



2000

Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union



E . B . D . D .

Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Rechtlicher Hinweis

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

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind im Internet-Server Europa unter <http://europa.eu.int> verfügbar.

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

Eine statistische Mitteilung über epidemiologische Daten in englischer Fassung wird im Internet unter <http://www.emcdda.org> demnächst verfügbar sein.

Bibliographische Daten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichung der Europäischen Gemeinschaft, 2000

ISBN 92-9168-095-8

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2000

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Printed in Belgium



E . B . D . D .
Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25

P-1149-045 Lisboa

Tel. (351) 21 811 30 00

Fax (351) 21 813 17 11

E-Mail: info@emcdda.org

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

**Korrigendum zum
Jahresbericht über den Stand der
Drogenproblematik in der Europäischen Union**
(der geänderte Text ist unterstrichen)

Seite 14, Abb. 4

Die Bezeichnung der dritten Spalte wird ersetzt durch:
Deutschland (früheres Bundesgebiet)

Seite 22, unter dem Zwischentitel Zeitliche Entwicklung der drogenbedingten Todesfälle

Der erste Satz des mit einem Bullet eingerückten Absatzes lautet:

In Spanien und Frankreich sowie in gewissem Umfang in Deutschland - obgleich dort in jüngster Zeit ein Anstieg gemeldet wurde -, sowie in Italien, Luxemburg und Österreich ist die gegenwärtige Rate der akuten drogenbedingten Todesfälle stabil oder rückläufig.

Seite 30, unter dem Zwischentitel Nationale Drogenpolitiken

Der erste Satz des letzten Absatzes ist durch folgenden Text zu ersetzen:

In Luxemburg wurde nach den Parlamentswahlen im Jahre 1999 die Koordinierung der Drogenpolitik vom Justizministerium auf das Gesundheitsministerium übertragen. Zurzeit steht die Abschaffung von Haftstrafen sowie eine Minderung der Geldbußen für den Besitz von Cannabis und dessen Unterprodukten für den persönlichen Konsum bei gleichzeitiger Verschärfung der Strafbestimmungen für den Konsum und den Besitz zum persönlichen Konsum von anderen Drogen zur Debatte.

Seite 34, unter dem Zwischentitel Infektionskrankheiten

Der dritte Absatz lautet:

Ein Programm zur Impfung gegen Hepatitis B ist dagegen in Österreich mit Erfolg angelaufen, wobei Deutschland, Luxemburg und die Niederlande über positive Erfahrungen auch bezüglich der besonders gefährdeten intravenös injizierenden Drogenkonsumenten (i.v.-Drogenkonsumenten) berichten.

Seite 35, unter dem Zwischentitel Problematische Drogenkonsumenten

Der zweite Satz des ersten Absatzes lautet:

In Dänemark sind 75% und in Luxemburg 82 % der Personen, die eine Therapie aufnehmen, Konsumenten verschiedener Drogen.

Seite 36, unter dem Zwischentitel Gesellschaftliche Wiedereingliederung

Der letzte Satz des ersten Absatzes lautet:

Entsprechende Bemühungen um die Re- bzw. die Integration von Drogenkonsumenten in die Gesellschaft bzw. die Stabilisierung ihrer Lebensweise sind in Griechenland, Spanien, Irland, Luxemburg, Österreich, Portugal und Finnland verstärkt worden.

Der letzte Satz des zweiten Absatzes lautet:

In Griechenland, Spanien, Luxemburg, Österreich und Portugal laufen verstärkt Initiativen für die Bereitstellung von Unterkünften für (ehemalige) Drogenkonsumenten, dies sowohl in Form von Sozialwohnungen als auch von normalen Mietwohnungen bzw. innerhalb von Familien.

Seite 37, in Tabelle 1: In der EU verwendete Ersatzsubstanzen

Die erste Reihe - "Buprenorphin", Spalte "EU-Länder, in denen die Substanz verwendet wird" lautet:

Belgien, Dänemark, Frankreich, Italien, Luxemburg, Österreich, Vereinigtes Königreich

In der zweiten Reihe - "Dihydrokodein", Spalte "EU-Länder, in denen die Substanz verwendet wird" ist das Wort "Luxemburg" zu streichen.

Seite 38, unter dem Zwischentitel Einführung von Substitutionstherapien in der EU

Der vierte Satz wird ersetzt durch:

In Deutschland wurde 1999 ein Verfahren zur Arzneimittelprüfung für Heroin gestartet.

