch einen allgemeinen Eindruck von den Unterschieden zwischen Ländern, Regionen und Settings. Durch die Verfolgung der Tendenzen im Zeitverlauf, insbesondere hinsichtlich der Prävalenz bei jungen und bei neuen injizierenden Drogenkonsumenten, lassen sich vor allem wesentliche Informationen über die Verbreitung von Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten und den Erfolg präventionspolitischer Maßnahmen gewinnen. Das längerfristige

<sup>(25)</sup> Siehe Statistische Tabelle 8: Kennzeichen wegen Drogenproblemen behandelter Frauen in der EU; und Statistische Tabelle 9: Kennzeichen wegen Drogenproblemen behandelter Männer in der EU (Online-Version).

<sup>(26)</sup> Siehe „Soziale Ausgrenzung und Reintegration“, S. 65.

<sup>(27)</sup> Eine ausführliche Erörterung dieser Problematik enthält Kapitel 3 des Jahresberichts 2001 (Ausgewählte Themen – Drogenbedingte Infektionskrankheiten). Der Jahresbericht kann unter <http://ar2001.emcdda.eu.int> eingesehen werden.

<sup>(28)</sup> Nähere Einzelheiten zu den Methoden und Leitlinien sind auf der EBDD-Website ([http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious\\_diseases.shtml](http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml)) zu finden.

Ziel ist die Verbesserung der Qualität und der Vergleichbarkeit der aus den vorhandenen Routinequellen gewonnenen Daten sowie die Erstellung tatsächlich vergleichbarer lokaler europäischer Seroprävalenzstudien unter injizierenden Drogenkonsumenten.

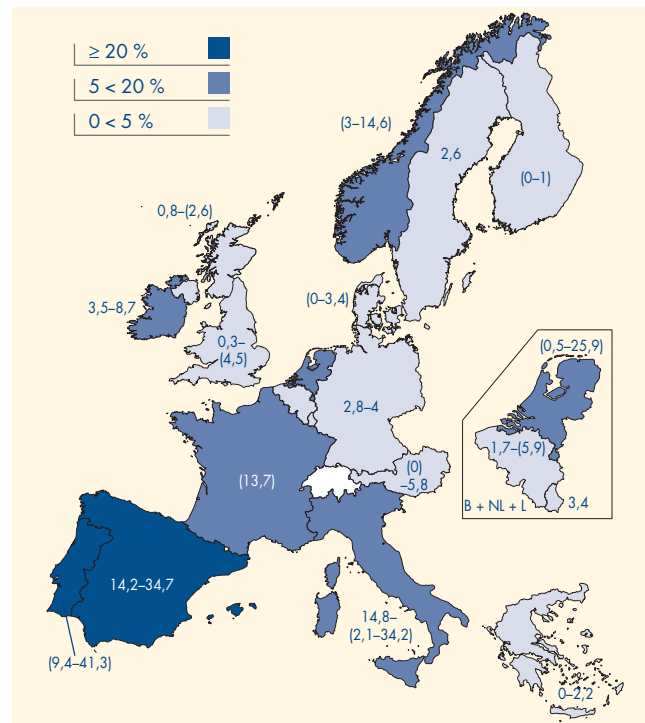
Die vorhandenen Daten lassen große Unterschiede in der HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten sowie zwischen den Ländern und innerhalb dieser erkennen. Obwohl die Infektionsraten in den einzelnen Quellen zwischen ca. 1 % im Vereinigten Königreich (Erhebung sowie nicht mit der Erhebung verknüpfte anonyme Tests von Personen ohne Krankheitsanzeichen) und mehr als 30 % in Spanien (diagnostische Routineuntersuchungen im Rahmen der Drogentherapie) schwanken, sind sie im Allgemeinen gleichbleibend <sup>(29)</sup>. Dieses Gesamtbild hat sich in den vergangenen Jahren nicht verändert (Abbildung 11).

In einigen Ländern und Regionen ist die HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten seit 1995 außerordentlich hoch. Obwohl dies in den meisten Fällen auf Epidemien in der Vergangenheit zurückzuführen ist, kommt speziellen Präventionsmaßnahmen große Bedeutung zu (dazu gehören beispielsweise die Bemühungen um eine Verhinderung der Übertragung auf neue injizierende Drogenkonsumenten, auf Sexualpartner injizierender Drogenkonsumenten und von der Mutter auf das Kind). In einigen Regionen und Städten lag die Prävalenzrate bei über 25 % <sup>(30)</sup>.

Die Beobachtung von Tendenzen der HIV-Prävalenz liefert wichtige Informationen für die Gestaltung und Evaluierung politischer Maßnahmen. Lassen die Tendenzen einen Anstieg der Infektionsraten erkennen, müssen verstärkt Maßnahmen getroffen werden. Gehen die Infektionsraten jedoch zurück, ist mitunter kein weiteres Eingreifen erforderlich. Allerdings können auch in Gebieten, in denen die Prävalenz konstant oder rückläufig ist, neue Infektionen auftreten. In den letzten Jahren war in Regionen und Städten Spaniens, Irlands, Italiens, der Niederlande, Österreichs, Portugals, Finnlands und des Vereinigten Königreichs ein Anstieg der HIV-Übertragung bei (Untergruppen von) injizierenden Drogenkonsumenten zu beobachten, obwohl einige dieser Länder auch über einen erheblichen Rückgang berichteten <sup>(31)</sup>. Aus den italienischen Daten geht hervor, dass in Ländern mit einer signifikanten Infektionsrate ein nationaler Durchschnitt nur sehr begrenzten Wert hat und eine Aufschlüsselung nach kleineren Regionen oder Städten wichtig ist, um den Erfolg der Prävention einschätzen zu können <sup>(32)</sup>. Nur wenige Länder sind jedoch gegenwärtig in der Lage, nach Regionen aufgeschlüsselte Daten vorzulegen. Um die Erfassung von Tendenzen im Zeitverlauf zu beschleunigen, sollten die Prävalenzdaten im Idealfall durch Mitteilungen über neu diagnostizierte Fälle ergänzt werden. In Finnland haben Meldedaten zur Ermittlung des erneuten Anstiegs der Übertragungsrates beigetragen, allerdings liegen sie für die Länder mit der höchsten Prävalenzrate noch nicht vor und hängen auch weiterhin stark vom jeweiligen Testverfahren ab. Vor kurzem

hat Portugal damit begonnen, HIV-Meldedaten vorzulegen, die viel höhere Raten je eine Million Einwohner erkennen lassen als in den anderen Ländern, von denen Daten vorliegen <sup>(33)</sup>.

**Abbildung 11:** Prävalenz der HIV-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in den Mitgliedstaaten der EU und in Norwegen



**Anmerkungen:** Bei Zahlenangaben in Klammern handelt es sich um lokale Daten. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sollten vorsichtig interpretiert werden, da ihnen verschiedene Quellen und in manchen Fällen lokale Daten oder Selbstauskünfte zugrunde liegen. Die Farbe der jeweiligen Länder gibt die Mittelwerte in den Prävalenzschätzungen anhand verschiedener Datenquellen an. Diese zusammenfassende Karte soll einen globalen Überblick über die HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU geben. In dieser Karte werden Daten aus den letzten verfügbaren Jahren aufgezeigt. Daten aus Stichproben, die keine Informationen über den Status der injizierenden Drogenkonsumenten enthalten, wurden ausgeschlossen. Wenn dies dazu führte, dass Quellen ausgeschlossen wurden, die eindeutig besser zu verallgemeinern gewesen wären (z. B. nationale Daten, nicht im Behandlungssektor erhobene Daten), so wurden Daten aus mehr als einem Jahr kombiniert. Die Daten für Italien, Portugal und Norwegen beschränken sich auf die HIV-Prävalenz bei in Behandlung befindlichen injizierenden Drogenkonsumenten und sind somit nicht repräsentativ für die HIV-Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten, die sich nicht in Behandlung befinden. Bestehende Gesundheitsprobleme sind eines der Auswahlkriterien zur Aufnahme in die Drogenbehandlung in einigen Ländern oder Städten (Griechenland, Portugal, Rom); aufgrund langer Wartelisten oder Spezialprogrammen für infizierte injizierende Drogenkonsumenten kann es zu überhöhten Angaben für die Prävalenz kommen. Die Prävalenz in dieser Karte sollte nicht zur Feststellung von Änderungen im Zeitverlauf mit früheren Versionen verglichen werden, da je nach Verfügbarkeit von Daten verschiedene Quellen aufgenommen worden sein können. Zu Trends im Zeitverlauf, methodologische Einzelheiten und Quellen siehe Statistische Tabelle 12: Prävalenz der HIV-Infektion (prozentualer Anteil der Infizierten) unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU und in Norwegen; und Kasten 6 OL: Datenquellen – Prävalenz (Online-Version).

**Quelle:** Reitox-Knotenpunkte. Primärquellen sind in der Statistischen Tabelle 10: Zusammenfassende Tabelle „Prävalenz der HIV-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU“ und in der Statistischen Tabelle 12 zu finden (Online-Version).

<sup>(29)</sup> Weitere Einzelheiten und Quellen sind in der Statistischen Tabelle 10: Zusammenfassende Tabelle „Prävalenz der HIV-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU“; und in der Statistische Tabelle 12: Prävalenz der HIV-Infektion (prozentualer Anteil der Infizierten) unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU und in Norwegen zu finden (Online-Version).

<sup>(30)</sup> Siehe Kasten 4 OL: Gebiete mit hoher HIV-Prävalenz, Zu- und Abnahmen bei der HIV-Übertragung unter injizierenden Drogenkonsumenten in einigen EU-Ländern, HIV-Prävalenz unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten (Online-Version).

<sup>(31)</sup> Siehe Kasten 4 OL (Online-Version).

<sup>(32)</sup> Siehe Abbildung 11 OL: Prävalenz der HIV-Infektion bei in Behandlung befindlichen injizierenden Drogenkonsumenten in Italien nach Region (Online-Version).

<sup>(33)</sup> Siehe Statistische Tabelle 15: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU und in Norwegen (Online-Version).

Die HIV-Prävalenz unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten erlaubt weitere Rückschlüsse auf die Effektivität der Präventionsmaßnahmen, da ihre Infektion im Durchschnitt jüngeren Datums ist als die der injizierenden Drogenkonsumenten insgesamt. Obwohl es sich um kleine Stichprobengrößen handelt, deuten diese Daten darauf hin, dass in den letzten Jahren in einigen Regionen Infektionen unter neuen injizierenden Drogenkonsumenten aufgetreten sind <sup>(34)</sup>.

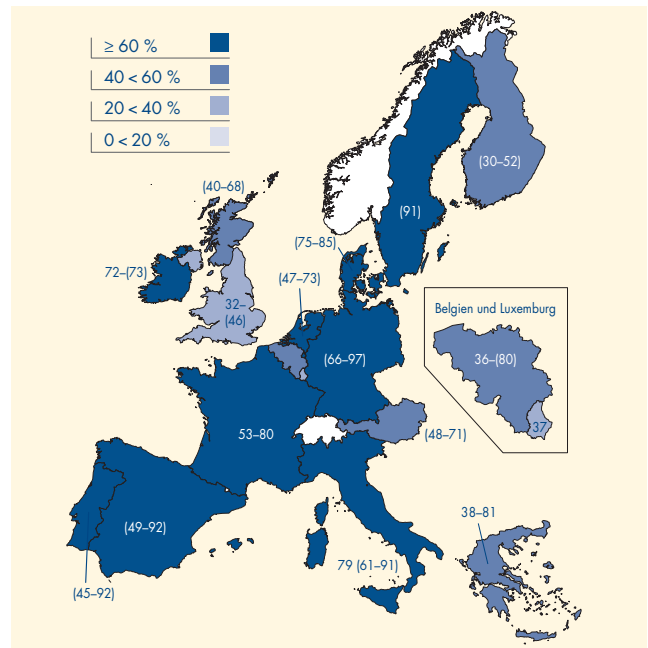
Für einige Länder liegen Angaben zur HIV-Prävalenz unter neuen injizierenden Drogenkonsumenten vor. Diese sind ein noch besserer Indikator für neuere HIV-Infektionen und können Aufschluss über die Inzidenz von HIV-Infektionen geben. Somit liegt mit diesen Daten ein aussagekräftiger Nachweis für die Effektivität der Präventionsmaßnahmen vor. Wenn wir davon ausgehen, dass Drogenkonsumenten, die seit weniger als zwei Jahren injizieren, sich im Durchschnitt seit einem Jahr Drogen spritzen, kann die Prävalenz in dieser Gruppe eine Schätzung der Inzidenz ermöglichen. Die vorhandenen Daten belegen, dass die Inzidenz je 100 Personenjahre der Exposition unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten (95 %-Vertrauensintervall) zwischen 0-3,7 in England und Wales (0/122, 1998), 0,8-11,4 in der Flämischen Gemeinschaft Belgiens (3/77, 1998-1999), 4,4-14,5 in Coimbra, Portugal (12/127, 1999-2000), und 4,4-15,5 in Frankreich (11/111, Selbstaussagen zum Serostatus unter Teilnehmern an Nadelaustauschprogrammen, 1998) schwankt <sup>(35)</sup>. Die von Belgien, Frankreich und Portugal vorgelegten Daten stammen jedoch aus Routineuntersuchungen und geben möglicherweise aufgrund der Auswahl ein verzerrtes Bild wieder. (Die Daten für Portugal könnten zu hoch angesetzt sein, da sie auf den Auswahlkriterien von Entgiftungsstationen beruhen, in denen bevorzugt problematische und/oder seropositive Drogenkonsumenten behandelt werden.)

Wegen der langen Inkubationszeit von HIV vor dem Auftreten der Symptome von Aids und der bedeutenden Verbesserungen in der HIV-Behandlung, die den Ausbruch der Krankheit hinauszögern, geben die Aids-Daten kaum Aufschluss über die Verfolgung von Tendenzen bei neuen HIV-Infektionen. Die Aids-Inzidenz spiegelt jedoch Tendenzen hinsichtlich der Belastung wider, die die HIV-Infektion in den einzelnen Ländern darstellt. Seit etwa 1996 ist die Aids-Inzidenz in den meisten Ländern zurückgegangen, was auf verbesserte Behandlungsmöglichkeiten bei einer HIV-Infektion und möglicherweise niedrigere Infektionsraten in den 90er Jahren zurückzuführen ist. In Portugal zeigen die neuesten Daten, dass die Inzidenz von Aids unter injizierenden Drogenkonsumenten seit 1999 abgenommen hat <sup>(36)</sup>. Dies lässt darauf schließen, dass eine HIV-Behandlung aufgenommen wird, was im Übrigen auch aus den Berichten des Drogenbehandlungssystem hervorgeht.

### Hepatitis-C-Infektion – Prävalenz und Entwicklungstendenzen

Für die Prävalenz einer HCV-Infektion liegt nur eine verhältnismäßig geringe Datenmenge vor, und sofern entsprechende Daten verfügbar sind, müssen für sie die gleichen Einschränkungen wie für die HIV-Daten geltend gemacht werden.

**Abbildung 12:** Prävalenz der Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus unter injizierenden Drogenkonsumenten in den Mitgliedstaaten der EU und in Norwegen



**Anmerkungen:** Bei Zahlenangaben in Klammern handelt es sich um lokale Daten. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sollten vorsichtig interpretiert werden, da sie aus unterschiedlichen Quellen stammen und es sich in einigen Fällen um lokale Daten oder Speicheltests handelt, bei denen die Prävalenz unterschätzt wird. Die Farbe eines Landes gibt den Mittelpunkt einer Prävalenzspannweite für die verschiedenen Datenquellen an. Diese zusammenfassende Karte soll einen globalen Überblick über die HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU geben. In dieser Karte werden Daten aus den letzten verfügbaren Jahren aufgezeigt. Daten aus Stichproben, die keine Informationen darüber enthalten, ob es sich um injizierende Drogenkonsumenten handelt sowie Selbstaussagen zu Testergebnissen wurden ausgeschlossen. Wenn dies dazu führte, dass Quellen ausgeschlossen wurden, die eindeutig besser zu verallgemeinern gewesen wären (z. B. nationale Daten, nicht im Behandlungssektor erhobene Daten), so wurden Daten aus mehr als einem Jahr kombiniert. Die Daten für Irland und Luxemburg beschränken sich auf injizierende Drogenkonsumenten in Haftanstalten, die Daten für Italien hingegen auf die HCV-Prävalenz unter in Behandlung befindlichen injizierenden Drogenkonsumenten und nicht für die HCV-Prävalenz unter solchen injizierenden Drogenkonsumenten gelten, die sich nicht in Behandlung begeben haben. Bestehende Gesundheitsprobleme sind eines der Auswahlkriterien zur Aufnahme in die Drogenbehandlung in einigen Ländern oder Städten (Griechenland, Portugal, Rom); aufgrund langer Wartelisten oder Spezialprogrammen für infizierte injizierende Drogenkonsumenten kann es zu überhöhten Angaben für die Prävalenz kommen. Die Prävalenz in dieser Karte sollte nicht zur Feststellung von Änderungen im Zeitverlauf mit früheren Versionen verglichen werden, da je nach Verfügbarkeit von Daten verschiedene Quellen aufgenommen worden sein können. Zu Trends im Zeitverlauf, methodologischen Einzelheiten und Quellen siehe Statistische Tabelle 16 und Kasten 6 OL.

**Quelle:** Reitox-Knotenpunkte. Primärquellen sind in der Statistischen Tabelle 16: Prävalenz der Hepatitis-C-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU (Online-Version) zu finden.

Dennoch ergibt sich 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 12).

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. In den Jahren

<sup>(34)</sup> Siehe Kasten 4 OL: Gebiete mit hoher HIV-Prävalenz, Zu- und Abnahmen bei der HIV-Übertragung unter injizierenden Drogenkonsumenten in einigen EU-Ländern, HIV-Prävalenz unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten (Online-Version).

<sup>(35)</sup> Siehe Statistische Tabelle 15: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU und in Norwegen (Online-Version).

<sup>(36)</sup> Abbildung 12 OL: Aids-Inzidenz unter injizierenden Drogenkonsumenten in den Mitgliedstaaten der EU (Online-Version).

2000 und 2001 wurden Infektionsraten von über 75 % für Antwerpen, Belgien (80 % der injizierenden Drogenkonsumenten im Umfeld der Drogenbehandlung und der niedrigschwelligen Dienste im Jahr 2001), Frankfurt und Berlin, Deutschland (82-90 % im Umfeld eines niedrigschwelligen Dienstes und von zwei Strafvollzugsanstalten), den Norden Griechenlands und Griechenland landesweit (83 % der injizierenden Drogenkonsumenten in Methadon-Programmen), die italienischen Regionen Piemont, Trentino, Friaul-Julisch Venetien Giulia, Ligurien, Emilia-Romagna, Basilicata und Sardinien sowie die Städte Trient und Bozen (Drogenbehandlung) und für Lissabon sowie einige kleinere Städte in Portugal (Drogenbehandlung) gemeldet <sup>(37)</sup>.

Was riskante Injektionspraktiken (z. B. gemeinsame Benutzung von Nadeln oder anderem Zubehör) und die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen 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. In verschiedenen Regionen sind sowohl Zuwächse als auch Rückgänge zu verzeichnen <sup>(38)</sup>.

Sofern Daten aus Therapieprogrammen vorliegen, deuten sie darauf hin, dass die HCV-Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten unter 25 Jahren zwischen 12 % in Tampere, Finnland (2001), und ca. 60 % in Dublin, Irland (1997), und Italien (1999) schwankt. Die Prävalenz unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten scheint in Belgien und Griechenland zurückzugehen, während sie in England und Wales zunimmt (1998-2001).

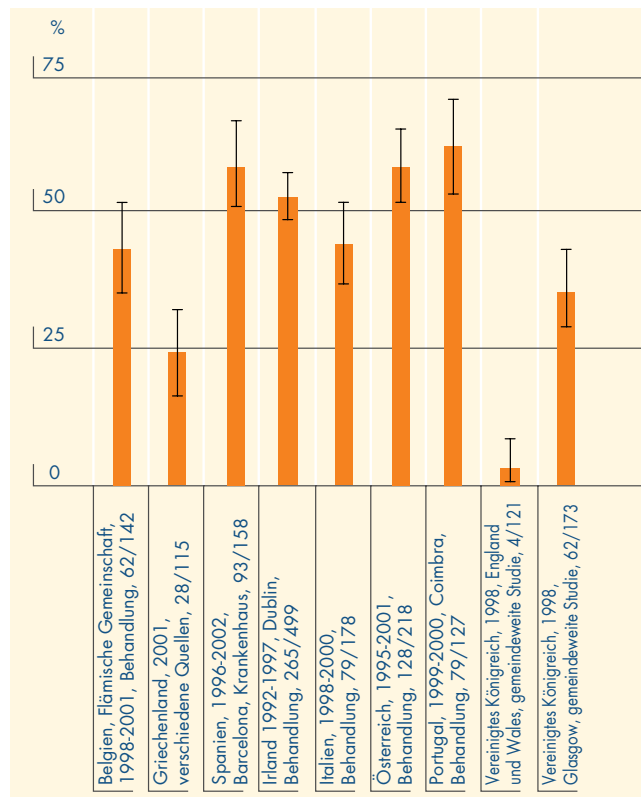
Über die Prävalenz von HCV bei neuen injizierenden Drogenkonsumenten (die sich seit weniger als zwei Jahren spritzen) liegen aus den meisten Quellen noch immer keine Daten vor. Sofern Daten verfügbar sind, deuten sie im Allgemeinen auf eine sehr hohe Prävalenz hin: 40 % oder darüber, aus Belgien und dem Vereinigten Königreich wurden allerdings niedrigere Zahlen gemeldet (Abbildung 13).

### Hepatitis-B-Infektion – Prävalenz und Entwicklungstendenzen

Der Nachweis von Antikörpern im Blut gibt an, ob eine Person jemals mit dem Virus infiziert gewesen oder dagegen geimpft worden ist. Anders als bei HIV und HCV gibt es einen wirksamen Impfstoff gegen das Hepatitis-B-Virus (HBV). Im Fall von HBV stellt der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten, die keine Antikörper gegen das Virus besitzen (aHBs oder aHBc), somit die potenziell zu impfende Bevölkerung dar und ist ein wichtiger Indikator für die Notwendigkeit eines Impfprogramms. In der EU gibt es größere Unterschiede beim Anteil der Drogenkonsumenten, die Antikörper (jeglicher Art) gegen HBV gebildet haben, als bei denjenigen, die über Antikörper gegen HCV verfügen. In der EU wurden bei rund 20-60 % der injizierenden Drogenkonsumenten Antikörper gegen Hepatitis B nachgewiesen, was auf ein großes Impfpotenzial bei den injizierenden Drogenkonsumenten (40-80 %) hinweist.

Eine aktuelle Hepatitis-B-Infektion, die im Blut durch den serologischen Marker HBsAg nachgewiesen wird, kann entweder

**Abbildung 13:** Prävalenz der Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus unter seit weniger als zwei Jahren injizierenden Drogenkonsumenten



Anmerkungen: Die Klammern zeigen das 95 %-Vertrauensintervall an.  
Quelle: Reitox-Knotenpunkte. Primärquellen sind in der Statistischen Tabelle 18: Prävalenz der Hepatitis-C-Infektion unter neuen injizierenden Drogenkonsumenten in der EU (Online-Version) zu finden.

aus einer kürzlich erfolgten Ansteckung resultieren oder eine bereits chronische Infektion sein. Hohe Raten einer aktuellen Infektion geben Aufschluss über ein großes künftiges Risiko hinsichtlich schwerer, langfristiger Komplikationen und eine hohe Ansteckungsgefahr durch riskante Injektionspraktiken oder ungeschützten Sex. Die Prävalenz der aktuellen HBV-Infektionen wird nur in einigen wenigen Ländern erfasst, doch scheint sie große Unterschiede aufzuweisen und in einigen Fällen recht hoch zu sein.

### Gemeldete Fälle von Hepatitis B und C

Aus einigen Ländern liegen Meldedaten für HBV vor. Die verschiedenen Definitionen weichen voneinander ab und erlauben deshalb keine direkten Vergleiche, doch können die Trends im Zeitverlauf nützliche Informationen liefern. In Dänemark, Finnland und Schweden scheint die Anzahl der gemeldeten Hepatitis-C-Fälle im Zeitverlauf abgenommen zu haben, während in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich die gegenteilige Entwicklung zu beobachten ist. Was die Hepatitis-B betrifft, so wurde auch in Dänemark und Finnland eine Abnahme beobachtet, während die Anzahl der Fälle in Norwegen und im Vereinigten Königreich gestiegen ist. Die ansteigenden Trends lassen sich teilweise wohl aus der häufigeren Vornahme von Tests erklären. Der große Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten an der

<sup>(37)</sup> Kasten 5 OL: Entwicklungstendenzen bei der Prävalenz von Hepatitis C (Online-Version).

<sup>(38)</sup> Siehe Kasten 5 OL: Entwicklungstendenzen bei der Prävalenz von Hepatitis C (Online-Version).

Gesamtzahl der Fälle lässt den Schluss zu, dass HBV-Infektionen zu einem großen Teil und fast alle Fälle von HCV-Infektion in der EU auf injizierenden Drogenkonsum zurückzuführen sind <sup>(39)</sup>.

Weitere Informationen zu diesem Abschnitt sind unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> zu finden:

Kasten 6 OL: Datenquellen – Prävalenz (Statistische Tabellen 10-14 und 16-20)

Kasten 7 OL: Datenquellen – Meldedaten (Statistische Tabellen 21 und 22)

Statistische Tabelle 10: Zusammenfassende Tabelle „Prävalenz der HIV-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU“

Statistische Tabelle 11: Zusammenfassende Tabelle „Prävalenz der HCV-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU“

Statistische Tabelle 12: Prävalenz der HIV-Infektion (prozentualer Anteil der Infizierten) unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU und in Norwegen

Statistische Tabelle 13: Prävalenz der HIV-Infektion bei injizierenden Drogenkonsumenten unter 25 Jahren in der EU

Statistische Tabelle 14: Prävalenz der HIV-Infektion bei neuen injizierenden Drogenkonsumenten in der EU

Statistische Tabelle 15: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU und in Norwegen

Statistische Tabelle 16: Prävalenz der Hepatitis-C-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU

Statistische Tabelle 17: Prävalenz der Hepatitis-C-Infektion bei injizierenden Drogenkonsumenten unter 25 Jahren in der EU

Statistische Tabelle 18: Prävalenz der Hepatitis-C-Infektion unter neuen injizierenden Drogenkonsumenten in der EU

Statistische Tabelle 19: Prävalenz der aktuellen Hepatitis-B-Infektion (HBsAg) bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU

Statistische Tabelle 20: Prävalenz von Antikörpern gegen das Hepatitis-B-Virus bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU

Statistische Tabelle 21: Gemeldete Fälle von Hepatitis-C-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU

Statistische Tabelle 22: Gemeldete Fälle von Hepatitis-B-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU und in Norwegen

Statistische Tabelle 23: Inzidenz der Hepatitis-C-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten in der EU

## Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität unter Drogenkonsumenten <sup>(40)</sup>

Die nationalen Statistiken über „Drogentote“ beziehen sich in der Regel auf akute Todesfälle, die unmittelbar im Zusammenhang mit Drogenkonsum oder „Überdosierungen“ stehen, wobei es allerdings Unterschiede zwischen den Ländern gibt <sup>(41)</sup>. Der EBDD-Schlüsselindikator „drogenbedingte Todesfälle“ definiert ebenfalls solche Todesfälle <sup>(42)</sup>. Die Entwicklung des Schlüsselindikators hatte verschiedene Mitgliedstaaten veranlasst, ihre Meldeverfahren bei drogenbedingten Todesfällen zu verbessern.

In Anbetracht der Unterschiede hinsichtlich der Definitionen, der Qualität der Berichterstattung und der Reichweite ist bei direkten Vergleichen der nationalen Statistiken Vorsicht geboten. Bei konsequenter Anwendung der Erfassungsmethoden innerhalb eines Landes über einen längeren Zeitraum kann die Zahl der drogenbedingten Todesfälle jedoch ein wertvoller Indikator für Tendenzen schwerwiegender Formen des Drogenkonsums sein, insbesondere wenn sie zusammen mit anderen Indikatoren analysiert wird.

Eine Überdosierung ist in den meisten EU-Ländern eine häufige Todesursache bei Jugendlichen, vor allem bei jungen Männern. Eine zusätzliche drogenbedingte Mortalität ist auf Aids oder andere Ursachen (Gewalt, Unfälle usw.) zurückzuführen, wobei es zwischen den einzelnen Ländern und Städten beträchtliche Unterschiede gibt. Die Meldungen dieser Todesfälle stammen im Allgemeinen aus unterschiedlichen Datenquellen.

Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle ist unter injizierenden Drogenkonsumenten und Opiatkonsumenten weitaus höher als in der Allgemeinbevölkerung, und der problematische Drogenkonsum ist in den meisten EU-Ländern eine Hauptursache für den Tod junger Erwachsener. Untersuchungen, die in den 90er Jahren in einigen Städten der EU (Glasgow, Madrid und Rom) durchgeführt wurden, ergaben, dass ein großer Teil der Todesfälle unter jungen Erwachsenen auf den problematischen Drogenkonsum (insbesondere das Injizieren von Opiaten) zurückzuführen ist. Obwohl bei den Todesfällen aufgrund von Aids ein Rückgang zu verzeichnen ist, ist die Zahl der Todesfälle durch Überdosierung konstant bzw. steigt weiter an. Um aktuellere Informationen über die drogenbedingte Mortalität in Großstädten zu gewinnen, bedarf es neuer Untersuchungen.

### Auswirkungen drogenbedingter Todesfälle

Seit 10 Jahren schwankt die jährliche Zahl der akuten drogenbedingten Todesfälle, die von den EU-Ländern insgesamt gemeldet werden, zwischen 7 000 und 9 000 Fällen <sup>(43)</sup>. Diese Zahlen sind als Minimalschätzungen anzusehen, da vermutlich in den meisten Ländern nicht alle Fälle gemeldet werden (wobei die

<sup>(39)</sup> Siehe Statistische Tabelle 21: Gemeldete Fälle von Hepatitis-C-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU; und Statistische Tabelle 22: Gemeldete Fälle von Hepatitis-B-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten in der EU und in Norwegen (Online-Version).

<sup>(40)</sup> Kasten 8 OL: Methodik und Definitionen zur Schätzung von drogenbedingten Todesfällen und Mortalität (Online-Version).

<sup>(41)</sup> Kasten 9 OL: Definitionen für „akute drogenbedingte Todesfälle“ in den Mitgliedstaaten der EU gemäß ihrer Verwendung im Jahresbericht der EBDD und Veröffentlichung in den nationalen Berichten (Online-Version).

<sup>(42)</sup> Kasten 10 OL: Drogenbedingte Todesfälle – EBDD-Definition (Online-Version). Siehe auch das EBDD-Protokoll über drogenbedingte Todesfälle ([http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project\\_reports/situation/drd\\_standard\\_3.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/drd_standard_3.pdf)).

<sup>(43)</sup> Siehe Statistische Tabelle 24: Die Zahl der „akuten drogenbedingten Todesfälle“, die in den Ländern der EU registriert wurden (entsprechend den nationalen Definitionen, die der Meldung dieser Fälle an die EBDD zugrunde liegen), 1985-2001 (Online-Version).

Zahl der nicht gemeldeten Fälle mitunter erheblich sein kann). Bei den meisten Opfern handelt es sich um junge Menschen, deren Tod in vielen Fällen hätte verhindert werden können.

Trotz ermutigender Anzeichen für eine Stabilisierung oder einen Rückgang der drogenbedingten Todesfälle in einigen EU-Ländern, steigt in vielen anderen EU-Ländern (und in anderen Teilen der Welt) die Zahl der Todesfälle durch Überdosierung weiterhin an.

### Risikofaktoren

Im Blut der meisten an einer Überdosis illegaler Substanzen gestorbenen Personen werden Opiate nachgewiesen, wobei die in der Toxikologie festgestellten Konzentrationen große Schwankungen aufweisen und häufig auch andere Substanzen vorhanden sind <sup>(44)</sup>.

Einige Risikofaktoren für Überdosierungen bei Opiatkonsumenten sind bekannt: Verabreichung durch Injektion; gleichzeitiger Konsum anderer neurodepressiv wirkender Drogen (z. B. Alkohol oder Benzodiazepine); Verlust der Toleranz nach einer Periode der Abstinenz (z. B. nach Haftentlassung oder Abschluss eines Therapieprogramms); Injektionen in der Öffentlichkeit (was mit dem Konsum ungeprüfter Drogen verbunden sein kann); eine langjährige Opiatabhängigkeit; fortgeschrittenes Alter (eventuell bei gleichzeitiger Erkrankung der Leber oder der Atemwege) und möglicherweise unvermutete Veränderungen der Reinheit der Substanz (obgleich einige Studien zu abweichenden Ergebnissen gelangen). Des Weiteren kommt es zu den meisten Opiat-Überdosierungen in Anwesenheit anderer Konsumenten, und da im

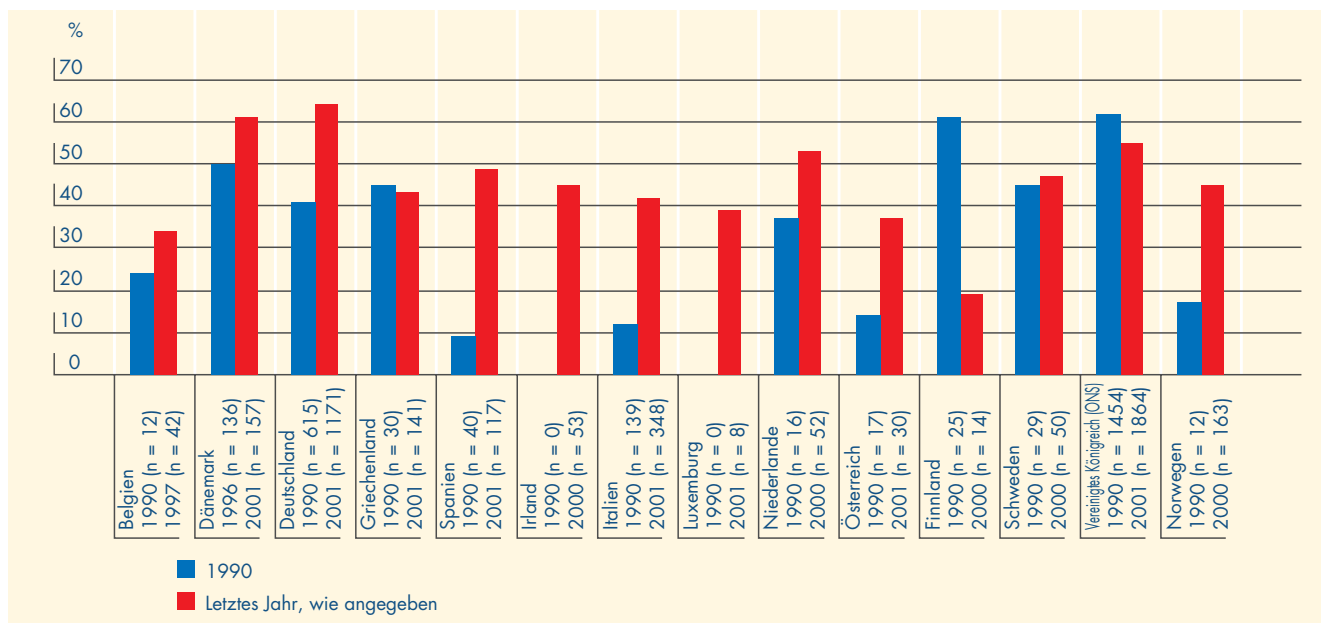
Allgemeinen der Tod nicht sofort eintritt, bleibt noch genügend Zeit, um einzugreifen. Aus Unkenntnis oder aus Angst vor Strafverfolgung jedoch sind Anwesende leider häufig nicht in der Lage oder nicht bereit zu helfen.

Aufgrund der Tatsache, dass die Risikofaktoren bekannt sind und der Tod nicht unmittelbar eintritt, sollte es möglich sein, einen großen Teil der Überdosierungen oder zumindest in vielen Fällen einen tödlichen Ausgang zu verhindern. Dies unterstreicht auch die Notwendigkeit entsprechender Interventionen, insbesondere bei älteren injizierenden Drogenkonsumenten oder denjenigen, die nach einer relativen Abstinenz ihre Toleranz verloren haben.

### Kennzeichen der Opfer

In den meisten EU-Ländern (69-90 %) sind die meisten der Opfer einer Überdosis (80-90 %) Männer <sup>(45)</sup>. Da einigen Studien zufolge das Risiko einer Überdosierung bei Männern und Frauen in etwa gleich ist, wird dies vermutlich auf den hohen Anteil von Männern bei den Opiatabhängigen zurückzuführen sein. In vielen Fällen ist jedoch der Anteil der männlichen Opfer einer Überdosis höher als der Anteil der Männer unter den zur Behandlung aufgenommenen Klienten. Die meisten Opfer sind Ende 20 oder in den Dreißigern und haben bereits seit mehreren Jahren Opiate konsumiert. In den EU-Ländern beträgt das Durchschnittsalter der Drogentoten zwischen 30,2 und 40 Jahren, wobei in den meisten Ländern das Alter der durch Drogeneinwirkung zu Tode gekommenen Personen zunimmt (Abbildung 14). Diese Tendenz wird auch in Ländern außerhalb Europas beobachtet. In Finnland und, in geringerem Ausmaß, im

**Abbildung 14:** Veränderungen beim Anteil der über 35-Jährigen an drogenbedingten Todesfällen in EU-Ländern von 1990 <sup>(1)</sup> bis 2000-2001



<sup>(1)</sup> Dänemark, 1996. Es sind die Jahre dargestellt, für die es die notwendige Aufschlüsselung gibt oder für die eine Vergleichsanalyse möglich war (dieselbe Altersverteilung). In einigen Ländern ändern sich die Altersbandbreiten über die Jahre (Griechenland: 1990, ≥ 31, und 2001, ≥ 30; Deutschland: 1990 und 2001, ≥ 30). In Irland und Luxemburg betrug der Anteil der über 35 Jahre alten Opfer 0 %.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2002, auf der Grundlage von allgemeinen Todesfallregistern oder (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern. Basierend auf den nationalen Definitionen in Kasten 9 OL: Definitionen für „akute drogenbedingte Todesfälle“ in den Mitgliedstaaten der EU gemäß ihrer Verwendung im Jahresbericht der EBDD und Veröffentlichung in den nationalen Berichten (Online-Version). Siehe auch Statistische Tabelle 25: Zusammenfassung der Kennzeichen akuter drogenbedingter Todesfälle in den EU-Ländern (Online-Version).

<sup>(44)</sup> Abbildung 13 OL: Anteil der drogenbedingten Todesfälle mit oder ohne Konsum von Opiaten in den EU-Ländern in den Jahren 2000-2001; und Statistische Tabelle 25: Zusammenfassung der Kennzeichen akuter drogenbedingter Todesfälle in den EU-Ländern (Online-Version).

<sup>(45)</sup> Abbildung 14 OL: Anteil von Männern und Frauen unter den drogenbedingten Todesfällen in den EU-Ländern in den Jahren 2000-2001.

Vereinigten Königreich werden die Opfer immer jünger, ein Befund, der besonderer Aufmerksamkeit bedarf, da er auf eine erhöhte Inzidenz des injizierenden oder Opiatkonsums in den letzten Jahren hinweisen dürfte; in Griechenland und Schweden war kein solcher Trend zu einem Anstieg des Alters der Opfer zu erkennen.

### Todesfälle aufgrund anderer Substanzen als Opiate

Todesfälle infolge einer Überdosis von Kokain, Amphetaminen oder Ecstasy ohne Konsum von Opiaten sind in Europa selten. Einige Länder (Spanien, Frankreich, Italien, die Niederlande und das Vereinigte Königreich) melden jedoch landesweite oder lokale Zunahmen von Todesfällen, bei denen Kokain nachgewiesen wurde, im Allgemeinen zusätzlich zu anderen Substanzen, obwohl die Informationen sehr heterogen sind. Aus manchen Ländern (z. B. Spanien und Portugal) wird berichtet, dass bei den Opfern einer Überdosis von Opiaten häufig auch Kokain nachgewiesen wurde. Darüber hinaus kann Kokain am Tod aufgrund von Herzkreislaufproblemen beteiligt sein, wobei ein solcher Todesfall mitunter nicht als kokainbedingt erkannt wird.

Die mit Ecstasy in Verbindung gebrachten Todesfälle rufen in der Öffentlichkeit große Besorgnis hervor, jedoch treten sie im Vergleich zu Todesfällen im Zusammenhang mit Opiaten relativ selten auf, obwohl der Konsum von Ecstasy weiter verbreitet ist. Die Anzahl der Fälle mit toxikologisch positivem Befund hat zugenommen, da der Ecstasy-Konsum um sich gegriffen hat, aber häufig werden auch andere Substanzen gefunden und es ist nicht klar, ob der Todesfall allein dem Ecstasy-Konsum zuzuschreiben ist. Kurz- und langfristige Risiken im Zusammenhang mit Ecstasy müssen genauer untersucht werden. Zwar lassen sich die schädlichen Auswirkungen von Ecstasy nicht vorhersagen, dennoch könnten einige Todesfälle durch relativ einfache Maßnahmen (wie z. B. die Bereitstellung von Wasser) in Tanzklubs und durch eine bessere gesundheitliche Aufklärung verhindert werden.

Obwohl Todesfälle im Zusammenhang mit dem Missbrauch flüchtiger Substanzen im Allgemeinen weniger Aufmerksamkeit hervorrufen, ist die Zahl dieser Todesfälle in den Ländern, von denen Informationen vorliegen, keineswegs unbedeutend. Beispielsweise traten im Zeitraum 1992-2000 im Vereinigten Königreich jährlich 64 bis 85 solcher Todesfälle auf, wobei die meisten Opfer sehr jung waren (Field-Smith et al., 2002). In anderen Ländern sollte die Erfassung von Daten über diese Todesfälle verbessert werden.

Forschungsergebnisse weisen eindeutig nach, dass die Substitutionstherapie das Risiko eines durch Überdosierung verursachten Todes unter den Teilnehmern eines Therapieprogramms verringert. In einigen Ländern und Städten der EU wurde Methadon bei einer signifikanten Zahl drogenbedingter Todesfälle nachgewiesen. Verschiedenen Studien zufolge sind Todesfälle im Zusammenhang mit Methadon eher Folge des illegalen als des ärztlich verschriebenen Konsums, während andere Studien darauf

verweisen, dass in den Anfangsphasen einer methadongestützten Substitutionstherapie ein höheres Risiko auftritt. Diese Forschungsergebnisse legen nahe, dass für Substitutionsprogramme Qualitätsstandards gewährleistet sein müssen.