Seite 38, in Tabelle 2: Einführung der Ersatztherapie mit Methadon

Kommentar zu den Informationen in der Reihe "Deutschland":

Methadon konnte bereits vor 1992 verschrieben werden, war aber keine reguläre Behandlungsoption. Heroinschreibung wurde bisher nicht eingeführt.

Die Reihe "Luxemburg", Spalte "Einführung anderer Substanzen" lautet:

Mephenon® (1989), Methadon (1989) (c), und Buprenorphin (2000)

Seite 39, Abb. 21, in der Karte: Übersicht über die gegenwärtige Stellung der Ersatztherapie in der Europäischen Union

Der Kasten zu Deutschland lautet:

Laufende Versuche mit Buprenorphin. Ein für 2000 angestrebter Heroinversuch wird sich vermutlich bis 2001 verzögern.

Der Kasten zu Luxemburg lautet:

Mephenon®, Methadon und Buprenorphin (seit 2000 verschrieben)

Seite 42, in Tabelle 3: Programme zur Deckung der Bedürfnisse von drogenabhängigen Frauen

In der Reihe "Deutschland", Spalte „Schwangere“ ist ein ++ einzusetzen.

In der Reihe "Luxemburg", Spalte "Drogenabhängige Frauen und deren Kinder" ist ein + einzusetzen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Danksagungen	6
KAPITEL 1	7
Allgemeine Trends	7
Trends beim Drogenkonsum und seine Folgen	7
Cannabis	7
Amphetamine und Ecstasy	7
Kokain	8
Heroin	8
Drogenmischkonsum	8
Problematischer Drogenkonsum und Therapienachfrage	8
Drogenbedingte Todesfälle	9
Drogenbedingte Infektionskrankheiten	9
Sonstige Morbidität	9
Trends bei Maßnahmen gegen den Drogenkonsum	7
Drogenpolitik und strategische Entwicklungen	10
Prävention	10
Reduzierung der gesundheitsschädlichen Folgen des Drogenkonsums	10
Behandlung	11
KAPITEL 2	
Prävalenz und Muster des Drogenkonsums	13
Prävalenz des Drogenkonsums	13
Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung	13
Drogenkonsum unter Schülern	16
Schätzungen im Zusammenhang mit dem problematischen Drogenkonsum auf nationaler Ebene	16
Gesundheitliche Auswirkungen des Drogenkonsums	17
Therapienachfrage	17
Drogenbedingte Todesfälle	20
Mortalität unter Drogenkonsumenten	22
Drogenbedingte Infektionskrankheiten	22
Indikatoren aus der strafrechtlichen Verfolgung	24
Festnahmen wegen Drogendelikten	24
Daten aus dem Strafvollzug	24
Indikatoren für den Drogenmarkt: Sicherstellungen, Preis und Reinheit	25
Cannabis	25
Heroin	26
Kokain	26
Amphetamine, Ecstasy und LSD	26

KAPITEL 3	
Maßnahmen gegen den Drogenkonsum	29
Drogenpolitik und strategische Entwicklungen	29
Nationale Drogenpolitiken	29
Drogenstrategie der Europäischen Union (2000–2004)	31
Qualitätssicherung	31
Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage	32
Prävention	32
Reduzierung der gesundheitsschädlichen Folgen des Drogenkonsums	33
Behandlung	35
KAPITEL 4	
Ausgewählte Themen	37
Substitutionstherapie	37
Ersatzsubstanzen	37
Einführung von Substitutionstherapien in der EU	38
Umfang und Hintergrund der Substitutionstherapiezentren	39
Strafrechtliche Verfolgung drogenbedingter Delikte	40
Besitz von Heroin	40
Eigentumsdelikte	40
Drogenhandel	41
Problematik um drogenabhängige Frauen und deren Kinder	42
Drogenkonsum unter Frauen	42
Infektionskrankheiten	43
Schwangerschaft und Mutterschaft	43
Drogentherapie	44
Frauenspezifische Drogenprävention	44
KAPITEL 5	
Das Drogenproblem in Mittel- und Osteuropa	45
Prävalenz und Muster des Drogenkonsums	45
Cannabis	45
Opiate	46
Kokain	48
Synthetische Drogen	48
Andere Substanzen	48
Gegenmaßnahmen	48
Institutionelle und gesetzgeberische Maßnahmen	48
Maßnahmen zur Reduzierung des Angebots und der Nachfrage	49
Aktuelle Veröffentlichungen der EBDD	51
Knotenpunkte des Reitox-Netzes	53

Vorwort

Mit dem *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union 2000* stellt die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) das europäische Drogenphänomen zu Beginn eines neuen Jahrtausends in übersichtlicher Form für die Europäische Union und die Mitgliedstaaten dar. Gegenmaßnahmen und mögliche Lösungen können nur von einer geeigneten Informationsgrundlage ausgehend effektiv umgesetzt werden. Daher leistet die EBDD durch Deckung des Informationsbedarfs der Entscheidungsträger auf allen Ebenen einen bedeutenden Beitrag zur Entwicklung der Drogenpolitik in Europa.

Der Jahresbericht, der in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Knotenpunkten des Reitox-Netzes und anderen Partnern vorbereitet und zusammengestellt wird, ist das wichtigste Informationsorgan der Beobachtungsstelle. Die darin enthaltenen Daten und Analysen werden der Planung und der Umsetzung geeigneter Gegenmaßnahmen in bezug auf das Drogenproblem sowohl auf nationaler als auch auf EU-Ebene zugrunde gelegt.

Die bislang entwickelten und in der EU verwendeten Methoden für die Datenerfassung bzw. für den Datenvergleich weichen noch immer voneinander ab. Aus diesem Grund beschäftigt sich die EBDD u. a. mit der Entwicklung spezifischer Instrumente, mit deren Hilfe die Gesetzgebung sowie die Richtlinien und Strategien in bezug auf das Drogenphänomen in den einzelnen Mitgliedstaaten gleichmäßig analysiert werden können. Im Bereich der Epidemiologie werden gegenwärtig fünf harmonisierte Schlüsselindikatoren für den Drogenkonsum – Therapienachfrage, drogenbedingte Todesfälle, drogenbedingte Infektionskrankheiten, Erhebungen zum Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung, Abschätzungen der Prävalenz des Drogenkonsums – umgesetzt. Diese Indikatoren eröffnen nicht nur den Zugang zu wichtigen Informationen, sondern verfügen darüber hinaus über einen breiten strategischen Wert. Der Wert, den die Abschätzung der Folgen der Drogenpolitik auf die Entwicklung des Drogenproblems in sich birgt, wird zunehmend deutlich, weshalb solche Untersuchungen künftig auf der Grundlage dieser fünf Indikatoren durchgeführt werden sollen.

Der Europäische Rat hat den Vorschlag für die Drogenstrategie der Europäischen Union (2000-2004) während seiner Tagung in Helsinki im Dezember 1999 angenommen. Dieses Dokument sieht sechs bis zum Ende des vorgegebenen Zeitraumes zu erreichende Ziele vor:

- die deutliche Verminderung der Prävalenz des Drogenkonsums und der Anzahl an neuen Konsumenten unterhalb eines Grenzalters von 18 Jahren;
- die deutliche Verminderung der Häufigkeit von negativen gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums sowie der drogenbedingten Mortalität;
- die deutliche Erhöhung der Anzahl an erfolgreich therapierten Drogenabhängigen;
- die deutliche Verminderung der Verfügbarkeit illegaler Drogen;
- die deutliche Verminderung der drogenbedingten Kriminalität und
- die deutliche Verminderung der Geldwäsche und des illegalen Verkehrs mit chemischen Vorprodukten.

Die EBDD arbeitet zur Zeit eng mit der Europäischen Kommission und den einzelnen Mitgliedstaaten an der Einführung der nötigen Instrumente und Methoden zur Umsetzung, Beobachtung und Evaluation der Strategie innerhalb der nächsten fünf Jahre.

Das Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (Undcp) hat mit seinem „Konsensdokument von Lissabon“ vom Januar 2000, in dem sieben harmonisierte Schlüsselindikatoren angegeben sind – ebenfalls eine konzertierte Initiative zur internationalen Förderung der Datenerfassung ins Leben gerufen, die die Bemühungen der EBDD auf EU-Ebene in Anlehnung an die Drogeninformationspolitik der EU ergänzen soll.