### Tendenzen bei akuten drogenbedingten Todesfällen

Die Tendenzen bei akuten drogenbedingten Todesfällen variieren zwischen den einzelnen Ländern und sogar zwischen Regionen und Städten ein und desselben Landes. Wird dies berücksichtigt, lassen sich einige allgemeingültige Tendenzen für die EU-Länder feststellen. In den 80er und frühen 90er Jahren wurde ein deutlicher Anstieg der drogenbedingten Todesfälle beobachtet (Abbildung 15 A). Diese allgemein zunehmende Tendenz setzte sich von 1990 bis 2000 fort, wenn auch in einem geringeren Maße. Im Jahr 2000 wurden EU-weit 8 731 akute drogenbedingte Todesfälle gemeldet, während es im Jahr 1990 6 394 waren (eine Zunahme um 36,5 %) (Abbildung 15 B) <sup>(46)</sup>.

Diese allgemeine Tendenz ist möglicherweise auf die starke Verbreitung des injizierenden Heroinkonsums in zahlreichen europäischen Ländern in den 80er Jahren und Anfang der 90er Jahre zurückzuführen. Trends in der jüngsten Vergangenheit können mit folgenden Faktoren zusammenhängen: offensichtliche Stabilisierung der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums in einigen Ländern, Rückgang des injizierenden Drogenkonsums in anderen Ländern und möglicherweise ein verbesserter Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten, einschließlich Substitutionsprogrammen. Andererseits kann auch das zunehmende Alter der problematischen Drogenkonsumenten und der polyvalente Drogenkonsum eine Ursache für den Anstieg der Todesfälle sein.

Es sollte darauf hingewiesen werden, dass innerhalb der EU unterschiedliche und mitunter auch voneinander abweichende nationale Tendenzen zu beobachten sind <sup>(47)</sup>. Aus zahlreichen Ländern wurde bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt oder bis vor kurzem ein Anstieg der Todesfälle gemeldet, während in anderen Ländern eine Stabilisierung oder ein Rückgang zu verzeichnen ist. Bei der Interpretation nationaler oder lokaler Tendenzen sollten stets Veränderungen des Meldeverfahrens und der Qualität der Berichterstattung berücksichtigt werden.

Einige Länder meldeten eine Stabilisierung oder eine rückläufige Tendenz bei den akuten Todesfällen in der zweiten Hälfte der 90er Jahre. In Frankreich und Spanien hielt die rückläufige Tendenz offensichtlich an. Obwohl für diese Ergebnisse Einschränkungen aufgrund einer unvollständigen Berichterstattung (Frankreich) oder einer begrenzten Erfassung (nur fünf Großstädte in Spanien) geltend gemacht werden können, müssen die Ursachen dieser Tendenzen weiter untersucht werden. Veränderungen bei den Applikationsformen von Heroin und eine erhebliche Verbreitung der Therapieprogramme (insbesondere der Substitutionstherapie) können sich auf diese Tendenzen auswirken <sup>(48)</sup>. In anderen Ländern (Deutschland, Italien und Österreich) schwankte die Zahl

<sup>(46)</sup> Beachten Sie bitte, dass Angaben zu den Zahlen und Tendenzen der drogenbedingten Todesfälle für die gesamte EU nur bis 2000 vorliegen. Neun Länder stellten auch 2001 Daten zur Verfügung, während für sieben Länder zum Zeitpunkt der Datenerfassung (Herbst 2002) lediglich die Daten für das Jahr 2000 vorlagen. Soweit es möglich war, wurden die Daten für das Jahr 2001 für die Länder genutzt, die sie zur Verfügung gestellt haben.

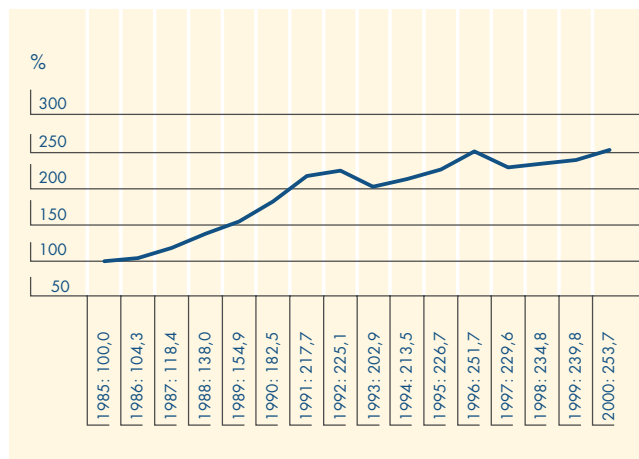
<sup>(47)</sup> Abbildung 15 OL: Entwicklungstendenzen bei den akuten drogenbedingten Todesfällen in einigen EU-Mitgliedstaaten, 1985-2001 (Online-Version).

<sup>(48)</sup> Siehe den Jahresbericht der EBDD (2002a, S. 19), Abbildung 10 (Applikationsform von Heroin in Spanien), und den Abschnitt „Verfügbarkeit von Behandlungseinrichtungen“ (S. 40) und Tabelle 3 (Entwicklung der Substitutionsbehandlung in den 15 Mitgliedstaaten und in Norwegen) dieses Berichts.

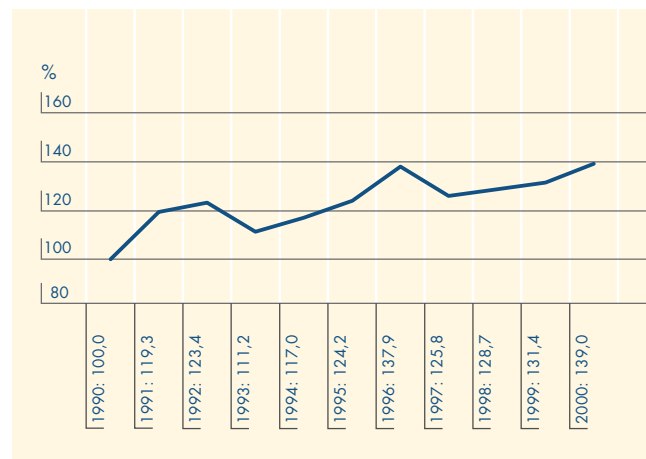


**Abbildung 15:** Entwicklungstendenzen bei akuten drogenbedingten Todesfällen in der EU, 1985-2000<sup>(1)</sup>

**Abbildung 15 (A):** Allgemeine historische Entwicklungstendenz bei akuten drogenbedingten Todesfällen in der EU, 1985-2000 (Index: 1985 = 100 %)



**Abbildung 15 (B):** Allgemeine Entwicklungstendenz bei akuten drogenbedingten Todesfällen in der EU, 1990-2000 (Index: 1990 = 100 %)



<sup>(1)</sup> Einige Länder haben für manche Jahre keine Daten vorgelegt (siehe Statistische Tabelle 24: Die Zahl der „akuten drogenbedingten Todesfälle“, die in den Ländern der EU registriert wurden (entsprechend den nationalen Definitionen, die der Meldung dieser Fälle an die EBDD zugrunde liegen), 1985-2001 (Online-Version). Zur Berichtigung dieser Situation wurde die in Projekt CT99.RTX.04, EBDD (2001) ([http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project\\_reports/situation/guidelines\\_deaths\\_report.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/guidelines_deaths_report.pdf)) festgelegte Berechnungsmethode angewandt.

Zehn Länder legten für das Jahr 2001 Informationen vor und sechs taten dies nicht. Der Index für 2001 wurde nicht errechnet. Die Entwicklungstendenzen für die Länder, die Informationen vorgelegt haben, sind in Abbildung 15 OL: Entwicklungstendenzen bei den akuten drogenbedingten Todesfällen in einigen EU-Mitgliedstaaten, 1985-2001 (Online-Version) zu sehen. Die Zahl der Fälle pro Land und Jahr ist in der Statistischen Tabelle 24 dargestellt.

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 2002, auf der Grundlage von allgemeinen Todesfallregistern oder (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern. Basierend auf den nationalen Definitionen in Kasten 9 OL: Definitionen für „akute drogenbedingte Todesfälle“ in den Mitgliedstaaten der EU gemäß ihrer Verwendung im Jahresbericht der EBDD und Veröffentlichung in den nationalen Berichten (Online-Version).

der Todesfälle in den vergangenen Jahren, und obwohl sich die Zahl der Todesfälle offenbar stabilisiert hat, wenn auch auf einem hohen Niveau, gibt es keine Garantie dafür, dass nach einem Rückgang über zwei oder drei Jahre nicht wieder ein Anstieg folgt.

Dennoch verzeichneten andere Länder in der zweiten Hälfte der 90er Jahre eine deutlich steigende Tendenz (z. B. Griechenland, Irland, Portugal, Finnland und Norwegen), die in manchen Fällen teilweise auf eine verbesserte Berichterstattung zurückzuführen sein könnte. In Portugal war im Jahr 2000 eine Umkehrung dieser Tendenz zu beobachten, und der gleiche Fall scheint 2001 in Finnland eingetreten zu sein. 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 akuten drogenbedingten Todesfällen entsprechend der traditionellen Definition (wozu auch einige medikamentenbedingte Todesfälle gehören; Office for National Statistics). Werden die durch Heroin/Morphin bedingten Fälle jedoch isoliert betrachtet, so ergibt sich eine deutlich steigende Tendenz, und zwar eine fünffache Zunahme im Jahr 2000 gegenüber 1993 in England and Wales (Griffiths, 2003)<sup>(49)</sup>.

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

Die Tatsache, dass es keine Anzeichen für einen allgemeinen 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 drogenbedingter Todesfälle und entsprechender zielgerichteter Interventionen.

### Gesamtmortalitätsrate bei problematischen Drogenkonsumenten

Problematische Drogenkonsumenten machen weniger als 1 % der erwachsenen Bevölkerung in der EU aus, jedoch tritt in dieser kleinen Gruppe eine Konzentration erheblicher gesundheitlicher und sozialer Probleme auf.

Kohortenstudien zur Mortalität zeigen, dass die Mortalität unter problematischen Drogenkonsumenten bis zu zwanzigmal höher ist

<sup>(49)</sup> Die vor kurzem entwickelte „Drug Strategy Definition“ konzentriert sich auf „Drogen des Missbrauchs“ (Drogen, die dem Misuse of Drugs Act von 1971 unterliegen, das sich jedoch nicht auf indirekt damit zusammenhängende Fälle wie z. B. Tod infolge von Aids erstreckt) und weist eine gewisse Ähnlichkeit mit der Definition der EBDD auf. Unter Zugrundelegung dieser Drug Strategy Definition hat sich die Zahl der gemeldeten Fälle in England und Wales zwischen 1993 (864) und 2001 (1 623) nahezu verdoppelt. Nach der EBDD-Definition sind im Jahr 2000 in England und Wales 1 606 Fälle und 2001 1 443 Fälle aufgetreten.

als in der Allgemeinbevölkerung der gleichen Altersgruppe. Diese hohe Mortalitätsrate ist zu einem großen Teil auf den Tod infolge einer versehentlichen Überdosierung zurückzuführen. Zu den sonstigen Todesursachen gehören Aids sowie andere Infektionskrankheiten, Unfälle und Selbstmord. In Gebieten mit einer niedrigen HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumenten sind Überdosierungen und versehentliche Todesfälle zu einem großen Teil für diese Mortalität verantwortlich, während Aids in Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten eine wichtige Rolle spielt.

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

### Entwicklungstendenzen der Mortalität bei problematischen Drogenkonsumenten

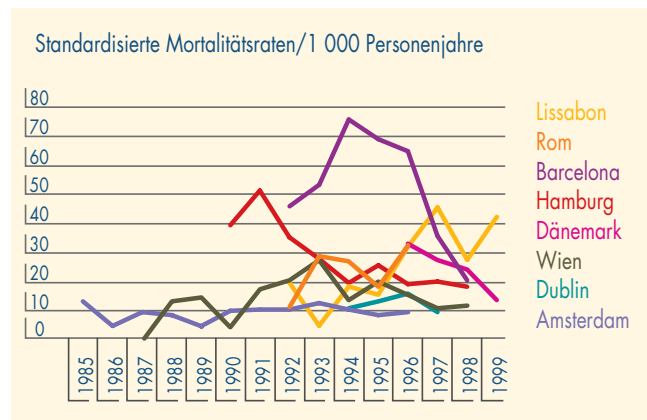
Die multizentrische Studie unter Leitung der EBDD<sup>(50)</sup> zeigt Unterschiede in der Gesamtmortalität und bei den Todesursachen in Abhängigkeit vom Standort. Aus der Studie sind auch relevante Veränderungen der gesamten und ursachenspezifischen Mortalität ersichtlich, die im Laufe der Zeit eingetreten sind<sup>(51)</sup>.

Die Mortalitätsraten sind in Barcelona am höchsten und in Wien und Dublin am niedrigsten. An mehreren Standorten sind die Mortalitätsraten seit Anfang bzw. Mitte der 90er Jahre 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 Todesfälle infolge von Aids. In Lissabon war bis vor kurzem ein Anstieg der Mortalitätsrate zu verzeichnen (Abbildung 16).

Direkte Vergleiche zwischen den Standorten sind mit Vorsicht anzustellen, da sich die Behandlungszentren, in denen die Kohorten zusammengestellt werden, typmäßig unterscheiden, obwohl sie im Allgemeinen die üblichen Behandlungsarten anbieten. Alters- und geschlechtsstandardisierte Mortalitätsraten der Drogenkonsumenten können sich jedoch bei der Erfassung der Auswirkungen des problematischen Drogenkonsums auf die Mortalität in den einzelnen Ländern als hilfreich erweisen.

Eine Analyse der Standardmortalitätsraten (standardised mortality ratios, SMR)<sup>(52)</sup> unter den an der multizentrischen Studie beteiligten Kohorten zeigte, dass in Barcelona das Todesrisiko unter männlichen und weiblichen problematischen Drogenkonsumenten 24- bzw. 64mal höher war als das von Personen des gleichen Alters und Geschlechts unter der spanischen Allgemeinbevölkerung. In Lissabon, Hamburg und Rom wiesen weibliche problematische Drogenkonsumenten ein 30- bis 40mal höheres Risiko als die

**Abbildung 16:** Allgemeine Mortalitätsrate bei problematischen Drogenkonsumenten in verschiedenen EU-Städten oder -Ländern



Anmerkungen: Standardisierte Mortalitätsraten, Männer und Frauen. Mortalität aufgrund sämtlicher Ursachen in Kohorten von Drogenkonsumenten aus Behandlungszentren. Es bestehen einige Unterschiede in der Typologie des Rekrutierungsumfelds (Behandlungszentren) und der Behandlungsmodalitäten an den verschiedenen Standorten, obwohl die Behandlungssettings und -modalitäten im Allgemeinen mit den an jedem Standort üblichen Behandlungsarten übereinstimmen und somit die Kohorten tendenziell für die in der Behandlung befindliche Population pro Standort repräsentativ sind.

Die multizentrische Studie umfasste auch eine schwedische Kohorte (siehe Merkmale der Teilnehmer in der statistischen Tabelle 26 sowie Bargagli *et al.*, 2002). Die Präsentation weiterer Ergebnisse aus dieser Kohorte wurde verschoben, um Schweden die Möglichkeit zur Überprüfung der Kohorte und zusätzlicher Datenanalyse zu geben.

Detailliertere Informationen sind in der Statistischen Tabelle 26: Mortalitätskohorten im multizentrischen Projekt der EBDD – Kennzeichen der Teilnehmer und Ergebnisse (Online-Version) zu finden.

Quellen: EBDD-Projekte CT.99.EP.07 und CT.00.EP.13, „Mortality of drug users in the EU“, Koordinierung: Department of Epidemiology, Rome E Health Authority.

Allgemeinbevölkerung auf. Die hohen SMRs unter problematischen Drogenkonsumentinnen lassen sich bis zu einem gewissen Grad durch die niedrige Ausgangsziffer für die Mortalität junger Frauen in der Allgemeinbevölkerung erklären.

Weitere Informationen zu diesem Abschnitt sind unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> zu finden:

Kasten 9 OL: Definitionen für „akute drogenbedingte Todesfälle“ in den Mitgliedstaaten der EU gemäß ihrer Verwendung im Jahresbericht der EBDD und Veröffentlichung in den nationalen Berichten

Kasten 10 OL: Drogenbedingte Todesfälle – EBDD-Definition

Statistische Tabelle 24: Die Zahl der „akuten drogenbedingten Todesfälle“, die in den Ländern der EU registriert wurden (entsprechend den nationalen Definitionen, die der Meldung dieser Fälle an die EBDD zugrunde liegen), 1985-2001

Statistische Tabelle 25: Zusammenfassung der Kennzeichen akuter drogenbedingter Todesfälle in den EU-Ländern

<sup>(50)</sup> EBDD-Projekte CT.99.EP und CT.00.EP.13, Mortality of drug users in the EU [Mortalität von Drogenkonsumenten in der EU], Koordinierung: Department of Epidemiology, Rome E Health Authority ([http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/death\\_mortality.shtml](http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/death_mortality.shtml)).

<sup>(51)</sup> Siehe Statistische Tabelle 26: Mortalitätskohorten im multizentrischen Projekt der EBDD – Kennzeichen der Teilnehmer und Ergebnisse (Online-Version).

<sup>(52)</sup> Anhand der SMR wird der Mortalitätsüberschuss (Häufigkeit) unter problematischen Drogenkonsumenten im Vergleich zu Personen des gleichen Alters und Geschlechts der Allgemeinbevölkerung geschätzt.

Statistische Tabelle 26: Mortalitätskohorten im multizentrischen Projekt der EBDD – Kennzeichen der Teilnehmer und Ergebnisse:

- (A) Kennzeichen der Opiatkonsumenten, beteiligte Kohorten nach Standort
- (B) Standardmortalitätsraten (SMR) nach Geschlecht und Untersuchungsstandort
- (C) Verteilung der Todesursachen unter den beteiligten Kohorten

## Drogenbedingte Kriminalität

Drogenbedingte Kriminalität umfasst strafbare Handlungen im Sinne der Drogengesetzgebung, unter dem Einfluss illegaler Drogen begangene Delikte, Straftaten, die Konsumenten zur Finanzierung ihrer Drogensucht begehen (vor allem Beschaffungskriminalität und Drogenhandel), und systembedingte Straftaten, die im Rahmen funktionierender illegaler Märkte begangen werden (Kampf um Territorien, Beamtenbestechung usw.). Mit Ausnahme von Verstößen gegen die Drogengesetze liefern die routinemäßig verfügbaren Daten keine Informationen über diese Kategorien, und selbst wenn solche vorliegen, stammen sie aus lokalen Ad-hoc-Studien und sind für Extrapolationen ungeeignet.

### Verstöße gegen Drogengesetze

„Berichte“<sup>(53)</sup> über Verstöße gegen nationale Drogengesetze (Konsum, Besitz, Handel/Schmuggel usw.) machen die Unterschiede in der Gesetzgebung sowie bei der Strafverfolgung und Anwendung der Gesetze deutlich und geben Aufschluss über die Prioritäten und die von den Strafvollzugsbehörden für bestimmte Probleme zugewiesenen Ressourcen. Darüber hinaus bestehen zwischen den einzelnen Ländern große Unterschiede bei den Informationssystemen im Bereich Drogendelikte/Drogenstraftäter, insbesondere was die Erfassungsmethoden, Definitionen und statistischen Einheiten betrifft. Aufgrund dieser Unterschiede ist ein Vergleich der Daten aus verschiedenen EU-Ländern mit großen Schwierigkeiten verbunden. Daher werden soweit wie möglich Tendenzen und keine absoluten Zahlen miteinander verglichen.

Die Mehrheit der gemeldeten Drogendelikte bezieht sich auf Drogenkonsum oder Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch<sup>(54)</sup> – dieser Anteil bewegt sich zwischen 39 % aller Drogendelikte in Portugal<sup>(55)</sup> und 89 % in Österreich. In Spanien, Italien und in den Niederlanden, wo Drogenkonsum nicht als Straftat gilt, beziehen sich alle Drogendelikte auf den Handel mit Drogen. Aus Luxemburg

### Drogenkonsum und Straftaten: einige Daten<sup>(1)</sup>

Verschiedenen Quellen zufolge hat die Mehrzahl der sich in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten mit dem Strafvollzug Bekanntschaft gemacht. Studien, die in Griechenland (Aristoteles-Universität Thessaloniki, 2000) sowie in England und Wales (Bennett, 2000) unter Personen durchgeführt wurden, die wegen einer Straftat angeklagt oder verurteilt waren, ergaben, dass Drogenkonsumenten eher verschiedene Arten von Straftaten begangen haben als Personen, die keine Drogen nehmen. Eigentumsdelikte sind im Allgemeinen die häufigste von Drogenkonsumenten begangene Straftat (Aristoteles-Universität Thessaloniki, 2000; Bennett, 2000; Meijer *et al.*, 2002).

Was den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Kriminalität betrifft, so gaben einer Studie unter irischen Haftinsassen (Hannon *et al.*, 2000) zufolge 51 % der Männer und 69 % der Frauen an, die Straftat, für die sie verurteilt wurden, unter dem Einfluss von Drogen begangen zu haben. Eine andere Studie (Millar *et al.*, 1998) unter straftatverdächtigen Jugendlichen in Irland stellte fest, dass bei 42 % der Fälle Alkohol im Spiel war, 17 % auf Drogenkonsum zurückzuführen waren und bei 4 % sowohl Alkohol als auch Drogen eine Rolle spielten, wobei unter dem Einfluss von Alkohol vor allem Straftaten gegen die öffentliche Ordnung begangen wurden, während Raubüberfälle am häufigsten mit Drogenkonsum in Zusammenhang standen.

Obwohl diese Ergebnisse durchaus interessant sind, sollten sie lediglich als Beispiel herangezogen werden, denn für die Verbindung zwischen Drogenkonsum und Kriminalität sind sie nicht repräsentativ: erstens, weil sie aus Untersuchungen stammen, die unter einer bestimmten Bevölkerungsgruppe durchgeführt wurden; zweitens, weil sie je nach der konsumierten Droge beträchtliche Schwankungen aufweisen können; und drittens, weil es besonders schwierig ist, eine Verbindung – insbesondere eine kausale – zwischen Drogenkonsum und Kriminalität festzustellen.

(1) Die im Kasten dargestellten Ergebnisse wurden 2002 von Griechenland, Irland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich in ihren nationalen Berichten an die EBDD vorgelegt.

und Norwegen<sup>(56)</sup> schließlich werden die meisten Festnahmen wegen Delikten sowohl im Zusammenhang mit Drogenkonsum/Drogenhandel und illegalem Drogenhandel in großem Maßstab gemeldet.

<sup>(53)</sup> Der Begriff „Berichte“ im Zusammenhang mit Verstößen gegen die Drogengesetze 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 Kasten 11 OL: Definitionen von „Berichten zu Drogendelikten“ in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version) verwiesen. (In den früheren Jahresberichten wurde der Begriff „Festnahmen“ verwendet.)

<sup>(54)</sup> Statistische Tabelle 27: Am häufigsten vorliegende Straftat in „Berichten“ über Drogendelikte in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version).

<sup>(55)</sup> In Portugal ist Drogenkonsum seit Juli 2001 entkriminalisiert. Demzufolge fiel der Anteil der Drogendelikte, die mit Drogenkonsum in Zusammenhang standen, im Jahr 2001 niedriger aus als 2000, wo er 55 % betragen hatte.

<sup>(56)</sup> Norwegen kann nicht zwischen „Drogenhandel/Drogenschmuggel“ als solchem und „Drogenkonsum/-handel und -schmuggel“ unterscheiden. Die noch bestehenden Drogendelikte beziehen sich allein auf „Drogenkonsum“.

Auch im Jahr 2001 war Cannabis die am häufigsten mit Drogendelikten in Verbindung stehende Substanz. Dies ging aus 34 % der Berichte über Drogendelikte in Portugal und Schweden und in Frankreich sogar aus 86 % der Berichte hervor. In Luxemburg ist zumeist Heroin im Spiel, während in den Niederlanden die meisten Drogendelikte auf den Umgang mit „harten Drogen“ (andere Drogen als Cannabis und dessen Derivate) zurückgehen <sup>(57)</sup>.

### Tendenzen

In der gesamten EU haben die „Berichte“ im Zusammenhang mit Drogendelikten in den 15 Jahren von 1985 bis 2001 kontinuierlich zugenommen <sup>(58)</sup>, wobei sie in der Gesamt-EU auf das Vierfache angestiegen sind, während die Zunahme in Dänemark, Luxemburg und in den Niederlanden weniger als das Doppelte betrug, in Irland und Finnland jedoch mehr als das Sechsfache.

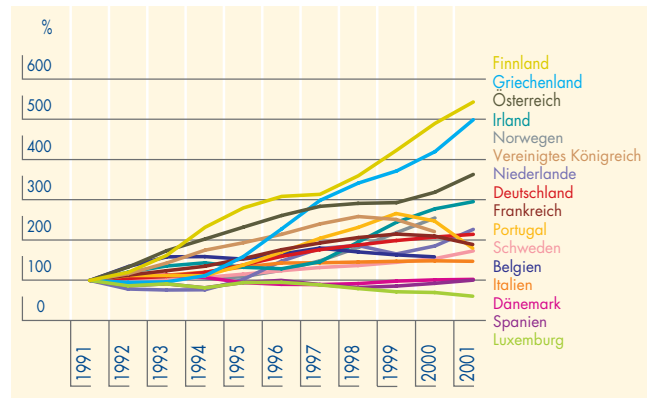
Im Verlauf der letzten drei Jahre, für die Daten vorliegen, stieg die Anzahl der „Berichte“ über Drogendelikte in den meisten EU-Ländern an. Die größten Zunahmen wurden aus Irland, Finnland und Norwegen gemeldet. Dänemark, Frankreich, Italien, Luxemburg und Portugal <sup>(59)</sup> meldeten jedoch im Jahr 2001 einen Rückgang der „Berichte“ <sup>(60)</sup> (Abbildung 17).

In allen Ländern, aus denen Informationen vorliegen, ist der Anteil der Straftaten im Zusammenhang mit Drogenkonsum bzw. Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch an den Drogendelikten insgesamt zwischen 1996 und 1999/2000 generell gestiegen <sup>(61)</sup>. Seitdem schwanken die Tendenzen, wobei Frankreich, Deutschland und Norwegen einen kontinuierlichen Anstieg, Luxemburg, Österreich, Portugal und Schweden hingegen einen Rückgang und das Vereinigte Königreich eine Stabilisierung verzeichnen <sup>(62)</sup>.

In zehn EU-Mitgliedstaaten lassen sich anhand der vorliegenden Daten zu den Drogen, die bei den Berichten über Drogendelikte eine Rolle spielen, die Tendenzen für den Zeitraum 1996-2001 bestimmen. In diesem Zeitraum hat die Zahl aller Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis in Frankreich, Deutschland, Italien, Luxemburg, Portugal und Spanien generell zugenommen, während sie in Schweden konstant geblieben und in Irland, Österreich und im Vereinigten Königreich zurückgegangen ist <sup>(63)</sup>. Im Jahr 2001 wurden deutliche Zunahmen aus Spanien, Luxemburg und Portugal gemeldet <sup>(64)</sup>.

Über den gleichen Fünfjahreszeitraum ist der Anteil der Berichte über Drogendelikte in Verbindung mit Heroin in allen Mitgliedstaaten, für die Daten vorliegen, zurückgegangen, mit Ausnahme des Vereinigten Königreichs, wo heroinbezogene Straftaten seit 1996 Jahr für Jahr zugenommen haben <sup>(65)</sup>. Bei

**Abbildung 17:** „Berichte“ über Drogendelikte in Ländern der EU und in Norwegen, 1991-2001 – Gleitende Dreijahresdurchschnitte – Index:1991 = 100



Anmerkungen: Definitionen der Berichte über Drogendelikte finden sich in der Statistischen Tabelle 29: Anzahl der „Berichte“ über Drogendelikte in den EU-Ländern und in Norwegen, 1985-2001 (Online-Version). Es wurden für alle Länder im Jahr 2001, für Belgien in den Jahren 1995 und 1997, für Spanien im Jahr 1996 und für das Vereinigte Königreich und Norwegen im Jahr 2000 reale Werte eingesetzt, da anhand der verfügbaren Daten in diesen Fällen keine gleitenden Durchschnitte errechnet werden können. Die Zeitreihe ist für Belgien im Jahr 1996 unterbrochen (keine Daten verfügbar).

Quellen: Reitox-Knotenpunkte.

kokainbedingten Straftaten ist eine gegenläufige Tendenz zu beobachten. Hier hat der Anteil in allen Ländern außer in Deutschland und Portugal zugenommen <sup>(66)</sup>.

### Drogenkonsumenten in Strafvollzugsanstalten: Haftinsassen

Es liegen kaum nationale Routineinformationen über die Art und die Muster des Drogenkonsums unter Haftinsassen und seine Auswirkungen vor. Die meisten innerhalb der EU verfügbaren Daten stammen aus Ad-hoc-Studien, die auf lokaler Ebene anhand von Stichprobenerhebungen unter Haftinsassen durchgeführt wurden, die zwar erhebliche Unterschiede in der Größe aufweisen, jedoch im Allgemeinen klein sind. Darüber hinaus sind die untersuchten Haftanstalten häufig für das Strafvollzugssystem insgesamt nicht repräsentativ, und das Fehlen erneuter Erhebungen gestattet in den meisten Ländern keine Trendanalyse. Diese Faktoren erschweren eine Extrapolation der Ergebnisse.

Aus Untersuchungen geht jedoch hervor, dass Drogenkonsumenten im Strafvollzug im Vergleich zur Außenwelt überrepräsentiert sind <sup>(67)</sup>. 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 18). Wie auch

<sup>(57)</sup> Statistische Tabelle 28: Am häufigsten involvierte Droge in „Berichten“ über Drogendelikte in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version).

<sup>(58)</sup> Statistische Tabelle 29: Anzahl der „Berichte“ über Drogendelikte in den EU-Ländern und in Norwegen, 1985-2001 (Online-Version).

<sup>(59)</sup> Der Rückgang in Portugal ist vor allem auf die Entkriminalisierung des Drogenkonsums seit Juli 2001 zurückzuführen.

<sup>(60)</sup> Als der Jahresbericht verfasst wurde, lagen die Daten für 2001 aus Belgien, Norwegen und dem Vereinigten Königreich noch nicht vor.

<sup>(61)</sup> Siehe Abbildung 16 OL: Anteil der Berichte von Straftaten im Zusammenhang mit Drogenkonsum/Drogenbesitz an den Drogendelikten insgesamt, 1996-2001 (Online-Version).

<sup>(62)</sup> Zum Zeitpunkt der Abfassung des Jahresberichts lagen für die Zeit bis 2000 keine Daten für das Vereinigte Königreich vor.

<sup>(63)</sup> Zum Zeitpunkt der Abfassung des Jahresberichts lagen für die Zeit bis 2000 keine Daten für das Vereinigte Königreich vor.

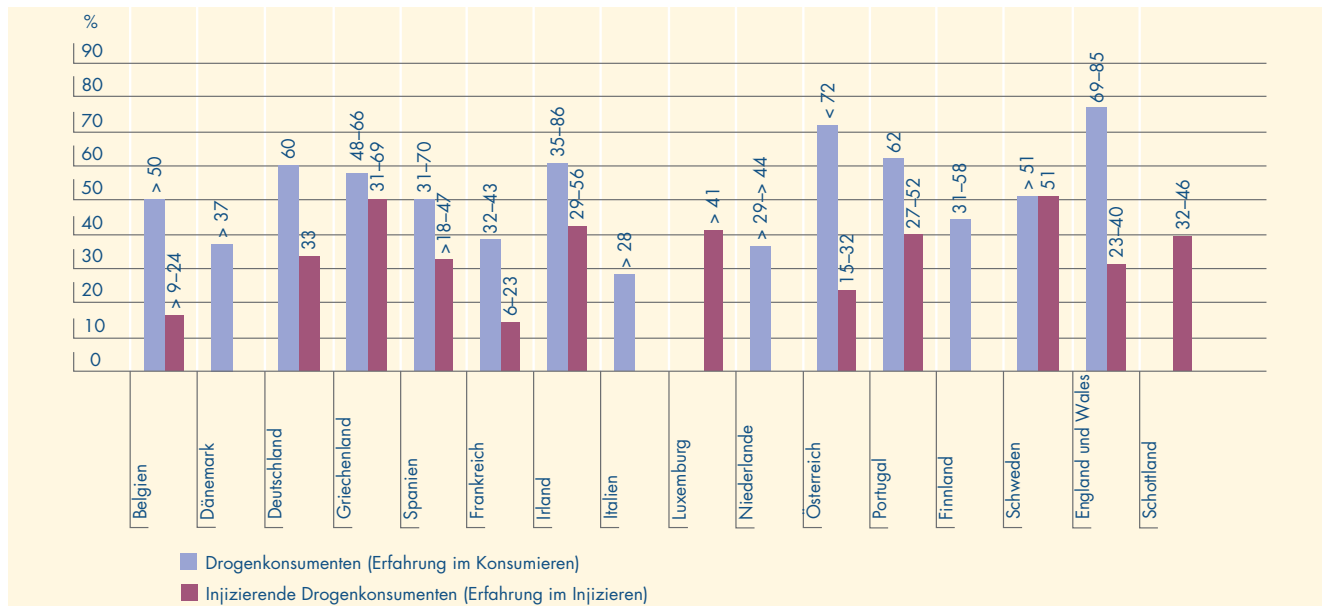
<sup>(64)</sup> Siehe Abbildung 17 OL: Anteil der Berichte über Cannabis-Delikte an den Drogendelikten insgesamt, 1996-2001 (Online-Version).

<sup>(65)</sup> Siehe Abbildung 18 OL: Anteil der Berichte über Heroin-Delikte an den Drogendelikten insgesamt, 1996-2001 (Online-Version).

<sup>(66)</sup> Siehe Abbildung 19 OL: Anteil der Berichte über Kokain-Delikte an den Drogendelikten insgesamt, 1996-2001 (Online-Version).

<sup>(67)</sup> Siehe Statistische Tabelle 30: Anteil von Drogenkonsumenten unter Häftlingen in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version).

Abbildung 18: Schätzungen der Lebenszeitprävalenz bei Drogenkonsumenten in Strafvollzugsanstalten in der EU



Anmerkungen: Wo immer es möglich ist, beziehen sich die Daten auf inhaftierte Erwachsene, obwohl einige Zahlen auch junge Straftäter einschließen können. Die in der Abbildung dargestellten Werte leiten sich aus den folgenden Daten ab. Bei Vergleichen ist Vorsicht geboten, da sich die Definitionen, Bezugszeiträume und die Methoden je nach Umfrage und Land stark unterscheiden. Die meisten Daten stammen aus lokalen Ad-hoc-Studien (nicht vergleichbar). Zusätzliche Informationen zu den einzelnen Umfragen finden sich in der Statistischen Tabelle 30: Anteil von Drogenkonsumenten unter Häftlingen in den EU-Ländern und in Norwegen.

- Belgien**
  - 50 % haben im letzten Monat vor Haftantritt Drogen konsumiert, 1999 (n = 246).
  - 9 % haben regelmäßig vor Haftantritt Drogen injiziert, 1999 (n = 246); 24 % haben vor Haftantritt Drogen injiziert, 1997 (n = 115).
- Dänemark**
  - 37 % haben in den letzten sechs Monaten vor Haftantritt wiederholt Drogen konsumiert, 2001 (n = 3 445).
- Deutschland**
  - 60 % konsumieren Drogen, 1996 (n = 16).
  - 33 % haben vor Haftantritt Drogen injiziert, 1997 (n = 437).
- Griechenland**
  - 48 % haben jemals vor Haftantritt Drogen konsumiert (n = 1 36), 2000; 66 % haben jemals vor Haftantritt Heroin konsumiert, 1995 (n = 544).
  - 34 % injizierender Lebenszeitkonsum, 1996 (n = 861); 31 % injizierende Drogenkonsumenten, 1995 (n = 1 183); 69 % injizierender Drogenkonsum vor der Haftstrafe, 1995 (n = 544).
- Spanien**
  - 43 % haben im letzten Monat vor Haftantritt Cannabis konsumiert, 2000 (n = 5 028); 31 % haben im letzten Monat vor Haftantritt Kokain konsumiert, 1998 (n = 2 223); 70 % (Frauen) haben jemals Drogen konsumiert (einschließlich Alkohol), 1998 (n = 356); 35 % (Frauen) konsumieren regelmäßig Drogen (einschließlich Alkohol), 1998 (n = 356); 56 % konsumieren Drogen, 1998 (n = 1 011).
  - 18 % haben im letzten Monat vor Haftantritt Heroin injiziert, 1998 (n = 2 223); 47 % haben vor Haftantritt Drogen injiziert, 1997 (n = 101).
- Frankreich**
  - 43 % haben im letzten Jahr vor Haftantritt Drogen konsumiert, 1998 (n = 1 212); 32 % haben im letzten Jahr vor Haftantritt regelmäßig Drogen konsumiert, 1997 (n = 8 728); 35 % haben im letzten Jahr vor Haftantritt Cannabis konsumiert, 1997 (n = 960).
  - 12 % haben jemals vor Haftantritt Drogen injiziert, 1998 (n = 1 212); 9 % haben im letzten Jahr vor Haftantritt Drogen injiziert, 1998 (n = 1 212); 6 % haben im letzten Jahr vor Haftantritt Drogen injiziert, 1997 (n = 8 728); 14 % haben vor Haftantritt Drogen injiziert, 1997 (n = 960); 23 % haben jemals vor Haftantritt Drogen injiziert, 1996 (n = 574).

- Irland**
    - 35 % haben jemals Heroin konsumiert, 1999 (n = 607); 52 % haben jemals Heroin konsumiert, 1998 (n = 1 205); 70 % haben jemals Heroin konsumiert, 1997 (n = n.v.); 86 % (Männer) haben jemals Drogen konsumiert, 1996 (n = 108).
    - 29 % haben jemals Drogen injiziert, 1999 (n = 607); 43 % haben jemals Drogen injiziert, 1998 (n = 1 205); 56 % (Männer) haben jemals Drogen injiziert, 1996 (n = 108).
  - Italien**
    - 28 % waren vor Haftantritt jemals drogenabhängig, 2001 (n = 55 275).
  - Luxemburg**
    - 41 % injizieren regelmäßig Drogen, 1998 (n = 362); 32 % haben regelmäßig vor Haftantritt Drogen injiziert, 1998 (n = 362).
  - Niederlande**
    - 29 % haben Probleme wegen Drogenabhängigkeit, 1997 (n = 528); 44 % sind drogen-süchtig, 1997 (n = 319).
  - Österreich**
    - 72 % haben jemals Drogen konsumiert (in einer auf Drogenstrafaten spezialisierten Haftanstalt), 1994 (n = 307).
    - 26 % (Männer) und 32 % (Frauen) haben vor Haftantritt Drogen injiziert, 1999 (n = 143 bzw. 69); 15 % injizierende Drogenkonsumenten, 1996 (Expertenschätzung).
  - Portugal**
    - 62 % haben jemals Drogen konsumiert, 2001 (n = 2 057).
    - 27 % haben vor der Haftstrafe jemals Drogen injiziert, 2001 (n = 2 057); 52 % haben vor Haftantritt Drogen injiziert, 1997 (n = 535).
  - Finnland**
    - 58 % haben jemals Drogen konsumiert, 2001 (n = 825); 31 % haben jemals Drogen konsumiert, 1995 (n = n.v.).
  - Schweden**
    - 51 % haben im letzten Jahr vor Haftantritt Drogen injiziert oder täglich konsumiert, 2000 (n = 3 352).
    - 51 % haben im letzten Jahr vor Haftantritt Drogen injiziert oder täglich konsumiert, 2000 (n = 3 352).
  - England und Wales**
    - 84 % (Frauen) haben jemals vor Haftantritt Drogen konsumiert, 2001 (n = 301); 69-85 % haben jemals vor Haftantritt Drogen konsumiert, 1997 (n = 3 140).
    - 38 % (Frauen) haben jemals vor Haftantritt Drogen injiziert, 2001 (n = 301); 24 % (Männer) und 29 % (Frauen) haben jemals Drogen injiziert, 1997-1998 (n = 2 769 bzw. 407); 23-40 % haben jemals Drogen injiziert, 1997 (n = 3 139).
  - Schottland**
    - 32 % (Männer) und 46 % (Frauen) haben jemals Drogen injiziert, 1991-1996 (n = 2 286 bzw. 132).
- Quellen: Reitox-Knotenpunkte. Siehe auch Statistische Tabelle 30: Anteil von Drogenkonsumenten unter Häftlingen in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version).

außerhalb des Strafvollzugs ist Cannabis die am häufigsten konsumierte Droge, jedoch weisen mehrere Studien ebenfalls auf einen hohen Heroinkonsum hin (50 % der Inhaftierten und in einigen Fällen sogar mehr).

Verschiedenen Studien zufolge berichten 6-69 % der Haftinsassen von regelmäßigem und/oder schädlichem Konsum wie Applikation durch Injizieren, regelmäßigem Konsum oder Abhängigkeit. Aus einigen in der EU durchgeführten Studien geht

insbesondere hervor, dass etwa ein Drittel der erwachsenen männlichen Haftinsassen injizierende Drogenkonsumenten sind (Bird und Rotily, 2002).

Die meisten Drogenkonsumenten stellen ihren Drogenkonsum nach der Inhaftierung ein oder reduzieren ihn. Einige konsumieren jedoch weiterhin Drogen, und andere beginnen erst im Strafvollzug, Drogen zu nehmen. Drogenkonsum im Strafvollzug wird von 12-60 %, regelmäßiger Drogenkonsum von

10-42 % der Inhaftierten berichtet. Zwischen 3 und 34 % der Inhaftierten haben Erfahrung mit injizierendem Drogenkonsum im Strafvollzug <sup>(68)</sup>.