Den hohen Stellenwert, der den Bemühungen der EBDD um die Erfassung von zuverlässigen und vergleichbaren Daten über das Drogenphänomen auf internationaler Ebene nach wie vor zukommt, spiegelt die politische Erklärung über die Grundsätze der Reduzierung der Drogennachfrage wider, die im Rahmen der Drogensitzung der UN-Generalversammlung im Juni 1998 verabschiedet wurde. Diese Erkenntnis und die zunehmend betonte Notwendigkeit der Evaluation von Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage als Grundlage für jede erfolgreiche Drogenstrategie auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene können lediglich als größere Schritte in diese Richtung angesehen werden. Ich hoffe, daß dieser Bericht aus Ihrer Sicht ebenfalls einen Schritt in diese Richtung darstellt.

Georges Estievenart
Direktor

Danksagungen

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

- 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,
- dem Vorsitzenden, dem Stellvertretenden Vorsitzenden und den Mitgliedern des Verwaltungsrates und des Wissenschaftlichen Beirats der EBDD,
- dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union – insbesondere seiner Horizontalen Drogengruppe – und der Europäischen Kommission,
- der Pompidou-Gruppe des Europarates, dem Internationalen Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsorganisation, Europol, Interpol, der Weltzollorganisation und der Europäischen Epidemiologischen Aids-Beobachtungsstelle,
- dem Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union und dem Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften,
- Mike Ashton und Rachel Neaman.

Allgemeine Trends

Trends beim Drogenkonsum und seine Folgen

Cannabis

Cannabis ist noch immer die am weitesten verbreitete illegale Droge in der Europäischen Union, deren Konsum im Verlauf der 90er Jahre erheblich gestiegen ist. Der anhaltende Zuwachs in Ländern mit ehemals niedrigen Konsumraten einerseits und eine gewisse Stabilisierung in Ländern mit hoher Prävalenz andererseits bestätigen die tendenzielle Konvergenz, die im letzten Jahr beobachtet wurde.

- Mindestens 45 Millionen Menschen in der EU (18 % davon aus der Gruppe der 15- bis 64jährigen) haben Cannabis wenigstens einmal probiert. Schätzungsweise 15 Millionen Menschen in der EU (6 % davon aus der Gruppe der 15- bis 64jährigen) haben Cannabis innerhalb der letzten zwölf Monate konsumiert.
- Der Konsum ist höher unter Gruppen von Jugendlichen. Schätzungsweise 25 % der 15- bis 16jährigen und 40 % der 18jährigen haben Cannabis probiert. In einigen Ländern hat sich der Konsum seit 1990 verdoppelt, während er in anderen Ländern weniger steil angestiegen ist und sich in einigen anderen gar stabilisiert hat.
- Neugier ist einer der Hauptbeweggründe zum Probieren von Cannabis, das eher versuchsweise in unregelmäßiger Weise konsumiert wird.
- Der im vergangenen Jahr beobachtete steigende Anteil der neuen Patienten, die sich wegen Cannabiskonsums in Behandlung begeben, hat sich insbesondere im Falle junger EU-Bürger bestätigt. Zusätzliche Drogen werden oft eingenommen.
- Cannabis ist immer noch die Hauptdroge im

Zusammenhang mit Drogendelikten; dabei handelt es sich meistens um Drogenbesitz und weniger um Drogenhandel. Die Anzahl der Sicherstellungen ist seit 1997 beträchtlich angestiegen.

Amphetamine und Ecstasy

Amphetamine und Ecstasy sind hinter Cannabis die am häufigsten konsumierten Drogen in der Europäischen Union. Nach einer Phase des Konsumanstiegs in den 90er Jahren scheint sich zur Zeit der Konsum von Ecstasy zu stabilisieren und gar zurückzugehen, während das Konsummuster von Amphetaminen bestenfalls stabil und eher steigend ist.

- Etwa 1 bis 5 % der Menschen in der EU, die zwischen 16 und 34 Jahre alt sind, haben Amphetamin und/oder Ecstasy probiert. Obwohl die Anzahl in engeren Altersgruppen höher ist, übersteigt sie nur in seltenen Fällen 10%.
- Der Anteil an Konsumenten von Amphetaminen und anderen Stimulanzien, die sich in Behandlung begeben, ist niedrig, jedoch wird ein tendenzieller Anstieg in einigen Mitgliedstaaten verzeichnet.
- Diese Drogen werden tendenziell seltener auf groß angelegten Tanzveranstaltungen dagegen zunehmend zerstreut in Kneipen und auf privaten Feiern konsumiert.
- In Abhängigkeit unterschiedlicher sozialer Schichten und Lebensgewohnheiten kann ein breites Spektrum von Drogen und Konsummustern beobachtet werden.
- Sowohl die Häufigkeit der Sicherstellungen als auch die dabei konfiszierten Amphetaminmengen sind seit 1998 annähernd konstant geblieben. Dagegen ist die Häufigkeit der Sicherstellungen von Ecstasy zwar seit 1997 ebenfalls annähernd gleich geblieben, die dabei sichergestellten Mengen schwanken jedoch.