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

Statistische Tabelle 27: Am häufigsten vorliegende Straftat in „Berichten“ über Drogendelikte in den EU-Ländern und in Norwegen

Statistische Tabelle 28: Am häufigsten involvierte Droge in „Berichten“ über Drogendelikte in den EU-Ländern und in Norwegen

Statistische Tabelle 29: Anzahl der „Berichte“ über Drogendelikte in den EU-Ländern und in Norwegen, 1985-2001

Statistische Tabelle 30: Anteil von Drogenkonsumenten unter Häftlingen in den EU-Ländern und in Norwegen

## Drogenmarkt und Beschaffbarkeit

Die Anzahl der Sicherstellungen von Drogen in einem Land wird 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. Die sichergestellten Mengen <sup>(69)</sup> können von einem Jahr zum anderen große Schwankungen aufweisen, beispielsweise wenn in einem Jahr einige wenige Sicherstellungen sehr umfangreich sind. Aus diesem Grunde wird die Zahl der Sicherstellungen <sup>(70)</sup> von einigen Ländern im Allgemeinen als besserer Indikator für die Beurteilung der Tendenzen betrachtet <sup>(71)</sup>. In allen Ländern werden hauptsächlich geringe Mengen aus dem Kleinhandel sichergestellt <sup>(72)</sup>. Dabei können Herkunft und Bestimmungsort der sichergestellten Drogen eventuell Aufschluss über die Routen des Drogenhandels und über die Anbauggebiete geben. Die meisten Mitgliedstaaten berichten über Preis und Reinheit der gehandelten Drogen. Die Daten stammen jedoch aus einer Vielzahl unterschiedlicher Quellen, die nicht immer vergleichbar oder zuverlässig sind, was präzise Vergleiche zwischen den Ländern erschwert.

Da zu dem Zeitpunkt, als dieser Bericht verfasst wurde, aus Belgien, Italien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich keine Daten über Sicherstellungen vorlagen <sup>(73)</sup>, sind die Analysen der Situation im Jahr 2001 und der Tendenzen bis zum Jahr 2001 unvollständig. In Tabelle 1 sind die Daten über

### Verfügbarkeit von Drogen unter 15- bis 24-Jährigen

Die im Jahr 2002 durchgeführte Eurobarometer-Umfrage (EORG, 2002) über die Einstellungen und die Meinungen junger Europäer zu Drogen lieferte Daten über die Cannabisexposition sowie die wahrgenommene Beschaffbarkeit illegaler Drogen. EU-weit gaben 65 % der Befragten an, jemanden zu kennen, der Cannabis konsumiert, und 46 % berichteten, dass ihnen schon einmal Cannabis angeboten worden sei. Je nach Land hielten es 34-69 % (55 %) <sup>(1)</sup> für unproblematisch, sich Drogen in der Nähe der Schule/Bildungseinrichtung zu beschaffen, 39-71 % (62 %) in der Nähe ihrer Wohnung, 46-90 % (72 %) in Bars/Clubs und 49-90 % (76 %) auf Partys.

<sup>(1)</sup> Die Zahlen in Klammern geben den EU-Durchschnitt an.

die in der EU und in Norwegen im Jahr 2001 sichergestellten Drogen im Einzelnen dargestellt. Nachfolgend sind die Tendenzen für den Zeitraum 2000-2001 aus der Entwicklung der Gesamtzahlen der EU anhand der Zahlen der Länder, von denen Daten für beide Jahre vorlagen, abgeleitet.

Laut Europol lassen globale Statistiken eine Konzentration der Sicherstellungen von Drogen erkennen, wobei sich ca. 75 % der weltweiten Sicherstellungen aller Arten von illegalen Drogen in einigen wenigen Ländern konzentrieren. Neben Marokko und Pakistan gehören dazu Spanien, die Niederlande und das Vereinigte Königreich, was den Handel mit Cannabis harz betrifft; Spanien zusammen mit den Vereinigten Staaten, Kolumbien, Mexiko und Panama in Bezug auf den Kokainhandel; sowie die Niederlande und das Vereinigte Königreich zusammen mit den Vereinigten Staaten, Thailand und China, was den Handel mit synthetischen Drogen betrifft <sup>(74)</sup>.

### Cannabis

Cannabis ist die meist beschlagnahmte Droge in jedem Mitgliedstaat außer Portugal; in diesem Land steht Heroin an erster Stelle. Seit 1996 wurden in Spanien die größten Mengen an Cannabis sichergestellt, dies ist mehr als die Hälfte der insgesamt in der EU beschlagnahmten Menge. Zwar meldete das Vereinigte Königreich bis zum Jahr 2000 eine höhere Zahl von Sicherstellungen als Spanien, doch handelte es sich dabei im Durchschnitt um geringere Mengen <sup>(75)</sup>.

Marokko war auch 2001 der Hauptlieferant für das in der EU sichergestellte Cannabis harz. Cannabis kann direkt aus Marokko

<sup>(68)</sup> Siehe Abbildung 20 OL: Schätzungen des Ausmaßes des Drogenkonsums in Strafvollzugsanstalten in den EU-Ländern und in Norwegen (Online-Version).

<sup>(69)</sup> Siehe Abbildung 21 OL: Menge der in den EU-Ländern und in Norwegen sichergestellten Drogen (Index 1996 = 100), 1996–2000; und Abbildung 22 OL: Sichergestellte Mengen von Cannabis, Kokain, Heroin und Amphetaminen in den EU-Ländern und in Norwegen, 1985–2000 (Online-Version).

<sup>(70)</sup> Siehe Abbildung 23 OL: Anzahl der Sicherstellungen von Drogen in den EU-Ländern und in Norwegen (Index 1996 = 100), 1996–2000; und Abbildung 24 OL: Anzahl der Sicherstellungen von Cannabis, Heroin, Kokain, Amphetaminen, Ecstasy und LSD in den EU-Ländern und in Norwegen, 1985–2000 (Online-Version).

<sup>(71)</sup> Bei der Analyse der Entwicklungstendenzen auf EU-Ebene ist Vorsicht geboten, da die Serien in verschiedenen Ländern mit verschiedenen Jahren beginnen. Mehr Informationen dazu bieten die Statistischen Tabellen 31–43 (Online-Version).

<sup>(72)</sup> Siehe Abbildung 25 OL: Menge und Anzahl der sichergestellten Drogen in EU-Ländern (Index 1996 = 100), 1996–2000 (Online-Version).

<sup>(73)</sup> Italien und die Niederlande: Für 2001 fehlen die Daten über die Zahl der Sicherstellungen. Belgien und das Vereinigte Königreich: Für 2001 fehlen die Daten über die Zahl der Sicherstellungen und der beschlagnahmten Mengen.

<sup>(74)</sup> Weitere Informationen von Europol sind in Kasten 12 OL: Drogenhandel in der EU enthalten.

<sup>(75)</sup> Diese Angabe ist mit den Daten aus dem Vereinigten Königreich zu überprüfen, sobald diese vorliegen.

Tabelle 1: Sicherstellungen von Drogen in den EU-Ländern und Norwegen, 2001

Land	Amphetamine		Kokain		Cannabis		Heroin		LSD		Ecstasy	
	Anzahl	Menge (kg)	Anzahl	Menge (kg)	Anzahl	Menge (kg)	Anzahl	Menge (kg)	Anzahl	Menge (Einzeldosen)	Anzahl	Menge (Tabletten)
Belgien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Dänemark	954	161	815	26	5 788	1 763	1 304	25	29	159	331	150 080
Deutschland <sup>(1)</sup>	3 459	263	4 044	1 288	29 824	8 942	7 538	836	289	11 441	4 290	4 576 504
Griechenland <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup>	n.v.	0,078	n.v.	297	n.v.	11 926	n.v.	330	n.v.	577	n.v.	58 845
Spanien <sup>(4)</sup>	4 574	18	26 127	33 681	74 391	518 620	11 800	631	n.v.	26 535	11 947	860 164
Frankreich	111	57	1 583	2 094	45 789	62 121	2 652	351	115	6 718	1 589	1 503 773
Irland <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup>	162	18	300	5	6 233	10 157	802	30	6	323	1 485	469 862
Italien	n.v.	0,6	n.v.	1 808	n.v.	53 078	n.v.	2 005	n.v.	1 139	n.v.	n.v.
Luxemburg	7	0,0	58	8	490	16	211	1	1	1	17	8 359
Niederlande <sup>(7)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>	n.v.	579	n.v.	8 389	n.v.	33 419	n.v.	739	n.v.	28 731	n.v.	3 684 505
Österreich	161	3	768	108	5 249	456	895	288	32	572	352	256 299
Portugal <sup>(10)</sup> <sup>(11)</sup> <sup>(12)</sup>	4	0	1 100	5 575	2 411	6 707	2 430	316	6	3 588	160	126 451
Finnland <sup>(13)</sup>	3 778	137	55	7	5 846	622	557	8	14	1 026	465	81 228
Schweden	5 513	231	328	39	6 935	739	1 271	32	28	629	595	86 336
Vereinigtes Königreich	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Norwegen	4 214	93	477	21	10 254	861	2 501	68	52	417	829	61 575
<b>Insgesamt</b>	<b>n.v.</b>	<b>n.v.</b>	<b>n.v.</b>	<b>n.v.</b>	<b>n.v.</b>	<b>n.v.</b>	<b>n.v.</b>	<b>n.v.</b>	<b>n.v.</b>	<b>n.v.</b>	<b>n.v.</b>	<b>n.v.</b>

n.v.: Daten nicht verfügbar.

<sup>(1)</sup> Die Amphetamin-Daten erstrecken sich auch auf Methamphetamine.

<sup>(2)</sup> Im Jahr 2001 wurde auch eine geringe Menge von Amphetamin-Tabletten sichergestellt.

<sup>(3)</sup> 2001 wurde auch eine LSD-Tablette sichergestellt.

<sup>(4)</sup> 2001 wurden auch 11 026 Amphetamin-Tabletten sichergestellt.

<sup>(5)</sup> 2001 gab es auch 23 Sicherstellungen, bei denen 0,975 kg Methamphetamine beschlagnahmt wurden.

<sup>(6)</sup> 2001 wurden auch 10 LSD-Tabletten sichergestellt.

<sup>(7)</sup> 2001 wurden auch 20 592 Amphetamin-Tabletten sichergestellt.

<sup>(8)</sup> 2001 wurden auch 884 609 „Nederwiet“-Pflanzen sichergestellt.

<sup>(9)</sup> 2001 wurden auch 113 Gramm Ecstasy sichergestellt.

<sup>(10)</sup> 2001 wurden auch 25 Amphetamin-Tabletten sichergestellt.

<sup>(11)</sup> Die Zahl der Heroin-Sicherstellungen umfasst auch die Sicherstellung von flüssigem Heroin.

<sup>(12)</sup> 2001 wurden auch 100 Gramm Ecstasy sichergestellt.

<sup>(13)</sup> Die Anzahl der Sicherstellungen von Cannabis bezieht sich nur auf Haschisch.

Quelle: Reitox-Knotenpunkte.

eingeschmuggelt werden, nimmt jedoch vielfach seinen Weg über die Iberische Halbinsel. Cannabisharz wird auch aus den skandinavischen und baltischen Ländern nach Finnland geschmuggelt und von Albanien nach Italien und Griechenland. Das in Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg und in den Niederlanden sichergestellte Cannabiskraut stammt größtenteils aus den Niederlanden <sup>(76)</sup>. Außerdem zitiert Frankreich als weitere Quellen für Cannabiskraut Frankreich selbst sowie Italien und Belgien. Cannabiskraut gelangt jedoch auch aus Albanien nach Griechenland und Italien und aus Angola nach Portugal. Die meisten Mitgliedstaaten berichten über einen lokalen Anbau von Cannabis.

Im Jahr 2001 schwankte der durchschnittliche Verkaufspreis von Cannabisharz zwischen 2,3 EUR (Vereinigtes Königreich) und 26,6 EUR (Norwegen) pro Gramm und der von Cannabisblättern zwischen 1,9 EUR (Spanien) und 8 EUR (Niederlande) pro

Gramm. Der Wirkstoff von Cannabisharz, Tetrahydrocannabinol (THC), beträgt in der Regel zwischen 5 und 14 %, obwohl im Jahr 2001 in der EU auch Proben mit einem THC-Anteil von 0,15 bis zu 39 % gemeldet wurden. Mit etwa 5-11 % ist der THC-Anteil in Cannabisblättern gewöhnlich ähnlich, in Norwegen ist er in der Regel niedriger (1-3 %), erreicht in einigen Proben in Deutschland jedoch bis zu 34 %.

### Tendenzen

Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabis <sup>(77)</sup> ist in der EU von 1985 bis 1999 kontinuierlich gestiegen, scheint sich jedoch dann stabilisiert zu haben. Im Jahr 2001 verzeichneten Dänemark, Spanien, Irland, Luxemburg, Österreich, Finnland, Schweden und Norwegen einen Anstieg bei der Zahl der Sicherstellungen von Cannabis. Die beschlagnahmten Mengen <sup>(78)</sup> haben ebenfalls von 1985 an zugenommen, blieben aber seit 1995 konstant.

<sup>(76)</sup> Die Angaben stammen aus den nationalen Berichten dieser Länder.

<sup>(77)</sup> Siehe Abbildung 26 OL: Anzahl der Sicherstellungen von Cannabis, 1996-2001 (Index) (Online-Version).

<sup>(78)</sup> Siehe Abbildung 27 OL: Sichergestellte Mengen von Cannabis, 1996-2001 (Index) (Online-Version).

Der Verkaufspreis von Cannabis ist in der EU im Allgemeinen stabil, nur im Vereinigten Königreich war in den vergangenen vier Jahren eine rückläufige Tendenz zu verzeichnen. Im Jahr 2001 erhöhte sich der Preis in Belgien, Frankreich, Luxemburg und in den Niederlanden (Cannabisblätter) sowie in Norwegen (Cannabisharz). Portugal und das Vereinigte Königreich meldeten im Jahr 2001 eine höhere Reinheit von Cannabisharz und Cannabisblättern im Straßenverkauf. Die Reinheit von Cannabisharz hat auch in Belgien und Italien zugenommen.

## Heroin

Im Jahr 2000 wurden in der EU fast 9 t Heroin sichergestellt, ein Drittel davon allein im Vereinigten Königreich. Das in der EU sichergestellte Heroin gelangt hauptsächlich aus Afghanistan (und Pakistan), gefolgt von den südostasiatischen Ländern, über den Iran, die Türkei und die Balkanroute auf den europäischen Markt. Es wird jedoch auch von einem zunehmenden Drogenhandel über osteuropäische Länder (Russland, Estland, Belarus, Bosnien) und die ehemaligen Sowjetrepubliken Zentralasiens berichtet.

Der durchschnittliche Straßenpreis von Heroin schwankte im Jahr 2001 EU-weit zwischen 31 und 194 EUR pro Gramm. Die höchsten Preise werden aus den nordeuropäischen Ländern und aus Irland gemeldet. Die durchschnittliche Reinheit des Heroins (weiß oder braun) schwankt zwischen 14-48 %, wobei Norwegen 2001 einen höheren durchschnittlichen Reinheitsgehalt von weißem Heroin meldete.

## Tendenzen

Die sichergestellten Mengen von Heroin <sup>(79)</sup> sind innerhalb der EU bis 1991/1992 gestiegen und haben sich dann stabilisiert. Im Jahr 2001 war in Dänemark, Deutschland, Frankreich, Luxemburg und Portugal ein Rückgang zu verzeichnen. Gegenüber 1985 hat die Menge <sup>(80)</sup> des EU-weit beschlagnahmten Heroins zugenommen. Im Zeitraum von 1991 bis 1998 hat sie sich stabilisiert, seither ist sie jedoch wieder angestiegen. Im Jahr 2001 meldeten die meisten Länder eine Zunahme der sichergestellten Heroinmenge. Europol zufolge spiegelte sich der spektakuläre Rückgang der afghanischen Opiumproduktion im Jahr 2001 nicht im gleichen Ausmaß in der Verfügbarkeit von Heroin auf den Drogenmärkten der EU wider, was möglicherweise auf die gewaltigen Opium- und Heroinvorräte zurückzuführen ist, die sich nach den Rekordernten von 1999 und 2000 angesammelt hatten.

Die Straßenpreise von Heroin sind generell stabil oder rückläufig, obgleich im Jahr 2001 ein Preisanstieg in Belgien (braunes Heroin) und Dänemark gemeldet wurde. Die Reinheit des Heroins scheint in allen Ländern konstant zu sein oder abzunehmen, in jüngster Zeit allerdings hat in Belgien, Dänemark, Irland und im Vereinigten Königreich der Reinheitsgehalt des braunen Heroins zugenommen.

## Kokain

Spanien verzeichnet immer noch die höchste Zahl an Sicherstellungen von Kokain in der EU. Im Jahr 2001 entfiel über die Hälfte <sup>(81)</sup> sowohl der Zahl der Sicherstellungen als auch der beschlagnahmten Menge in der gesamten EU auf dieses Land. Das in Europa beschlagnahmte Kokain stammt aus Lateinamerika (hauptsächlich aus den Andenländern wie Peru und Kolumbien, aber auch aus Ecuador) und gelangt direkt aus oder über Mittelamerika, Spanien und/oder die Niederlande auf den europäischen Markt. Obwohl einige EU-Länder Spanien als Transitland für die Einfuhr von Kokain in die EU angeben, erklären die spanischen Behörden, dass es keine Beweise für große Kokainlieferungen nach Spanien im Sinne eines internationalen Drogenhandels gebe. Laut Europol gelangen jedes Jahr per Schiff oder Luftkurier ca. 200 t Kokain in die EU, ein Umstand, der durch das Vorhandensein großer Schiffs- und Flughäfen erleichtert wird <sup>(82)</sup>.

Der Verkaufspreis von Kokain schwankte 2001 zwischen 47 und 187 EUR pro Gramm. Die Preise sind in Spanien am niedrigsten und in Finnland und Norwegen am höchsten. Die Reinheit des Kokains ist gewöhnlich recht hoch und reicht in den meisten Ländern von 45 bis 80 %, nur in Irland war sie 2001 im Durchschnitt niedriger (23 %).

## Tendenzen

Abgesehen von einem Rückgang im Jahr 2000 ist die Gesamtmenge des in der EU sichergestellten Kokains <sup>(83)</sup> seit Mitte der 80er Jahre kontinuierlich gestiegen, ein Trend, der sich anscheinend auch 2001 fortgesetzt hat <sup>(84)</sup>. Die Menge des sichergestellten Kokains <sup>(85)</sup> schwankte im Rahmen eines allgemeinen Aufwärtstrends zwischen 1985 und 2001. Im Jahr 2001 wurde ein deutlicher Anstieg gemeldet, der vor allem auf die große Zunahme der Gesamtmenge des in Spanien beschlagnahmten Kokains zurückzuführen ist.

Die Straßenpreise für Kokain waren in den vergangenen Jahren in allen Ländern stabil oder rückläufig, sind allerdings im Jahr 2001 in Norwegen gestiegen. Die Reinheit des Kokains bleibt in allen Mitgliedstaaten im Allgemeinen konstant oder nimmt ab, obwohl Dänemark, Deutschland, Portugal und das Vereinigte Königreich im Jahr 2001 einen höheren Reinheitsgehalt meldeten.

## Synthetische Drogen: Amphetamine, Ecstasy und LSD

In Finnland, Schweden und Norwegen sind Amphetamine die am zweithäufigsten sichergestellte Droge (nach Cannabis). Ecstasy ist die in Irland am zweithäufigsten sichergestellte Droge. In den vergangenen fünf Jahren wurden die größten Mengen an Amphetaminen und Ecstasy im Vereinigten Königreich sichergestellt <sup>(86)</sup>.

Laut Europol <sup>(87)</sup> ist die Zahl der jedes Jahr in der EU entdeckten Produktionsstätten für synthetische Drogen mit ca. 50-70 konstant geblieben. Trotz dieser relativ stabilen Zahl führten eine verbesserte

<sup>(79)</sup> Abbildung 28 OL: Anzahl der Sicherstellungen von Heroin, 1996-2001 (Index) (Online-Version).

<sup>(80)</sup> Abbildung 29 OL: Sichergestellte Mengen von Heroin, 1996-2001 (Index) (Online-Version).

<sup>(81)</sup> Diese Angabe sollte jedoch überprüft werden, sobald die Daten für 2001 vorliegen.

<sup>(82)</sup> Weitere Informationen von Europol sind in Kasten 13 OL: Kokainhandel (Online-Version) enthalten.

<sup>(83)</sup> Siehe Abbildung 30 OL: Anzahl der Sicherstellungen von Kokain, 1996-2001 (Index) (Online-Version).

<sup>(84)</sup> Dies ist zu überprüfen, sobald die fehlenden Daten für 2001 vorliegen.

<sup>(85)</sup> Siehe Abbildung 31 OL: Sichergestellte Mengen von Kokain, 1996-2001 (Index) (Online-Version).

<sup>(86)</sup> Diese Situation ist mit den Daten für 2001 aus dem Vereinigten Königreich zu überprüfen, sobald diese vorliegen.

<sup>(87)</sup> Weitere Informationen von Europol sind in Kasten 14 OL: Handel mit synthetischen Drogen (Online-Version) enthalten.



Methodik, zunehmende Vervollkommnung der Fertigungstechnik und die stärkere Einbeziehung von Spezialisten zu einer ständigen Erhöhung der Produktionseffizienz und -kapazität. Vorläufig sind die Niederlande und in geringerem Maße auch Belgien wichtige Standorte für die Herstellung von Ecstasy, Amphetaminen und ähnlichen Drogen; jedoch wird berichtet, dass synthetische Drogen auch in anderen Mitgliedstaaten (Spanien, Frankreich, Vereinigtes Königreich) und in mittel- und osteuropäischen Ländern (Tschechische Republik, Estland, Litauen, Polen) sowie in Thailand hergestellt werden. Obwohl „Ecstasy“ nach wie vor hauptsächlich aus der Europäischen Union stammt, breitet sich Europol zufolge die Herstellung weltweit aus, wobei Produktionseinrichtungen in Südostasien, China, Nordamerika, Südafrika und Südamerika entdeckt wurden.

Der Preis für Amphetamine wird mit durchschnittlich 15 bis 40 EUR pro Gramm angegeben, während Ecstasy-Tabletten im Durchschnitt zwischen 6 und 20 EUR pro Stück kosten. Aus den Daten für 2001 geht hervor, dass synthetische Drogen in Belgien und im Vereinigten Königreich am billigsten sind. Die Reinheit der Amphetamine ist sehr unterschiedlich und bewegt sich zwischen 2 % in Irland und 52 % in Norwegen. Die meisten als Ecstasy verkauften Tabletten enthalten tatsächlich Ecstasy oder Ecstasy-ähnliche Substanzen (MDMA, MDEA, MDA), wobei der Anteil in den analysierten Tabletten schwankt und bei 58 % in Finnland, 99 % in Deutschland, Spanien, im Vereinigten Königreich und in Norwegen und bei 100 % in Portugal liegt. Amphetamine (oder Methamphetamine) kommen in 2-20 % der Tabletten vor, es können jedoch auch verschiedene andere psychoaktive Substanzen (2-CB, 2-CT7, 4-MTA, MDE, PMA und PMMA) enthalten sein.

### Tendenzen

Die Sicherstellungen von Amphetaminen haben zwischen 1985 und 1998/1999 in der gesamten EU sowohl mengen-<sup>(88)</sup> als auch zahlenmäßig<sup>(89)</sup> zugenommen. Die Zahl der Sicherstellungen ist in den Jahren 1999 und 2000 zurückgegangen, was vor allem auf einen Rückgang im Vereinigten Königreich zurückzuführen ist, allerdings sind sie EU-weit im Jahr 2001 wieder angestiegen<sup>(90)</sup>. Die sichergestellten Mengen gingen zwischen 1998 und 2000 zurück, um dann im Jahr 2001 in den meisten Ländern wieder anzusteigen<sup>(91)</sup>.

Sicherstellungen von Ecstasy<sup>(92)</sup> haben in fast allen Teilen der EU seit 1985 zugenommen, mit Ausnahme der Jahre 1997 und 1998, wobei 2001 ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen war, und zwar insbesondere in Spanien mit 11 947 Sicherstellungen von Ecstasy im Jahr 2001 (gegenüber 3 750 im Jahr 2000). Die Mengen an sichergestelltem Ecstasy<sup>(93)</sup> folgten der gleichen steigenden Tendenz wie von 1985 bis 1993, als eine Stabilisierung eintrat. Im Jahr 1996 erreichten sie jedoch einen Höchststand und nahmen seit 1999 wieder zu. Die Zahl der sichergestellten Ecstasy-Tabletten scheint sich EU-weit im Jahr 2001 stabilisiert zu haben, jedoch sollte man eine Bestätigung dieser Tendenz anhand der Daten aus dem

Vereinigten Königreich abwarten, da in diesem Land die größten Mengen an Ecstasy in der EU sichergestellt werden. Sicherstellungen von LSD kommen weniger häufig vor. Die Sicherstellungen haben in der gesamten EU bis 1993 sowohl zahlen-<sup>(94)</sup> als auch mengenmäßig<sup>(95)</sup> zugenommen und sind dann, abgesehen von einem leichten Anstieg im Jahr 2000, wieder zurückgegangen<sup>(96)</sup>.

Nach einem erheblichen Preisrückgang in den 90er Jahren sind die Preise für Amphetamine und Ecstasy in der EU seither stabil geblieben. Im Jahr 2001 meldete Norwegen jedoch einen beträchtlichen Rückgang des Preises für Amphetamine im Straßenhandel. Der durchschnittliche Preis für Ecstasy-Tabletten ist im Jahr 2001 in den meisten Ländern zurückgegangen. Im Jahr 2001 ist der Anteil von Tabletten, die Ecstasy oder Ecstasy-ähnliche Substanzen enthalten, in Belgien, Dänemark, Portugal und Spanien gestiegen, während der Anteil von Tabletten mit Amphetaminen (und Methamphetaminen) gesunken ist. Finnland berichtet von einer entgegengesetzten Entwicklung und meldet einen hohen Anteil der Tabletten, die Buprenorphin (23 %) enthalten.

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

Statistische Tabelle 31: Zahl der Sicherstellungen und beschlagnahmte Mengen (alle Drogen), 2001

Statistische Tabelle 32: Anzahl der Sicherstellungen von Amphetaminen, 1985-2001

Statistische Tabelle 33: Anzahl der Sicherstellungen von Cannabis, 1985-2001

Statistische Tabelle 34: Anzahl der Sicherstellungen von Kokain, 1985-2001

Statistische Tabelle 35: Anzahl der Sicherstellungen von Ecstasy, 1985-2001

Statistische Tabelle 36: Anzahl der Sicherstellungen von Heroin, 1985-2001

Statistische Tabelle 37: Anzahl der Sicherstellungen von LSD, 1985-2001

Statistische Tabelle 38: Sichergestellte Mengen von Amphetaminen, 1985-2001 (in kg)

Statistische Tabelle 39: Sichergestellte Mengen von Cannabis, 1985-2001 (in kg)

Statistische Tabelle 40: Sichergestellte Mengen von Kokain, 1985-2001 (in kg)

Statistische Tabelle 41: Sichergestellte Mengen von Ecstasy, 1985-2001 (in Pillen)

Statistische Tabelle 42: Sichergestellte Mengen von Heroin, 1985-2001 (in kg)

Statistische Tabelle 43: Sichergestellte Mengen von LSD, 1985-2001 (in Dosen)

<sup>(88)</sup> Siehe Abbildung 33 OL: Sichergestellte Mengen von Amphetaminen, 1996-2001 (Index) (Online-Version).

<sup>(89)</sup> Siehe Abbildung 32 OL: Anzahl der Sicherstellungen von Amphetaminen, 1996-2001 (Index) (Online-Version).

<sup>(90)</sup> Diese Tendenz ist zu überprüfen, sobald die Daten für 2001 (insbesondere aus dem Vereinigten Königreich) vorliegen.

<sup>(91)</sup> Diese Tendenz ist zu überprüfen, sobald die Daten für 2001 (insbesondere aus dem Vereinigten Königreich) vorliegen.

<sup>(92)</sup> Siehe Abbildung 34 OL: Anzahl der Sicherstellungen von Ecstasy, 1996-2001 (Index) (Online-Version).

<sup>(93)</sup> Siehe Abbildung 35 OL: Sichergestellte Mengen von Ecstasy, 1996-2001 (Index) (Online-Version).

<sup>(94)</sup> Siehe Abbildung 36 OL: Anzahl der Sicherstellungen von LSD, 1996-2001 (Index) (Online-Version).

<sup>(95)</sup> Siehe Abbildung 37 OL: Sichergestellte Mengen von LSD, 1996-2001 (Index) (Online-Version).

<sup>(96)</sup> Diese Tendenz ist zu überprüfen, sobald die Daten für 2001 vorliegen.



## Kapitel 2

### 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, Strafverfolgung und Reduzierung des Angebots zur Diskussion gestellt.

#### Nationale drogenpolitische Entwicklungen

##### Umgestaltung der Drogenkoordinierungssysteme

Der in den letzten Jahren beobachtete Trend, die nationale Drogenpolitik mit Hilfe nationaler Aktionspläne und Koordinierungssysteme zu gestalten, hielt auch 2002 an<sup>(97)</sup>. Deutschland, Italien, einige österreichische Bundesländer, Schweden und Norwegen schlossen sich anderen EU-Partnern an und verabschiedeten einen kohärenten Drogenplan bzw. ein Drogenprogramm oder eine Drogenstrategie. Interessant ist jedoch, dass dieser Bereich ständigen Veränderungen unterworfen ist. Häufig haben Regierungswechsel Veränderungen in der Drogenstrategie oder in der Organisation der Drogenstellen zur Folge.

In Portugal veranlasste die neue Regierung, die im Jahr 2002 ihr Amt antrat, die Fusion des Instituts für Drogen und Drogensucht (IPDT) und des Instituts für Drogenprävention und Behandlung des Drogenmissbrauchs (SPTT) zum IDT (Instituto da Droga e da Toxicoddependência) und übertrug die Verantwortung für diese neue Behörde von der Präsidentschaft des Ministerrates auf das Gesundheitsministerium. Im Vereinigten Königreich legte die Regierung nach ihrer Wiederwahl im Jahr 2001 im Dezember des darauffolgenden Jahres eine aktualisierte Drogenstrategie vor und leitete innerhalb ihres Systems der lokalen Partnerschaft zur Verbrechenreduzierung einige Umstrukturierungen ein. Die Drogenaktionsteams wurden im Sinne einer Anpassung an die Zuständigkeitsgrenzen der lokalen Behörden umorganisiert. In Norwegen wurde die Zentrale Gesundheits- und Sozialverwaltung umstrukturiert, wobei der Schwerpunkt verstärkt auf Wissen und Erfahrung als Grundlage für die strategische Planung und Entwicklung der Drogenpolitik gelegt wurde, während in Irland die neue Regierung (2002) dem neu eingerichteten Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs die Verantwortung für die Nationale Drogenstrategie 2001-2008 übertrug. Es wurde ein Staatsminister ernannt, der für die Bereiche Drogenstrategie und Gemeinschaftsangelegenheiten, insbesondere Wohnungsbau und Stadterneuerung, zuständig ist, die in Irland als eng miteinander verflochten gelten. Um die Verbrechenbekämpfung besser koordinieren zu können, wurde in Österreich das Bundeskriminalamt beim Innenministerium geschaffen. Darüber hinaus wurden in Österreich erstmals Beamte speziell für die

Koordinierung der Drogenpolitik zwischen den Bundesländern abgestellt.

Die EBDD beobachtet ständig diese Tendenzen, Muster und Veränderungen und stellte im Dezember 2002 eine vergleichende Online-Studie zur Drogenstrategie und Koordinierung im Drogenbereich ins Internet<sup>(98)</sup>.

##### Öffentliche Wahrnehmung des Drogenmissbrauchs und der Drogenpolitik

Die Öffentlichkeit wird sich immer mehr des Drogenmissbrauchs und seiner Folgen bewusst und zeigt Interesse an der nationalen Drogenpolitik. Die Ergebnisse verschiedener Erhebungen und Meinungsumfragen zeigen jedoch, dass die Einstellung zu Drogen nicht überall in der EU gleich ist.

In einer im österreichischen Vorarlberg durchgeführten Studie haben sich 63 % der Schüler und 40-45 % der Erwachsenen gegen eine strafrechtliche Verfolgung des Cannabiskonsums unter Personen über 18 Jahren ausgesprochen. In Wien waren 78 % der Befragten der Ansicht, dass Cannabis verboten werden sollte, sie befürworteten jedoch eine Entkriminalisierung der Drogenabhängigen. Damit machten sie einen Großteil der 86 % aus, die den Standpunkt vertraten, dass Drogenabhängige therapiert und nicht strafrechtlich verfolgt werden sollten. Eine weitere, vom spanischen Centro de Investigaciones Sociológicas im Jahr 2002 durchgeführte Studie stellte fest, dass Drogen und Alkohol als ein großes soziales Problem wahrgenommen werden, das nach Arbeitslosigkeit und Terrorismus, aber vor Kriminalität und einem Unsicherheitsgefühl der Bürger rangiert. In Frankreich ist der Anteil der Personen, die sich für einen freien Verkauf von Cannabis aussprechen, von 17 % im Jahr 1999 auf 24 % im Jahr 2002 gestiegen, und nahezu drei Viertel der Franzosen (Beck et al., 2002) glauben, dass eine Welt ohne Drogen nicht möglich sei. Die Hälfte der Befragten war jedoch der Ansicht, dass das Experimentieren mit Cannabis gefährlich sei, zwei Drittel glaubten an den Einstiegseffekt<sup>(99)</sup>, und 65 % waren gegen die Entkriminalisierung von Cannabis, auch unter bestimmten Bedingungen (während 88 % eine Entkriminalisierung des Heroinkonsums ablehnten). In Irland stellte eine von Lansdowne Market Research durchgeführte Erhebung (in Form von Direktbefragungen einer national repräsentativen Stichprobe von 1 159 Erwachsenen ab 15 Jahren) über die Einstellung zum Cannabiskonsum sehr unterschiedliche Meinungen der Befragten

<sup>(97)</sup> In diesem Bericht liegt der Schwerpunkt auf neuen Entwicklungen. Ein komplettes Bild der nationalen Strategien und der Koordinierung im Drogenbereich findet sich unter: [http://www.emcdda.eu.int/policy\\_law/national/strategies/strategies.shtml](http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml).

<sup>(98)</sup> Diese Studie steht unter [http://www.emcdda.eu.int/policy\\_law/national/strategies/strategies.shtml](http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml) zur Verfügung.

<sup>(99)</sup> Der Einstiegseffekt/die Einstiegstheorie geht von einem sequenziellen Progressionsprozesses im Drogenkonsum aus. Weitere Informationen siehe ODCCP (2000).

fest. Während fast zwei Drittel der persönlich Befragten im wahlberechtigten Alter (über 18 Jahre alt) der Meinung waren, dass Cannabiskonsum aus medizinischen Gründen erlaubt werden sollte (vorausgesetzt, dass der medizinische Nutzen nachgewiesen ist), wurde eine Legalisierung nur von einer kleinen Minderheit (einer von sieben) befürwortet. Die geringe Unterstützung für eine Legalisierung ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Cannabis für eine Einstiegsdroge gehalten wird. Im Vereinigten Königreich löste die Neuklassifizierung von Cannabis aus der Klasse B in die Klasse C der Drogen eine große Diskussion aus, bei der sich einige dafür und andere dagegen aussprachen.

## Rechtliche Entwicklungen

Rechtliche Entwicklungen im Berichtszeitraum betrafen verbesserte Bedingungen der Behandlung und Rehabilitation von Abhängigen, die staatliche Überwachung der Drogenhändler und Konsumenten sowie eine Verschärfung der Maßnahmen bei Verstößen gegen die öffentliche Ordnung und im Falle der Belästigung durch Drogen auf der Straße.

## Behandlung und Rehabilitation

Im letzten Jahr führten einige EU-Länder Gesetzesänderungen zur Erleichterung der Behandlung und Rehabilitation von Drogenabhängigen ein. In Luxemburg wurde per Dekret auf nationaler Ebene der Rechtsrahmen für die Drogensubstitutionstherapie geschaffen; dieser beinhaltet ein Zulassungssystem für die Ärzte, die das Programm durchführen, Kriterien für die Aufnahme von Patienten und ein Überwachungskomitee. In Griechenland wurde ein Pilotprojekt zur Buprenorphin-Substitution im öffentlichen Krankenhaus von Rhodos umgesetzt. In Finnland haben Opiatabhängige Anspruch auf eine Entgiftung und eine Substitutionstherapie, die durch eine Erhaltungstherapie ergänzt wird. Im Ergebnis dessen wurde die Zahl der Stellen erhöht, die die Notwendigkeit einer medikamentengestützten Behandlung der Drogenabhängigen einschätzen und diese Therapieform anbieten. Seitdem in Deutschland im Juli vergangenen Jahres das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches in Kraft getreten ist, haben die Drogenabhängigen von zusätzlichen Rechten und einer Gesetzgebung profitiert, die eindeutig festlegt, wie und wann die Krankenkassen für die Entgiftung und die Rentenversicherungsträger für die Rehabilitation aufkommen müssen.

Im April 2002 hob das dänische Parlament gesetzliche Bestimmungen auf, die – wenngleich nie angewandt – den Bezirksbehörden gestattet hatten, Drogenabhängige zwangsweise stationär zu therapieren. In Italien erhielten im Juni vergangenen Jahres private Behandlungsdienste aufgrund eines Ministererlasses im Einklang mit dem nationalen Drogenplan die Vollmacht, eine Drogenabhängigkeit zu bescheinigen. Dies hatte zur Folge, dass Drogenbehandlungszentren nunmehr Patienten aus dem ganzen Land, unabhängig von ihrem Wohnsitz, direkt aufnehmen können und, aufgrund einer Bescheinigung der Abhängigkeit, von dem für den Drogenkonsumenten zuständigen kommunalen

Drogenhilfsdienst SerT die Kostenübernahme für die Therapie verlangen können. Allerdings entschied das Verfassungsgericht, nachdem die Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales aufgrund einer Änderung der italienischen Verfassung von der Zentralregierung auf die regionalen Behörden übergegangen war, dass das Dekret nicht verfassungskonform sei, da es eine Angelegenheit betreffe, die in den Verantwortungsbereich der Regionen fällt. In Norwegen gingen die Krankenhäuser im Jahr 2002 in den Besitz des Staates über, der die Verantwortung für ihren Betrieb übernahm. Die Zuständigkeit für die niedrighschwelligeren Gesundheitsdienste und die medikamentengestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen liegt beim Gesundheitsministerium. Die Zuständigkeit der Regionalbehörden für die speziellen Drogentherapieeinrichtungen geht voraussichtlich 2004 auf den Staat über, und das Ministerium für soziale Angelegenheiten hat vorgeschlagen, dass die regionale Zuständigkeit für spezialisierte soziale Dienste und die Nachbetreuung von Drogenabhängigen ab 2004 auf die Gemeinden übergehen soll. Diese Maßnahmen sollen den Drogenabhängigen ein umfassenderes und kohärenteres System von Behandlungs- und Hilfsmaßnahmen bieten.

In Österreich gibt es ein Problem hinsichtlich der in Artikel 11 des Suchtmittelgesetzes geforderten gesundheitsbezogenen Maßnahmen. Obwohl der Schwerpunkt offiziell auf der Eliminierung des (organisierten) Drogenhandels liegen sollte, betrifft ein großer Teil der Straftaten den Cannabiskonsum, bei dem die Gesundheitsbehörden der Bezirke gemäß Artikel 11 gewöhnlich gesundheitsbezogene Maßnahmen vorschreiben. Infolgedessen verfügen die Drogenbehandlungszentren nicht über genügend Mittel, um der Nachfrage gerecht zu werden, und können ihre Aufgaben nicht erfüllen.

## Überwachung der Drogenhändler

Vor dem Hintergrund eines erhöhten Sicherheitsbedarfs berichtet eine Reihe von Ländern über Gesetzesänderungen, die auf eine bessere Überwachung der Drogenhändler und Drogenkonsumenten abzielen. In Dänemark ist im Juni 2002 ein Gesetz in Kraft getreten, nach dem Betreiber von Telekommunikationsdiensten verpflichtet sind, sämtliche Daten der Tele- und Internetkommunikation, die sich für polizeiliche Untersuchungen als relevant erweisen können, zu erfassen und ein Jahr lang zu speichern. Bei Vorlage eines richterlichen Befehls kann die Polizei nunmehr mit Hilfe von Computerprogrammen oder anderen Instrumenten in Computern gespeicherte nicht öffentliche Daten lesen. Ebenso wurde in Portugal im Januar 2002 ein Gesetz eingeführt, das Sondermaßnahmen (im Bereich der Beweiserhebung, der Vertraulichkeit von Informationen und der Vermögenseinziehung) vorsieht, um die organisierte Finanzkriminalität und andere schwere Straftaten, einschließlich Drogenhandel, zu bekämpfen. In Finnland wurden mit einer Änderung des Polizeigesetzes das Recht der Polizei auf Beschaffung von Telekommunikationsinformationen (z. B. bei Verdacht auf drogenbedingte Straftaten) und auf technische Überwachung ausgedehnt. Im Jahr 2002 legte die Regierung außerdem das

Zwangsmittelgesetz vor. Damit werden die Mittel für eine Teleüberwachung und das Abhören von Kommunikationen ausgedehnt, wobei Einzelheiten noch festzulegen bleiben.

Im Januar 2002 wurde in den Niederlanden die Strafprozessordnung geändert, um zusätzlich zur Durchsuchung von Körperöffnungen die Anwendung von Röntgenstrahlen und Ultraschalluntersuchungen bei Personen zu gestatten, die verdächtigt werden, kleine Drogenpäckchen geschluckt zu haben. Diese Untersuchungen sind jedoch von einem Arzt vorzunehmen. Die Verfahren zum Nachweis des Drogenkonsums nahmen ebenfalls zu, und im letzten Sommer erweiterte das Vereinigte Königreich sein Drogentest-Pilotprogramm in England und Wales. Im Rahmen dieses Programms können von Erwachsenen, die sich wegen eines „Trigger-Delikts“ (vor allem Beschaffungs- und Drogenkriminalität) in Polizeigewahrsam befinden, Proben entnommen werden, um Heroin- oder Kokaintests durchzuführen. Fällt der Test positiv aus, wird den Angeklagten die Möglichkeit gegeben, prüfen zu lassen, ob ihnen als Alternative eine Therapie angeboten werden kann. Die Gerichte werden über die Ergebnisse des Drogentests informiert, um sie bei ihren Entscheidungen zur Haftverschonung oder Urteilsfestlegung zu unterstützen. Die ersten Pilotergebnisse wurden im März 2003 veröffentlicht. Drogentests im Polizeigewahrsam werden im Vereinigten Königreich 2003 auf 30 „high-crime Police Basic Command Units“ ausgeweitet.

### Maßnahmen zur Reduzierung von Verstößen gegen die öffentliche Ordnung/zur Vermeidung öffentlicher Ärgernisse

Im letzten Jahr wurden in einigen Mitgliedstaaten rechtliche Bestimmungen erlassen, die darauf abzielen, die sozialen Auswirkungen des Drogenkonsums durch eine strengere Kontrolle von Verstößen gegen die öffentliche Ordnung und von öffentlichen Ärgernissen zu minimieren.

In Irland wurde das Criminal Justice (Public Order) Bill von 2002 erlassen, um dem Gesetz zur Wahrung der öffentlichen Ordnung Nachdruck zu verleihen. Personen, die nach dem Gesetz von 1994 eines Verstoßes gegen die öffentliche Ordnung, einschließlich eines Rauschzustands (durch Drogenkonsum) überführt werden und die eine Gefahr für sich selbst und für andere darstellen, können mit einem Hausverbot belegt werden, das ihnen untersagt, sich in bestimmten Lokalitäten, u. a. in Lokalen mit Schankerlaubnis, Tanzsälen oder Gastronomieeinrichtungen aufzuhalten oder diese zu betreten.

Im Vereinigten Königreich wurde Abschnitt 8 des „Misuse of Drugs Act“, der die Betreiber und Geschäftsführer einer bestimmten Art von Lokalitäten betrifft, abgeändert und auf den rechtswidrigen Konsum jeglicher Art von kontrollierten Drogen ausgedehnt; bisher bezog er sich lediglich auf das Rauchen von Cannabis und Opium. Zweck dieser Maßnahme ist die Bekämpfung von „Crack“-Häusern. Damit werden aber weitreichende Kompetenzen verliehen, und die Regierung kam in der Folge zu dem Schluss, dass der Vorschlag zu Abschnitt 8 eventuell nicht effizient genug sein könnte, um dieses Problem in den Griff zu bekommen. Aus diesem Grunde sucht sie

eine neue Gesetzgebung in der Form des „Anti-Social Behaviour Bill“ in die Wege zu leiten, das sich eher auf die Lokalitäten als auf Personen bezieht; damit soll die Polizei eine Handhabe erhalten, in Abstimmung mit lokalen Behörden Crack-Häuser innerhalb von 48 Stunden zu schließen. Vorläufig beabsichtigt das Vereinigte Königreich somit nicht, die Änderung zu Abschnitt 8 (d) umzusetzen, doch wird diese Möglichkeit offen gehalten, falls sich die Sanktionen nach dem „Anti-Social Behaviour Bill“ im Laufe der nächsten zwei Jahre als nicht ganz erfolgreich erweisen.

In den Niederlanden berechnete das Victoria-Gesetz aus dem Jahr 1997 die Bürgermeister, Lokalitäten zu schließen, in denen Drogenkonsum und Drogenhandel ein öffentliches Ärgernis darstellten. Nach dem neuen Victor-Gesetz vom Mai 2002 können die Kommunen die geschlossenen Lokalitäten beispielsweise wieder neu vermieten, da sich gezeigt hat, dass die Schließung von Gebäuden das Erscheinungsbild und die soziale Struktur der Umgebung beeinträchtigen kann. In der Stadt Venlo zielt ein Vierjahres-Pilotprojekt, an dem die Polizei, Staatsanwälte und die Regierung beteiligt sind, auf die Reduzierung der Belästigung durch die zahlreichen Drogentouristen ab, die in unlicenzierten Koffiebars Cannabis kaufen. Im Juli 2002 verhängte der Bürgermeister von Rotterdam, in Ausübung der ihm durch das Gemeentewet (Gemeindegesezt) übertragenen Vollmacht, persönlich ein sechsmonatiges Verbot für 50 Drogenabhängige, die die Bewohner eines Stadtviertels belästigt hatten. Obwohl der Bürgermeister zur Bekämpfung von öffentlichen Ärgernissen berechtigt war, entschied das Regionalgericht, dass eine sechsmonatige Sperre zu lang und ungerechtfertigt sei; dennoch hat die Stadt Rotterdam vor, diese Verbotspolitik fortzusetzen.

In Dänemark trat im Juni 2001 ein ähnliches Gesetz in Kraft, das das Aufsuchen bestimmter Lokalitäten verbietet. Ziel dieses Gesetzes ist ein effektiveres Vorgehen gegen Cannabis-Clubs und andere Formen der organisierten Kriminalität, die in Lokalitäten dieser Art vorkommen und die Nachbarn beunruhigen. Danach ist die Polizei berechtigt, nach vorangegangener Warnung eine auf drei Monate befristete einstweilige Verfügung gegen die Besitzer solcher Lokalitäten zu erlassen und den Besuchern den Zutritt und den Aufenthalt darin zu verbieten. Bei Zuwiderhandlungen gegen eine einstweilige Verfügung droht eine Geldstrafe und im Wiederholungsfall eine Gefängnisstrafe von bis zu vier Monaten.

### Entwicklungen auf EU-Ebene

Im November 2002 gab die Europäische Kommission eine Mitteilung zur Halbzeitbewertung der Umsetzung des Drogenaktionsplans der EU (2000-2004) heraus<sup>(100)</sup>. Zweck dieser Halbzeitbewertung ist die Bewertung des Erfolgs der im Aktionsplan vorgesehenen Aktivitäten. Da der EU-Aktionsplan Maßnahmen seitens der Mitgliedstaaten, der Europäischen Kommission, der EBDD und von Europol beinhaltet, basierte die Zwischenevaluierung auf ergänzenden Instrumenten, wozu auch die Antworten der Mitgliedstaaten auf einen Fragebogen und eine Follow-up-Übersichtstabelle über die Ergebnisse der Kommission, der EBDD und von Europol gehörten. Ergänzend kamen die Ergebnisse der

<sup>(100)</sup> KOM/2002/599 endg.

Peer-Evaluation der Strafverfolgungssysteme in den Mitgliedstaaten und die Informationen über drogenbezogene Initiativen auf EU-Ebene hinzu. In der Mitteilung wurden die Ergebnisse in jedem vom Aktionsplan betroffenen Bereich zusammengefasst und die Bereiche hervorgehoben, in denen noch auf jeder Ebene Fortschritte erzielt werden müssen.

Trotz ihrer Anerkennung der bisher geleisteten Arbeit wies die Kommission darauf hin, dass u. a. bei der Entwicklung von Evaluierungssystemen für Aktivitäten auf nationaler und europäischer Ebene noch weitere Anstrengungen erforderlich sind. Die Kommission unterstrich ebenfalls die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit mit den Beitrittsländern, um deren künftige Beteiligung an der europäischen Drogenstrategie zu sichern. In dem Dokument sind die methodologischen Ansätze für die abschließende Evaluierung erläutert. Insbesondere schlug die Kommission vor, den Evaluierungsprozess mit Hilfe eines Lenkungsausschusses weiterzuverfolgen, dem Vertreter der Kommission, des Europäischen Parlaments, des Ratsvorsitzes, von Europol und der EBDD angehören. Diese Gruppe wird an der Erarbeitung des Rahmens für die abschließende Evaluierung beteiligt sein. Als Teil dieser abschließenden Evaluierung wird die EBDD die im Jahr 2004 vorliegenden Daten im Drogenbereich mit der im Jahr 1999 in Zusammenarbeit mit Europol ermittelten Ausgangsbasis vergleichen. Sie wird ferner die Kommission bei der Durchführung der zweiten Eurobarometer-Studie zur Einstellung von Jugendlichen gegenüber Drogen und der Aktualisierung der Follow-up-Übersichtstabelle in Bezug auf die Tätigkeiten der EBDD behilflich sein. Es sollte angemerkt werden, dass laut einer speziellen Eurobarometer-Umfrage mit dem Titel „Attitudes and opinions of young people in the European Union on drugs (2002)“ [Einstellungen und Meinungen Jugendlicher in der Europäischen Union zu Drogen (2002) – nur EN und FR] <sup>(101)</sup> die beiden effektivsten Maßnahmen zur Bekämpfung drogenbedingter Probleme in Europa ein härteres Durchgreifen gegen Drogenhandel im großen Stil und gegen Drogendealer (wird von 59,1 % der Stichprobe befürwortet, EU-15) und eine Verbesserung der Behandlungs- und Rehabilitationsdienste für Drogenkonsumenten (wird von 53,2 % befürwortet, EU-15) <sup>(102)</sup> sind.

Der Rat der Europäischen Union hat ferner einen Umsetzungsplan für die Maßnahmen gegen synthetische Drogen verabschiedet, in dem eine Anzahl von Punkten in Bezug auf das Angebot von synthetischen Drogen ausgeführt wird, mit dem sich die Europäische Union in den kommenden Jahren weiter auseinander setzen muss. Der Plan enthält Vorschläge zu Maßnahmen, mit denen die erkannten Probleme angegangen werden können, und

definiert die geeigneten Einrichtungen, die die Arbeit innerhalb festgelegter Zeitrahmen vorantreiben können.

Am 28. Februar 2002 wurde im Europäischen Rat ein Beschluss über Kontrollmaßnahmen und strafrechtliche Bestimmungen in Bezug auf eine neue synthetische Droge mit dem Namen PMMA gefasst. PMMA befindet sich derzeit nicht auf den Listen des Übereinkommens der Vereinten Nationen von 1971 über psychotrope Stoffe, doch aufgrund dieses Beschlusses unterliegt PMMA in den Mitgliedstaaten nunmehr Kontrollmaßnahmen und strafrechtlichen Bestimmungen <sup>(103)</sup>.

Eine weitere wichtige Entwicklung ist der Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) <sup>(104)</sup>. Die Ziele dieses Programms sind:

- Verbesserung des Informations- und Wissensstands im Interesse der Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens;
- Verbesserung der Fähigkeit zur schnellen und koordinierten Reaktion auf Gesundheitsgefahren;
- Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten durch Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Faktoren in allen Politiken und Tätigkeiten.

Dieses Programm wird unter anderem die Einführung von Überwachungs- und Schnelleingreifsystemen sowie Tätigkeiten im Bereich der gesundheitsrelevanten Faktoren fördern. Durch die beiden Bereiche sollen die im Kontext des Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Suchtprävention von den Interessengruppen der Mitgliedstaaten ergriffenen Initiativen, die wiederum innerhalb des Aktionsrahmens für den Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996-2000 und verlängert bis 2002) einzuordnen sind, weiterverfolgt werden können.

Während des Berichtszeitraums (März 2003) erörterte der Europäische Rat einige den Drogenbereich betreffende Vorschläge der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2002: Ein Vorschlag bezieht sich auf die Reduzierung von Risiken, die mit der Drogenabhängigkeit zusammenhängen, der andere auf Vorläufersubstanzen von Drogen <sup>(105)</sup>. Im Dezember schlossen die Europäische Gemeinschaft und die Republik Türkei ein Abkommen, in dem es um Vorläuferstoffe und chemische Substanzen geht, die häufig bei der illegalen Herstellung von Rauschgift und psychotropen Substanzen Verwendung finden <sup>(106)</sup>.

<sup>(101)</sup> Siehe [http://europa.eu.int/comm/public\\_opinion/archives/eb/ebs\\_172\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/ebs_172_en.pdf).

<sup>(102)</sup> Einstellung und Meinung Jugendlicher im Alter von 15-24 Jahren in einem für die EU repräsentativen Querschnitt.

<sup>(103)</sup> 2002/188/JI: Beschluss des Rates vom 28. Februar 2002 über Kontrollmaßnahmen und strafrechtliche Sanktionen im Zusammenhang mit der neuen synthetischen Droge PMMA, ABl. L 63 vom 6.3.2002, S. 14. – Vorschlag für einen Beschluss des Rates über Kontrollmaßnahmen und strafrechtliche Sanktionen im Zusammenhang mit der neuen synthetischen Droge PMMA (KOM/2001/0734 endg.).

<sup>(104)</sup> Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) – (ABl. L 271 vom 9.10.2002, S. 1-12).

<sup>(105)</sup> Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zur Prävention und Reduzierung von Risiken im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit (KOM/2002/0201 endg.). Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates betreffend Drogenausgangsstoffe (KOM/2002/0494 endg., ABl. C 20 E vom 28.1.2003, S. 160-170)

<sup>(106)</sup> Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und der Republik Türkei über Vorprodukte und chemische Stoffe, die häufig für die unerlaubte Herstellung von Suchtstoffen und psychotropen Substanzen verwendet werden (ABl. L 64 vom 7.3.2003, S. 30-35).

## Prävention

Prävention wird häufig unterteilt in „universale“ Prävention (bezogen auf Kinder und Jugendliche allgemein mit dem Ziel des Nicht-Konsums) und „gezielte“ oder „indizierte“ Prävention (für Gruppen mit einem besonders hohen Risiko). Letztere wird in Kapitel 3 erörtert (S. 63). Die Schule wird als Ort für allgemeine Präventionsmaßnahmen bevorzugt, da diese Umgebung langfristig und kontinuierlich Zugang zu einer großen Gruppe junger Menschen gewährleistet. Ein von der Europäischen Kommission finanziertes neues Forschungsprojekt über bewährte Praktiken in der schulbasierten Prävention<sup>(107)</sup> erarbeitete Empfehlungen sowohl für schulbasierte Präventionsprogramme als auch für den notwendigen Rahmen: Schulpolitik und schulisches Umfeld. In der internationalen Literatur gibt es zahlreiche Belege für Ansätze, die potenziell vielversprechend sind oder sich bereits als wirksam erwiesen haben<sup>(108)</sup>.

In allen Mitgliedstaaten ist Prävention Bestandteil der Lehrpläne, d. h. das Thema „Drogen“ muss auf die eine oder andere Weise behandelt werden. Dies kann dadurch geschehen, dass Lehrer oder Polizeibeamte über Drogen und die damit verbundenen Risiken aufklären. Rein informative und unstrukturierte Ansätze haben sich als uneffektiv erwiesen (Hansen, 1992; Tobler, 2001). Nur wenige Mitgliedstaaten verfügen über nationale Pläne für die schulbasierte Prävention, in denen der Umfang der umzusetzenden (oder zu vermeidenden) Maßnahmen und die damit betrauten Personen im Einzelnen aufgeführt sind<sup>(109)</sup>. Einige Länder bevorzugen jedoch die Entwicklung von Gemeinde- oder Ressortplänen, in denen die schulbasierte Prävention integriert ist<sup>(110)</sup>. Noch weniger Mitgliedstaaten verfügen über klare Standards bezüglich des Inhalts der schulbasierten Prävention (obligatorisch nur in Irland und im Vereinigten Königreich)<sup>(111)</sup>. Die EU-Länder erkennen jedoch immer mehr, dass es notwendig ist, Präventionsmaßnahmen von hoher Qualität bereitzustellen, anstatt lediglich die Bedeutung von Prävention in ihren nationalen Strategien zu bekräftigen. Schweden ist eines der wenigen Länder, die zugeben, dass die schulbasierte Prävention „häufig auf Methoden beruhte, die Untersuchungen zufolge nur wenig oder gar keinen Erfolg zeitigten, während wirkungsvolle Methoden selten angewandt wurden“ (Skolverket, 2000), und dass das Fehlen einer Qualitätskontrolle zu einer Situation führte, „in der jeder Schuldirektor bestimmen konnte, wie Drogenaufklärung stattfinden sollte“. Jetzt konzentriert sich die gesamte Strategie auf „reguläre Programme, die auf evaluierten, effektiven Methoden beruhen“. Ähnliches trifft für Frankreich zu, wo „die relative Lücke [...] in den Gesetzestexten und die frühzeitige Einbeziehung von Verbänden [...] zur Folge hatte, dass sich zahlreiche Akteure an der Prävention beteiligten, [...] ohne dass

irgendein Modell oder eine Handlungstheorie verfolgt oder besonders gefördert wurde“ (französischer Nationaler Bericht). In der Praxis könnte diese Beschreibung auch auf viele andere Mitgliedstaaten zutreffen. Spanien, Irland und das Vereinigte Königreich hingegen haben eine klare Qualitätskontrolle und einen evidenzbasierten Ansatz in ihrer Präventionspolitik entwickelt und beabsichtigen, ihre Aufmerksamkeit weiterhin schwerpunktmäßig auf diese Bereiche zu richten<sup>(112)</sup>. In Portugal werden inzwischen strengere Qualitätsanforderungen eingeführt.

Eine systematische Bestandsaufnahme und Dokumentation der Programme als Eckpfeiler der Qualitätsverbesserung<sup>(113)</sup> gewinnt an Bedeutung: Kürzlich haben Dänemark, Deutschland und Portugal Pilotprojekte zur Entwicklung von Überwachungssystemen ins Leben gerufen, wie sie bereits in Belgien, Griechenland, Spanien, Frankreich, in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich existieren.

Schulische Maßnahmen (z. B. formelle Präventionsprogramme mit detaillierten Inhalten und Hinweisen für die Gestaltung des Unterrichts) sind nach den bisherigen Erkenntnissen (Tobler, 2001) am besten geeignet, eine effektive Prävention auf eine kontrollierte Weise zu gewährleisten, die eine Evaluierung sowohl der Methode (gute Vermittlung) als auch des Resultats (positive Ergebnisse) gestattet. Der Anteil der Schulen, die solche Programme in ihren Lehrplan aufgenommen haben, ist in einigen Mitgliedstaaten recht gering, da entweder die nötigen Informationssysteme fehlen (Deutschland, Italien) oder weil ein nicht auf Programmen basierender Umgang mit Prävention im Schulalltag bevorzugt wird (Österreich und Finnland)<sup>(114)</sup><sup>(115)</sup>.

Da es sich um ein relativ gut definiertes Konzept handelt, ist schulbasierte Prävention der für eine Bestandsaufnahme und Quantifikation der Präventionsberichte zugänglichste Bereich; hier beginnen die Informationssysteme in der EU Früchte zu tragen, während Informationen über andere wichtige Bereiche nach wie vor der Strukturierung und Verbesserung bedürfen<sup>(116)</sup>.

Andererseits stellt die Prävention auf kommunaler Ebene ein sehr heterogenes Konzept dar, was zum Teil daran liegt, dass sie per definitionem dezentralisiert ist. Das einzige, für alle EU-Länder zutreffende Merkmal ist der Rahmen an sich: „die Gemeinde“. Die Maßnahmen umfassen allgemeine Tätigkeiten (wie Personalschulung und Ausbildung der Ausbilder), strukturelle Maßnahmen (Entwicklung von kommunalpolitischen Maßnahmen und Netzwerken sowie die Einbeziehung der Entscheidungsträger) und bestimmte Aktionen wie die Einrichtung örtlicher Zentren für die Prävention von Abhängigkeit und Ausgrenzung (Frankreich) oder die Kontrolle durch Elternpatrouillen/„night ravens“

<sup>(107)</sup> Siehe <http://www.school-and-drugs.org>.

<sup>(108)</sup> Siehe Drogen im Blickpunkt Nr. 5 unter [http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy\\_briefings/pb4\\_6/pb\\_05\\_DE.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_DE.pdf).

<sup>(109)</sup> Siehe Abbildung 38 OL: Nationale Pläne für Drogenprävention an den Schulen (Online-Version).

<sup>(110)</sup> Siehe Abbildung 39 OL: Organisation der Prävention (Online-Version).

<sup>(111)</sup> Siehe Tabelle 3 OL: Übersicht über Präventionsmaßnahmen und -rahmen (Online-Version).

<sup>(112)</sup> Siehe Drogen im Blickpunkt Nr. 5 unter [http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy\\_briefings/pb4\\_6/pb\\_05\\_DE.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_DE.pdf).

<sup>(113)</sup> Siehe Drogen im Blickpunkt Nr. 5 unter [http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy\\_briefings/pb4\\_6/pb\\_05\\_DE.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_DE.pdf).

<sup>(114)</sup> Siehe Drogen im Blickpunkt Nr. 5 unter [http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy\\_briefings/pb4\\_6/pb\\_05\\_DE.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_DE.pdf).

<sup>(115)</sup> Siehe Tabelle 4 OL: Die wichtigsten quantitativen Parameter der Präventionsprogramme (Online-Version).

<sup>(116)</sup> Siehe Tabelle 5 OL: Präventionsprogramme in Schulen und Kindergärten (Online-Version).

(Dänemark, Schweden und Norwegen) <sup>(117)</sup>. Die Maßnahmen werden nicht unbedingt von Gemeindegruppen organisiert, sie können – wie z. B. in Luxemburg – nach dem Top-down-Ansatz von einer nationalen Agentur geleitet werden, die für die Initiierung von Projekten, einschließlich von Sensibilisierungsprogrammen zur Drogenproblematik, zuständig ist. Häufig fehlen jedoch eine solide Grundlage und eine klare Zielsetzung; lediglich in Griechenland sind die Ziele und die Struktur der kommunalen Projekte Gegenstand von Kontrollprozessen. Mit Ausnahme von Luxemburg und Irland wurden in den anderen Ländern keine signifikanten Evaluierungen vorgenommen.

Obwohl die familienbasierte Prävention häufig als Schlüsselement der nationalen Strategien bezeichnet wird, entwickelt sie sich offenbar auf unterschiedliche, intuitive und improvisierte Weise, ohne sich dabei auf nennenswerte Erfahrungen oder Erkenntnisse zu stützen. Ein häufiges Merkmal sind Elternschulungen zur Verbesserung ihrer Erziehungsfähigkeiten und/oder die Verbreitung von Informationen (Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, Portugal und Norwegen). Lediglich in Irland, in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich gibt es zielgerichtete Projekte für gefährdete Familien in sozial benachteiligten Wohngebieten. Spanien hingegen hat einen systematischen und erschöpfenden Überblick über familienbasierte Präventionspraktiken erstellt <sup>(118)</sup>, während Griechenland landesweit ebenfalls gut organisierte und gut dokumentierte Familienprojekte entwickelt hat.

Bislang war es nicht möglich, die Höhe der Präventionsausgaben der einzelnen Mitgliedstaaten miteinander zu vergleichen, auch nicht, wenn man sich dabei nur auf die Ausgaben für schulbasierte Präventionspläne konzentrieren würde.

Kampagnen in den Massenmedien stellen nach wie vor eine wichtige Säule der Präventionsstrategien dar, obwohl es kaum Belege dafür gibt, dass sie, wenn sie als alleiniges Mittel eingesetzt

werden, das Konsumverhalten tatsächlich beeinflussen (Paglia und Room, 1999) und ihre Kosten beträchtlich sind.

## Maßnahmen zur Schadensminimierung

Maßnahmen zur Minimierung drogenbedingter gesundheitlicher Schäden, zur Reduzierung von Todesfällen und zur Verringerung der Belastung der Öffentlichkeit <sup>(119)</sup> sind zu einem wesentlichen Bestandteil zahlreicher nationaler Drogenstrategien geworden und stellen in den meisten Ländern mittlerweile eine klare Priorität in der Politik dar <sup>(120)</sup>. Die Durchführung von Maßnahmen zur Schadensminimierung wird von den Nationalen Knotenpunkten als „äußerst wichtig“, „von großer Bedeutung“, „von grundlegender Bedeutung“, als „eine Priorität“ und als „zentraler Aspekt unserer nationalen Drogenstrategie“ bewertet.

Spritzenaustauschprogramme, Initiativen im Rahmen der aufsuchenden Drogenarbeit und niedrigschwellige Dienste werden kontinuierlich erweitert und erstrecken sich in einigen Ländern auch auf eine medizinische Grundversorgung, Impfungen, Safer-use-Aufklärung, Behandlung von Notfällen durch Überdosierungen, Erste-Hilfe-Kurse für Drogenkonsumenten oder beaufsichtigte Drogenkonsumräume. Tabelle 2 bietet eine Übersicht über ausgewählte Maßnahmen zur Schadensminimierung in den EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen. Eine größere geografische Ausdehnung der Spritzenaustauschprogramme zählt zu den wichtigsten Maßnahmen zur Reduzierung injektionsbedingter Infektionen. Andere Maßnahmen sind in der Regel weniger verbreitet und werden hier als „Indikatoren“ dafür aufgeführt, dass die Maßnahmen der Drogendienste auf die elementaren Gesundheitsbedürfnisse ausgegrenzter Drogenkonsumenten ausgerichtet sind. In allen Ländern tragen Initiativen im Rahmen der Drogenbehandlung, insbesondere Substitutionsprogramme, auch erheblich zur Reduzierung drogenbedingter Gesundheitsschäden bei.

<sup>(117)</sup> Weitere Informationen zu den „night ravens“ siehe S. 63.

<sup>(118)</sup> [http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/intervencion\\_familiar.pdf](http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/intervencion_familiar.pdf).

<sup>(119)</sup> Siehe EBDD-Jahresbericht 2002 und die EBDD-Publikation Drogen im Blickpunkt Nr. 4; Empfehlung des Rates zur Prävention und Reduzierung von Risiken im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit (Cordroque 32).

<sup>(120)</sup> Siehe Tabelle 6 OL: Rolle der Schadensminimierung (Online-Version).



**Tabelle 2: Geografische Reichweite der Spritzenaustauschprogramme und Verfügbarkeit anderer ausgewählter Gesundheitsdienste für Drogenkonsumenten in den EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen**

Land	Geografische Reichweite der Spritzenaustauschprogramme <sup>(1)</sup>	Niedrigschwellige medizinische Versorgung <sup>(2)</sup>	Safer-Use-Aufklärung <sup>(3)</sup>	Erste-Hilfe-Kurse für Drogenkonsumenten <sup>(4)</sup>	Beaufsichtigte Drogenkonsumräume	Verschreibung von Heroin
Belgien	> 40 Standorte, größere Städte		Ja	Ja		Modellversuche stehen zur Diskussion
Dänemark	10 von 14 Verwaltungsbezirken		Ja	Ja		
Deutschland	Fast alle Städte	Ja	Ja	Ja	20 Einrichtungen in 11 Städten	im Jahr 2002 begonnene medizinische Studie
Griechenland	Athen	Ja	Ja	Ja		
Spanien	18 von 19 Regionen, Haftanstalten	Ja	Ja	Ja	2 Einrichtungen	Beginn eines Modellversuchs in Andalusien und Katalonien
Frankreich	87 von 100 Départements	Ja	Ja	Ja		
Irland	20 Standorte und aufsuchende Drogenarbeit, hauptsächlich in der Gegend von Dublin		Ja			
Italien	SerT und Nichtregierungsorganisationen in „zahlreichen Städten“, Automaten in kleineren Städten	Ja		Ja		
Luxemburg	Spezialisierte Dienste in drei großen Städten, Automaten in fünf Städten	Ja	Ja	Ja	1 (in Planung)	rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen
Niederlande	> 95 % der größeren Städte	Ja	Ja	Ja	21 Räume in 11 Städten	Randomisierter klinischer Modellversuch abgeschlossen; 300 Patienten setzen die Behandlung fort
Österreich	13 Städte in den meisten Bundesländern	Ja	Ja	Ja		
Portugal	Nationale Reichweite durch apothekenbasierte Programme; Spritzenaustauschprogramm/Netzwerk aufsuchender Drogenarbeit im Aufbau begriffen	Ja	Ja	Ja	Rechtlich möglich, jedoch nicht vorgesehen	
Finnland	Über 70 % der Städte > 50 000 Einwohner, plus fünf kleinere Städte	Ja	Ja	Ja		
Schweden	Malmö und Lund			Ja (im Rahmen des Spritzenaustauschprogramms)		
Vereinigtes Königreich	Umfangreiche Programme in den meisten englischen und schottischen Städten; Spritzenaustauschprogramme in Nordirland im Jahr 2001 eingeführt		Ja	Ja	Empfehlung des Home Affairs Select Committee findet beim Innenminister keine Unterstützung	Begrenzte, kontinuierliche Verschreibung von Heroin. Ausweitung vom Select Committee empfohlen (und prinzipiell von der Regierung gebilligt)
Norwegen	Oslo seit 1988, und die meisten größeren Gemeinden	Ja		Ja		

<sup>(1)</sup> Siehe Tabelle 7 OL: Verfügbarkeit und Arten von Spritzenaustauschprogrammen (SAP), Beteiligung von Apotheken, Zahl der verteilten/verkauften Spritzen (Online-Version).

<sup>(2)</sup> Mindestens ein niedrigschwelliger medizinischer Versorgungsdienst.

<sup>(3)</sup> Mindestens ein Dienst bietet regelmäßig Schulungen für einen sichereren Konsum an.

<sup>(4)</sup> Regelmäßige Erste-Hilfe-Kurse für Drogenkonsumenten in mindestens einer Stadt. Siehe Tabelle 11 OL: Strategien und ausgewählte Maßnahmen zur Reduzierung drogenbedingter Todesfälle in EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen.

## Prävention von Infektionskrankheiten

Spritzenaustauschprogramme werden in allen Ländern angeboten, jedoch ist die Reichweite in Schweden und Griechenland sehr begrenzt. Vor kurzem wurde in Schweden vorgeschlagen, die beiden bestehenden Programme fortzusetzen und die Nadelaustauschprogramme auf das ganze Land auszudehnen. In vielen anderen Ländern wurde der Zugang zu sterilem Spritzenbesteck weiter verbessert, und durch die Aufstellung von Verkaufsautomaten und die Einbeziehung von Apotheken werden auch ländliche Gebiete besser erreicht <sup>(121)</sup>.

## HIV

Freiwillige HIV-Beratung und HIV-Tests (VCT) sind in allen EU-Ländern allgemein verfügbar und zumeist kostenlos <sup>(122)</sup>. Die Bemühungen, Zugang zu „schwer erreichbaren“ Drogenkonsumenten zu finden und sie über neue niedrigschwellige Dienste und aufsuchende Drogenarbeit zur Teilnahme an HIV-Beratungen und HIV-Tests zu ermutigen, wurden intensiviert, wengleich in einigen Ländern kostenlose Untersuchungen unter Wahrung der vollen Anonymität nur begrenzt möglich sind.

Die antiretrovirale Kombinationstherapie (HAART) <sup>(123)</sup> wird von den Gesundheitssystemen in allen EU-Ländern angeboten, jedoch treten ernste Probleme sowohl hinsichtlich des Zugangs als auch hinsichtlich der Kooperationsbereitschaft der HIV-infizierten Drogenkonsumenten auf. Aktive Drogenkonsumenten, insbesondere Wohnsitzlose und Personen mit einem labilen Lebenswandel, werden durch die HIV-Behandlung nicht in ausreichendem Maße erreicht. Zu den weiteren Hindernissen gehören die Einstellung der Behandlungsträger und mangelnde Kenntnis der Drogenkonsumenten darüber, wie drastisch sich die Morbiditäts- und Mortalitätsziffern durch eine Therapie reduzieren lassen. Einige Länder (z. B. Belgien, Deutschland, Österreich, Portugal und Finnland) haben zwar innovative Ansätze umgesetzt, wie beispielsweise HIV-Behandlung in Drogendiensten und niedrigschwelligen Zentren oder die Änderung der Modalitäten für die Medikamentenabgabe, um der Lebenssituation der Patienten besser gerecht zu werden; eine Steigerung der Behandlungsaufnahme und des Behandlungserfolgs stellt jedoch nach wie vor eine Herausforderung dar.

## Hepatitis B

In einigen Ländern werden derzeit Kampagnen zur kostenlosen Impfung gegen Hepatitis B durchgeführt <sup>(124)</sup>. Es ist eine Zunahme proaktiver Impfangebote der Drogendienste zu beobachten, und die Drogendienste verstärken ihre Bemühungen, den Drogenkonsumenten über Kontaktstellen für Hochrisikogruppen Zugang zu Impfungen zu verschaffen. Pilotprogramme in Deutschland, in den Niederlanden und in Österreich erweisen sich

bei der Steigerung der Immunisierungsraten als erfolgreich. Für Drogenkonsumenten wird eine kombinierte Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung empfohlen (BAG, 1997).

Obwohl in den meisten Ländern Impfungen angeboten und von den Gesundheitssystemen finanziert werden, sind die Immunisierungsraten niedrig.

Mitunter bleiben Drogenkonsumenten nicht lange genug mit einem Behandlungsdienst in Verbindung, um die gesamte Impfreihe abzuschließen und eine volle Immunisierung zu erlangen. Lösungsansätze, die ausprobiert werden, umfassen die Durchführung von Impfungen in verschiedenen Diensten, Impfschemata mit verkürzten Zwischenabständen sowie spezielle, leicht zugängliche Programme.

## Hepatitis C

Eine Behandlung von Hepatitis C wird zwar in allen Ländern angeboten, der Zugang für Drogenkonsumenten ist in der Praxis jedoch schwierig (Wiessing, 2001). Aktuelle Leitlinien zufolge sollten Drogenkonsumenten erst behandelt werden, wenn sie drogenfrei sind oder seit mindestens einem Jahr ohne Zwischenfall an einer oralen Substitutionstherapie teilnehmen, da bei aktiven Drogenkonsumenten die Gefahr einer Wiederansteckung besteht. Viele Länder berichten von einem begrenzten Zugang zur Behandlung oder von einer geringen Kooperationsbereitschaft bei der Therapie <sup>(125)</sup>. Zu den neuen Möglichkeiten, die Zahl der zur Behandlung aufgenommenen Drogenkonsumenten und deren Kooperationsbereitschaft zu erhöhen, gehört pegyliertes Interferon, das ein weniger striktes Einnahmeregime erfordert, sowie die Entwicklung evidenzbasierter Behandlungsrichtlinien.

Es gibt kaum nationale Aktionspläne zur Reduzierung einer Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus. In einer Reihe von Ländern wurden für Drogenkonsumenten Schulungen sowie Informations- und Aufklärungskampagnen zum Thema sicherer Konsum durchgeführt. Einige Länder berichten von Programmen, die in Haftanstalten zur Aufklärung über Infektionskrankheiten durchgeführt werden, sowie über Schulungen der Betreuer von Drogenkonsumenten über die Verhütung von Hepatitis-C-Infektionen.

## Reduzierung drogenbedingter Todesfälle

Jährlich werden überall in der EU und in Norwegen rund 8 000 akute drogenbedingte Todesfälle verzeichnet, bei denen es sich zumeist um junge Menschen handelt. Die Last drogenbedingter Todesfälle für die Gesellschaft wird noch deutlicher sichtbar, wenn sie in „verlorenen Lebensjahren“ <sup>(126)</sup> ausgedrückt wird. Somit belief sich die Last der drogenbedingten Todesfälle in England und Wales

<sup>(121)</sup> Siehe Tabelle 7 OL: Verfügbarkeit und Arten von Spritzenaustauschprogrammen (SAP), Beteiligung von Apotheken, Zahl der verteilten/verkauften Spritzen. (Die Daten für 2001 sind in Tabelle 8 OL des Jahresberichts 2002 unter <http://ar2002.emcdda.eu.int/de/popups/oltab08-de.html> zu finden.)

<sup>(122)</sup> Siehe Tabelle 8 OL: Verfügbarkeit von freiwilliger HIV-Beratung und HIV-Tests (VCT) sowie von HIV-Behandlung (Online-Version).

<sup>(123)</sup> Hochaktive antiretrovirale Kombinationstherapie.

<sup>(124)</sup> Siehe Tabelle 9 OL: Verfügbarkeit von Impfungen gegen das Hepatitis-B-Virus (HBV) für injizierende Drogenkonsumenten (IDK) in einigen europäischen Ländern (Online-Version).

<sup>(125)</sup> Siehe Tabelle 10 OL: Behandlung von Hepatitis-C-infizierten injizierenden Drogenkonsumenten (IDK) (Online-Version).

<sup>(126)</sup> Verlorene Lebensjahre: Basierend auf dem Alter, bis zu dem ein Mensch voraussichtlich gelebt hätte, wenn er nicht infolge von Drogenkonsum gestorben wäre (ACMD, 2000, S. 56).

im Jahr 1995 auf 70 % der im Straßenverkehr tödlich verunglückten Personen (ACMD, 2000).

Untersuchungen zufolge kann die Zahl der Todesfälle durch medizinische und pädagogische Ansätze erheblich reduziert werden <sup>(127)</sup>. In Frankreich und Spanien wurde ein Zusammenhang zwischen einer größeren Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlungen, die das Mortalitätsrisiko erheblich reduzieren (WHO, 1998), und einem Rückgang der Todesfälle durch Überdosierung festgestellt, wengleich auch die Abnahme des injizierenden Drogenkonsums in Spanien in hohem Maße dazu beigetragen haben kann (EBDD, 2002a). Aufklärungsprogramme, die Drogenkonsumenten helfen sollen, Risiken und Anzeichen einer Überdosierung zu erkennen und in geeigneter Weise darauf zu reagieren, brachten positive Ergebnisse, da sie die Drogenkonsumenten in die Lage versetzten, besser mit Überdosierungen umzugehen.

Lokale Strategien zur Reduzierung von Todesfällen durch Überdosierung in Oslo, Kopenhagen, Amsterdam und Frankfurt waren das Thema einer Studie, aus der hervorging, dass lokale Maßnahmen zu einer Reduzierung der Todesfälle beitragen können, obwohl Ausmaß und Muster des Drogenkonsums bestimmte Grenzen setzen (Reinäs et al., 2002).

Die Reduzierung drogenbedingter Todesfälle, die eines der wichtigsten Anliegen innerhalb des zweiten Hauptziels der EU-Drogenstrategie (2000-2004) ist, wird zunehmend als ein realistisches Ziel angesehen. In den neuen nationalen Drogenstrategien Deutschlands, Griechenlands, Irlands, Luxemburgs, Portugals, Finnlands und des Vereinten Königreichs stellt die Reduzierung drogenbedingter Todesfälle eine Priorität dar. Von lokalen Strategien zur Reduzierung von Todesfällen durch Überdosierung wird ebenfalls berichtet <sup>(128)</sup>.

Informationsquellen zum Thema Prävention von Überdosierungen sind in den meisten Ländern verfügbar. Drogen- und Gesundheitsdienste bieten Drogenkonsumenten Schulungen zur Anwendung elementarer Wiederbelebungstechniken an, wengleich diese Erste-Hilfe-Kurse häufig auf die größeren Städte beschränkt sind <sup>(129)</sup>.

Die Vergabe von Naloxon, einem Opiatantagonisten, ist eine Maßnahme, die in einigen Ländern mit dem Ziel der Reduzierung von Heroin-Überdosierungen getroffen wird (Sporer, 2003). In Italien versorgt eine beträchtliche Anzahl von Unità di Strada (Drogendienste auf der Straße) Drogenkonsumenten mit Naloxon, das bis zum Eintreffen medizinischer Hilfe als vorläufige Notmaßnahme verabreicht werden kann. Eine Pilotstudie über die in Kombination mit der Vergabe von Naloxon angebotenen Erste-Hilfe-Kurse in Berlin belegte eine erweiterte Kompetenz hinsichtlich der Möglichkeit, in Drogennotfällen adäquat zu reagieren, und rechtfertigte vom medizinischen Standpunkt aus in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (93 %) den Einsatz des

Antagonisten (Dettmer, 2002). In derselben Studie wurde auch auf die Bedeutung von Naloxon für Notfälle in privaten Wohnungen hingewiesen.

In europäischen Städten, in denen es eine große, offene Drogenszene gibt, bereiten Todesfälle durch Überdosierung an öffentlichen Orten besonders große Sorge. In einigen deutschen und spanischen Städten wurden beaufsichtigte Drogenkonsumräume für die häufig ausgegrenzten Gruppen aus der offenen Drogenszene eingerichtet. Auch in den Niederlanden gibt es beaufsichtigte Drogenkonsumräume. Neben anderen Diensten wird dort sofortige Notfallhilfe im Falle einer Überdosierung angeboten. Laut einer Studie über Drogenkonsumräume in Deutschland (Poschadel et al., 2003) trugen sie in erheblichem Maße zur Reduzierung drogenbedingter Todesfälle in den Städten bei und erlaubten einen leichteren Zugang zu weiteren Gesundheits- und Behandlungsdiensten für problematische Drogenkonsumenten, die mit anderen Diensten nicht erreicht werden können.

## Behandlung

Die beiden wichtigsten Behandlungsmodalitäten bei illegalem Drogenkonsum sind medikamentengestützte Behandlung und abstinenzorientierte Behandlung. Medikamentengestützte Behandlung findet fast ausschließlich ambulant statt, während eine abstinenzorientierte Behandlung entweder stationär oder in ambulanten Einrichtungen durchgeführt werden kann. In der EU werden für die Langzeitbehandlung nur Agonisten (z. B. Methadon) oder kombinierte Antagonisten-Agonisten (z. B. Buprenorphin) verwendet, während Antagonisten (z. B. Naloxon) gegebenenfalls in der Entzugsbehandlung eingesetzt werden.

### Medikamentengestützte Behandlung

Methadon ist die weitaus am häufigsten verwendete Substitutionssubstanz. Buprenorphin, die in Frankreich seit Jahren meistverwendete Substitutionssubstanz, wird auch von Privatärzten in Portugal und Luxemburg verordnet. Schweden hingegen bereitet Einschränkungen für die Verschreibung von Buprenorphin vor, und in Finnland hat sich durch den illegalen Konsum von Buprenorphin Behandlungsbedarf ergeben; es wurde über einige Todesfälle im Zusammenhang mit Buprenorphin und Sedativa berichtet. Zurzeit wird Buprenorphin in Belgien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Spanien, Österreich und im Vereinigten Königreich in weit geringerem Umfang als Methadon eingesetzt.

Seit einigen Jahren liegen Informationen über die Zahl der substituierten Personen vor (Farell et al., 1996, 2000), so dass es nun möglich ist, die Entwicklungen in diesem Bereich zu verfolgen. Tabelle 3 vergleicht die Daten zur Substitutionsbehandlung aus 1997/1998 mit den neuesten Informationen aus den Mitgliedstaaten. Dabei wird deutlich, dass die allgemeine

<sup>(127)</sup> Es wurden toxikologische Aspekte, soziale und persönliche Zusammenhänge und Risiken, die Umstände, unter denen Todesfälle und nicht tödliche Überdosierungen auftreten, sowie Präventionsstrategien erforscht, z. B. Varescon-Pousson et al. (1997), Hariga et al. (1998), Seaman et al. (1998), Villalbi und Brugal (1999), ACMD (2000), Ferrari et al. (2001), Lepère et al. (2001), Brugal et al. (2002), Buster (2002), Kraus und Püschel (2002), Origer und Delucci (2002) sowie Pant und Dettmer (2002).

<sup>(128)</sup> Tabelle 11 OL: Strategien und ausgewählte Maßnahmen zur Reduzierung drogenbedingter Todesfälle in EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen (Online-Version).

<sup>(129)</sup> Tabelle 11 OL: Strategien und ausgewählte Maßnahmen zur Reduzierung drogenbedingter Todesfälle in EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen (Online-Version).