Kokain

Obgleich der Konsum von Kokain weniger häufig vorkommt als derjenige von Amphetaminen und Ecstasy, steigt er – insbesondere unter gesellschaftlich aktiven Gruppen – und breitet sich über zunehmend größere Schichten aus.

- Etwa 1 bis 6 % der Menschen in der EU, die zwischen 16 und 34 Jahre alt sind, und 1 bis 2 % aller Schüler haben Kokain mindestens einmal probiert, obwohl einige demographische Studien zu dem Ergebnis führten, daß 4 % der Menschen in der EU im Alter zwischen 15 und 16 Jahren Kokain probiert haben.
- Höhere Konsumraten lassen sich unter gesellschaftlich erfolgreichen, berufstätigen jungen Erwachsenen unter der städtischen Bevölkerung beobachten.
- Kokain wird in der Regel versuchsweise bzw. in unregelmäßigen Abständen gesniff.
- Viele Konsumenten von Heroin nehmen auch Kokain ein, sei es ebenfalls intravenös oder durch Rauchen von „Crack“.
- Ernsthafte Folgen des Konsums von Crack sind vor allem unter Sex-Arbeiterinnen eindeutig nachgewiesen worden.
- Der Anteil an Menschen, die sich wegen Kokainkonsums in Behandlung begeben, nimmt zur Zeit in vielen Mitgliedstaaten zu. Bis zu welchem Umfang diese Entwicklung mit dem Konsum von Heroin bzw. von anderen Stimulanzien im Freizeitbereich im Zusammenhang steht, ist unklar.
- Die Häufigkeit der Sicherstellungen ist seit 1998 weiter angestiegen, jedoch schwanken die dabei konfiszierten Mengen.

Heroin

Die beobachtete Heroinabhängigkeit unter der europäischen Bevölkerung ist im allgemeinen stabil geblieben. Gewöhnliche Konsumenten sind Erwachsene mit schwer angeschlagener Gesundheit sowie ernsthaften psychischen und gesellschaftlichen Problemen, obwohl es Anzeichen für den Konsum auch unter bestimmten Gruppen jüngerer Menschen gibt.

- Der allgemeine Kontakt mit Heroin ist unter der Bevölkerung der EU nach wie vor selten (1 bis 2 % unter jungen Erwachsenen). Studien an verschiedenen Schulen haben ergeben, daß Schüler mit dem Konsum von Heroin äußerst zurückhaltend sind.

- In einigen Mitgliedstaaten wird gelegentlich über den erhöhten Heroinkonsum unter Jugendlichen in Form von Rauchen berichtet, während einige Untersuchungen an Schulen auf eine größere Experimentierfreude hindeuten.

- Der Gebrauch von Heroin kommt vor allem bei Jugendlichen mit starkem Konsum von Amphetaminen, Ecstasy und anderen Stimulanzien vor. Weitere besonders gefährdete Risikogruppen umfassen sozial ausgegrenzte Minderheiten, obdachlose Jugendliche, jugendliche Heimeinsassen, Häftlinge und Sex-Arbeiterinnen.

- Erstmals behandelte Patienten tendieren eher zum häufigen Rauchen als zum Spritzen von Heroin, im Gegensatz zu Patienten, die wiederholt in Behandlung kommen.

- Die Häufigkeit der Sicherstellungen von Heroin in der EU hält sich annähernd konstant, jedoch werden Schwankungen beim Vergleich zwischen unterschiedlichen Mitgliedstaaten erkennbar.

Drogenmischkonsum

Die Muster des sog. „Wochenendkonsums“ bzw. des „Freizeitkonsums“ umfassen zunehmend Kombinationen von legalen und illegalen Drogen einschließlich Alkohol und Beruhigungsmittel.

- Die Ergebnisse verschiedener Studien über das Nachtleben belegen den hohen Konsum verschiedener Drogen unter einer Minderheit von Jugendlichen.