**Tabelle 3: Entwicklung der Substitutionsbehandlung in den 15 Mitgliedstaaten und in Norwegen.**

	Geschätzte Zahl der substituierten Personen (¹)		Veränderung (in %)
	1997/1998	2001/2002	
Belgien	6 617	7 000	5,8
Dänemark	4 298	4 937	14,9
Deutschland (²)	45 300	49 300	8,8
Griechenland	400	1 060	165,0
Spanien	51 000	78 806	54,5
Frankreich	53 281	85 757	61,0
Irland	2 859	5 865	105,1
Italien	77 537	86 778	11,9
Luxemburg (³)	931	1 007	8,2
Niederlande	13 500	13 500	0
Österreich	2 966	5 364	80,8
Portugal	2 324	12 863	453,5
Finnland	200	400	100,0
Schweden	600	621	3,5
Vereinigtes Königreich (⁴)	28 776	35 500	23,4
Norwegen	204	1 853	808,3
<b>Insgesamt</b>	<b>290 793</b>	<b>390 611</b>	<b>34,3</b>

(¹) Bei einigen Ländern beziehen sich die Ziffern auf die Anzahl der Klienten, bei einigen anderen Ländern auf die geschätzte Zahl der Behandlungsplätze.  
 (²) In Deutschland umfassen die Zahlen auch mit Dihydrocodein substituierte Patienten, schätzungsweise etwa 8 800 Personen im Jahr 1998 und 3 700 im Jahr 2000.  
 (³) Im Rahmen des staatlichen Methadon-Projekts wurden 1998 und 2001 jeweils 186 bzw. 156 Klienten registriert, während 745 bzw. 849 die Substitutionstherapie mit ihrem Hausarzt durchführten.  
 (⁴) Nur England und Wales.  
 Quellen: EBDD-Jahresbericht 1998 (mit Daten von 1997 oder davor) und Nationale Berichte 2001 und 2002.

Verfügbarkeit der medikamentengestützten Behandlung stark zugenommen hat. Der Gesamtzuwachs auf EU-Ebene liegt bei ca. 34 % innerhalb von rund 5 Jahren.

### Gleichzeitige Verschreibung von Heroin

Die Niederlande haben bereits einen Versuch mit gleichzeitiger Verschreibung von Heroin durchgeführt und die Ergebnisse im Februar 2002 vorgestellt (<http://www.ccbh.nl>; Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, 2002). Die zur Studie zugelassenen Patienten erhielten sowohl Methadon als auch Heroin. Die Evaluierung ergab, dass die Patienten in der Versuchsgruppe im Vergleich zur ausschließlich mit Methadon behandelten Kontrollgruppe beträchtliche gesundheitliche Verbesserungen aufwiesen.

Zwischen März 2002 und Februar 2003 führten die deutschen Städte Bonn, Köln, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Karlsruhe und München ein heroingestütztes Behandlungsprogramm im Rahmen einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie durch. Insgesamt 1 120 Klienten wurden zu der Heroinstudie zugelassen, die vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg, genau beobachtet und ausgewertet wird und zwei Studienphasen von jeweils zwölf Monaten umfasst (<http://www.heroinstudie.de/>).

In Spanien bereiten die autonomen Regionen Katalonien und Andalusien Studien über die gleichzeitige Verschreibung von Heroin vor. In Barcelona (Katalonien) wird die Gesamtkohorte der Studie 180 Männer im Alter zwischen 18 und 45 Jahren umfassen. Das in diesem Rahmen verschriebene Heroin wird für die orale Einnahme bestimmt sein.

In Luxemburg sieht ein Dekret vom 30. Januar 2002 eine Studie über die Verschreibung von Heroin vor, die im Rahmen eines von der Gesundheitsdirektion verwalteten Pilotprojekts durchgeführt werden soll.

Im Vereinigten Königreich verschreiben Hausärzte schätzungsweise 500 Patienten Heroin.

### Abstinenzorientierte Behandlung

Die Behandlung ohne pharmakologische Substitution wendet unter anderem psychosoziale und pädagogische Methoden an, um eine langfristige Abstinenz von Drogen zu erreichen.

Die vorliegenden Daten zur abstinenzorientierten Behandlung erlauben keinen zahlenmäßigen Vergleich, unter anderem deshalb, weil sie sowohl von Zentren stammen, die sich ausschließlich auf die Therapie von Konsumenten illegaler Drogen spezialisiert haben, als auch von solchen, die auf Suchttherapie im Allgemeinen ausgerichtet sind, d. h. Behandlung von Alkoholismus und anderen Arten des Suchtmittelmissbrauchs, und teilweise deshalb, weil „Therapie/Behandlung“ hier nicht ohne weiteres zu definieren ist (z. B. als eine Mindestzahl von Sitzungen) und nicht in quantifizierbaren Einheiten wie etwa registrierten Verschreibungen gemessen werden kann, wie dies bei der medikamentengestützten Behandlung der Fall ist.

Bei der Art der angebotenen Behandlung besteht eine deutliche Tendenz zu einer Nord-Süd-Trennung, wobei die Behandlungsangebote im südlichen Teil Europas vorwiegend von auf illegalen Drogenkonsum spezialisierten Diensten und im Norden (mit Ausnahme von Dänemark) von allgemeinen Suchtstellen ausgehen. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die nördlichen Länder (außer Dänemark) auf eine längere Geschichte der abstinenzorientierten Behandlung von Alkoholismus zurückblicken können als die südlichen Länder. Wahrscheinlich wurden die bereits bestehenden Therapieeinrichtungen mit dem Entstehen des illegalen Drogenkonsums an die Behandlung dieser Gruppe innerhalb der Einrichtung angepasst. Da die übrigen Länder nicht über ein vergleichbares Netz von Therapieeinrichtungen verfügten, wurden dort zusätzliche spezialisierte Dienste für Konsumenten illegaler Drogen geschaffen (130).

(130) Siehe Abbildung 40 OL: Problematische Drogenkonsumenten in abstinenzorientierter Behandlung (Online-Version).

## Standards und Qualität der Behandlung

Einrichtung von Anerkennungssystemen, Festlegung von Qualitätsstandards, Entwicklung von Leitlinien, Schulung von Mitarbeitern sowie Überwachung und Evaluierung sind Beispiele für Maßnahmen, mit deren Hilfe ein gewisser Standard und ein gewisses Qualitätsniveau der Behandlung im Zusammenhang mit illegalen Drogen gewährleistet werden soll.

Aus Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Österreich und Portugal wird über Anrechnungs- oder Zertifizierungssysteme berichtet, die implizieren, dass die Dienste durch eine dazu ermächtigte unabhängige externe Behörde überprüft werden, um die Erfüllung zuvor festgelegter spezifischer Anforderungen sicherzustellen. In manchen Ländern wie z. B. in Frankreich und Luxemburg, müssen die Behandlungsträger zertifiziert oder akkreditiert sein, um staatliche Mittel für die Behandlung zu erhalten. In anderen Ländern ist die staatliche Zertifizierung optional, wenngleich die Möglichkeit zur Zertifizierung nach internationalen Standards wie z. B. ISO überall in Europa besteht.

Über Leitlinien zur Durchführung der Behandlung, die einen gewissen Qualitätsstandard sicherstellen sollen, wird aus vielen Mitgliedstaaten wie Griechenland, Italien, den Niederlanden, Österreich und Finnland berichtet. Der Grad ihrer Nutzung und Umsetzung sowie ihre Konzeption sind jedoch recht unterschiedlich. Leitlinien können unverbindliche und frei verfügbare Ratschläge beinhalten oder halbverbindliche Prinzipien, die befolgt werden müssen, damit eine staatliche Finanzierung in Frage kommt. Auf EU-Ebene wurden unverbindliche Leitlinien zur Methadonsubstitution entwickelt und sind in deutscher, englischer, französischer und spanischer Sprache erhältlich<sup>(131)</sup>.

Eine Schulung des Personals findet in allen Mitgliedstaaten statt, allerdings berichtet kein Mitgliedstaat über eine landesweite systematische Schulung der Mitarbeiter in der Drogentherapie. Innerhalb der EU gibt es große Unterschiede im Hinblick auf die Verfügbarkeit, die Vielfalt und das Niveau der Ausbildung wie auch hinsichtlich der Beteiligung der zuständigen Behörden an der Initiierung derartiger Maßnahmen.

## Evaluierung und Untersuchung von Behandlungsansätzen

Aus allen Ländern wird über eine Evaluierung der Drogenbehandlung und Forschung in diesem Bereich berichtet, die verschiedene Formen aufweist. Die Studien sind jedoch größtenteils von geringem Umfang und werden auf institutioneller oder lokaler Ebene durchgeführt. Im Vereinigten Königreich lief eine landesweite Erhebung in England und Wales über Behandlungsergebnisse aus fünf Jahren<sup>(132)</sup>. Die italienische VEdeTTE-Studie, die rund 12 000 Patienten in 118 ambulanten Behandlungszentren (SerT) umfasst, ist noch nicht abgeschlossen, und es liegen nur erste Ergebnisse vor. Die vorläufigen Ergebnisse zeigen eine durchschnittliche Tagesdosis an Methadon von 40 mg auf,

wohingegen nur 10 % der Klienten die nach der wissenschaftlichen Literatur erforderliche Dosis von mindestens 60 mg erhielten. Die jährliche Abbruchrate betrug 52 % für die abstinentorientierte Behandlung und 35 % für die Methadon-Erhaltungstherapie. Zudem scheint eine höhere Methadondosis das Risiko des Therapieabbruchs zu verringern. Die Studie bestätigte auch die Effektivität psychosozialer Maßnahmen<sup>(133)</sup>. Die dänische DANRIS-Studie<sup>(134)</sup>, die im Mai 2000 begonnen wurde, dient der Überwachung der Therapie und ihrer Wirksamkeit in etwa 40 stationären Behandlungszentren. Das europäische Projekt Treat 2000, das teilweise über das 5. Forschungsrahmenprogramm finanziert wird, zielt auf die Analyse und den Vergleich von Gesundheitssystemen und deren Effizienz für die Behandlung von Opiatabhängigen in sechs europäischen Regionen ab.

## Maßnahmen für Drogenkonsumenten im Strafvollzug

### Politikrahmen

Drogenabhängigkeit spielt eine zentrale Rolle bei Verstößen gegen Drogengesetze sowie bei der leichten Beschaffungskriminalität. Zahlreiche Drogenkonsumenten werden festgenommen, und viele werden zu Gefängnisstrafen verurteilt. Zudem beginnen viele Insassen während der Haft mit dem Drogenkonsum. Diese Beobachtungen werden in den Strafverfolgungssystemen aller EU-Mitgliedstaaten und Norwegens berücksichtigt. Die meisten EU-Länder konzentrieren sich in ihren Drogenstrategien unter anderem auf die Verbesserung der psychosozialen Dienste und der Gesundheitsdienste, die sich an Drogenabhängige in Haftanstalten wenden.

Die steigende Zahl der inhaftierten Drogenkonsumenten und die daraus folgende Überfüllung der Gefängnisse erfordern flexible Strafverfolgungssysteme. Die Erkenntnis, dass Drogenkonsumenten im Gefängnis möglicherweise nicht besonders gut aufgehoben sind, hat zunehmend zur Entwicklung von Alternativen zu Strafverfahren und Inhaftierung geführt. Das Zusammenwirken zwischen den Strafverfolgungsstrukturen wie Haftanstalt und Bewährungsstrafen sowie zwischen diesen und den Gesundheitsstrukturen gilt allgemein als verbesserungswürdig, und es werden entsprechende Maßnahmen entwickelt<sup>(135)</sup>.

### Psychosoziale und Gesundheitsmaßnahmen im Strafvollzug

In Strafvollzugsanstalten gibt es zunehmend Dienste für drogenabhängige Inhaftierte. Die meisten Länder, in denen Suchtbehandlung in Gefängnissen in der Regel angeboten wird, bieten auch Maßnahmen zur Schadensminimierung an (Tabelle 4). Eine im Informationssystem EDDRA (Exchange on European Drug Demand Reduction Action)<sup>(136)</sup> enthaltene Analyse von Programmen im Strafvollzug ergab, dass das wichtigste Ziel der

<sup>(131)</sup> Siehe die Leitlinien auf der Website von Euro-Methwork unter <http://www.q4q.nl/methwork/home2.htm>.

<sup>(132)</sup> <http://www.ntors.org.uk>.

<sup>(133)</sup> <http://www.studio-vedette.it/publicazioni.htm>.

<sup>(134)</sup> <http://www.crf-au.dk/danrisenglish/default2.asp>.

<sup>(135)</sup> Siehe Tabelle 12 OL: Jüngste Strategien gegen Drogen in Haftanstalten, Ministerialrichtlinien und Drogenhilfestandards in der EU und in Norwegen (Online-Version).

<sup>(136)</sup> <http://eddra.emcdda.eu.int>.

**Tabelle 4: Verfügbarkeit von Sozial- und Gesundheitsdiensten für Drogenkonsumenten in Strafvollzugsanstalten in der EU <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>**

Anteil der Gefängnisse, die Dienste anbieten	Abstinenzorientiert			Substitutionsbehandlung	Auf Schadensminimierung ausgerichtet				
	Entgiftung	Drogenfreie Abteilungen	Therapeutische Gemeinschaften im Gefängnis		Blutuntersuchung	Impfprogramme	Bereitstellung von Desinfektionsmitteln	Nadelaustausch	Bereitstellung von Kondomen
Alle	Belgien, Dänemark, Spanien, Frankreich, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden			Belgien, Dänemark, Spanien, Frankreich, Österreich, Portugal	Belgien, Griechenland, Spanien, Frankreich, Irland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden	Dänemark, Griechenland, Spanien, Frankreich, Irland, Luxemburg, Österreich, Portugal	Belgien, Dänemark, Spanien, Frankreich, Österreich, Portugal, Norwegen		Belgien, Dänemark, Spanien, Frankreich, Österreich, Portugal, Schweden, Norwegen
Mehr als die Hälfte	Irland, Finnland, Vereinigtes Königreich	Finnland, Vereinigtes Königreich		Luxemburg	Finnland	Finnland, Vereinigtes Königreich	Finnland		Luxemburg, Finnland, Vereinigtes Königreich
Weniger als die Hälfte	Griechenland, Italien, Norwegen	Dänemark, Niederlande, Belgien, Griechenland, Spanien, Irland, Österreich, Portugal, Schweden, Norwegen	Belgien, Dänemark, Spanien, Griechenland, Österreich, Portugal, Finnland, Norwegen	Irland, Italien, Finnland, Vereinigtes Königreich			Vereinigtes Königreich	Deutschland, Spanien	
Keine		Italien, Frankreich, Luxemburg	Frankreich, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Schweden, Vereinigtes Königreich	Griechenland, Niederlande, Schweden	Dänemark, Vereinigtes Königreich, Norwegen	Belgien, Niederlande, Schweden	Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Schweden	Belgien, Dänemark, Griechenland, Frankreich, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Finnland, Schweden, Vereinigtes Königreich, Norwegen	Griechenland, Irland, Italien, Niederlande

<sup>(1)</sup> Die Daten aus Deutschland fehlen aufgrund der föderativen Struktur des Justizsystems.

<sup>(2)</sup> Eine erweiterte Version ist als Tabelle 13 OL: Maßnahmen für Drogenkonsumenten in Haftanstalten (Online-Version) verfügbar.

Quelle: Nationale Reitox-Berichte (2002).

Maßnahmen nicht gesundheitsbezogen ist, sondern die Reduzierung der drogenbedingten Kriminalität betrifft <sup>(137)</sup>.

Im Allgemeinen gibt es spezifische Dienste in den einzelnen Ländern entweder in nahezu allen Gefängnissen oder in fast keinem Gefängnis. Dies trifft insbesondere für die in Tabelle 4 vorgestellten Schadensminimierungsmaßnahmen zu.

Blutuntersuchungen und Impfprogramme sowie Desinfektionsmittel und Kondome stehen in etwa zwei Dritteln der Länder praktisch in allen Haftanstalten zur Verfügung, in einem Drittel der

Mitgliedstaaten fehlen sie aber völlig. Dies spiegelt die entscheidende Rolle der nationalen Politiken bei der Bestimmung der Verfügbarkeit von Dienstleistungen im Strafvollzug wider. Allerdings werden gewöhnlich Pilotprojekte auf der Ebene einzelner Gefängnisse durchgeführt, bevor eine Maßnahme auf die Landesebene ausgeweitet wird.

Am häufigsten wird Entgiftung eingesetzt. Sie steht in neun Ländern in beinahe allen Gefängnissen zur Verfügung und ist nur in drei Ländern, Griechenland (Daten aus 2001), Italien und Norwegen,

<sup>(137)</sup> EBDD, Criminal justice based drug demand and harm reduction programmes in the EU – an analysis of police station, court and prison-based programmes ([http://eddrapdf.emcdda.eu.int/eddra\\_cjs.pdf](http://eddrapdf.emcdda.eu.int/eddra_cjs.pdf)).

weniger verbreitet. Nadelaustausch ist die seltenste der untersuchten Maßnahmen: Nur in Spanien (elf von 68 Gefängnissen) und Deutschland (vier von 222 Gefängnissen) werden Nadelaustauschprogramme angeboten. Der Zugang zur Substitutionsbehandlung folgt dem Muster der Verfügbarkeit in den Gemeinden (mit Ausnahme der Niederlande) und ist in sechs Mitgliedstaaten in nahezu allen Gefängnissen gewährleistet. Andere Länder bieten sie nur in sehr wenigen Strafvollzugsanstalten oder gar nicht an <sup>(138)</sup>.

## Alternativen zur Haftstrafe

In den Mitgliedstaaten der EU sind seit Ende der 90er Jahre zunehmend kommunale Alternativen zur Haftstrafe <sup>(139)</sup> für drogenabhängige Straftäter entstanden <sup>(140)</sup>. Sie wurden im Rahmen umfangreicher Innovationen in der Strafpolitik entwickelt; die anderen Hauptkomponenten sind Schlichtung und Wiedergutmachung (d. h. ein Trend zu kommunalen Dienstleistungen). Im Großen und Ganzen bestehen die Alternativen in der Bereitstellung von Drogentherapien. Es gibt Belege dafür, dass Drogenkonsum und Kriminalität durch Therapie erfolgreich eingedämmt werden können (Stevens et al., 2003). Besonders effektiv kann Therapie zur Reduzierung der Kriminalität beitragen, wenn sie auf Drogenkonsumenten abgestimmt ist, die bereits längere Zeit Drogen nehmen, da diese Personengruppe für die meisten kleineren Straftaten verantwortlich ist. Zudem haben sich Gefängnisstrafen als ineffektiv bei der Abschreckung gegen Bagatelldelikte erwiesen (Brochu, 1999).

Es gibt keine eindeutigen Beweise für den Erfolg quasi obligatorischer Therapieansätze. Die europäische Forschung ist in dieser Hinsicht tendenziell skeptischer als die amerikanische Forschung, die seit den 70er Jahren über positive Ergebnisse berichtet. Über den Prozess und die Ergebnisse werden weitere Forschungsarbeiten benötigt, die sowohl quantitative als auch qualitative Studien umfassen sollten. Die Evaluierung eines dänischen Programms, bei dem Straftäter ihre Strafe in einer speziellen Behandlungsabteilung innerhalb der Haftanstalt verbüßen können, ergab allerdings eine sinkende Kriminalitätsrate, besonders dann, wenn diese Alternative zur Gefängnisstrafe Wiederholungstätern angeboten wurde (dänischer Nationaler Bericht, 2002). Bei dem Projekt Triple-Ex in Den Haag, einer Art Zwangstherapie, wurde ein Zusammenhang zwischen einer längeren Therapiedauer und einer geringeren Rückfallquote festgestellt (Vermeulen et al., 1999).

Viele der Faktoren, die offensichtlich zu einem Misserfolg der Alternativen zur Bestrafung führten, sind auf eine mangelnde Koordinierung zwischen den verschiedenen beteiligten Sektoren Justiz, Gesundheitssystem und Sozialfürsorge zurückzuführen. In der Regel treten bei Evaluierungen Lücken in der Finanzierung der Therapie <sup>(141)</sup>, ein Mangel an klaren Abgrenzungen zwischen den

Aufgaben von Richtern und Therapiemitarbeitern hinsichtlich der Frage, wer über die geeignetste Art der Behandlung entscheiden sollte, und unzureichende Behandlungsdienste in den Gemeinden zutage <sup>(142)</sup> (EBDD, 2003a). Eine Evaluierung der Community Service Order, eines der Werkzeuge, die dem irischen Rechtssystem zur Verfügung stehen, um Drogenkonsumenten statt einer Gefängnisstrafe einer alternativen Bestrafung zuzuführen, zeigt, dass eine formale und/oder informelle Zusammenarbeit der Justiz-, Sozial- und Gesundheitsdienste für den Erfolg solcher Maßnahmen unabdingbar ist (Expert Group on The Probation and Welfare Services, 1999).

Die Rechtssysteme der Mitgliedstaaten haben spezielle Maßnahmen für junge Straftäter entwickelt; dazu gehören frühzeitige Maßnahmen und alternative Maßnahmen zur Strafverfolgung. Frühzeitige Maßnahmen zielen darauf ab, der Kriminalität durch Einflussnahme in einem frühzeitigen Stadium einer kriminellen Laufbahn vorzubeugen. Eine der in den Mitgliedstaaten am meisten angewandten Maßnahmen besteht darin, die erste Gefängnisstrafe zu vermeiden oder hinauszuschieben, indem man die Jugendlichen vom Strafvollzugssystem weg in ein alternatives Sozial- oder Gesundheitsprogramm einweist. In Portugal sind die Kommissionen zur Vermeidung des Drogenmissbrauchs ein Beispiel für eine Struktur, die zur Umsetzung von Alternativmaßnahmen zum Strafvollzug eingerichtet wurde. Diese Kommissionen wurden eingerichtet, als der Drogenbesitz für den Eigengebrauch im Jahre 2001 entkriminalisiert wurde. Eine Evaluierung nach Ablauf des ersten Jahres ergab positive Ergebnisse im Sinne der Verhütung des Entstehens eines Drogenproblems und bei der Verkürzung der Zeit zwischen dem Beginn des problematischen Drogenkonsums und der Kontaktaufnahme mit Behandlungseinrichtungen (portugiesischer Nationaler Bericht 2002).

## Reduzierung des Angebots

### Verbotsmaßnahmen

Laut dem „Bericht von Europol zur Situation der organisierten Kriminalität“ gehören die Produktion von Drogen und der Handel mit ihnen nach wie vor zu den Hauptaktivitäten krimineller Gruppen in der EU. Kein anderer Bereich der organisierten Kriminalität wirft derartige Gewinne ab <sup>(143)</sup>.

„Interpol at work 2001“ berichtet, dass die verstärkte internationale Zusammenarbeit zu einer Reihe wirksamer Aktionen im Bereich der Strafverfolgung geführt hat. Beispielsweise gelangen durch das Projekt Exit, das auf dem polizeilichen Nachrichtenaustausch basiert, in Europa umfangreiche Sicherstellungen von Ecstasy. Zudem wurden bedeutende Drogenlieferungen entdeckt, die von europäischen Flughäfen nach Nordamerika geschmuggelt wurden. Das Drug Data Sharing Program, an dem sich Interpol, das UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) und die

<sup>(138)</sup> Siehe Tabelle 13 OL: Maßnahmen für Drogenkonsumenten in Haftanstalten (Online-Version).

<sup>(139)</sup> Abbildung 41 OL: Alternativen zu Haftstrafen – konzeptueller Rahmen (Online-Version).

<sup>(140)</sup> Siehe Tabelle 14 OL: Alternativen zum Strafvollzug für drogenkonsumierende Straftäter – eine komparative EU-Beschreibung (Online-Version).

<sup>(141)</sup> Die Evaluierung eines schwedischen Projekts über Alternativen zur Gefängnisstrafe ergab, dass Mittel für die Behandlung nach Ablauf der Strafe fehlten (schwedischer Nationaler Bericht, 2003).

<sup>(142)</sup> [http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project\\_reports/responses/alternatives\\_prison\\_expert.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/alternatives_prison_expert.pdf).

<sup>(143)</sup> Weitere Einzelheiten enthält Kasten 15 OL: Verbotsmaßnahmen (Online-Version).

WCO (Weltzollorganisation) durch den polizeilichen Nachrichtenaustausch beteiligen, spielte weiterhin eine Schlüsselrolle im Kampf gegen den Schmuggel synthetischer Drogen.

### Maßnahmen gegen Geldwäsche

Nach Schätzungen von Europol gelangen durch den Kokainhandel innerhalb der EU Milliarden von Euro in Umlauf.

Geldwäschemethoden beinhalten sowohl physische als auch elektronische Geldbewegungen. Nach wie vor ist es schwierig, eine Verbindung zwischen Geldbewegungen und den entsprechenden Transaktionen im Drogenhandel nachzuweisen. Interpol hat wichtige Werkzeuge zur Bekämpfung spezifischer Geldwäschesysteme entwickelt. Im Jahr 2001 wurden spezielle Studien veröffentlicht, um die Ermittler besser mit diesen Systemen vertraut zu machen <sup>(144)</sup> <sup>(145)</sup>.

Laut dem Jahresbericht 2001-2002 der Task Force „Finanzielle Maßnahmen gegen die Geldwäsche“ (FATF) <sup>(146)</sup> kommen sieben EU-Mitgliedstaaten 28 der 40 Empfehlungen hinsichtlich spezifischer nationaler Maßnahmen in vollem Umfang nach; die anderen Länder erfüllen sie nur zum Teil <sup>(147)</sup>.

### Maßnahmen gegen die Abzweigung kontrollierter Chemikalien

Der Bericht des Internationalen Suchtstoffkontrollrats (INCB) über „kontrollierte Chemikalien“ stellt fest, dass die meisten Exportländer inzwischen Exportdaten liefern, dass aber Frankreich, das in der Vergangenheit umfassende Daten über seine Exporte kontrollierter Stoffe bereitgestellt hatte, leider für 2001 keine vorgelegt hat. Die meisten Exportländer reichten Daten über Vorläufersubstanzen ein, die für die Herstellung amphetaminartiger Stimulanzien verwendet werden. Daten über den Export von Norephedrin, das 2000 zum ersten Mal in der Tabelle des Berichts des Internationalen Suchtstoffkontrollrats (INCB) enthalten war (welcher Exportanmeldungen verlangt), wurden von Dänemark, Spanien, Deutschland und dem Vereinigten Königreich geliefert. Ferner legten die meisten P-2-P und Safrol produzierenden EU-Länder Daten vor <sup>(148)</sup>. Die Regierungen verzeichneten insbesondere durch die Operation „Purpur“ weitere Erfolge bei der Verhinderung der Abzweigung von Kaliumpermanganat <sup>(149)</sup>, das für die illegale Herstellung von Kokain verwendet wird. Im Jahr 2001 sank die Zahl der Lieferungen und das beobachtete Handelsvolumen <sup>(150)</sup>.

Sieben illegale Labors zur Herstellung von Kaliumpermanganat wurden in Kolumbien im Rahmen der „Operation Purpur“ zwischen April und September 2002 entdeckt und stillgelegt. Da es immer

schwieriger wird, Kaliumpermanganat aus dem legalen Handel abzuweigen, versuchen die Kokainhersteller, diese Chemikalie selbst herzustellen.

Die internationale Operation „Topaz“, die den Handel mit Essigsäureanhydrid <sup>(151)</sup> überwacht, ist nach wie vor erfolgreich, sowohl mit Blick auf die internationale Verfolgung legaler Lieferungen als auch hinsichtlich polizeilicher Untersuchungen des Ursprungs sichergestellter oder abgezwigter Chemikalienlieferungen. Zwischen Januar und November 2002 wurden 2 800 Exportlieferungen gemeldet, die annähernd 300 000 t Essigsäureanhydrid umfassten. Belgien und die Niederlande bemühten sich besonders um das reibungslose Funktionieren des internationalen Überwachungsprogramms. Die meisten Transaktionen finden zwischen Mitgliedstaaten der EU statt, und insgesamt 92 % der überwachten Lieferungen wurden von EU-Mitgliedstaaten gemeldet. Die Konzentration des legalen Handels innerhalb der EU und der Erfolg der Kontrollverfahren der Operation „Topaz“ führten zu einer Studie, die eine geeignete Alternative zur Einzelverfolgung der Lieferungen innerhalb der EU ermitteln soll.

Europol geht davon aus, dass bis zu 90 % des in der EU sichergestellten Heroins aus Südwestasien (Afghanistan) stammt. Trotz Bemühungen um eine Ausrottung des Opiumanbaus lag die Produktion im Jahr 2002 vermutlich bei 3 400 metrischen t. In Anbetracht der Tatsache, dass von legalen Lieferwegen abgezwigtes Essigsäureanhydrid nach Afghanistan geschmuggelt wird, richteten Deutschland, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten eine Task Force ein, um technische Unterstützung bei der Bekämpfung des Drogenhandels in dieser Region zu leisten.

Im Laufe des Jahres 2001 wurden mehr als 200 t Essigsäureanhydrid sichergestellt. Dies ist die größte jemals für ein einziges Jahr gemeldete Menge. Die umfangreichste Einzelsicherstellung wurde aus dem Vereinigten Königreich berichtet, als der Versuch einer Abzweigung von 70 t nach Jugoslawien entdeckt wurde. Weitere europäische Länder, die über Sicherstellungen von Essigsäureanhydrid berichteten, waren Belgien, Deutschland, Italien und Slowenien.

Um die Abzweigung chemischer Vorläufersubstanzen für die Herstellung Stimulanzien vom Amphetamintyp wie Ephedrin, Norephedrin und 3,4-MDP-2-P zu verhindern, brachte der INCB in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und den Vereinigten Staaten das freiwillige internationale Projekt „Prism“ auf den Weg, das die Regierungen im Hinblick auf dieses Ziel unterstützen soll <sup>(152)</sup> <sup>(153)</sup>.

<sup>(144)</sup> <http://www.interpol.int/Public/FinancialCrime/MoneyLaundering/EthnicMoney/default.asp>.

<sup>(145)</sup> Weitere Einzelheiten in Kasten 16 OL: Maßnahmen gegen Geldwäsche (Online-Version).

<sup>(146)</sup> [http://www.fatf-gafi.org/pdf/AR2002\\_en.pdf](http://www.fatf-gafi.org/pdf/AR2002_en.pdf).

<sup>(147)</sup> Kasten 17 OL: Grad der Einhaltung (FATF) (Online-Version).

<sup>(148)</sup> Kasten 18 OL: Maßnahmen gegen die Abzweigung kontrollierter Chemikalien (INCB) (Online-Version).

<sup>(149)</sup> Kaliumpermanganat ist eine legale Verbindung, die als ein wichtiges Reagens in der analytischen und synthetischen organischen Chemie unter anderem für Bleichverfahren, Desinfektionsmittel sowie antibakterielle und antifungale Mittel verwendet wird. Ferner wird es zur Wasserreinigung genutzt.

<sup>(150)</sup> Kasten 19 OL: Operation „Purpur“ (Online-Version).

<sup>(151)</sup> Essigsäureanhydrid ist ein azetylierendes und dehydrierendes Agens, das in der chemischen und pharmazeutischen Industrie zur Herstellung von Zelluloseazetat, Appreturmitteln für Textilien und Mitteln für die Kaltbleiche, zum Polieren von Metallen und bei der Produktion von Bremsflüssigkeiten, Färbemitteln und Sprengstoffen verwendet wird.

<sup>(152)</sup> [http://www.incb.org/e/ind\\_ar.htm](http://www.incb.org/e/ind_ar.htm).

<sup>(153)</sup> Kasten 20 OL: INCB (Online-Version).







## Kapitel 3

### Ausgewählte Themen

In diesem Kapitel werden drei spezifische Themen im Zusammenhang mit dem Drogenproblem in Europa behandelt: Drogen- und Alkoholkonsum unter Jugendlichen, soziale Ausgrenzung und Wiedereingliederung sowie öffentliche Ausgaben im Gebiet Reduzierung der Drogennachfrage.

#### Drogen- und Alkoholkonsum unter Jugendlichen

Da Jugendliche häufig bei sozialen Veränderungen vorangehen, stellen Aufwärtstrends beim Konsum von Alkohol und illegalen Drogen durch Jugendliche eine tiefgreifende soziale Entwicklung in der EU dar. In diesem Abschnitt des Berichts wird zum ersten Mal auf den Alkoholkonsum eingegangen, und zwar aufgrund von Bedenken wegen der komplexen Muster des Drogenkonsums und der damit verbundenen Phänomene wie Abhängigkeit, Gesundheitsschäden und kriminelles Verhalten. Diese Muster des Konsums psychoaktiver Substanzen stellen insbesondere die politischen Entscheidungsträger vor die Herausforderung, rechtzeitig ein entsprechend breites Spektrum effektiver Maßnahmen zu entwickeln.

Die EU hat sich das Ziel gesetzt, die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und die Rekrutierung neuer Konsumenten, insbesondere Jugendlicher unter 18 Jahren, innerhalb von fünf Jahren erheblich zu senken und innovative Präventionsansätze zu entwickeln (COR 32).

Das für die Erstellung dieses Kapitels konsultierte Material beinhaltet die Nationalen Reitox-Berichte und Daten aus demografischen Erhebungen. Vergleichbare Daten über Jugendliche basieren zum Großteil auf den Berichten des Europäischen Schulprojekts (ESPAD) von 1995 und 1999 (ESPAD, 1999), das 15- bis 16-jährige Schüler umfasste und an dem sich neun Mitgliedstaaten beteiligten. Die niederländischen Daten in den ESPAD-Erhebungen sind nicht vollständig mit jenen aus anderen beteiligten Mitgliedstaaten vergleichbar. Auch Forschungsberichte, graue Literatur<sup>(154)</sup> und Regierungsveröffentlichungen über den Drogen- und Alkoholkonsum von Jugendlichen (besonders aus Frankreich und dem Vereinigten Königreich) wurden als Vergleichsmaterial hinzugezogen.

#### Prävalenz, Einstellungen und Tendenzen

##### Prävalenz

Neben Tabak und Koffein ist Alkohol die von Jugendlichen in der gesamten EU am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz. Der Anteil der 15- bis 16-jährigen Schüler, die irgendwann in

ihrem Leben betrunken waren, reicht von 36 % in Portugal bis 89 % in Dänemark<sup>(155)</sup> (Abbildung 19)<sup>(156)</sup>. Zwar haben die meisten Jugendlichen in der EU noch nie in ihrem Leben illegale Drogen genommen, doch unter jenen, die dies bereits getan haben, ist Cannabis die am häufigsten konsumierte Droge, gefolgt von Schnüffelstoffen/Lösungsmitteln<sup>(157)</sup>. Der ESPAD-Studie von 1999 zufolge ist in Griechenland und Schweden die Lebenszeiterfahrung mit Schnüffelstoffen/Lösungsmitteln bei 15- bis 16-jährigen Schülern so hoch wie oder höher als die Lebenszeiterfahrung mit Cannabiskonsum<sup>(158)</sup>.

Nationale Schulerhebungen messen zwar nicht den Konsum problematischer Substanzen unter Jugendlichen, sie sind jedoch eine wertvolle Quelle für die Bewertung des experimentellen Drogenkonsums und der Einstellungen von Jugendlichen. Laut Reitox-Berichten und den ESPAD-Daten von 1999 war die Lebenszeitprävalenz von Cannabis in Portugal (8 %), Schweden (8 %), Griechenland (9 %) und Finnland (10 %) am niedrigsten. Am höchsten war sie in Frankreich (35 %), im Vereinigten Königreich (35 %) und in Irland (32 %), gefolgt von Spanien (30 %). Die Stichprobengröße in Schulerhebungen ist der Statistischen Tabelle 3<sup>(159)</sup> zu entnehmen. Die Daten in dieser Tabelle sind jedoch nicht uneingeschränkt miteinander vergleichbar, da nicht alle Mitgliedstaaten dieselben Methoden für ihre Schulerhebungen nutzen.

Unter 15- bis 16-jährigen Schülern ist die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis, Schnüffelstoffen, Tranquilizern und Sedativa (ohne ärztliche Verordnung) im Allgemeinen höher als die des Konsums stimulierender und halluzinogener Drogen. Schüler, die mit Kokain und Heroin experimentieren, sind überall in der EU relativ selten, die Lebenszeiterfahrung im Umgang mit diesen Drogen liegt zwischen 0 und 4 % (Statistische Tabelle 3)

Die meisten Jugendlichen, die Cannabis ausprobieren, haben bereits Erfahrung mit Alkohol und Tabak. Jugendliche, die Ecstasy, Amphetamine, Kokain und Halluzinogene konsumieren, bilden in der Regel eine separate Gruppe und gehören bestimmten sozialen Schichten an. Die Verhältnisse beim Konsum unterschiedlicher Drogen werden in Tabelle 15 OL (Online-Fassung) dargestellt und basieren auf Daten einer spanischen Schulerhebung (Observatorio

<sup>(154)</sup> Definiert als ein Dokument, das nicht in einem Peer-Reviewed-Journal veröffentlicht wurde. Weitere Informationen siehe QED-Netzjournal (<http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml>).

<sup>(155)</sup> Basierend auf Antworten auf die Frage, „durch den Konsum alkoholischer Getränke berauscht gewesen“ zu sein.

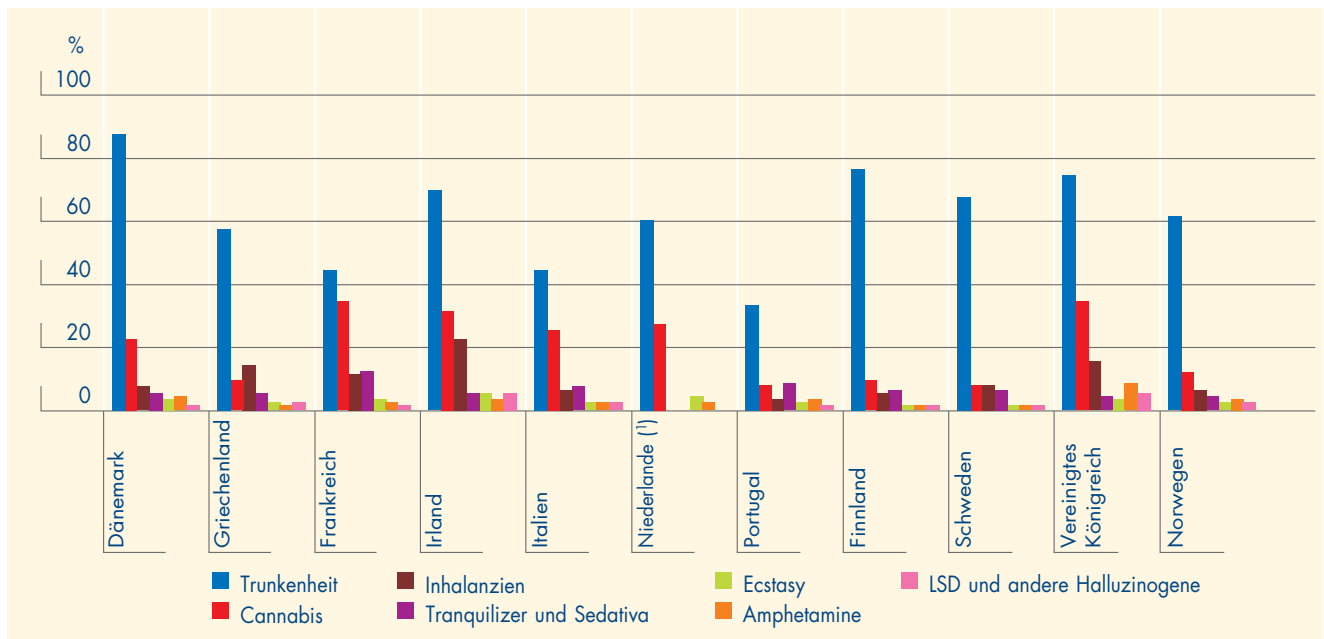
<sup>(156)</sup> Abbildung 42 OL: Vergleich zwischen „binge drinking“ (übermäßiger, auf eine kurze Zeitspanne befristeter Alkoholkonsum) mit Cannabis-Konsum in den letzten 30 Tagen.

<sup>(157)</sup> Basierend auf Antworten auf die Frage, „eine Substanz (Leim, Aerosole usw.) geschnüffelt zu haben, um berauscht zu werden“.

<sup>(158)</sup> Statistische Tabelle 3: Erhebungen an Schulen: Lebenszeitprävalenz unter 15- bis 16-jährigen Schülern (Online-Version).

<sup>(159)</sup> Statistische Tabelle 3: Erhebungen an Schulen: Lebenszeitprävalenz unter 15- bis 16-jährigen Schülern (Online-Version).

**Abbildung 19:** Lebenszeitprävalenz Trunkenheit und Konsum illegaler Substanzen (15- bis 16-jährige Schüler)



(1) Daten sind nicht uneingeschränkt vergleichbar.  
 Quelle: ESPAD-Schulprojekt (1999).

Español sobre Drogas, 2002) (160). Eine wichtige Herausforderung liegt darin, auf die Komplexitäten und Besonderheiten verschiedener Konsummuster einzugehen (Calafat *et al.*, 1999; Parker und Eggington, 2002; Smit *et al.*, 2002).

Der im Vergleich zu Frauen höhere Drogenkonsum unter Männern ist bei Erwachsenen ausgeprägter als bei Schülern. Am größten sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Schülern allerdings in Griechenland, Frankreich, Italien und Portugal. Eine Ausnahme ist der Konsum von Tranquilizern und Sedativa ohne ärztliche Verordnung sowie von Alkohol zusammen mit „Pillen“, der generell unter Mädchen höher ist.

Prävalenzunterschiede treten auch zwischen Regionen innerhalb der Mitgliedstaaten auf. In Deutschland verringert sich der Abstand zwischen Ost und West bei Schülern schneller als bei Erwachsenen. Andere Aspekte der Drogenprävalenz wie z. B. die Ausbreitung von Cannabis in ländliche Gebiete sind dieselben wie bei den älteren Bevölkerungsgruppen.

### Einstellungen

Einstellungen gegenüber verschiedenen Drogen können einen Anhaltspunkt für die Vorhersage der künftigen Prävalenz des Drogenkonsums bieten. 1999 gab es große Unterschiede im Hinblick auf die Missbilligung eines Vollrauschs pro Woche, die von relativ gering in Dänemark (32 %) bis hoch in Italien (80 %) schwankt. Die Missbilligung des Experimentierens mit Cannabis variierte weniger; sie war in Frankreich (42 %) am niedrigsten und in Portugal (79 %) und Schweden (78 %) am höchsten (161). Einstellungen lassen einen Rückschluss auf künftige Trends zu, doch

es kommen auch andere Faktoren ins Spiel. In allen Mitgliedstaaten wurde insgesamt eine sehr große Missbilligung und das Bewusstsein „großer Risiken“ im Zusammenhang mit dem Experimentieren mit Drogen wie Ecstasy, Kokain und Heroin unter 15- bis 16-jährigen Schülern festgestellt. Die Missbilligung des Probierens von Ecstasy schwankte zwischen 71 % in Griechenland und 90 % in Dänemark.

### Tendenzen

Es besteht wachsende Besorgnis über die Zunahme von Trunkenheit und übermäßigem Konsum von Alkohol im Freizeitbereich (162). Zwischen 1995 und 1999 war in Griechenland, Frankreich und Norwegen ein deutlicher Anstieg der Lebenszeiterfahrung mit Trunkenheit zu beobachten (Abbildung 20). Aus Mitgliedstaaten, die nicht an den ESPAD-Erhebungen teilnehmen, liegen keine streng vergleichbaren Daten vor, doch zeigen Daten über Trends aus Deutschland (1973-2001) und Spanien (1994-2000) einen Rückgang des Alkoholkonsums unter Jugendlichen in der jüngsten Vergangenheit (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2002; Observatorio Español sobre Drogas, 2002). Es ist jedoch durchaus möglich, dass der Gesamtkonsum sinkt, während die Konsummuster zeitweiliger Volltrunkenheit zunehmen.

Während der 90er Jahre nahm die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in einem solchen Maße zu, dass man in einigen Mitgliedstaaten von einer weiten Verbreitung sprechen konnte. Allerdings ist der Cannabiskonsum unter Jugendlichen in Irland, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich bis 1999 zurückgegangen. Dies mag darauf hinweisen, dass die Prävalenz

(160) Siehe Tabelle 15 OL: Verhältnis des Konsums verschiedener Substanzen unter spanischen Schülern (14-18 Jahre) (Online-Version).

(161) Siehe Abbildung 43 OL: Prozentsatz der 15- bis 16-jährigen Schüler, die Trunkenheit missbilligen, im Vergleich zu denjenigen, die Experimente mit Cannabis oder Ecstasy ablehnen (Online-Version).

(162) Abbildung 44 OL: Veränderungen im Trinkverhalten (fünf oder mehr Drinks hintereinander) während der letzten 30 Tage.

in diesen Ländern eine gewisse Sättigung erreicht hat und sich tendenziell bei etwa 30 % einpendeln wird.

Ferner gibt es Hinweise auf eine Stabilisierung der Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums auf einem deutlich niedrigeren Niveau als dies bei Cannabis der Fall ist. Im Vereinigten Königreich war die sinkende Lebenszeitprävalenz von Cannabis und Ecstasy von einer Abnahme der wahrgenommenen Beschaffbarkeit <sup>(163)</sup> <sup>(164)</sup> und einer zunehmenden Missbilligung <sup>(165)</sup> begleitet. Im Jahr 1999 war der Anteil der Schüler, die das mit einem ein- oder zweimaligen Probieren von Ecstasy verbundene Risiko als hoch einschätzten, in jenen beiden Mitgliedstaaten (Irland und Vereinigtes Königreich) am höchsten, in denen auch die Lebenszeitprävalenz von Ecstasy am höchsten war <sup>(166)</sup> und wo eine relativ kleine Zahl von Ecstasy-bedingten Todesfällen von den Medien stark beachtet wurden. Die Berichterstattung in den Medien scheint zusammen mit einem immer negativeren Image die sinkende Prävalenz des Ecstasy-Konsums in diesen beiden Mitgliedstaaten beeinflusst zu haben.

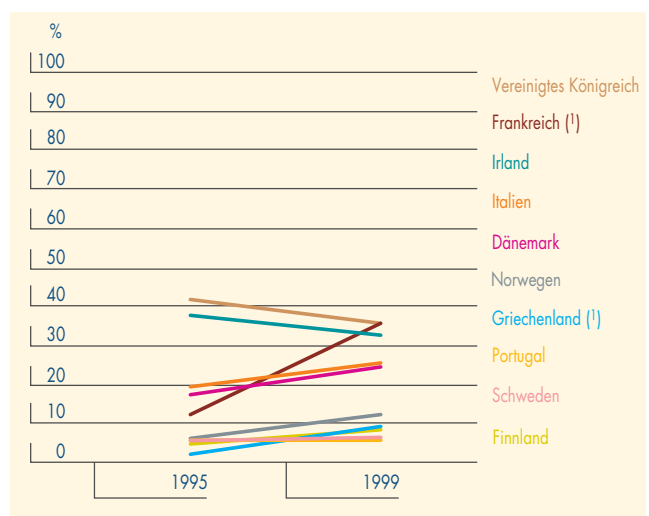
Jugendliche beurteilen einander aufgrund von Image, Stil und Besitz von Statussymbolen. Diese Symbole, zu denen auch Drogen gehören können, verändern sich ständig. Das derzeitige negative Image von Heroinkonsumenten und die problemlose Verfügbarkeit anderer Drogen sind wichtige Faktoren bei der Wahl der Drogen (FitzGerald *et al.*, 2003). Eine jüngere Analyse drogenbezogener Liedtexte in der englischsprachigen Popmusik seit den 60er Jahren ergab, dass Musiker heutzutage eher als in der Vergangenheit die

schädlichen Auswirkungen des Cannabiskonsums beklagen <sup>(167)</sup> (Markert, 2001).

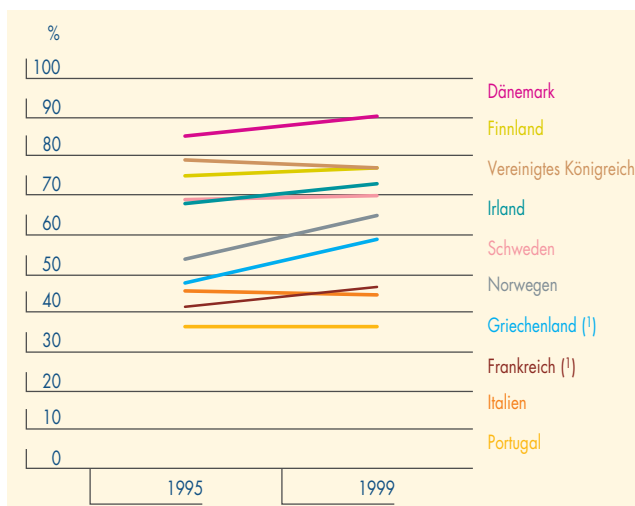
Die Ergebnisse einer jüngeren, in zehn Städten der EU durchgeführten Studie unter 878 Jugendlichen bis zum Alter von 19 Jahren signalisieren eine eventuelle Tendenz in der städtischen Mainstream-Kultur zu einem Rückgang des Amphetamin- und Ecstasy-Konsums und einer Zunahme des Kokainkonsums. Diese Stichprobe war jedoch nicht repräsentativ oder groß genug, als dass daraus endgültige Schlussfolgerungen gezogen werden könnten. Diese Studie ergab auch, dass die Auskunftspersonen mehr Geld für Alkohol als für Drogen oder irgendeine andere

**Abbildung 20:** Lebenszeitprävalenz (A) Trunkenheit, (B) Cannabiskonsum und (C) Ecstasy-Konsum, 15- bis 16-jährige Schüler

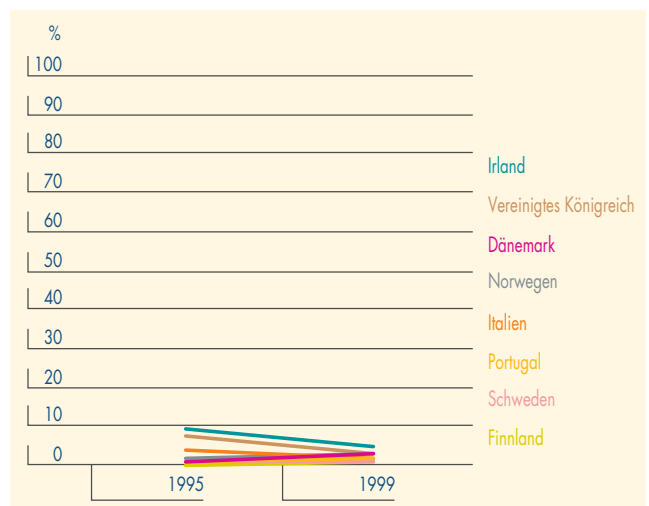
**Abbildung 20 (B):** Cannabiskonsum



**Abbildung 20 (A):** Trunkenheit



**Abbildung 20 (C):** Ecstasy-Konsum



(!) Die Daten für Frankreich und Griechenland für das Jahr 1995 stammen aus Erhebungen des Jahres 1993.  
 Quelle: ESPAD-Schulprojekt (1995 und 1999).

<sup>(163)</sup> Basierend auf Antworten, dass die Droge bei Bedarf „sehr leicht“ oder „ziemlich leicht“ zu beschaffen sei.  
<sup>(164)</sup> Abbildung 45 OL: Veränderungen hinsichtlich der wahrgenommenen Beschaffbarkeit von (A) Cannabis und (B) Ecstasy (Online-Version).  
<sup>(165)</sup> Abbildung 46 OL: Veränderungen beim Prozentsatz der 15- bis 16-jährigen Jugendlichen, die es missbilligen, (A) sich einmal in der Woche zu betrinken, (B) ein- oder zweimal Cannabis auszuprobieren oder (C) ein- oder zweimal Ecstasy auszuprobieren (Online-Version).  
<sup>(166)</sup> Abbildung 47 OL: Prozentsatz der 15- bis 16-jährigen Schüler, die ein „großes Risiko“ im Zusammenhang mit dem ein- oder zweimaligen Konsum von Ecstasy und der Lebenszeitprävalenz des Ecstasy-Konsums sehen (Online-Version).  
<sup>(167)</sup> Abbildung 48 OL: Prozentsatz der positiven Bilder in zeitgenössischer Popmusik, 60er bis 90er Jahre (Online-Version).

Kategorie des Freizeitkonsums wie z. B. Eintritt in Diskos, Clubs oder Kinos, für Handys und Tabak ausgaben (Calafat *et al.*, 2003) <sup>(168)</sup>.

Fast alle EU-Mitgliedstaaten (Belgien, Dänemark, Deutschland, Spanien, Frankreich, Luxemburg, Italien, die Niederlande, Österreich, Portugal und das Vereinigte Königreich) berichten über zunehmende Besorgnis wegen des möglicherweise wachsenden Kokain- und Base-/Crack-Marktes für jugendliche Probedrogenkonsumenten. Weitere Informationen über Entwicklungstendenzen bei der Beschaffbarkeit sind auf S. 36 zu finden.

### Einstieg, Muster und Risikofaktoren

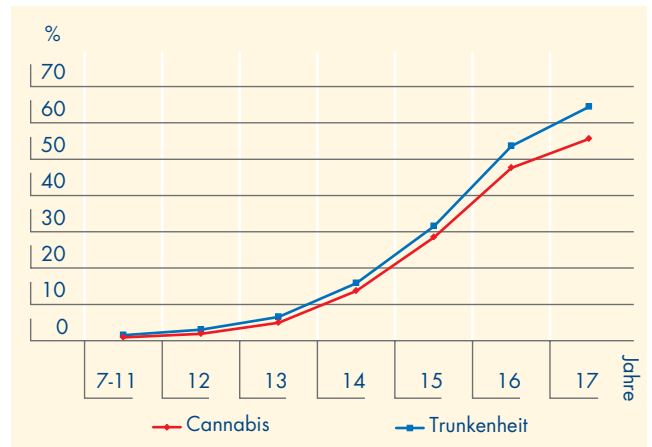
Die Wahrscheinlichkeit, dass sich 12- bis 18-jährige Jugendliche betrinken oder Cannabis oder andere illegale Drogen angeboten bekommen sowie ihre Bereitschaft, Drogen auszuprobieren, nimmt im Allgemeinen mit dem Alter zu. Dies wird hier durch Daten der französischen ESCAPAD-Umfrage verdeutlicht (Beck, 2001). Abbildung 21 A zeigt, dass der Anteil der 13- und 14-jährigen Jungen, die bereits einmal betrunken waren, bei 15,9 % liegt und der Anteil derjenigen, die mit Cannabis experimentiert hatten, bei 13,8 %. Unter den 17- bis 18-Jährigen stieg diese Zahl auf 64,5 % bzw. 55,7 %.

In einer jüngeren EU-Bevölkerungsumfrage unter Jugendlichen wurde „Neugier“ als Hauptgrund für das Ausprobieren von Drogen genannt (EORG, 2002). Die meisten derjenigen, die mit Drogen experimentieren, werden sie nicht regelmäßig konsumieren. Bei einer kleinen, aber bedeutenden Minderheit eskaliert der Konsum auf ein intensives Niveau. Dies wird in Abbildung 21 B verdeutlicht, die die Verbreitung des Cannabiskonsums unter der Allgemeinbevölkerung der 18-Jährigen in Frankreich zeigt. Erhebungen unter der Allgemeinbevölkerung zeigen, dass die Lebenszeiterfahrung mit dem Konsum illegaler Drogen deutlich über dem jüngsten oder aktuellen Konsum liegt <sup>(169)</sup>. Im Vergleich zur Alkoholforschung liegen weniger vergleichbare Informationen über Konsummuster unter regelmäßigen Drogenkonsumenten vor. Dadurch sind die Kenntnisse über die Muster des Drogenkonsums eingeschränkt, was wiederum die Entwicklung effektiver Gegenmaßnahmen erschwert. In einigen Mitgliedstaaten werden Definitionen des „problematischen Drogenkonsums“ untersucht, und dabei stellte sich heraus, dass Personen, die innerhalb des letzten Monats mindestens zwanzigmal Cannabis konsumiert haben, am meisten gefährdet sind, ein problematisches Konsummuster zu entwickeln (Beck, 2001; niederländischer Nationaler Bericht). Nach dieser Definition kann jeder Fünfte in den Niederlanden, der innerhalb des letzten Monats Cannabis konsumiert hat, als „gefährdet“ bezeichnet werden. Laut Abbildung 21 B gehören in Frankreich 13,3 % der 18-jährigen Männer und im Vergleich dazu nur 3,6 % der 18-jährigen Frauen zur Kategorie der „Gefährdeten“.

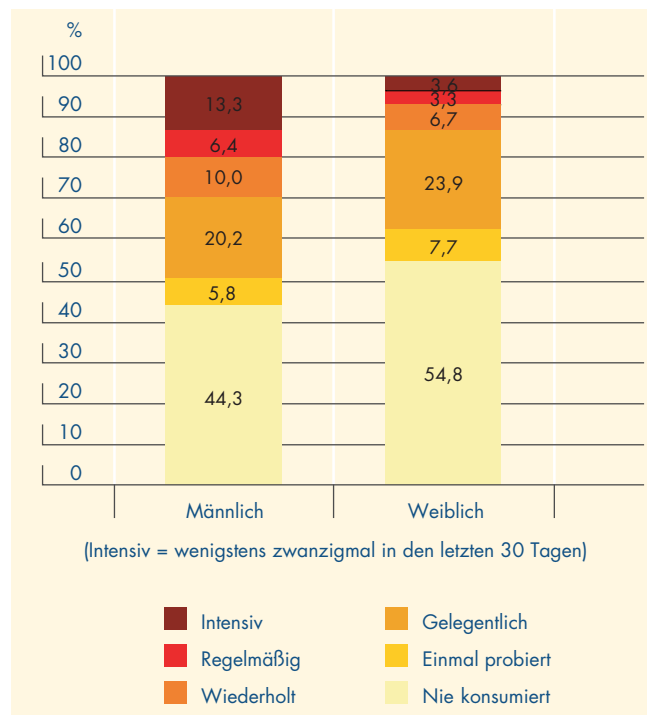
Eine der Hauptsorgen in Bezug auf den experimentellen Konsum von Cannabis bezieht sich auf den „Einstiegeffekt“ <sup>(170)</sup>. Der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und anderen illegalen Substanzen ist jedoch recht komplex und lässt sich nicht auf ein

**Abbildung 21:** Cannabiskonsum bei 17- bis 18-Jährigen (2001). (A) Einstiegsalter (B) Ausmaß des Konsums

**Abbildung 21 (A):** Einstiegsalter für Trunkenheit und Cannabiskonsum bei 17- bis 18-jährigen Jungen in Frankreich (2001)



**Abbildung 21 (B):** Ausmaß des Cannabiskonsums im Alter von 17-18 Jahren in Frankreich (2001)



Quellen: ESCAPAD (2001), OFDT. Repräsentative nationale Stichprobe.

einfaches Kausalmodell reduzieren. Ein alternatives Modell „gemeinsamer Faktoren“ zeigt, dass die Korrelationen zwischen dem Konsum von Cannabis und harten Drogen von einer Reihe gemeinsamer Risikofaktoren wie Anfälligkeit, Drogenzugang und Hang zum Drogenkonsum bestimmt sind. Ergebnisse aus

<sup>(168)</sup> Abbildung 49 OL: Von 13- bis 19-Jährigen in zehn EU-Städten zwischen 2001 und 2002 pro Wochenende ausgegebener Betrag in EUR (Online-Version).

<sup>(169)</sup> Siehe Abbildung 1 OL: Muster des Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung – Lebenszeiterfahrung im Vergleich zum aktuellen Konsum (in den letzten 30 Tagen), Nationale Erhebung zur (Drogenkonsum-)Prävalenz 2001 (Niederlande).

<sup>(170)</sup> Dieser beruht auf der Hypothese, dass bereits der Genuss von Cannabis das Risiko des Umstiegs auf harte Drogen erhöht.

Kohortenstudien weisen darauf hin, dass der Konsum illegaler Drogen selten das erste Anzeichen von Problemen bei Jugendlichen ist. Alkoholkonsum, antisoziales Verhalten, Schulverweigerung und Kriminalität treten häufig in jüngerem Alter als Cannabiskonsum auf<sup>(171)</sup>. Jugendliche konsumieren selten illegale Substanzen, ohne Kontakt zu anderen illegalen Konsumenten zu haben, und glauben, dass die potenziellen Vorteile des Konsums größer sind als die potenziellen Kosten (Engineer et al., 2003). Der „Einstiegschritt“ lässt sich damit erklären, dass die Konsumenten durch Cannabis mit einem illegalen Markt in Berührung kommen, was ihnen leichter Zugang zu anderen illegalen Drogen verschafft und ihre Akzeptanz des Konsums anderer illegaler Drogen erhöht (Grant und Dawson, 1997; Petraitis et al., 1998; Adalbjarnardottir und Rafnsson, 2002; Brook et al., 2002; Morral et al., 2002; Parker und Eggington, 2002; Pudney, 2002; Shillington und Clapp, 2002).

Eine 1999 in den Niederlanden durchgeführte Studie unter jugendlichen Cannabis-Konsumenten ergab, dass die meisten Jugendlichen Cannabis von Freunden (46 %) oder in Koffiegeschäften (37 %) kaufen (De Zwart et al., 2000).

Ein Ansatz, der sich allmählich durchsetzt, ist die Ermittlung einer Reihe von Risikofaktoren, die sowohl den Einstieg als auch die Eskalation des Drogenkonsums in einer extrem heterogenen Population von Jugendlichen beeinflussen. Diese Faktoren umfassen ein breites Spektrum an individuellen, kommunalen und die Makroumwelt betreffenden Faktoren und unterscheiden sich wahrscheinlich vom Freizeitkonsum und problematischen Drogenkonsum.

### Risikofaktoren

Gezielte Befragungen haben ergeben, dass bestimmte Gruppen von Jugendlichen einen bedeutend höheren Drogenkonsum aufweisen als die Allgemeinbevölkerung des jeweiligen Landes. Hierbei handelt es sich häufig um Jugendliche, die der Schule verwiesen wurden oder die Schule verweigert haben, die straffällig geworden sind, wohnungslos waren oder von Zuhause weggelaufen sind sowie jene, deren Geschwister Drogen konsumieren (Lloyd, 1998; Swadi, 1999; Goulden und Sondhi, 2001; Hammersley et al., 2003). Die Youth Lifestyles Survey 1998/1999 im Vereinigten Königreich ergab, dass die Prävalenz des Drogenkonsums unter diesen gefährdeten Gruppen bedeutend höher war<sup>(172)</sup>. Der Umfang dieser Gruppen auf nationaler Ebene weist darauf hin, dass die Drogenprävalenz in aktuellen Schulerhebungen unterschätzt wird, da diese nicht die Populationen stark gefährdeter Jugendlicher berücksichtigen, die nicht in der Schule anwesend waren. Zurzeit gibt es auf EU-Ebene wenig vergleichbare Daten über „gefährdete Gruppen“ von Jugendlichen. Eine weitere anfällige Gruppe sind Jugendliche, die nachts bestimmte Tanzveranstaltungen besuchen. Die Zusammenhänge zwischen spezifischen Jugendkulturen und Drogen sind umfassend dokumentiert, in jüngster Zeit im Zusammenhang mit der Verbreitung des Konsums von Ecstasy (MDMA) (Griffiths et al., 1997; Springer et al., 1999). Bei Technoveranstaltungen liegt die

Lebenszeitprävalenz von Ecstasy zwischen 12,5 % (Athen) und 85 % (London), gegenüber einer Lebenszeitprävalenz von 1 % (Griechenland) und 8 % (Vereinigtes Königreich) in der Allgemeinbevölkerung der jungen Erwachsenen (EBDD, 2002a).

### Gemeinden

In den letzten Jahren wurde den sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Bestimmungsfaktoren einschließlich des physischen Umfelds verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt (Spooner et al., 2001; Lupton et al., 2002). Drogenprobleme treten häufig konzentriert in bestimmten geografischen Gebieten und Wohngegenden auf. Beispielsweise führt der irische Nationale Bericht an, dass Kinder in den Zielgruppen über alltägliche Begegnungen mit Drogenkonsumenten und über herumliegendes Drogenzubehör auf Treppen und Balkonen berichten. Die Eltern in diesen Gegenden zeigten sich sehr darüber besorgt, dass ihre Kinder in so hohem Maße mit Drogen konfrontiert werden (O'Higgins, 1999).

### Todesfälle und Notfälle in Krankenhäusern

Bei Jugendlichen unter 20 Jahren treten verhältnismäßig selten Todesfälle aufgrund von Drogen- oder Alkoholkonsum auf. Im Laufe der 90er Jahre stieg die Zahl der drogenbedingten Todesfälle unter Jugendlichen in der EU jedoch insgesamt kontinuierlich an. Zwischen 1990 und 2000 wurden in der EU insgesamt 3 316 Todesfälle unter Jugendlichen gemeldet<sup>(173)</sup>. Berechnet man die Jahre an verllorener Lebenserwartung, so ist der Verlust an Jahren beim Tod eines jungen Menschen vergleichsweise höher als bei einem älteren Menschen<sup>(174)</sup>. Detaillierte Informationen über drogenbedingte Todesfälle sind auf S. 28-32 zu finden. Das Vereinigte Königreich ist der einzige Mitgliedstaat, der über Todesfälle berichtet, die speziell mit dem Inhalieren flüchtiger Substanzen in Verbindung stehen. Über einen Zeitraum von 18 Jahren hingen 1 707 Todesfälle mit diesem Phänomen zusammen. Die meisten dieser Todesfälle betrafen Personen zwischen 15 und 19 Jahren (Field-Smith et al., 2002). Trotz der großen Aufmerksamkeit, die Todesfällen durch Ecstasy in den Medien zuteil wird, stellen Schnüffelstoffe wahrscheinlich ein größeres Gesundheitsrisiko für Jugendliche dar als andere Formen des Drogenkonsums.

Durch den Konsum illegaler Drogen im Verborgenen, den kombinierten Konsum von Alkohol und anderen Drogen sowie fehlende toxikologische Analysen liegen keine routinemäßig erhobenen Daten über drogenbedingte Notfälle in Krankenhäusern auf EU-Ebene vor (Tait et al., 2002). Doch auch schon die wenigen vorhandenen Daten weisen darauf hin, dass Alkohol die Gesundheitsdienste in manchen Mitgliedstaaten stärker belastet als der Konsum illegaler Drogen. Nach Schätzungen der WHO ist Alkohol in den entwickelten Ländern jedes Jahr für 10-11 % aller Erkrankungen und Todesfälle verantwortlich (Rehn et al., 2001). Einer dänischen Erhebung unter Jugendlichen aus dem Jahr 2001 zufolge hatten weniger der 17-Jährigen über Krankenhausaufenthalte wegen drogenbedingter Probleme berichtet

<sup>(171)</sup> Abbildung 50 OL: Prozentsatz der 15- bis 16-jährigen Schüler, die im Alter von 13 Jahren oder jünger schon einmal betrunken gewesen sind oder Cannabis ausprobiert haben (Online-Version)..

<sup>(172)</sup> Abbildung 51 OL: Vergleich des Drogenkonsums nach gefährdeten Gruppen (Online-Version).

<sup>(173)</sup> Abbildung 52 OL: In der EU gemeldete akute drogenbedingte Todesfälle unter jungen Menschen bis 19 Jahren (Online-Version).

<sup>(174)</sup> Die durchschnittliche Lebenserwartung in der EU beträgt zurzeit 75 Jahre für Männer und 80 Jahre für Frauen.

als wegen alkoholbedingten Problemen (dänischer Nationaler Bericht). In Irland ergab eine regionale Studie von Krankenberichten über einen Dreimonatszeitraum, dass fast alle der 55 Krankenhausaufnahmen von Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren einzig durch den Konsum von Alkohol oder absichtliche Selbstvergiftungen bedingt waren (Mid-Western Health Board, 2002; enthalten im irischen Nationalen Bericht).

## Rechtliche Maßnahmen und Empfehlungen

In nahezu allen Mitgliedstaaten wird die Verfügbarkeit von Alkohol über ein staatliches Monopol oder ein Lizenzsystem kontrolliert. In den meisten EU-Mitgliedstaaten wurden Versuche unternommen, den Zugang Jugendlicher zu Alkohol durch Altersbeschränkungen (in der Regel ab 16 oder 18 Jahren) beim Verkauf von Alkohol innerhalb und außerhalb von Gaststätten zu kontrollieren. In Portugal wurden Altersbeschränkungen erst vor relativ kurzer Zeit, im Januar 2002, eingeführt. Einschränkungen für die Alkoholwerbung bewegen sich zwischen einem völligen Verbot und freiwilligen Werberegeln, oder es liegen überhaupt keine Einschränkungen vor (Rehn *et al.*, 2001; Bye, 2002). Im Vereinigten Königreich wurde der Verkauf von Nachfüllbehältern für Feuerzeuge an Personen unter 18 Jahren durch die Cigarette Lighter Refill (Safety) Regulations 1999 eingeschränkt (Field-Smith *et al.*, 2002). Dieses Gesetz hat zusammen mit Informationskampagnen für die Eltern wahrscheinlich zu einer Abnahme der Todesfälle geführt. Die entsprechenden Gesetze sind allerdings recht unterschiedlich, und über die Praxis ist nur wenig bekannt. Ein Beispiel für eine neue Initiative, die sich mit praktischen Fragen befasst, ist in Deutschland zu finden, wo vor kurzem das „Apfelsaftgesetz“ eingeführt wurde, nach dem Bars mindestens ein alkoholfreies Getränk unter dem Preis des billigsten alkoholischen Getränks anbieten müssen (Nationale Berichte Deutschlands und der Niederlande). Im Vereinigten Königreich wird von den Händlern mit Unterstützung der Regierung ein neues Programm eingeführt, nach dem jugendliche Kunden einen speziellen „Pass“ erhalten, mit dessen Hilfe die Altersbeschränkungen beim Kauf von Alkohol und flüchtigen Substanzen durchgesetzt werden sollen (BBC News).

In den letzten Jahren haben die Niederlande Kontrollen für Koffieshops eingeführt oder verstärkt, und Koffieshops, die in der Nähe von Schulen Cannabis verkauften, wurden geschlossen. Es ist Personen unter 18 Jahren untersagt, Cannabis zu kaufen. Werbung für Cannabisprodukte ist verboten, und in den letzten Jahren ist durch die strengere Kontrolle der Koffiee-shops die Zahl der Kunden unter 18 Jahren deutlich zurückgegangen (niederländischer Nationaler Bericht). In Kopenhagen, Dänemark, schloss die Polizei seit dem Inkrafttreten eines Gesetzes über das Zutrittsverbot gewisser Lokalitäten für Besucher ca. 50 Cannabis-Clubs (dänischer Nationaler Bericht).

In Irland und im Vereinigten Königreich wurden in letzter Zeit Initiativen unternommen, um Probleme in Verbindung mit Drogen und Alkohol bei Jugendlichen zu reduzieren. Beispielsweise sind nach dem Children's Bill (1999) in Irland die Eltern für die Beaufsichtigung ihrer Kinder verantwortlich. Zu den

Strafmaßnahmen für die Eltern gehören die Therapie ihres eigenen Drogenmissbrauchs und Schulungen zur Verbesserung ihrer Erziehungsfähigkeiten. Kinder, die außer Kontrolle scheinen, können eine abendliche Ausgangssperre erhalten. Ebenfalls in Irland laufen zur Zeit zwei landesweite Initiativen der Polizei zur Wahrung der öffentlichen Ordnung. Die Operation „Oiche“ betrifft den Alkoholkonsum unter Minderjährigen, illegalen Konsum und Verkauf von Alkohol an diese, und die Operation „Encounter“ konzentriert sich auf antisoziales Verhalten auf der Straße sowie in Gaststätten, Nachtclubs und Fast-Food-Läden. Weitere Einzelheiten zu rechtlichen Maßnahmen siehe S. 42.

## Ein breites Spektrum an Bedürfnissen und Maßnahmen

Ein Hauptziel der EU im Hinblick auf die Bekämpfung des Drogen- und Alkoholmissbrauchs ist die Einführung geeigneter Maßnahmen, um eine größtmögliche Wirkung zu erzielen. Der Hauptschwerpunkt liegt auf fünf weit gefassten und sich teilweise überschneidenden Zielgruppen für Interventionsstrategien: (1) schulpflichtige Jugendliche; (2) jugendliche experimentierende und Freizeitkonsumenten von Drogen; (3) Jugendliche in sozial benachteiligten Gebieten; (4) jugendliche Straftäter; und (5) Jugendliche, die eine Drogentherapie benötigen<sup>(175)</sup>.

### Schulpflichtige Jugendliche

Eine für diese Zielgruppe häufig angewandte Maßnahme ist die Prävention an Schulen. Einzelheiten dazu sind auf S. 45 zu finden.

Auf der Ebene der Schulpolitik haben mehrere Mitgliedstaaten Empfehlungen für das Verhalten bei Drogenvorfällen und gegenüber Drogen konsumierenden Schülern herausgegeben. In Frankreich liegt ein wichtiger Schwerpunkt auf „Referenzstellen zur Prävention von Risikoverhalten an Schulen“ und der Lösung von Problemen durch gezielte Beratung. Insbesondere wird auf die professionelle Unterweisung des Schulpersonals im Umgang mit auffälligem Verhalten bei Jugendlichen verwiesen. In Österreich und Deutschland unterstützen die STEP-by-STEP-Programme<sup>(176)</sup> Lehrer bei der Früherkennung und Intervention im Hinblick auf den Drogenkonsum von Schülern. In Norwegen wurde ein Handbuch zu diesem Zweck erstellt.

Der Beratungsdienst für die Drogenprävention im Vereinigten Königreich evaluierte ein Drogenpräventionsprogramm, das auf Jugendliche ausgerichtet ist, die der Schule verwiesen wurden. Dabei wurde festgestellt, dass Drogenprogramme auf jeden Fall benötigt werden, jedoch eine kurzzeitige Drogenaufklärung nicht ausreicht. Viele der Jugendlichen, auf die das Programm abzielt, nehmen bereits Drogen, was bedeutet, dass die Programme früher ansetzen und die Probleme eindeutig identifizieren und angehen sollten. Das neue portugiesische Nationale Präventions-Rahmenprogramm sieht die Bereitstellung von 400 000 EUR für alternative Unterrichtsprogramme und eine frühe Berufsausbildung für Schulabbrecher vor. Derartige Programme existieren bereits in fast allen autonomen Gemeinschaften Spaniens. In Griechenland zielen frühzeitige Maßnahmen auf jugendliche Drogenkonsumenten

<sup>(175)</sup> Abbildung 53 OL: Selektive Prävention – Ziele der Maßnahmen (Online-Version).

<sup>(176)</sup> Siehe EDDRA: [http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=36](http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36).



und ihre Familien ab (Familientherapie) sowie auf Jugendliche, die mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind.

### Jugendliche experimentierende und Freizeitkonsumenten in den Gemeinden

Der Schaden, den der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen im Leben eines kleinen, aber bedeutenden Teils der jugendlichen Bevölkerung anrichten kann, wird zunehmend erkannt. Eine wichtige Zielgruppe für effektivere Maßnahmen sind gefährdete Gruppen von Jugendlichen, die Alkohol konsumieren und in ihrer Freizeit mit Drogen experimentieren und sich dabei über die mit ihren Konsummustern verbundenen Risiken (Überdosierung, Unfälle, kriminelles Verhalten, Gewalt, Verlust der Lern- oder Arbeitsfähigkeit, sexuell übertragbare Krankheiten und langfristige Leber-/Gehirnschäden usw.) nicht im Klaren sind oder diese nicht kontrollieren können (Boys *et al.*, 1999; Parker und Egginton, 2002). In der EU wächst die Sorge über sich verändernde Konsummuster von Alkohol und Drogen zum Zweck der Freizeitgestaltung und insbesondere über die Gesundheitsrisiken für Frauen. Freizeiteinrichtungen wie Bars, Diskos, Sportvereine und Jugendclubs bieten sich für die Drogenprävention an, da sie den Kontakt zu einer großen Zahl Jugendlicher garantieren, von denen viele Drogen nehmen oder in dieser Hinsicht gefährdet sind<sup>(177)</sup>. Eine methodische Dokumentation und gründliche Evaluierung der Maßnahmen in diesem Umfeld werden dringend benötigt.

In Frankreich führten bis 2001 mindestens 40 % der Départements Präventionsmaßnahmen durch oder leisteten erste Hilfe bei Tanzveranstaltungen. In einem regionalen Gesundheitssektor (regional health sector) Irlands wendet sich das Projekt „The sound decisions“<sup>(178)</sup> an Mitarbeiter von Nachtclubs und an Clubbesucher. In Luxemburg hingegen gibt es keinen Rechtsrahmen, der den Drogendiensten gestatten würde, in Nachtclubs tätig zu werden.

In den Niederlanden werden Kurse zur Ausbildung von Ausbildern in erster Hilfe bei Drogenvorfällen in Freizeitsettings durchgeführt.

Die niederländische Initiative „Going out and drugs“ umfasst Maßnahmen für verschiedene Settings außerhalb der Schule, in denen Jugendliche Drogen konsumieren, wie z. B. Koffiebars, Diskos, Partys und Clubs sowie Orte, an denen große Musikveranstaltungen stattfinden.

Mehrere Projekte wenden sich an Drogenkonsumenten in der Musikszene, um die Risiken des Konsums legaler und illegaler Drogen zu minimieren. Manchmal fahren Mitarbeiter des Projekts mit einem Wohnwagen zu verschiedenen Veranstaltungen, um eine ruhige Atmosphäre für informelle Beratungen zu bieten. Spezielle Hotlines oder Websites<sup>(179)</sup> stellen zusätzliche Angebote dar.

Über die im Informationssystem EDDRA enthaltenen Projekte wurde eine Übersicht und Analyse von Beispielen der Prävention auf Partys erstellt<sup>(180)</sup>. Einige Online-Tabellen bieten eine Übersicht aktueller Projekte und Maßnahmen<sup>(181)</sup>.

Spezielle, vor Ort durchgeführte Beratungsdienste und Pillentests bei Raves sind – laut einer neueren, von der Kommission finanzierten Studie – eine effektive Möglichkeit, jene Jugendlichen zu erreichen, die zwar regelmäßig Drogen nehmen, sich aber nicht als Drogenkonsumenten betrachten und sich daher nicht an etablierte Dienste der Drogenhilfe wenden würden. Zudem kam die Studie zu dem Ergebnis, dass Pillentests mit abstinenzorientierten Präventionsmaßnahmen vereinbar sind<sup>(182)</sup>. In Österreich und Spanien wurden diese Dienste inzwischen erweitert, während in den Niederlanden nur Dienste mit einem hohen Standard an methodischer Genauigkeit zugelassen sind.

Eine andere Reihe von Maßnahmen beinhaltet die Einbeziehung von Gleichaltrigen und Selbsthilfegruppen sowie Alternativen zum Drogenkonsum wie z. B. Information und psychosoziale Unterstützung sowie Beteiligung an kulturellen oder sportlichen Aktivitäten (z. B. bei Sommerlagern in Griechenland). In Spanien werden bereits seit einigen Jahren im ganzen Land alternative Freizeitprogramme angeboten.

Die „Night Ravens“ [Nachtraben] in Norwegen, Schweden und Dänemark sind erwachsene Freiwillige, die am Wochenende abends und nachts durch die innerstädtischen Straßen patrouillieren. Ihre Aufgabe ist es, für Jugendliche sichtbar und ansprechbar zu sein. Durch ihre Anwesenheit soll die Wahrscheinlichkeit von Gewalt und Schaden reduziert werden.

### Jugendliche in sozial benachteiligten Wohngebieten

Die Drogenkommission in Schweden führte eine Untersuchung der Forschungsliteratur zu Präventionsmaßnahmen durch (Narkotikakommissionen, 2000) und kam zu dem Schluss, dass drei Arten von Initiativen benötigt werden: Spezifische Initiativen, die sich an die Bedürftigsten wenden; allgemeine Initiativen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit; und Initiativen zur Unterstützung gefährdeter Familien.

Irland, Portugal und das Vereinigte Königreich sind die einzigen Mitgliedstaaten, die besondere Gebiete ermitteln, um dort spezielle Programme anzubieten. Der Young People's Facilities and Services Fund (YPFSF) soll „gefährdete“ Jugendliche in benachteiligten Gegenden in Einrichtungen und Aktivitäten einbinden, die sie vor den Gefahren des Drogenkonsums schützen. Im Vereinigten Königreich arbeitet das Projekt Positive Futures in 57 benachteiligten Wohngebieten, um gefährdete Jugendliche durch die Teilnahme an Sportaktivitäten von Drogen und Kriminalität abzuhalten. Die vorläufigen Ergebnisse sind ermutigend und zeigen einen Rückgang der Straftaten und der Schulverweigerung sowie einen stärkeren Gemeinschaftssinn. Health Action Zones (HAZs) sind behördenübergreifende Partnerschaften in einigen der am meisten benachteiligten Gebiete Englands, die durch Modernisierungsprogramme des Gesundheits- und Sozialwesens auf die Beseitigung einer gesundheitlichen Benachteiligung abzielen, und dabei ein breites Spektrum an

<sup>(177)</sup> Abbildung 54 OL: Zielgruppenspezifische Prävention in Freizeitsettings (Online-Version).

<sup>(178)</sup> Siehe [http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=356](http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=356).

<sup>(179)</sup> Siehe <http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml>.

<sup>(180)</sup> Siehe [http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra\\_party\\_settings.pdf](http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf).

<sup>(181)</sup> Tabelle 16 OL: Die wichtigsten quantitativen Präventionsparameter in Freizeitsettings; Tabelle 17 OL: Aufsuchende Drogenarbeit/Prävention in Freizeitsettings; und Tabelle 18 OL: Übersicht über Maßnahmen und Rahmenbedingungen für aufsuchende Drogenarbeit/Prävention in Freizeitsettings (Online-Version).

<sup>(182)</sup> Siehe [http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=2828](http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

gefährdeten Jugendlichen abdecken, die möglicherweise zum Drogenmissbrauch neigen (130 Projekte und Initiativen in den 26 HAZs). „Connexions“ ist ein Unterstützungs- und Beratungsdienst im Vereinigten Königreich für Jugendliche zwischen 13 und 19 Jahren, der unter anderem gefährdete Jugendliche ermittelt und gegebenenfalls an spezielle Betreuungsdienste für Drogenabhängige überweist. Im Jahr 2002 waren 27 Partnerschaften aktiv, weitere 20 werden für 2003 erwartet.

Im Vereinigten Königreich führten alle Drug Action Teams (DATs) 2001 eine Bedarfsermittlung unter Jugendlichen durch und forderten einen Maßnahmenplan für junge Drogenabhängige (YPSMPS), der auf junge Menschen abgestellte Dienste beinhalten soll, die je nach lokalem Bedarf von universellen Präventionsmaßnahmen bis hin zu Behandlungsdiensten für Drogenabhängige reichen sollen.

In Österreich arbeiten mobile Zentren, die sich an Jugendliche auf der Straße wenden, eng mit anderen relevanten Hilfsorganisationen zusammen, um drogenabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen möglichst früh zu helfen. Die geografische Reichweite dieser Zentren wird sich in Zukunft wahrscheinlich noch vergrößern<sup>(183)</sup>.

In Finnland bieten Walkers Jugendcafés<sup>(184)</sup> frühzeitige Maßnahmen und sind derzeit an 24 Orten aktiv. Eine wichtige Rolle spielen hier ausgebildete erwachsene Freiwillige, die von professionellen Jugendarbeitern unterstützt werden. Es wurden Bemühungen unternommen, um die Jugendcafés zu sicheren Treffpunkten zu machen. Desgleichen wurde in einem Gesundheitssektor in Irland ein Health Advice Café eingerichtet, wo den Jugendlichen eine Kombination aus Prävention und direktem Zugang zu Gesundheitsdiensten angeboten werden soll.

In Norwegen gibt es in den meisten größeren Städten Dienste der aufsuchenden Drogenarbeit. Zu ihren Zielen gehören verschiedene Präventionsmaßnahmen für ältere Kinder und Jugendliche sowie Beratung und Vermittlung an Unterstützungs- und Behandlungsdienste.

### Jugendliche Straftäter

Einige Mitgliedstaaten bieten gezielte Unterstützung, Ausbildung und aufsuchende Programme für gefährdete Jugendliche wie jugendliche Straftäter. Aufgrund einiger dieser Initiativen konnte die Zahl der straffälligen Jugendlichen gesenkt werden.

Diese Maßnahmen bieten Alternativen zu Strafverfolgungs- und Bestrafungsstrategien, um zu verhindern, dass Jugendliche auf Dauer kriminell werden und damit ihr Leben zerstören, oder um zumindest deren Zahl zu verringern. Bei den Youth Offending Teams (YOTs) im Vereinigten Königreich handelt es sich um Drogenarbeiter, die den Drogenmissbrauch jugendlicher Straftäter einschätzen und gegebenenfalls Maßnahmen anbieten, um einen weiteren Missbrauch zu verhindern. Das Projekt Solidarité Jeunes von MSF Luxemburg arbeitet auf einer ähnlichen Grundlage direkt

mit den Jugendrichtern und den zuständigen Strafverfolgungsbehörden zusammen.

Das FRED-Projekt in Deutschland zielt auf die Frühintervention bei ersttauffälligen Drogenkonsumenten ab<sup>(185)</sup>. Auch finnische Strafverfolgungsprojekte arbeiten nach denselben Grundsätzen.