- Über den Konsum synthetischer Drogen wie Ketamin und Gamma-Hydroxybutyrat (GHB) wird zwar berichtet, jedoch ist er wesentlich niedriger als derjenige von Amphetaminen oder Ecstasy.

- Von größerer Bedeutung ist der erhöhte Kokainkonsum, der häufig zusammen mit ebenfalls hohem Alkoholkonsum auftritt.

- Der Konsum von flüchtigen Substanzen – insbesondere von Lösungsmitteln, Benzin und Benzinderivaten, Aerosolen, Klebstoffen – kommt unter Schülern normalerweise häufiger vor als derjenige von Amphetaminen und Ecstasy und in einigen Ländern ist eine steigende Tendenz zu verzeichnen.

Problematischer Drogenkonsum und Therapienachfrage

Die Muster des problematischen Drogenkonsums – besonders im Zusammenhang mit Heroin oft auch als „Sucht“ bezeichnet – ändern sich in der EU. Zusätzlich

Allgemeine Trends

zu der Heroinabhängigkeit steigt die Sucht nach Kokain (häufig im Zusammenhang mit Alkohol) sowie der Konsum mehrerer verschiedener Drogen wie Amphetamine, Ecstasy und Medikamente und Cannabis.

- In der EU haben schätzungsweise 1,5 Millionen Menschen einen problematischen Drogenkonsum – hauptsächlich von Heroin – (zwischen 1 und 7 Einwohnern pro 1 000 im Alter zwischen 5 und 64). Ungefähr eine Million davon erfüllen die klinischen Kriterien zur Feststellung einer Abhängigkeit.
- Der Anteil an Patienten, die sich wegen Heroinkonsums in die Therapie begeben, nimmt im allgemeinen ab, wohingegen die Aufnahme von Kokain- bzw. Cannabisabhängigen, besonders im Falle von jungen Patienten, zunimmt.

Drogenbedingte Todesfälle

Die Anzahl drogenbedingter Todesfälle (durch Überdosis oder Vergiftung) in der EU ist annähernd stabil, nachdem in bestimmten Gebieten während der zweiten Hälfte der 80er und dem Beginn der 90er Jahre ein Anstieg zu verzeichnen war. Die Tendenz schwankt allerdings zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten.

- Die stabile oder gar fallende Anzahl von Todesfällen kann mit der stabilen bzw. fallenden Prävalenz des Heroins, mit dem zunehmend hygienischen Konsum oder mit dem erleichterten Zugang zur Therapie, darunter speziell mit der Heroin-Substitutionstherapie, zusammenhängen.
- Mitgliedstaaten mit ehemals niedriger Anzahl von plötzlichen Todesfällen im direkten Zusammenhang mit Drogen (Überdosen) berichten über einen erheblichen Anstieg in den letzten Jahren. Dies kann die Folge einer erhöhten Prävalenz des problematischen Drogenkonsums jedoch auch der Anwendung verbesserter Datenerfassungsmethoden sein.
- Andere Mitgliedstaaten verzeichnen weiterhin weniger plötzliche, jedoch ebenfalls mehr Todesfälle.
- Die Anzahl drogenbedingter Todesfälle ist unter Männern erheblich höher als unter Frauen, worin sich die höhere Prävalenz des problematischen Drogenkonsums in der männlichen Bevölkerung spiegelt.
- Die Mehrzahl der plötzlichen Todesfälle ist auf den Konsum von Opiaten zusammen mit Alkohol bzw. mit Beruhigungsmitteln zurückzuführen. In einigen Mitgliedstaaten wird über eine erhebliche Anzahl von Todesfällen infolge des Konsums von flüchtigen Substanzen unter

Jugendlichen berichtet. Plötzliche Todesfälle infolge der Einnahme von Kokain, Amphetaminen oder Ecstasy sind dagegen selten.

- Die allgemeine jährliche Mortalitätsrate unter Menschen mit einem problematischen Drogenkonsum ist in einigen Mitgliedstaaten zurückgegangen, nachdem ein Anstieg über Jahre hinweg beobachtet worden war. Dies spiegelt den Rückgang von Todesfällen durch Überdosen und HIV wider und weist somit darauf hin, daß die Prävention zumindest einiger Todesfälle möglich ist.

Drogenbedingte Infektionskrankheiten

Die allgemeinen Tendenzen bei der Prävalenz von HIV, Hepatitis B und C unter intravenös injizierenden Drogenkonsumenten weisen anscheinend auf eine Stabilisierung hin, obwohl in einigen Fällen über einen lokalen Anstieg von HIV-Infektionen berichtet wird.

- Die Inzidenzrate neuer HIV-Infektionen schwankt deutlich zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten, obgleich sie vermutlich infolge neuer Therapien, die den Ausbruch der Krankheit verzögern, insgesamt weiterhin fällt.
- Die Prävalenz von HCV-Infektionen unter intravenös injizierenden Drogenkonsumenten ist hoch – zwischen 50 und 90 % –, sogar in Mitgliedstaaten mit einer niedrigen HIV-Infektionsrate.
- Einen tendenziellen Verlauf der Hepatitis-B-Infektionsraten zu verzeichnen wird dadurch erschwert, daß vorhandene Antikörper zu einer Fehldiagnose im Sinne einer Impfung, anstelle einer Infektion führen können.
- Riskante Verhaltensmuster, die zu einer Krankheitsübertragung führen können, sind besorgniserregend. Besonders gefährdete Risikogruppen umfassen: junge intravenös injizierende Konsumenten, die bislang an keiner Aufklärungskampagne teilgenommen haben; Frauen, die häufiger als Männer zur kollektiven Verwendung von Spritzen neigen; intravenös injizierende Heroinkonsumenten, die zusätzlich Kokain einnehmen, und schließlich auch inhaftierte Drogenkonsumenten.

Sonstige Morbidität

Mögliche langfristige neurologische Schäden infolge eines erhöhten Konsums von Ecstasy stellen eine zunehmend besorgniserregende Erkenntnis dar.

- Eine steigende Anzahl von Tier- und Humanexperimenten deutet darauf hin, daß die chronische Einnahme von Ecstasy funktionelle bzw. morphologische Verän-

derungen im Gehirn hervorruft, wodurch die Regulierung physiologischer und psychologischer Funktionen wie Schlaf, Appetit, Gemütsverfassung, Aggression und Wahrnehmung verändert wird.

- Einige Studien ergaben leichte kognitive Störungen bei Konsumenten größerer Mengen von Ecstasy, jedoch finden sich in der Literatur bislang nur verstreut Ergebnisse hinsichtlich anderer Funktionsstörungen. Weitere ungelöste Probleme beziehen sich auf die Definition der „gefährlichen“ Grenzdosis im einzelnen, die Häufigkeit der Verwendung und die Frage nach der möglichen Reversibilität entstandener Schäden.
- Der Konsum von GHB – welches gering dosiert ein Gefühl der Entspannung erzeugt, jedoch in höheren Konzentrationen zu Vergiftungen führt, die besonders bei gleichzeitiger Einnahme von Alkohol und anderen Sedativa zum Teil tödlich sind – ist ebenfalls besorgniserregend.

Trends bei Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

Drogenpolitik und strategische Entwicklungen
Neue Formen der Drogenpolitik sind bereits in Frankreich, Portugal, Spanien sowie im Vereinigten Königreich und von der EU eingeführt worden.

- Die nationale Drogenpolitik der einzelnen Mitgliedstaaten strebt zunehmend ausgeglichene Ansätze an, wobei der Schwerpunkt stärker auf der Reduzierung der Drogennachfrage als des Angebots liegt.
- Das Drogenproblem wird zunehmend in einem breiteren sozialen Rahmen betrachtet, wobei die übliche Zielsetzung die Prävention des Konsums, die Verminderung von drogenbedingten Erkrankungen und die Verringerung der drogenbedingten Kriminalität umfaßt.
- Voraussetzung für den Erfolg der Strategien sind geeignete wissenschaftliche Nachweismethoden, klare Zielsetzungen, meßbare Leistungsziele und entsprechende Evaluationsverfahren.
- Reiner Drogenkonsum wird immer seltener strafrechtlich verfolgt. Es setzt sich vielmehr allgemein die Ansicht durch, daß Drogenabhängigkeit nicht mit Haftstrafen zu ahnden ist, sondern gesetzlich vorgesehene alternative Maßnahmen zur Anwendung kommen sollten.

Prävention

Die Drogenprävention in Schulen und Freizeiteinrichtungen sowie unter besonders gefährdeten Risikogruppen gilt in allen Mitgliedstaaten als Priorität.