### Jugendliche, die eine Drogentherapie benötigen

Die Nachfrage nach Drogentherapien ist ein wichtiger Indikator für Drogenabhängigkeit und für ein großes Hilfsbedürfnis. In der EU entfielen im Jahr 2001 knapp 10 % des insgesamt gemeldeten Bedarfs an spezialisierter Drogentherapie auf Jugendliche unter 19 Jahren. Mehr als die Hälfte dieser Jugendlichen wurde wegen Cannabis als Hauptdroge behandelt. Nahezu ein Viertel wurde wegen Opiatproblemen behandelt, und die Übrigen verteilten sich gleichmäßig auf die Behandlung wegen Kokainkonsums und anderer stimulierender Drogen. Allerdings gibt es hier Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern; beispielsweise wird in Irland eine weitaus größere Zahl von Jugendlichen behandelt als in irgendeinem anderen EU-Land. Die Behandlung von Jugendlichen unter 18 wird erschwert durch die Notwendigkeit der elterlichen Einwilligung und wegen Bedenken gegenüber der Verschreibung von Substitutionsdrogen, da noch keine adäquaten Forschungsergebnisse über die Auswirkungen solcher Drogen in dieser Altersgruppe vorliegen. Die meisten Jugendlichen, die wegen ernsthafter Drogenprobleme in Behandlung sind, besuchen die regulären Therapieeinrichtungen.

In einigen Ländern wurden spezialisierte Behandlungsdienste eingerichtet. In den Niederlanden beispielsweise gibt es eine kleine Klinik für 13- bis 18-Jährige. In Finnland wird besonderer Wert auf ein nachhaltiges und intensives psychosoziales Therapiekontinuum gelegt, das auch die notwendige institutionelle Behandlung einschließt. Laut Informationen von 1999 gab es sechs Therapieeinheiten für jugendliche Drogenabhängige mit insgesamt 40 Betten. Zudem gab es an Erziehungsanstalten für schwer erziehbare Jugendliche drei auf Drogentherapie spezialisierte Einheiten mit insgesamt 23 Betten. In Luxemburg besteht ein spezialisiertes Zentrum, in dem 43 % der Patienten jünger als 16 Jahre sind. In Griechenland sind Frühinterventionen sowohl auf jugendliche Drogenkonsumenten und ihre Familien ausgerichtet als auch auf Jugendliche, die mit dem Gesetz in Konflikt kommen.

In Schweden können Jugendliche zwischen 12 und 21 Jahren mit ersten psychosozialen Problemen, häufig in Verbindung mit kriminellem Verhalten und dem Missbrauch psychoaktiver Substanzen, auch gegen ihren Willen in einer Einrichtung behandelt werden. Zu den Behandlungsmethoden gehören Umwelttherapie, funktionale Familientherapie, kognitive Verhaltenstherapie und, bei Drogenmissbrauch, das 12-Schritte-Programm. Als Alternative zur Gefängnisstrafe werden jugendliche Straftäter nach dem Jugendfürsorgegesetz (besondere Bestimmungen) in geschlossenen Therapieeinrichtungen der Jugendfürsorge betreut<sup>(186)</sup>. Zu weiteren Informationen über Therapiemaßnahmen siehe S. 49.

<sup>(183)</sup> Siehe Auftrieb in [http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=2086](http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2086).

<sup>(184)</sup> Siehe <http://www.asemanlapset.fi/walkers-nuorisokahvilat/walkers-kahvilat-suomessa/>.

<sup>(185)</sup> Siehe EDDRA: [http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=2091](http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

<sup>(186)</sup> Siehe <http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>.

## Soziale Ausgrenzung und Reintegration

### Definitionen und Begriffe

Laut der jüngsten Umfrage über „soziale Prekarität und soziale Integration“<sup>(187)</sup> sind 9-22 % der europäischen Bevölkerung von Armut und sozialer Ausgrenzung bedroht (Europäischer Rat, 2001). Menschen gelten als sozial ausgegrenzt, wenn sie nicht voll am wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben teilnehmen und ihre staatsbürgerlichen Rechte nicht umfassend wahrnehmen können und/oder wenn ihr Zugang zu Einkommen und anderen Ressourcen (persönlicher, familiärer und kultureller Art) so unzulänglich ist, dass er sie von einem Lebensstandard ausschließt, der in der Gesellschaft, in der sie leben, als akzeptabel gilt (Gallie und Paugam, 2002).

Soziale Ausgrenzung kann somit als eine Kombination aus mangelnden wirtschaftlichen Ressourcen, sozialer Isolation und eingeschränkten sozialen und staatsbürgerlichen Rechten definiert werden; sie ist in jeder Gesellschaft ein relativer Begriff (CEIES, 1999), der eine progressive Ansammlung sozialer und wirtschaftlicher Faktoren über einen längeren Zeitraum umfasst. Faktoren, die zur sozialen Ausgrenzung beitragen können, sind Probleme im Zusammenhang mit Beruf, Bildungs- und Lebensstandard, Gesundheit, Nationalität, Drogenmissbrauch, geschlechtsspezifischen Unterschieden und Gewalt (Europäischer Rat, 2001; Nationale Berichte, 2002).

Drogenkonsum kann entweder als Folge oder als Ursache der sozialen Ausgrenzung angesehen werden (Carpentier, 2002): Drogenkonsum kann zu einer Verschlechterung der Lebensbedingungen führen, andererseits können aber auch soziale Marginalisierungsprozesse Drogenkonsum auslösen. Dennoch besteht zwischen Drogenmissbrauch und sozialer Ausgrenzung nicht unbedingt ein kausaler Zusammenhang, denn „nicht alle SuchtmittelkonsumentInnen sind sozial desintegriert“ (Tomas, 2001).

Berücksichtigt man die Komplexität dieses Sachverhalts, ist es möglich, sowohl den Drogenkonsum unter sozial ausgegrenzten Populationen zu analysieren als auch die soziale Ausgrenzung von Drogenabhängigen zu untersuchen (Abbildung 22).

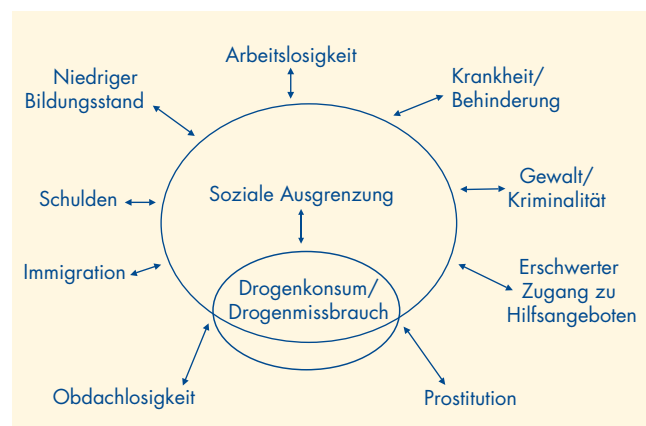
### Drogenkonsummuster und beobachtete Folgen in sozial ausgegrenzten Bevölkerungsgruppen

In der Literatur und Forschung gelten gewöhnlich die folgenden Bevölkerungsgruppen als von sozialer Ausgrenzung bedroht: Häftlinge, Immigranten<sup>(188)</sup>, Wohnsitzlose, Sexarbeiter/innen und gefährdete Jugendliche. Aufgrund des Mangels an Informationsquellen und vergleichbaren Daten aus ganz Europa sind Verzerrungen und methodische Einschränkungen bei den vorliegenden Informationen über Drogenkonsum und Konsummuster unter sozial ausgegrenzten Gruppen zu berücksichtigen.

Zwischen dem Abbüßen einer Haftstrafe und dem Konsum von Drogen besteht offensichtlich ein enger Zusammenhang (siehe auch S. 34). Viele Gefängnisinsassen haben bereits vor ihrer Inhaftierung Drogen konsumiert, und der Grund für ihre Inhaftierung steht häufig in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum. Bei manchen Personen verhält es sich jedoch genau umgekehrt; diese beginnen mit dem Drogenkonsum erst nach ihrer Inhaftierung aufgrund einer Straftat. Aus Studien geht hervor, dass zwischen 3 und 26 % der Drogenkonsumenten in europäischen Gefängnissen erstmals im Strafvollzug Drogen konsumieren, und zwischen 0,4 und 21 % der inhaftierten injizierenden Drogenkonsumenten im Gefängnis zum ersten Mal injizieren. Drogenkonsum im Gefängnis ist sehr verbreitet: bis zu 54 % der Insassen berichten über Drogenkonsum während der Haft und bis zu 34 % geben an, im Gefängnis Drogen injiziert zu haben (Stoever, 2001; EBDD, 2002a).

Das Verhältnis zwischen „black and minority ethnic groups“ [Farbigen und ethnischen Minderheiten] und Drogenkonsum ist weniger deutlich, da kaum Informationen darüber zur Verfügung stehen. Es gibt keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass Drogenkonsum unter Immigranten höher wäre als in der Allgemeinbevölkerung. Einige Studien unter bestimmten ethnischen Minderheiten ergaben jedoch dort einen höheren Anteil an problematischem Drogenkonsum als in der Allgemeinbevölkerung; so z. B. unter Ingridern in Finnland (von denen schätzungsweise 1-2 % Drogen und insbesondere Heroin konsumieren), Kurden in Deutschland, Gitanos in Spanien und verschiedenen ethnischen Gruppen in den Niederlanden (Vrieling *et al.*, 2000)<sup>(189)</sup>. Gründe dafür könnten eine Kombination negativer sozialer Faktoren sein, wie beispielsweise mangelnde Kenntnis der Landessprache, Arbeitslosigkeit und Wohnungsprobleme, schlechte Lebensbedingungen und fehlende wirtschaftliche Ressourcen (Nationale Berichte, 2002).

**Abbildung 22:** Das Verhältnis zwischen sozialer Ausgrenzung und Drogenkonsum



<sup>(187)</sup> Eurobarometer-Umfrage 56.1: [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer\\_de.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_de.pdf).

<sup>(188)</sup> Laut EBDD (2002b) werden Immigranten als „black and minority ethnic groups“ definiert. Dazu gehören Immigrantenpopulationen aus verschiedenen Bevölkerungsgruppen, die in EU-Ländern leben.

<sup>(189)</sup> Tabelle 19 OL: Verteilung der primären Abhängigkeitsprobleme (Alkohol, Heroin, Kokain, Cannabis und Spielsucht) in den Niederlanden unter Immigranten und gebürtigen Niederländern (Online-Version).

Was die Drogenkonsummuster betrifft, gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen ethnischen Gruppen. Konsum von Qat wird nur aus Populationen von Somalis und Schwarzafrikanern gemeldet, während Heroin von Immigranten aus Surinam und Bangladesch geraucht wird. Der Drogenkonsum unter Gitanos in Spanien scheint (um 2-3 Jahre) früher zu beginnen als in der einheimischen Bevölkerung (Eland und Rigter, 2001; Reinking *et al.*, 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Auch Wohnsitzlose sind Berichten zufolge drogengefährdet. Zwar sind keine vergleichbaren Daten aus ganz Europa über den Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und Drogenkonsum verfügbar, in vielen Ländern wurden jedoch spezifische Studien durchgeführt, und Drogenkonsum gilt als häufiges Problem unter Wohnsitzlosen (Nationale Berichte, 2002). Dänemark, Frankreich, Irland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich berichten, dass bis zu 80 % der Wohnsitzlosen, die in Notunterkünften leben, drogenabhängig sind; unter Menschen, die auf der Straße leben oder Wohnsitzlosen mit anderen sozialen Problemen sind die Prävalenzraten noch höher. Einer in Irland durchgeführten kleineren Studie zufolge sind beispielsweise 67 % der wohnsitzlosen ehemaligen Häftlinge drogensüchtig (Hickey, 2002). Unter Wohnsitzlosen ist Heroin die am häufigsten konsumierte Droge, gefolgt von Kokain und polyvalentem Drogenkonsum. Auch andere gefährliche Verhaltensmuster wie injizierender Drogenkonsum und die gemeinsame Benutzung von Nadeln sind unter Wohnsitzlosen offenbar stark verbreitet <sup>(190)</sup>.

Unter gefährdeten Jugendlichen ist Drogenkonsum ein häufiges Phänomen; eine hohe Prävalenz findet sich unter Kindern, die mit familiären, sozialen oder schulischen Problemen konfrontiert waren. Eine hohe Prävalenz des Drogenkonsums war auch unter Kindern von Drogenabhängigen zu beobachten: Die Raten der Lebenszeitprävalenz sind unter Kindern, deren Eltern innerhalb des letzten Jahres Drogen konsumiert haben, bedeutend höher als in der „nicht gefährdeten“ Gruppe (Lebenszeitprävalenz von 37-49 % gegenüber 29-39 % unter Kindern von Eltern, die keine Drogen konsumieren) <sup>(191)</sup>. Aus einigen Studien geht hervor, dass Kinder, die in der Familie sexuell oder körperlich missbraucht wurden, eher Gefahr laufen, als Erwachsene drogenabhängig zu werden (Liebschutz *et al.*, 2002). Berichten aus Portugal zufolge ist die Wahrscheinlichkeit des Heroinkonsums bei jungen Opfern von Missbrauch und Gewalt in der Familie siebenmal höher als unter Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung (Lourenço und Carvalho, 2002). Im Vereinigten Königreich scheinen „jugendliche Ausreißer“ <sup>(192)</sup> stärker als andere zum Drogenmissbrauch zu neigen. Die Raten des Drogenkonsums im Lebenszeitraum sind hier zwei- bis achtmal höher als bei Jugendlichen, die nie von zu Hause weggelaufen sind. Die am häufigsten konsumierten Drogen sind Crack, Heroin und Lösungsmittel. Ein weiterer Risikofaktor für Drogenkonsum sind schulische Probleme: Eine hohe Prävalenz des Drogenkonsums wird von Kindern gemeldet, die nicht zur Schule

gehen (65 % in Frankreich) (Amossé *et al.*, 2001), die Erziehungsanstalten für schwer erziehbare Jugendliche besuchen (40 % der Schüler von Erziehungsanstalten für schwer erziehbare Jugendliche in Finnland haben Berichten zufolge irgendwann ein Abhängigkeitsproblem gehabt, in 16 % der Fälle im Zusammenhang mit Drogen) (Lehto-Salo *et al.*, 2002) und unter jenen mit schlechten Schulnoten (13,5 % in Norwegen) (Vestel *et al.*, 1997).

Unter Sexarbeitern ist Drogenkonsum häufig ein Motiv für die Prostitution, er kann allerdings auch eine Folge davon sein (wie es auch bei anderen Faktoren im Zusammenhang mit Drogenkonsum der Fall ist). Die Drogenkonsummuster unterscheiden sich je nachdem, ob die Prostitution Ursache oder Folge der Drogenabhängigkeit ist. Eine qualitative Studie unter Prostituierten vom Straßenstrich in Italien ergab, dass Prostituierte hauptsächlich zu Alkohol, Beruhigungsmitteln oder anderen psychoaktiven Medikamenten greifen, wenn sie durch die Einnahme von Drogen Probleme im Zusammenhang mit der Prostitution bewältigen wollen; ist die Drogenabhängigkeit jedoch Hauptgrund für die Prostitution, so wird in erster Linie Heroin konsumiert (Calderone *et al.*, 2001).

Forschungsergebnisse sowie Daten über andere sozial ausgegrenzte Gruppen sind kaum verfügbar; aus Dänemark wird berichtet, dass 50-60 % der Patienten psychiatrischer Hilfsdienste drogenabhängig sind, wahrscheinlich aufgrund der hohen Verfügbarkeit von Drogen und der Tatsache, dass solche Patienten mit der Einnahme psychoaktiver Medikamente vertraut sind (Nationaler Bericht, 2002).

### Das Verhältnis zwischen sozialer Ausgrenzung und Drogenkonsum

Über die sozialen Verhältnisse unter der behandelten Population stehen mehr Daten zur Verfügung. Die mit Drogenkonsum verbundenen sozioökonomischen Faktoren beinhalten einen geringen Bildungsstand, frühen Schulabgang und Schulabbruch, Arbeitslosigkeit, niedrige Löhne und schwierige Arbeitsbedingungen; geringes Einkommen und Schulden; unsichere Wohnverhältnisse und Wohnungslosigkeit; Mortalität und drogenbedingte Krankheiten; mangelnder Zugang zu Hilfsangeboten und soziale Stigmatisierung (Tabelle 5).

Die sozialen Umstände des Drogenkonsums unterscheiden sich beträchtlich je nach konsumierter Substanz und Drogenkonsummuster; die sozialen Verhältnisse sind bei Heroin- und Opiatkonsumenten sowie bei chronischen Drogenabhängigen am ungünstigsten.

47 % aller 2001 behandelten Patienten hatten nie eine Schule besucht oder lediglich die Primarschule abgeschlossen; ein großer Teil der Drogenkonsumenten hat die Schule frühzeitig beendet oder abgebrochen. Unterschiede treten je nach konsumierter Hauptdroge

<sup>(190)</sup> Das britische Innenministerium berichtet, dass im Vereinigten Königreich mehr als ein Drittel der Wohnsitzlosen Heroin und ein Fünftel Crack injiziert hat. Im vergangenen Monat haben wahrscheinlich 10 % die Spritze eines anderen benutzt oder ihre eigene Spritze weitergegeben (Carlen, 1996; Goulden und Sondhi, 2001).

<sup>(191)</sup> Laut einer Umfrage, die 1998-1999 unter 4 848 Jugendlichen in England und Wales durchgeführt wurde (Goulden und Sondhi, 2001).

<sup>(192)</sup> Die Social Exclusion Unit im Kabinett des stellvertretenden Premierministers des Vereinigten Königreichs definiert einen „jugendlichen Ausreißer“ als ein Kind oder einen Jugendlichen unter 18 Jahren, der mindestens eine Nacht ohne Erlaubnis außerhalb der Wohnung oder der Fürsorge seiner Familie verbringt, oder der von seinen Eltern oder Erziehern hinausgeworfen wurde (Social Exclusion Unit, 2002).

und Land auf <sup>(193)</sup>: Opiatkonsumenten (insbesondere Heroinkonsumenten) verfügen über den niedrigsten Bildungsstand (Nationale Berichte, 2002).

Aufgrund ihrer prekären sozialen Verhältnisse haben Drogenkonsumenten auch Probleme im Hinblick auf die Beschäftigung. Die Arbeitslosenquoten sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sehr hoch (47,4 % unter Drogenklienten gegenüber 8,2 % <sup>(194)</sup> in der Allgemeinbevölkerung); sie haben Schwierigkeiten, eine Arbeitsstelle zu finden, und es ist selten, dass Drogenabhängige längere Zeit an einem Arbeitsplatz bleiben oder in ihrer Berufslaufbahn vorankommen (DrugScope, 2000) <sup>(195)</sup>. Ein prekärer Beschäftigungsstatus kann zu finanziellen Problemen führen; Drogenabhängige verfügen häufig nur über ein geringes Einkommen oder gar keine finanziellen Mittel (32-77 % der behandelten Patienten leben von Sozialhilfe). Viele sind verschuldet.

Die Lebensbedingungen von Drogenkonsumenten sind den Berichten zufolge häufig sehr schlecht. 10,4 % der Klienten leben in unsicheren Wohnverhältnissen und 7,5 % sind in einer Einrichtung untergebracht. Ferner berichten viele Länder über eine hohe Wohnungslosigkeit (bis zu 29 %) unter Drogenabhängigen <sup>(196)</sup>.

Hinsichtlich der Nationalität treffen ähnliche Merkmale wie bei der allgemeinen Bevölkerungsstruktur zu <sup>(197)</sup>; die Klienten sind hauptsächlich Staatsbürger des Landes, in dem sie eine Therapie beantragen, und die Zahl der Klienten aus anderen Ländern (innerhalb und außerhalb Europas) verhält sich proportional zum Anteil der Ausländer in der Allgemeinbevölkerung. Allerdings ist zu beachten, dass in manchen Ländern die Erfassung der Nationalität bzw. der ethnischen Zugehörigkeit der Patienten unzulässig ist, weshalb entsprechende Informationen nicht flächendeckend verfügbar sind.

Neben den unmittelbaren gesundheitlichen Auswirkungen (siehe S. 24 und 28) kann es für Drogenkonsumenten schwierig sein, Hilfe zu bekommen, sei es aufgrund einer Abneigung, sich an Dienste zu wenden, oder aufgrund eines niedrigen Bildungsniveaus, einer geringen Akzeptanz durch die regulären Gesundheitsdienste oder wegen besonderer Gesundheitsprobleme, für die keine entsprechenden Dienste vorhanden sind.

Schließlich haftet Drogenkonsumenten ein negatives soziales Image an, so dass sie möglicherweise auf Feindseligkeiten vonseiten der Allgemeinbevölkerung und der Behörden treffen. Ein in einem Gefängnis in Wien durchgeführtes Forschungsprojekt ergab, dass Drogenabhängige häufig Gewalt und Missbrauch durch Polizisten und andere Beamte erleiden (Waidner, 1999).

**Tabelle 5: Soziale Verhältnisse (Bildung, Beschäftigung, Wohnung) von Klienten in der Drogenbehandlung in den EU-Mitgliedstaaten, 2001**

Soziale Verhältnisse		Drogenkonsumenten in Behandlung (validiert, %) <sup>(1)</sup>
Bildung (n = 98 688)	Nie zur Schule gegangen/ Primarschule nicht abgeschlossen	8,0
	Abschluss der Primarstufe	43,6
Beschäftigung (n = 100 000)	Arbeitslos	47,4
	Außerhalb des Arbeitsmarktes	9,6
Wohnung (n = 41 299)	Kein fester Wohnsitz	10,4
	Einrichtungen	7,5
<sup>(1)</sup> Die Prozentzahlen wurden anhand der Gesamtzahl der unter jeder Rubrik gemeldeten Fälle errechnet; die Gesamtsumme liegt unter 100 %, da nur die für dieses Kapitel relevanten Werte aufgeführt sind (nie zur Schule gegangen, arbeitslos usw.); zu den vollständigen Zahlen siehe Abbildung 55 OL: Bildungsstand aller Patienten nach Ländern; Abbildung 56 OL: Beschäftigungsstatus aller Patienten nach Ländern; und Abbildung 57 OL: Lebensbedingungen aller Patienten nach Ländern (Online-Version). Quelle: Nationale Reitox-Berichte – TDI-Daten 2001.		

### Soziale Reintegration

In den EU-Ländern und in Norwegen wurden Maßnahmen entwickelt, um die soziale Ausgrenzung von Gruppen mit oder ohne Drogenabhängigkeit und die sozialen Folgen des Drogenkonsums bzw. -missbrauchs zu überwinden.

Gemäß der Drogenstrategie der Europäischen Union (2000-2004) (Rat der Europäischen Union, 2000) und einer spezifischen Studie über die soziale Reintegration in der EU und Norwegen (EBDD, 2003b) wird soziale Reintegration als Bemühung um die Wiedereingliederung von Drogenkonsumenten in die Gesellschaft definiert.

Maßnahmen zur sozialen Reintegration wenden sich sowohl an akute als auch an ehemalige problematische Drogenkonsumenten: von gut „funktionierenden“ ehemaligen Abhängigen, die „clean“ sind, über langjährige Methadonpatienten bis hin zu stark verwahrlosten Abhängigen auf der Straße. Eine therapeutische Komponente, ob medizinisch oder psychosozial, ist dabei nicht zwingend erforderlich. Dies impliziert auch, dass die soziale Reintegration nicht unbedingt nach der Behandlung stattfinden muss, sondern unabhängig von einer vorangehenden Therapie erfolgen kann, entweder als letzter Schritt in einem Behandlungsprozess oder als separate und unabhängige Maßnahme nach der Therapie, die von nichttherapeutischen Diensten mit ihren eigenen Zielen und Mitteln durchgeführt wird.

<sup>(193)</sup> Abbildung 55 OL: Bildungsstand aller Patienten nach Ländern (Online-Version).

<sup>(194)</sup> Durchschnittliche Arbeitslosenquote in den 15 Mitgliedstaaten (Eurostat, 2002).

<sup>(195)</sup> Abbildung 56 OL: Beschäftigungsstatus aller Patienten nach Ländern (Online-Version).

<sup>(196)</sup> Abbildung 57 OL: Lebensbedingungen aller Patienten nach Ländern (Online-Version).

<sup>(197)</sup> Abbildung 58 OL: Staatsangehörigkeit der Patienten nach Ländern (Online-Version).

Soziale Reintegrationsdienste wenden sich nicht ausschließlich an illegale Konsumenten problematischer Drogen, sondern können auf Süchtige aller Art (einschließlich den von Alkohol und legalen Drogen Abhängigen) oder sogar auf alle sozial ausgegrenzten Gruppen (z. B. Wohnsitzlose und Obdachlose) ausgerichtet sein.

Ein quantitativer Überblick über soziale Reintegrationsmaßnahmen in den EU-Mitgliedstaaten kann nicht gegeben werden, da der Begriff „soziale Reintegration“ nicht konsequent angewandt wird. Zwar können unterschiedliche Dienste nebeneinander bestehen, auf Länderebene gilt jedoch in der Regel ein allgemeiner Modus für die soziale Integration.

- Maßnahmen, die sich an alle Randgruppen richten, ungeachtet dessen, ob sie unter Suchtproblemen leiden oder nicht;
- Maßnahmen, die sich allgemein an Personen mit Suchtproblemen wenden;
- Maßnahmen, die sich explizit und ausschließlich an problematische Konsumenten illegaler Drogen richten (Abbildung 23) <sup>(198)</sup>.

Die Verfügbarkeit von sozialen Reintegrationsdiensten ist nicht leicht zu quantifizieren, auch ist nur schwer zu beurteilen, ob die angebotenen Einrichtungen angemessen sind; Untersuchungen zufolge hat es allerdings den Anschein, dass die Anzahl der Einrichtungen wohl nicht dem Bedarf entspricht. In Deutschland beispielsweise werden Schätzungen zufolge rund 25 000 Plätze für die soziale Reintegration benötigt, wohingegen die tatsächlich verfügbare Zahl bei 4 000 liegt. Bei einem Beschäftigungsprojekt in Österreich gingen zweimal so viele Bewerbungen ein wie Plätze verfügbar waren, so dass jeden Tag durchschnittlich 15 Personen abgewiesen werden mussten.

Die soziale Reintegration lässt sich in drei Hauptarten von Maßnahmen einteilen: Bildung (einschließlich Ausbildung), Unterkunft und Beschäftigung.

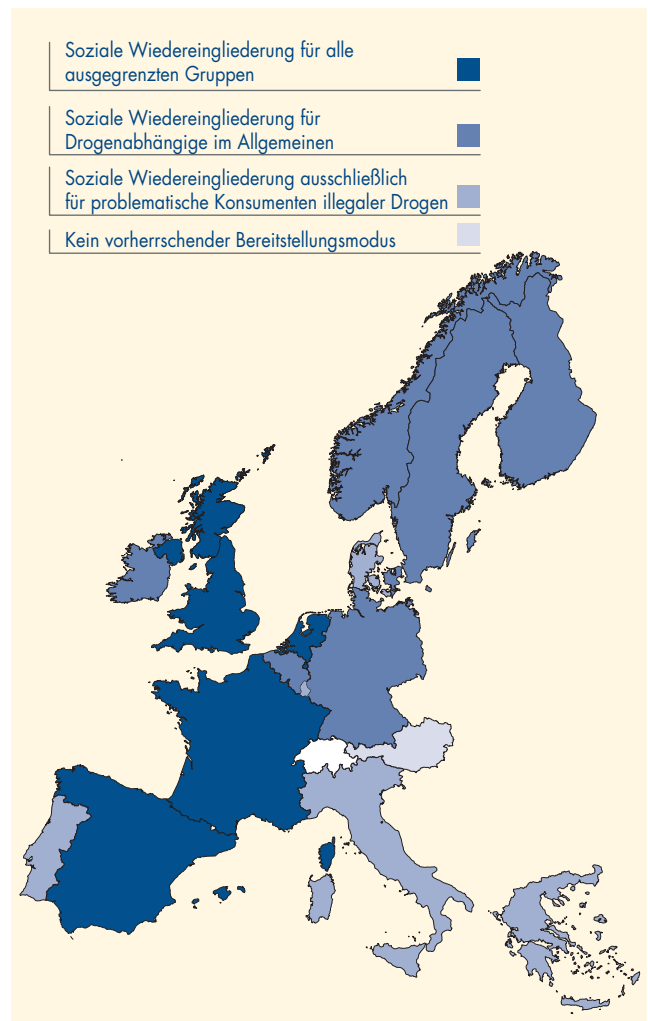
Ein Großteil der Drogenkonsumenten verfügt lediglich über ein geringes Bildungsniveau, und einige Nationalen Berichte weisen auf die Schwierigkeiten der problematischen Drogenkonsumenten auf dem Arbeitsmarkt hin (Griechenland (Kavounidi, 1996), Dänemark (Stauffacher, 1998), Niederlande (Uunk und Vrooman, 2001)). Somit könnten Maßnahmen zur Verbesserung der theoretischen, technischen oder praktischen Fähigkeiten die Arbeitsmarktchancen der Klienten erhöhen.

Beschäftigungsmaßnahmen können viele verschiedene Formen annehmen, beispielsweise, wie aus Griechenland berichtet, die finanzielle Unterstützung von Firmen, die Drogenkonsumenten in einer wettbewerbsfähigen Tätigkeit beschäftigen. Andere Maßnahmen beinhalten die Einrichtung von Arbeitsvermittlungsdiensten wie die Wiener Berufsbörse in Österreich oder die Unterstützung von Klienten beim Start ihres eigenen Unternehmens, was in Griechenland und Spanien im Rahmen des Beschäftigungsprogramms zur Förderung der

Selbständigkeit geschieht (Maßnahmen dieser Art überschneiden sich mit allgemeinen bzw. beruflichen Bildungsprogrammen).

Schließlich trägt die Bereitstellung von Wohnraum oder die Unterstützung bei der Wohnungssuche dazu bei, eine gewisse Stabilität in das Leben der Klienten zu bringen. Bereits das Angebot von Wohnraum kann eine Maßnahme darstellen, es geht aber häufig einher mit psychosozialer Unterstützung und einem gewissen Maß an Aufsicht. Ein Beispiel für eine parallele psychosoziale Betreuung ist das Haus am Seespitz in Tirol, das eine offene Nachsorge-Gruppe für Drogenpatienten in einer Wohnanlage anbietet. In Belgien bietet „Habitations Protégées“ sowohl Unterkunft als auch psychiatrische Betreuung an. Forschungsarbeiten in Irland (irischer Nationaler Bericht (Hickey, 2002) ergaben, dass 79 % der weiblichen und 76 % der männlichen ehemaligen Häftlinge die Suche nach einer geeigneten Unterkunft als Hauptproblem und als Grund für ihre soziale Ausgrenzung nannten, was darauf hinweist, dass die Bereitstellung

**Abbildung 23:** Wichtigste Bereitstellungsmodi von Angeboten zur sozialen Wiedereingliederung für problematische Drogenkonsumenten in der EU und in Norwegen



Quelle: Nationale Reitox-Berichte.

<sup>(198)</sup> Zu ausführlicheren Informationen und Länderübersichten siehe die Studie „Social reintegration in the European Union and Norway“ ([http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project\\_reports/responses/social\\_reintegration\\_eu.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf)).

von Wohnraum als eine wichtige Maßnahme zur sozialen Reintegration anzusehen ist.

## Öffentliche Ausgaben für die Reduzierung der Drogennachfrage <sup>(199)</sup>

Die Drogenstrategie der Europäischen Union (2000-2004) legt fest, dass der Rat und die EU-Kommission versuchen sollten, ausgehend von der Arbeit der EBDD und der Pampidou-Gruppe, eine Liste aller öffentlichen Ausgaben für die Bekämpfung des Drogenproblems aufzustellen.

Um den Anforderungen der Europäischen Drogenstrategie gerecht zu werden, untersucht die EBDD mit wertvoller Unterstützung durch die nationalen Reitox-Knotenpunkte in diesem Bericht direkte öffentliche Ausgaben im Bereich der Reduzierung der Drogennachfrage im Jahre 1999 <sup>(200)</sup>. Mit Schwerpunkt auf Drogenprävention, Suchtbehandlung (stationär und ambulant, Substitutionstherapie und abstinenzorientierte Behandlung), Rehabilitation und Reintegration, aufsuchender Drogenarbeit, Schadensminimierung und Aufklärung, Forschung und Koordinierung im Zusammenhang mit der Nachfragereduzierung wurden die auf nationaler und regionaler Ebene getätigten Ausgaben untersucht. Um einen klareren Überblick über unsere Forschung zu ermöglichen, fanden direkte Ausgaben privater Organisationen (Therapiezentren, Kliniken usw.) und indirekte Ausgaben allgemeiner Dienste wie allgemeine Krankenhäuser und Notaufnahmen keine Berücksichtigung. Auch die umfassendere und viel komplexere Frage der sozialen Kosten des illegalen Drogenkonsums wurde letztlich nicht aufgegriffen.

Mit der Behandlung der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor (selbst unter enger Eingrenzung der Bereiche) geht es weniger darum, empirische Nachweise zusammenzustellen, sondern wird vor allem das Ziel verfolgt, in den EU-Ländern ein Bewusstsein für die Bedeutung eines Indikators für die Drogenpolitik wachzurufen.

### Begrenztheit und Zuverlässigkeit der Daten

Wenngleich wir den Bereich unserer Untersuchungen eingeschränkt hatten, zeigten sich doch Schwierigkeiten aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit von Daten und Datenerhebungen in einem in der EU wenig entwickelten Bereich. Neben „Ad-hoc“-Studien, die während der Ausarbeitung dieses Berichts durchgeführt wurden <sup>(201)</sup>, haben nur wenige Studien das Ziel verfolgt, den Umfang der öffentlichen Ressourcen festzustellen, die in der EU für den Drogenbereich zur

Verfügung gestellt wurden <sup>(202)</sup>. Es ist festzuhalten, dass die meisten EU-Länder keine genauen Angaben zu ihren Ausgaben auf dem Gebiet der Drogen und der Drogensucht machen können.

Die an diesen Untersuchungen Beteiligten konnten daher in den meisten Fällen keine umfassenden Daten vorlegen. Es fehlen einige Daten, und die Berechnungen basieren oft auf Schätzungen und Extrapolationsmethoden <sup>(203)</sup>.

Wie von vielen Knotenpunkten berichtet und von der Fachliteratur bestätigt, können solche Forschungsarbeiten durch mindestens fünf Faktoren behindert werden: (1) fehlende Daten für einige Bereiche und Länder; (2) die Schwierigkeit einer Abgrenzung der Ausgaben für die Bekämpfung des illegalen Drogenkonsums von Daten, die sowohl den illegalen Drogenkonsum als auch den Alkoholkonsum betreffen; (3) die Vielfalt der Akteure und Organisationen, die auf zentraler, regionaler und lokaler Ebene für die Ausgaben verantwortlich sind; (4) die Schwierigkeit, die öffentlichen Ausgaben genau in die theoretischen Kategorien wie Nachfrage- und Angebotsreduzierung einzuteilen und (5) die Schwierigkeit, die Ausgaben in diesen beiden Kategorien, nach Interventionsbereichen aufzuschlüsseln (Behandlung, Primärprävention, Rehabilitation, Zusammenarbeit, Koordinierung usw.).

Bemerkenswert ist jedoch, dass – obwohl diese Art von Studien offensichtlich durch methodische Probleme kompliziert wird – Entscheidungsträger in den letzten Jahren ein wachsendes Interesse an einer Überprüfung der öffentlichen Ausgaben <sup>(204)</sup> sowohl als Entscheidungsgrundlage als auch als Mittel zur Leistungsmessung an den Tag legen.

### Ausgaben zur Reduzierung der Drogennachfrage

In dem Versuch eine „Liste“ der gesamten staatlichen Direktausgaben zur Reduzierung der Drogennachfrage in den EU-Mitgliedstaaten zu berechnen, und auf der Grundlage der von den nationalen Knotenpunkten übermittelten Daten wurde versucht, einen Vergleich ähnlicher Ausgaben anzustellen.

Obwohl alle erdenklichen statistischen Vorkehrungen getroffen wurden, war nicht zu vermeiden, dass sich die Zahlen in den einzelnen Ländern manchmal auf verschiedene Kategorien beziehen und dass in manchen Ländern keine Daten zur Verfügung stehen. Für Belgien, Dänemark, Italien und besonders Deutschland und Schweden fehlen einige einschlägige Informationen zu Ausgaben für die Nachfragereduzierung, weshalb die Gesamtzahl sicherlich zu niedrig geschätzt ist. Für andere Länder

<sup>(199)</sup> Durch die Unterschiedlichkeit der verfügbaren Daten werden länderübergreifende Vergleiche erschwert. Ein kompletteres Bild der öffentlichen Drogenausgaben in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten findet sich unter [http://www.emcdda.eu.int/policy\\_law/national/strategies/public\\_expenditure.shtml](http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

<sup>(200)</sup> Bezugsjahr für die „Momentaufnahme“ im Rahmen der Drogenstrategie der Europäischen Union (2000-2004).

<sup>(201)</sup> Die EBDD ist insbesondere den Knotenpunkten Griechenlands, Österreichs und Portugals dankbar für ihre speziellen Forschungsarbeiten und Untersuchungen in diesem Bereich, die den Wert dieses Jahresberichts erhöhen. Unser Dank gilt auch Professor Pierre Kopp für die Durchführung einer Peer-Review der Forschungsarbeiten.

<sup>(202)</sup> Belgien (2003), Luxemburg (2002), Vereinigtes Königreich (2002); weitere Einzelheiten siehe [http://www.emcdda.eu.int/policy\\_law/national/strategies/public\\_expenditure.shtml](http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

<sup>(203)</sup> Unser Bestreben, so viele Länder wie möglich einzubeziehen, um ein vollständiges europäisches Bild zu bieten, steht in Konflikt zu der geringen Datenmenge in einigen der betreffenden Länder. Daher blieb durch die Berichterstattung einerseits ein breites Spektrum bestehen, andererseits wurden die Analyse- und Vergleichsmöglichkeiten durch die Unsicherheit der endgültigen Zahlen stark reduziert.

<sup>(204)</sup> Belgien (2003), Luxemburg (2002), Vereinigtes Königreich (2002). Weitere Literaturangaben stehen auf der Website der EBDD zur Verfügung ([http://www.emcdda.eu.int/policy\\_law/national/strategies/public\\_expenditure.shtml](http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml)).

(Griechenland, Spanien, Frankreich, Luxemburg, Österreich und Portugal) sind die Daten trotz einer Restungenauigkeit in Bezug auf die einbezogenen Ausgabekategorien als vollständiger zu betrachten. In den Niederlanden und Norwegen insbesondere betreffen die geschätzten Ziffern sowohl illegale Drogen als auch Alkohol, wodurch die Endwerte für diese beiden Länder im Vergleich mit anderen ziemlich hoch ausfallen. Zwar beziehen sich die meisten Daten auf 1999 als Vergleichsjahr im Rahmen des Evaluationsprozesses für den EU-Aktionsplan, doch gibt es auch ein paar Ausnahmen. Die für Irland gemeldeten Zahlen sind die geplanten Staatsausgaben im Bereich der Nachfragereduzierung für das Jahr 2000, für Frankreich beziehen sich die Daten auf 1995 und für das Vereinigte Königreich auf das Haushaltsjahr 2000-2001. Bei der Interpretation der in Tabelle 6 aufgeführten Beträge sind daher die oben angeführten Einschränkungen zu berücksichtigen.

Die Gesamtausgaben der EU-Länder im Bereich der Reduzierung der Drogennachfrage im Jahr 1999 spiegeln gewissermaßen die Größe und den Reichtum der einzelnen Länder wider (Kopp und Fenoglio, 2003). Dabei ist es nicht verwunderlich, dass die größten und reichsten Länder (Deutschland, Frankreich, Italien und das Vereinigte Königreich) absolut gesehen für diesen Bereich offenbar mehr Geldmittel zur Verfügung stellen als die kleinen Länder, obwohl die Ausgaben auch in den Niederlanden und Norwegen relativ hoch sind (wahrscheinlich weil die Maßnahmen gegen den Alkoholmissbrauch in den Zahlen mit inbegriffen sind).

Forschungen haben gezeigt (Kopp and Fenoglio, 2003; Origer, 2002; Godfrey et al., 2002), dass Schätzungen dieser Art eine wertvolle Informationsquelle auf nationaler Ebene sein können. Vergleiche im Zeitverlauf innerhalb eines Landes können Zunahmen oder Abnahmen der Drogenbudgets aufzeigen. Sektorübergreifende Vergleiche (Nachfrage, Angebot, internationale Zusammenarbeit usw.) könnten außer formellen Strategien auch die konkreten finanziellen Anstrengungen verdeutlichen, die zur Bekämpfung des Drogenproblems unternommen werden.

Auf EU-Ebene können anhand von länderübergreifenden Vergleichen (den komplexesten Vergleichen) gemeinsame Muster oder Unterschiede festgestellt werden, was die zur Finanzierung der Drogenpolitik bereitgestellten Mittel betrifft, und die Ausgaben der einzelnen Länder einem europäischen Durchschnittswert oder auch den Daten aus anderen Gegenden der Welt gegenübergestellt werden.

Darüber hinaus können makroökonomische Indikatoren (wie das Bruttoinlandsprodukt (BIP), Gesamtbevölkerung, Gesamtausgaben der Regierung oder Anzahl der problematischen Drogenkonsumenten) auf einzelstaatlicher und europäischer Ebene ein Hilfsmittel darstellen, um den Umfang der Ausgaben zu messen und zu einer aussagekräftigere Interpretation von Daten zu gelangen, die für sich allein genommen nicht sehr wertvoll wären.

Vergleicht man jedoch die Ausgaben für die Reduzierung der Drogennachfrage z. B. mit dem Bruttoinlandsprodukt eines jeden Landes, so wird deutlich, welchen Anteil seines

Wirtschaftsvermögens ein Land für die Prävention des Drogenkonsums und zur Bekämpfung seiner Folgen ausgeben dürfte. Aus den in diesem Zusammenhang recherchierten Daten geht hervor, dass Norwegen im Jahr 1999 mit Ausgaben von etwa 0,1 % seines Wirtschaftsvermögens (BIP) investiert hat, gefolgt von den Niederlanden (0,078 %) (wobei in beiden Ländern die Ziffern sowohl Drogen als auch Alkohol betreffen). Portugal (0,074 %), Finnland (0,073 %) und Irland (0,070 %) gaben im Vergleich den größten Anteil ihres BIP für Maßnahmen zur Nachfragereduzierung aus; die größten und augenscheinlich reichsten Länder liegen in dieser Hinsicht weit zurück. Allerdings dürfte der Vergleich durch die bekannte Unvollständigkeit der Daten ein verzerrtes Bild bieten.

Eine Interpretation dieser Daten ist nicht einfach, und dies nicht nur wegen fehlender Daten. Aus dem Anteil der Ressourcen, die in den EU-Mitgliedstaaten für die Bekämpfung der Drogensucht bereitgestellt werden, lassen sich Rückschlüsse ziehen auf das Ausmaß des Drogenproblems oder auf den Umfang der Gegenmaßnahmen (oder beides), bzw. auf das Ausmaß der sozialen und gesundheitspolitischen Maßnahmen in der Bevölkerung. Geht man solchen Fragen nach, kann man zu einem besseren Verständnis des Phänomens und zu tieferen Einsichten auf dem Gebiet der Kostenschätzungen beitragen.

Eine andere Möglichkeit, öffentliche Ausgaben zu analysieren, besteht darin, sie im Zusammenhang mit dem Bereich zu betrachten, für den sie eingesetzt werden, in diesem Fall problematische Drogenkonsumenten<sup>(205)</sup>. Wird die geschätzte Zahl der problematischen Drogenkonsumenten als Indikator genutzt, können die Ausgaben für jeden Einzelnen berechnet werden, der am dringendsten der Unterstützung bedarf. Leider treten bei dieser Berechnung zwei Probleme auf: Erstens beziehen sich die Zahlen nicht unbedingt direkt auf die problematischen Drogenkonsumenten – die Drogenabhängigen – da Prävention, Aufklärung, Koordinierung auch auf Personen abgestellt sein können, die nicht als problematische Drogenkonsumenten eingestuft sind; und zweitens ist die Berechnung der Zahl der problematischen Drogenkonsumenten aus naheliegenden Gründen recht schwierig.

Aus den uns vorliegenden Daten geht hervor, dass der Wert der von jedem unterstützungsbedürftigen Drogenabhängigen in Anspruch genommenen Dienste in manchen Ländern sehr viel höher ist (Finnland, Luxemburg, Österreich) als in anderen (Griechenland, Portugal, Frankreich, Vereinigtes Königreich). Dies könnte als das Ergebnis eines stärkeren Engagements der Drogenhilfsdienste in der ersten Gruppe interpretiert werden; wahrscheinlicher ist jedoch, dass die Zahlen von der Qualität und der Art der jeweiligen Maßnahmen abhängen. Die Unterschiede des Ausgabenniveaus sind nicht unbedingt ein Ausdruck des Engagements, sondern vielmehr eines unterschiedlichen Niveaus der reaktiven Maßnahmen, das wiederum aus der spezifischen Situation resultiert.

Neben den Ausgaben für jeden einzelnen problematischen Drogenkonsumenten ist es auch aufschlussreich, die Belastung der Gesellschaft als Ganzes durch Maßnahmen zur Reduzierung der

<sup>(205)</sup> Injizierender Drogenkonsum oder langfristiger/regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen. Zur Errechnung der Ausgaben je problematischem Drogenkonsumenten wurden die Schätzungen der Zahl der problematischen Drogenkonsumenten zugrunde gelegt, die von den Nationalen Knotenpunkten anhand durchschnittlicher Quoten gemeldet wurden. Weitere Informationen siehe Statistische Tabelle 4: Geschätzte Zahl der problematischen Drogenkonsumenten in Mitgliedstaaten der EU, 1995-2001 (Online-Version).



**Tabelle 6: Aufschlüsselung der direkten öffentlichen Ausgaben in Mio. EUR nach den nationalen Reitox-Berichten 2002**

Land	Mio. EUR	Ausgabenkategorien in 1999
Belgien	139	Behandlung (100); Rehabilitation (22,5); Methadon (8,9); Gemeinschaften und Regionen: Prävention, Betreuung, Schulung, Koordinierung (8,3) (nicht eingeschlossen: 7 Mio. EUR zur Kriminalitätsprävention, die vom Innenministerium bereitgestellt wurden)
Dänemark	67	Ausgaben der Bezirke und Gemeinden für „Drogensucht“ 495,5 DKK (66,5); Prävention auf zentraler Ebene 6,2 DKK (0,8), in Bezirken und Gemeinden nicht bekannt
Deutschland	343,2	Notunterkünfte (3,0); psychosoziale Betreuung (13,3); 951 ambulante Beratungseinrichtungen (57,9); stationäre Rehabilitation [25 % von 434 Mio. EUR (99,7)]; Eingliederung in das Arbeitsleben (4,3); betreutes Wohnen (8,0); Behandlung in Suchtabteilungen der Krankenhäuser (97,0); Substitutionsbehandlung (nicht bekannt, aber auf mindestens 30,0 geschätzt), Länderhaushalt „Suchtmittelabhängigkeit“ 23,9 % (Drogenanteil) von 127 Mio. EUR (30,0) (nicht eingeschlossen: Ausgaben für Strafverfolgung und Strafvollzug)
Griechenland	16,2	39 Präventionszentren (OKANA), Gehälter und Personal (KETHEA), Unterbringung und Betriebskosten (2,4); Behandlung: abstinenzorientiert, Substitution und niedrigschwellig (11,9); soziale Rehabilitation (0,3); Forschung (0,3) OKANA, Daten nicht eingeschlossen; Erziehung/Aufklärung (0,8), einige zentrale Verwaltungskosten (0,5)
Spanien	181,5	Subutex (91,4); Soziale Gesundheit und städtische Angelegenheiten (101,9); Erziehung (Forschung) (6,6); Jugend und Sport (1,3); Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung (0,12); MILDT (66 % von 6,9 Mio. EUR (4,5) (nicht eingeschlossen: internationale Zusammenarbeit und Bezuschussung internationaler Organisationen)
Frankreich (1995)	205,8	Subutex (91,4); Soziale Gesundheit und städtische Angelegenheiten (101,9); Erziehung (Forschung) (6,6); Jugend und Sport (1,3); Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung (0,12); MILDT (66 % von 6,9 Mio. EUR (4,5) (nicht eingeschlossen: internationale Zusammenarbeit und Bezuschussung internationaler Organisationen)
Irland (2000) Geschätzte staatl. Ausgaben	57,1	Department of Health and Children (Behandlung, Prävention, Forschung) (32,0); Department of Enterprise, Trade and Employment (Wiedereingliederung) (6,0); Department of Education and Science (Prävention) (7,5); Department of Tourism, Sport and Recreation (Prävention, Forschung, Evaluation, Koordinierung) (11,6)
Italien	278,5	Ambulante Behandlung (99,1); stationäre und halbstationäre Behandlung (88,8); auf lokaler/regionaler Ebene durchgeführte Projekte des Nationalen Drogenfonds (67,6); von Ministerien geförderte Projekte des Nationalen Drogenfonds (23,0). Aus acht Regionen liegen keine und aus den meisten anderen Regionen nur Teildaten vor
Luxemburg	13,7	Gesundheitsministerium (5,7); Ministerium für Familie, soziale Solidarität und Jugend (2,3); Ministerium für Erziehung, Berufsbildung und Sport (0,5); andere Ministerien (0,3); Rückzahlungen der Sozialversicherung (4,9)
Niederlande	287,9	Allgemeines Gesetz über spezielles Krankheitsmanagement (für regionale Pflegedienste und Suchtkliniken) (76,0); Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (ambulante Suchtbehandlung) (74,2); Mittel für obdachlose Suchtkranke, vernachlässigte Drogenabhängigkeit (rund zwei Drittel der 150 Mio. EUR (112,5)); drogenbedingte Ärgernisse (24,1); Maßnahmen zur Drogenprävention (1,1) (die meisten Zahlen beziehen sich sowohl auf Drogen als auch auf Alkohol)
Österreich	52,3	Bundesmittel, Ländermittel und Gemeindemittel einschließlich Krankenversicherungsträger, Arbeitsmarktservice und Fonds Gesundes Österreich: Primärprävention (2,4); aufsuchende Drogenarbeit und Schadensminimierung (3,3); Beratung, Betreuung und Behandlung (40,7); Reintegration (4,2); Qualitätssicherung (0,6); sonstige Ausgaben/nicht zuzuordnen (0,8)
Portugal	71,7	Präsidenschaft des Ministerrates (16,2); Gesundheitsministerium (41,6); Erziehungsministerium (3,1); Ministerium für Arbeit und Soziales (9,5); Verteidigungsministerium (1,2)
Schweden	62,5	Grob geschätzte Kosten für die Nachfragereduzierung in Bezug auf Alkohol und Drogen (Tullverket, 2000). Gemeinden 300 SEK (30 EUR), Bezirke 250 SEK (25 EUR) und Staat 50 SEK (5 EUR). Nichtregierungsorganisationen, Stiftungen und Unternehmen 25 SEK (2,5 EUR)
Finnland	76,2	Gesundheitsfürsorge (stationär) (15,1); Gesundheitsfürsorge (ambulant) (7,9); drogenbedingte Renten (4,3); drogenbedingtes Krankengeld (0,5); Entschädigungen (Versicherungen) (0,9); Drogenhilfsdienste (stationär/ambulant) (26,5); Unterhaltszuschüsse (4,8); Jugendfürsorge (10,9); Forschung und Prävention (5,2)
Vereinigtes Königreich (2000-01)	466,3	Schätzungen für das Haushaltsjahr 2000-2001 (zwölf Monate bis 31. März 2001). „Drogenbehandlung“ 234 Mio. £ (367,4 EUR); „Jugendschutz“ (Prävention), 63 Mio. £ (98,9 EUR)
Norwegen	224,9	Geschätzte Ausgaben auf zentraler, Bezirks- und Gemeindeebene für Hilfsdienste (Drogen und Alkohol) und Prävention, Behandlung und Gesundheitsfürsorge (stationär/ambulant, abstinenzorientiert, Substitution), soziale Dienste für aufsuchende Suchthilfe, Schadens-/ Risikominimierung, Rehabilitation und Reintegration

Quellen: Nationale Reitox-Berichte (2002).

Drogennachfrage zu berechnen. Berücksichtigt man die Kosten für die Reduzierung der Drogennachfrage in den 16 Ländern (15 Mitgliedstaaten und Norwegen) und die vorliegenden unvollständigen Daten (Tabelle 6), so beläuft sich der in der EU im Jahr 1999 für die Prävention des Drogenkonsums und die Betreuung von Drogenabhängigen ausgegebene Gesamtbetrag (mindestens) auf rund 2,3 Mrd. EUR. Dies bedeutet, dass jeder EU-Bürger mit etwa 5 bis 10 EUR dazu beigetragen hat. Natürlich kann dieser Betrag noch erheblich höher liegen.

Wie von verschiedenen Beteiligten an diesen Forschungen betont wurde, dürfte eine gemeinsame Methodik für die länderübergreifende Forschung letztlich von größter Bedeutung sein, zumal angenommen werden muss, dass diese Art von Informationen und ihre Analyse für die politische Entscheidungsfindung maßgebend sein wird.

### Aufteilung der Ausgaben

Bei den gegenwärtigen Systemen der Datenerhebung ist es sehr schwierig, eine verlässliche Aufschlüsselung der Zahlen auf die verschiedenen Ausgabenkategorien zu erhalten. Auf nationaler Ebene gehen Bereiche wie Behandlung, Schadensminimierung und Prävention häufig ineinander über, und nicht alle Länder kategorisieren ihre Ausgaben nach demselben System. Folglich werden internationale Vergleiche durch die Verwendung unterschiedlicher Methoden der Datenerfassung und -klassifikation beeinträchtigt, was es sehr schwierig macht, die Ausgaben bestimmten Bereichen zuzuordnen und sie miteinander zu vergleichen.

Unter Berücksichtigung der methodischen Einschränkungen kann auf der Grundlage der zuverlässigsten in diesem Bericht gelieferten Daten eine wichtige Schlussfolgerung gezogen werden: der Bereich der Gesundheitsfürsorge und Therapie scheint mit 50-80 % aller direkten staatlichen Ausgaben für die Nachfragereduzierung den Löwenanteil der Mittel zu verschlingen.

In Österreich wurden im Jahr 1999 78 % der Bundesausgaben für die Nachfragereduzierung im Bereich „Beratung und Therapie“ von Drogenabhängigen aufgewandt. In Griechenland zeigen die Daten, dass annähernd 73 % der bekannten Ausgaben für die Behandlung (und Sekundärausgaben) bereitgestellt wurden, während sich 1999 in Spanien die Ausgaben für die Behandlung in den Gemeinden und autonomen Städten auf 74 % der Gesamtausgaben beliefen. In Portugal entfielen 49 % der gesamten Ausgaben auf die Drogenbekämpfung im Jahr 1999 auf den Bereich der Behandlung; 25 % der Gesamtausgaben werden für die Prävention des Drogenkonsums aufgewandt, dies ist die höchste Rate (unter den bekannten Daten) in diesem Bereich in der EU.

Direkte Ausgaben für die „Prävention“ sind allerdings nicht einfach festzustellen, weshalb die Daten hier unsicherer sind. Die Quoten liegen zwischen 4 % in Österreich, wo nur die Primärprävention berücksichtigt wurde, und 20 % in Griechenland (ebenfalls nur Primärprävention) und 15 % in den spanischen Gemeinden und autonomen Städten sowie 10 % in Luxemburg).

Der Anteil der Gesamtausgaben für die Reduzierung der Drogennachfrage, der für Rehabilitation und Reintegration sowie

für aufsuchende Drogenarbeit und Aktivitäten zur Schadensminimierung aufgewandt wird, scheint geringer zu sein, was höchstwahrscheinlich auf die unterschiedliche Größenordnung dieser Ausgaben im Vergleich zur Behandlung zurückzuführen ist oder darauf, dass sie bereits teilweise darin enthalten sind.

### Abschließende Überlegungen

Bei der Analyse der auf die Drogenbekämpfung entfallenden Ausgaben ist zwischen Forschungen in Bezug auf die einzelstaatlichen Ausgaben und diesbezüglichen länderübergreifenden Vergleichen zu unterscheiden.

Wie in einigen Ländern <sup>(206)</sup> aus jüngsten Studien hervorgeht, können auch ohne Anwendung einer „international vereinbarten Methodik“ zufriedenstellende Ergebnisse erzielt werden. Auf einer solchen Grundlage ist die Vergleichbarkeit der Länder natürlich eingeschränkt, nichtsdestoweniger kann auf nationaler Ebene anhand dieser Forschungen das Wissen um die Abhilfemaßnahmen zur Drogenproblematik erweitert werden, welches ein zweckmäßiges Instrument für die politischen Entscheidungsträger darstellt, mit dem sie das Niveau der Ausgaben in ihrem eigenen Land im Zeitverlauf beurteilen können, sofern diese Ausgaben wiederholt getätigt werden, bzw. im Ländervergleich, wenn die Angaben detailliert genug sind. Darüber hinaus kann durch einen Vergleich der Schätzkosten mit anderen Indikatoren, wie oben dargestellt, eingeschätzt werden, wie hoch die Ausgaben je Drogenabhängigem liegen oder wieviel die die Politik der Nachfragereduzierung im Vergleich mit anderen Politiken kostet, bzw. wieviel jeder Staatsbürger zu der Reduzierung der Drogennachfrage beitragen muss.

Diese Verhältnisberechnungen und Vergleiche geben Anlass zu sehr wichtigen Fragen und Hypothesen, die anhand gründlicherer Studien beantwortet werden können.

Eine andere Dimension der Untersuchung drogenbezogener Kostenschätzungen ist der länderübergreifende Vergleich (Gegenstand dieser Studie). Wie in diesem Bericht nachgewiesen wird, ist der Erfolg solcher Studien in hohem Maße abhängig von den verschiedenen Datenquellen und wird somit durch eine mangelnde Einheitlichkeit der Methoden, Statistiken und Zahlenangaben für die verschiedenen Länder beeinträchtigt. Um diese (und andere) Schwierigkeiten zu überwinden, sollten gemeinsame Standards für die Datenerhebung umgesetzt werden. Dafür wären aber Investitionen notwendig, ohne dass die Qualität und die Nützlichkeit der Endergebnisse abgesichert ist. Bevor solche Investitionen getätigt werden, besteht daher weiterer Bedarf an Untersuchungen und an gleichzeitigen gründlichen Überlegungen zur Relevanz und Nützlichkeit solcher Studien auf europäischer Ebene.

Zwischenzeitlich ist es die Rolle der EBDD, weiterhin an der Förderung und Verbesserung des statistischen Systems auf diesem Gebiet zu arbeiten und Informationen über die angewandten Methoden und die bereits unternommenen Untersuchungen zu verbreiten, während gleichzeitig die Überlegungen über die künftige Entwicklung zwischen den europäischen Partnern weitergeführt werden.

<sup>(206)</sup> Kopp und Fenoglio (2003), Uhl (2001), ONDCP (2001), Godfrey *et al.* (2002) und Origer (2002). Siehe auch die nationalen Knotenpunkt von Österreich, Portugal, Spanien und Griechenland im Rahmen der nationalen Reitox-Berichte 2002.





## Literaturangaben

- ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2000) *Reducing Drug-related Deaths*. Ein Bericht des Advisory Council on the Misuse of Drugs. The Stationery Office: London.
- Adalbjarnardottir, S., und Rafnsson, F. D. (2002) Adolescent antisocial behaviour and substance use: longitudinal analyses. *Addictive Behaviours* 27: 227-240.
- Amossé, T., Doussin, A., Fizardon, J.-M., et al. (2001) *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire*. Enquête INED, Paris et petite couronne, février-mars 1999, série resultants, Biblio Nr. 1355. CREDES, Paris.
- Aristoteles-Universität Thessaloniki (2000) Evaluierungsbericht des Leonardo-da-Vinci-Programms: Erforschung des Bedarfs und der Methode beruflicher Ausbildung für jugendliche Straftäter und gefährdete Jugendliche – ORESTIS. Aristoteles-Universität Thessaloniki: Thessaloniki.
- BAG (Bundesamt für Gesundheit) (1997) *Empfehlungen zur kombinierten Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung*. Bulletin Nr. 3, 27. Januar 1997.
- Bargagli et al. (2002) Mortality among problem drug users in Europe: a project of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 4 (1), S. 5-12.
- BBC News World Edition (2003) ID cards for teenagers launched, Wednesday 22 January 2003.
- Beck, F., Perreti-Wattel, P., Choquet, M., et al. (2000) Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés: premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999; évolutions 1993-1999. *Tendances* 6: 6.
- Beck, F. (2001) *Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans*. ESCAPAD, OFDT: Paris.
- Beck, F., Legleye, S., und Perreti-Wattel, P. (2002) Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EORPP). Erhältlich unter <http://www.drogues.gouv.fr>. OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies): Paris.
- Bennett, T. (2000) *Drugs and Crime: the Results of the Second Stage of the NEW-ADAM programme*. Research Study 205. Home Office: London.
- Bird, S. M., und Rotily, M. (2002) Inside methodologies: for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons. *The Howard Journal*, 41, Nr. 2.
- Boys, A., Marsden, J., Fountain, J., et al. (1999) What influences young people's use of drugs? A qualitative study of decision-making. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 6 (3).
- Brochu, S. (1999) *Drogue et criminalité: Une relation complexe*. Les Presses de l'Université: Montréal.
- Brook, D. W., et al. (2002) Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Archives of General Psychiatry* 59: 1039-1044.
- Brugal, M. T., Barrio, G., de la Fuente, L., et al. (2002) Factors associated with non-fatal overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction* 97: 319-327.
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2002) *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der BRD 2001*. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung: Köln.
- Buster, M. (2002) What can we learn from literature? In: Reinås, K. T., Waal, H., Buster, M. C. A., et al. (Hrsg.) *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities*. A joint project of the cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen and Frankfurt am Main, Teil II: Anhang, S. 97-107. Alcohol and Drug Addiction Service: Oslo.
- Bye, E. K. (2002) *Alcohol and Drugs in Norway, Statistikk '02*. Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research: Oslo.
- Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., et al. (1999) *Night Life in Europe and Recreative Drug Use*. IREFREA und Europäische Kommission: Valencia.
- Calafat, A., et al. (2003) *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation*.
- Calderone, B., Fornasiero, A., Lolli, S., und Montanari, L. (2001) *Prostituzione tra dinamiche di mercato e percorsi individuali. Una ricerca qualitativa sulla prostituzione femminile di strada in Emilia-Romagna*. Rapporto di ricerca: Bologna.
- Carlen, P. (1996) *Jigsaw: a Political Criminology of Youth Homelessness*. Open University Press: Milton Keynes, UK.
- Carpentier, C. (2002). *Drug Related Social Exclusion, in the Context of socio-demographic and Economic Indicators*. Arbeitspapier. EBDD: Lissabon.
- CEIES (Statistics Users Council) (1999) *Social Exclusion Statistics*, Konferenzunterlagen, Gemeinsame Konferenz, 22. November 1999. Imac Research: Esher, UK.
- Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (2002) *Medical Co-prescription of Heroin, Two Randomized Controlled Trials*. Bericht von van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., et al. Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts: Utrecht.
- Commonwealth of Australia (2002) *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia.
- Rat der Europäischen Union (2000) Aktionsplan der Europäischen Union zur Drogenbekämpfung (2000-2004), [http://www.emcdda.eu.int/policy\\_law/eu/eu\\_actionplan.shtml](http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml).
- De Zwart, W. M., Monshouwer, K., and Smit, F. (2000). *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dettmer, K. (2002) First-aid training for drug users and (in emergency) naloxone. Bericht über eine Pilotstudie von Fixpunkt e.V., Berlin. Vortrag auf dem Expertentreffen der EBDD über die Prävention und den Umgang mit Überdosierungen, Lissabon, 24.-25. Oktober 2002.
- DrugScope (2000) *Vulnerable Young People and Drugs: Opportunities to Tackle Inequalities*. DrugScope: London.
- Eland, A., und Rigter, H. (2001) *Immigrants and Drug Treatment*. Background Study. Bureau National Drug Monitor: Utrecht.

- EBDD (2002a) *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen*. EBDD: Lissabon.
- EBDD (2002b) *Update and Complete the Analysis of Drug Use, Consequences and Correlates Amongst Minorities*. EMCDDA Scientific Report. EBDD: Lissabon.
- EBDD (2002c) *Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review, November 2002*. ([http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project\\_reports/policy\\_law/strategies\\_report/national\\_strategies.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/strategies_report/national_strategies.pdf)).
- EBDD (2003a) *Alternatives to Prison for Drug Dependent Offenders*. Expert Meeting Report 2003. EBDD: Lissabon.
- EBDD (2003b) *Social reintegration in the EU and Norway*, [http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project\\_reports/responses/drugtreatment\\_socialreintegration.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/drugtreatment_socialreintegration.pdf).
- Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J., und Nicholls, J. (2003) *Drunk and Disorderly: a Qualitative Study of Binge Drinking among 18-24 Year Olds*. Home Office Research Study No. 262. Home Office: London.
- EORG (European Opinion Research Group) (2002) *Attitudes and Opinions of Young People in the EU on Drugs*. Eurobarometer 57.2/Special Eurobarometer 172. Bericht an die Generaldirektion für Justiz und Innere Angelegenheiten. EORG: Brüssel.
- ESPAD (Europäisches Schulprojekt zu Alkohol und Drogen) (2001) *Alcohol and other Drug use Among Students in 30 European Countries* (B. Hibell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, et al., Schwedischer Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN), die Pempidou-Gruppe des Europarates, Dezember 2000).
- Europäischer Rat (2001) Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. *Entwurf eines Gemeinsamen Berichts über die Soziale Eingliederung* [KOM(2001) 565 endg.], verfügbar im Internet: [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/soc-prot/soc-incl/joint\\_rep\\_de.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/joint_rep_de.htm).
- Expert Group on The Probation and Welfare Services (1999).
- Farrell, M., Neeleman, J., Gossop, M., et al. (1996). *A Review of the Legislation, Regulation and Delivery of Methadone in 12 Member States in the European Union*. Brüssel: Europäische Kommission.
- Farrell, M., Verster, A., Davoli, M., et al. (2000) *Reviewing Current Practice in Drug-substitution Treatment in the European Union*. EBDD: Lissabon.
- Ferrari, A., Manaresi, S., Castellini, P., et al. (2001) *Overdose da oppiacei: analisi dei soccorsi effettuati dal Servizio Emergenze Sanitarie „118“ Modena Soccorso, nel 1997. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo, Anno XXIV 2001, no 2*.
- Field-Smith, M., Bland, J., Taylor, J., et al. (2002) *Trends in Death Associated with Abuse of Volatile Substances 1971-2000*. Report No. 15. Department of Public Health Sciences and Department of Cardiological Sciences, Toxicology Unit, St. George's Hospital Medical School: London ([www.shms.ac.uk/depts/phs/vsa2000/vsa2000s.htm](http://www.shms.ac.uk/depts/phs/vsa2000/vsa2000s.htm)).
- Fitzgerald, M., Stockdale, J., und Hale, C. (2003) *Young People and Street Crime*. Youth Justice Board for England and Wales: London.
- Fundación Secretariado General Gitano (2002) *Grupos étnicos minoritarios y consumo de drogas*. Fundación Secretariado General Gitano: Madrid.
- Gallie, D., und Paugam, S. (2002) *Soziale Prekarität und Soziale Integration*. Eurobarometer 56.1. Bericht für die Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung. EORG: Brüssel.
- Godfrey, C., Eaton, G., McDougall, C., und Culyer, A. (2002) *The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2000*. Home Office Research Study 249. Home Office Research, Development and Statistics Directorate: London.
- Goulden, C., und Sondhi, A. (2001) *At the Margins: Drug Use by Vulnerable Young People in the 1998/99 Youth Lifestyles Survey*. Home Office Research Study 228, London.
- Grant, B. F., und Dawson, D. A. (1997) *Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*. *Journal of Substance Abuse* 9: 103-110.
- Griffiths, C. (2003) *Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1997-2001*. *Health Statistics Quarterly*, 17 (Frühjahr 2003): 65-71.
- Griffiths, P., Vingoe, L., Jansen, K., et al. (1997) *Insights: New Trends in Synthetic Drugs*. EBDD: Lissabon.
- Hammersley, R., Marsland, L., und Reid, M. (2003) *Substance Use by Young Offenders: the Impact of the Normalisation of Drug Use in the Early Years of the 21st Century*. Home Office Research Study 261. Home Office: London.
- Hannon, F., Kelleher, C., und Friel, S. (2000) *General Healthcare Study of the Irish Prisoner Population*. Government Publications: Dublin.
- Hansen, W. (1992) *School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990*. *Health Education Research* 7: 403-430.
- Hariga, F., Goosdeel, A., und Raedemaker, A. F. (1998) *Opération boule-de-neige sida, hépatites, overdoses*. Carnets du Risque 15. Modus Vivendi: Brüssel.
- Hickey, C. (2002) *Crime and Homelessness*. Focus Ireland and PACE: Dublin.
- Hurley, S. F., Jolley, D. J., und Kaldor, J. M. (1997) *Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection*. *Lancet* 349: 1797-1800.
- Kavounidi, T. (1996) *Social exclusion: concept, community initiatives, the Greek experience and policy dilemmas*. In: *Dimensions of Social Exclusion in Greece* (Hrsg. D. Karantinos, L. Maratou-Alibranti, und E. Fronimou), S. 47-96. Athen: EKKE.
- Kopp, P., und Fenoglio, P. (2003) *Public Spending on Drugs in the European Union During the 1990s – Retrospective Research*. EBDD: Lissabon.
- Kraus, L., und Püschel, K. (Hrsg.) (2002) *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen*. Lambertus: Freiburg, Deutschland.
- Lehto-Salo, P., Kuuri, A., Mattunen, M., et al. (2002) *POLKU-tutkimus. Tutkimus nuorista kolmessa koulukodissa – Psykiatrinen ja neuropsykiatrinen näkökulma. Aiheita 16*. STAKES: Helsinki.
- Lepère, B., Gourarier, L., Sanchez, M., et al. (2001) *Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne en France, depuis 1994. A propos du rôle des traitements de substitution*. *Annales de Médecine Interne* 152 (suppl. au n° 3): IS5-12.

- Liebschutz, J., Savetsky J. B., Saitz R., et al. (2002) The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *Journal of Substance Abuse Treatment* 22: 121-128.
- Lloyd, C. (1998) Risk factors for problem drug use: Identifying vulnerable groups. *Drugs, Education, Prevention and Policy* 5 (3).
- Lourenço, N., und Carvalho, M. (2002) *Jovens delinquentes e drogas: Espaços e trajetórias*. Lissabon (unveröffentlichter Bericht)
- Lupton, R., Wilson, A., May, T., et al. (2002) A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods. Home Office Research Study 240. Home Office: London.
- Markert, J. (2001) Sing a song of drug use – abuse: four decades of drug lyrics in popular music-from the sixties through the nineties. *Sociological Inquiry* 71: 194-220.
- Meijer, R. F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M. M. J., et al. (2002) *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers – Achtergrondstudie bij het Justitie onderdeel van de Nationale Drugmonitor – Jaarbericht 2002*, WODC: Den Haag.
- Millar, D., O'Dwyer, K., und Finnegan, M. (1998) *Alcohol and Drugs as Factors in Offending Behaviour: Garda Survey*. Research Report No. 7/98. Garda Research Unit: Tipperary, Irland.
- Mol, A., und van Vlaanderen, J. L. (2002) *Ontwikkeling van de Cocaine hulpvraag; Periode 1994-2000; Het lijntje doorgetrokken*. Houten: Stichting. Informatievoorziening Zorg (IVZ).
- Molinae, M., Pecsteen, D., Hariga, F., et al. (2002) *L'usage de drogues en communauté française. Rapport Communauté française 1999-2000*. Ministère de la Communauté Française: Brüssel.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F., und Paddock, S. M. (2002) Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction* 97: 1493-1504.
- Narkotikakommissionen (2000) *En strategi för lokalt narkotikaförebyggande arbete. Diskussionspromemoria nr 12*. Narkotikakommissionen, Socialdepartementet: Stockholm.
- Nationale Berichte (2002) *Nationale Reitox-Berichte*.
- ODCPP (2000) *Demand Reduction, A Glossary of Terms*. ODCPP, New York.
- Observatorio Español Sobre Drogas (2002) *Informe No. 5*, Ministerio de Interior, Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O'Higgins, K. (1999) Social order problems. In *Social Housing in Ireland: A Study of Success, Failure and Lessons Learned* (Fahey, T. Hrsg.). The Katherine Howard Foundation and Combat Poverty Agency: Dublin (Enthalten im irischen Nationalen Bericht).
- Origer, A. (1999) *Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addict residents of the Grand Duchy of Luxembourg*. EBDD-Knotenpunkt – CRP-Santé: Luxemburg.
- Origer, A. (2002) *Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg*, Séries de recherche no. 4. EBDD-Knotenpunkt Luxemburg – CRP-Santé.
- Origer, A. and Delucci, H. (2002) *Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives. Analyse comparative (1992-2000)*. Forschungsreihe Nr. 3. EBDD-Knotenpunkt Luxemburg-CRP Santé: Luxemburg.
- Paglia, A., und Room, R. (1999) Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20: 3-50.
- Pant, A., und Dettmer, K. (2002) *Videoprojekt: Erste Hilfe im Drogennotfall, Abschlussbericht*. Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität: Berlin.
- Parker, H., und Egginton, R. (2002) Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: developing a strategy for reducing risks and harms. *International Journal of Drug Policy* 13: 419-432.
- Petratis, J., Flay, B., Miller, T., et al. (1998) Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse* 33: 2561-2604.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J., und Schreckenberger, D. (2003) *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland*. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bd. 149*. Nomos-Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.
- Postma, M. J., Wiessing, L. G., und Jager, J. C. (2001) Pharmaco-economics of drug addiction; estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Member States of the European Union. *UN Bulletin on Narcotics* 53: 79-89.
- Pudney, S. (2002) The road to ruin? Sequences of initiation into drug use and offending by young people in Britain. Home Office Research Study 253. Home Office: London.
- Rehn, N., Room, R., und Edwards, G. (2001) *Alkohol in der Europäischen Region – Konsum, Gesundheitsschäden und die politische Dimension*. WHO – Regionalbüro für Europa: Kopenhagen.
- Reinås, K., Waal, H., Buster, M. C. A., et al. (2002) *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities. A Joint Project of the Cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen, and Frankfurt am Main*. Drug and Alcohol Addiction Services of the Municipality of Oslo: Oslo.
- Reinking, D., Nicholas, S., Van Leiden, I., et al. (2001) *Daklozen in Den Haag; Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie*. Trimbos-instituut: Utrecht.
- Seaman, S., Brettell, R., und Gore, S. (1998) Mortality from overdose among drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal* 316: 426-428.
- Shillington, A. M., und Clapp, J. D. (2002) Beer and bong: differential problems experienced by older adolescents using alcohol only compared to combined alcohol and marijuana use. *American Journal Drug Alcohol Abuse* 28: 379-397.
- Single, E., et al. (2001) *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*, 2. Ausg.
- Skolverket (2000) *Nationella kvalitetsgranskningar 1999*. Skolverket: Stockholm.
- Social Exclusion Unit (2002) *Young Runaways*. British Office of the Deputy Prime Minister: London (<http://www.irf.org.uk/home.asp>).
- Spooner, C., Hall, W., und Lynskey, M. (2001) *Structural Determinants of Youth Drug Use*. Australian National Council on Drugs: Woden, Australia.
- Sporer, A. (2003) Strategies for preventing heroin overdose. *British Medical Journal* 326: 442-444.

- Springer, A., Uhl, A., et al. (1999). Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen. Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung und Österreichisches Jugendforschungsinstitut. Unveröffentlichte Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Wien (enthalten im österreichischen Nationalen Bericht).
- Stauffacher, M. (1998) *Treated Drug Users in 22 European Cities. Annual update 1996. Trends 1992-1996*. Pempidou-Gruppe, Europarat: Straßburg.
- Stephenson, J. (2001) Former addicts face barriers to treatment for HCV. *Journal of the American Medical Association* 285: 1003-1005.
- Stevens, A., Berto, D., Kersch, V., et al. (2003) *QCT Europe: Literature Review Summary*. University of Kent: Canterbury, Vereinigtes Königreich.
- Stoever, H. (2001). *Assistance to Drug Users in European Union Prisons: An Overview Study*, EMCDDA scientific report. EBDD: Lissabon und London.
- Swadi, H. (1999) Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence* 55: 209-224.
- Tait, R. J., Hulse, G. K., Robertson, S. I., und Sprivilis, P. (2002) Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs. *Addiction* 97: 1269-1275.
- Tobler, N. (2001) Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings* Nr. 5, S. 25-27. The Findings Partnership: London.
- Tomas, B. (2001) Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen – Erfahrungen aus der Praxis. *Tagungsband der Enquête Wirkungskreise – Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie, um zu wirken?*, S. 56-64. Verein Dialog: Wien.
- Uunk, W. J. G., und Vrooman, J. C. (2001) Sociale uitsluiting. In *Armoedemonitor 2001*, S. 139-162. SCP/CBS: Den Haag.
- Varescon-Pousson, I., Boissonnas, A., und Ionescu, S. (1997) La surdose non mortelle: étude descriptive d'une population de toxicomanes. *Psychologie Française* 3: 255-260.
- Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M., und Zomerveld, R. (1999) *Dranbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden*. Parnassia Addiction Research Centre (PARC): Den Haag.
- Vestel, V., Bakken, A., Geir, H., und Moshuus Tormod, Ø. (1997) Ungdomskultur og narkotikabruk. *NOVA Temahefte* 1/97.
- Villalbi, J. R., und Brugal, M. T. (1999) Sobre la epidemia de heroína, su impacto, su contexto y las políticas sanitarias. *Medicina Clínica (Barcelona)* 112: 736-737.
- Vrieling, I., Van Alem, V. C. M., und Van de Mheen, H. (2000) *Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg 1994-1998*. IVV/IVO: Houten/Rotterdam.
- Waidner, G. (1999) *Die Viktimisierungserfahrungen drogenabhängiger Personen. Eine Untersuchung mit qualitativen Verfahren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien: Wien.
- Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S., und Hall, W. (2001) Heroin overdose: prevalence, correlates, consequences and interventions. Ein Bericht des National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales. Australian National Council on Drugs: Woden, Australien.
- WHO (1998) 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.
- Wiessing, L. (2001) The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved, *Eurosurveillance Weekly*, Heft 31 (<http://www.eurosurv.org/2001/010802.htm>).







# Reitox-Knotenpunkte

## Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk  
Instituut Volkgezondheid  
Rue Juliette Wytsman, 14  
B-1050 Bruxelles/Brussel  
Denise WALCKIERS  
Tel. (32-2) 642 50 35  
Fax (32-2) 642 54 10  
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

## Danmark

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge, 67 — Postbox 1881  
DK-2300 København S  
Ole Kopp CHRISTENSEN/Kari GRASAASEN  
Tel. (45) 72 22 77 60  
Fax (45) 72 22 74 11  
E-mail: okc@sst.dk, kag@sst.dk

## Deutschland

Deutsche Referenzstelle für die Europäische  
Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht  
Parzivalstraße, 25  
D-80804 München  
Roland SIMON  
Tel. (49-89) 36 08 04 40  
Fax (49-89) 36 08 04 49  
E-Mail: Simon@ift.de

## Elláda

University of Mental Health Research Institute  
Argirokastrou & Ionias Street  
Papagou  
GR-15601 — Athens  
Manina TERZIDOU  
Tel. (302-10) 653 69 02  
Fax (302-10) 653 72 73  
E-mail: ektepn@ektepn.gr

## España

Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas  
C/Recoletos, 22  
E-28001 Madrid  
Elena GARZÓN/ Ana Andrés BALLESTEROS  
Tel. (34-91) 537 27 25/2686  
Fax (34-91) 537 26 95  
E-mail: egarzon@pnd.mir.es, anaab@pnd.mir.es

## France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies  
105, rue Lafayette  
F-75110 Paris  
Jean-Michel COSTES  
Tel. (33) 153 20 16 16  
Fax (33) 153 20 16 00  
E-mail: jecos@ofdt.fr

## Ireland

Drug Misuse Research Division  
Health Research Board  
73, Lower Baggot Street  
Dublin 2  
Ireland  
Hamish SINCLAIR  
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160  
Fax (353-1) 661 18 56  
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

## Italia

Ministero del Lavoro e degli Affari sociali, dipartimento delle  
politiche sociali e Previdenziali, direzione generale per le  
tossicodipendenze e l'osservatorio nazionale  
Via Fornovo 8 — Pal. B  
I-00187 Roma  
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE  
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06  
Fax (39) 06 36 75 48 11  
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

## Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg  
Allée Marconi — Villa Louvigny  
L-2120 Luxembourg  
Alain ORIGER  
Tel. (352) 47 85 625  
Fax (352) 46 79 65  
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

## Nederland

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

## Österreich

Österreichisches Bundesinstitut  
für Gesundheitswesen

Stubenring, 6  
A-1010 Wien  
Sabine HAAS  
Tel. (43-1) 515 61 60  
Fax (43-1) 513 84 72  
E-Mail: HAAS@oebig.at

## Portugal

Instituto da Droga e da Toxicoddependência

Av. João Crisostomo, 14  
P-1000 — 179 Lisboa  
Fernando NEGRÃO/Maria MOREIRA  
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26  
Fax (351) 213 10 41 90  
E-mail: Fernando.Negrão@ipdt.pt, Maria.Moreira@ipdt.pt

## Suomi/Finland

Sosiaali ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus

PO BOX 220  
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)  
FIN-00531 Helsinki  
Ari VIRTANEN  
Tel. 358 (9) 39 67 23 78  
Fax 358 (9) 39 67 24 97  
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

## Sverige

Statens folkhälsoinstitutet

(Office: Olof Palmes gata, 17)  
S-103 52 Stockholm  
Bertil PETERSSON  
Tel. (46-8) 56 61 35 13  
Fax (46-8) 56 61 35 05  
E-mail: Bertil.Petersson@fhi.se

## United Kingdom

Sexual Health and Substance Misuse Policy

Department of Health, Skipton House  
80, London Road  
London SE1 6LH  
United Kingdom  
Alan LODWICK  
Tel. (44-20) 79 72 51 21  
Fax (44-20) 79 72 16 15  
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

## European Commission/Commission européenne

Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs  
Coordination Unit/Direction générale de la justice et des  
affaires intérieures — Unité de coordination de la lutte  
antidrogue

Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx-46 3/186)  
B-1049 Brussels/Bruxelles  
Timo JETSU  
Tel. (32-2) 29 95 784  
Fax (32-2) 29 53 205  
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

## Norge

Statens institutt for rusmiddelforskning

PB 565 Sentrum  
NO-0105 Oslo  
(Office: Øvre Slottsgate 2B)  
NO-0157 Oslo  
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN  
Tel. (47) 22 34 04 00  
Fax (47) 22 34 04 01  
E-mail: odd@sirus.no

## Knotenpunkte der Beitritts- und Kandidatenländer:

[http://www.emcdda.eu.int/partners/candidates\\_focalpoints.shtml](http://www.emcdda.eu.int/partners/candidates_focalpoints.shtml)

Europäische Beobachtungstelle für Drogen und Drogensucht

**Jahresbericht 2003: Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen**

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

2003 — 82 S. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-157-1



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 80/1/2/3/4/5  
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: hannas@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 L.d.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 Reykjavík  
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

BĂLGARIA

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

TÜRKIYE

**Dünya Infotel AS**  
100. Yil Mahallesi 34440  
TR-80050 Bagcilar-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.incm.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 90  
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: euock@euock.org  
URL: http://www.euock.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 der dezentralen Einrichtungen der Europäischen Union. Die EBDD, die 1993 gegründet wurde und ihren Sitz in Lissabon hat, ist die zentrale Informationsstelle zur Drogen- und Drogensuchtproblematik in Europa.

Die EBDD sammelt, analysiert und verbreitet objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen über die Drogen- und Drogensuchtproblematik. Dabei vermittelt sie ihren Zielgruppen einen fundierten Einblick in die Drogenproblematik auf europäischer Ebene.

Die Veröffentlichungen der Beobachtungsstelle sind eine wichtige Informationsquelle für ein breites Publikum wie politische Entscheidungsträger und ihre Berater; Fachkräfte im Drogenbereich sowie ganz allgemein für die Medien und die Öffentlichkeit.

Mit dem Jahresbericht bietet die EBDD einen jährlichen Überblick über die Drogenproblematik in den EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen und gibt all jenen ein unentbehrliches Nachschlagewerk an die Hand, die sich für die neuesten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Drogenproblematik in Europa interessieren. Die Druckfassung wird durch eine erweiterte Online-Fassung ergänzt, die unter <http://annualreport.emcdda.eu.int> abrufbar ist.