- Programme zur Drogenprävention in Schulen verbinden die Aufklärung der Schüler mit der Förderung bestimmter Charaktereigenschaften, wie zum Beispiel der Selbstsicherheit. Durch Bildung von Peer-Groups sollen Jugendliche zur aktiven Mitwirkung bei der Einführung von präventiven Maßnahmen in ihren Schulen motiviert werden.
 - Maßnahmen und Leitlinien zur drogenbezogenen Ausbildung von Lehrern sowie auf die Eltern gerichtete Initiativen werden zunehmend entwickelt.
 - Die Nutzung des Internets als Erziehungsinstrument für Schüler, Eltern und Lehrer gleichermaßen nimmt zu.
 - Übungen zur Drogenprävention für junge berufstätige Menschen sowie für Angestellte von Kneipen und Nightclubs werden in einigen Mitgliedstaaten eingeführt.
 - Präventive Maßnahmen in bezug auf den Konsum synthetischer Drogen verbinden zunehmend Information und aufsuchende Sozialarbeit mit Beratung und in manchen Fällen sogar mit der Untersuchung von Pillen und werden somit allmählich professioneller.
 - Drogenstrategien für Jugendliche, die auf lokale Querschnittssektoren zugeschnitten sind, werden mit dem Ziel entwickelt, die Anforderungen der besonders gefährdeten Risikogruppen zu erfüllen.
 - Evaluationsmethoden zur Unterstützung der aufsuchenden Sozialarbeit mit besonders gefährdeten Risikogruppen sind dringend notwendig, und die EBDD entwickelt daher verschiedene Leitlinien, um diesem Mangel abzuhelpen.
- Reduzierung der gesundheitsschädlichen Folgen des Drogenkonsums**
Die Reduzierung der gesundheitsschädlichen Folgen des Drogenkonsums ist ein entscheidender Aspekt der Drogenstrategien vieler Mitgliedstaaten.
- Die Programme zum Austausch von gebrauchten Spritzen breiten sich in der EU aus, während gleichzeitig Maßnahmen zur Aufklärung über die zunehmend leichtfertig eingegangenen Risiken beim intravenösen Drogenkonsum ergriffen werden.

Allgemeine Trends

- Aufsuchende Sozialarbeit und leicht zugängliche („niedrigschwellige“) Hilfsdienste zur Unterstützung herkömmlicher Therapiezentren für Drogenabhängige sind in den einzelnen Mitgliedstaaten zunehmend verbreitet.
- Umstritten sind die in einigen Mitgliedstaaten eingerichteten Fixerstuben, deren Vorteile zur Zeit im Rahmen einer Studie im Auftrag der Europäischen Kommission untersucht werden.

Behandlung

Um die wachsende Anzahl der Menschen, die sich in die Behandlung begeben, und ihre Bedürfnisse bewältigen zu können, werden verschiedene Strategien zur aktiven Fürsorge in der EU entwickelt.

- Die Stellen für Jugend- und Sozialarbeit und die herkömmlichen Behandlungsdienste, die angesichts der kontinuierlichen Entstehung neuer Konsummuster und Zielgruppen im einzelnen meistens völlig überlastet sind, arbeiten enger zusammen.
- Behandlungsdienste für Frauen sind in der EU eingerichtet worden, von denen einige spezielle Therapien für

Schwangere sowie für alleinerziehende Mütter und Sex-Arbeiterinnen anbieten.

- Gesundheitsbehörden und psychiatrische Dienststellen werden zunehmend in die Behandlung des Drogenmischkonsums einbezogen.
- Die Nutzung der Substitutionstherapie dehnt sich – auch in Strafvollzugsanstalten – zunehmend aus, und zwar sowohl im Sinne eines höheren Zuspruchs als auch in bezug auf die größere Vielfalt der verwendeten Ersatzsubstanzen.
- Die Notwendigkeit einer geeigneten posttherapeutischen Fürsorge für ehemalige Drogenkonsumenten nach Beendigung der Behandlung bzw. nach ihrer Freilassung aus der Inhaftierung – sowie nach langjähriger Substitutionstherapie – wird in zunehmendem Maße erkannt.
- Ein hoher Anteil der Inhaftierten im Strafvollzug konsumiert Drogen, so daß entsprechende Therapien zunehmend Verbreitung finden, um den Rückfall in die drogenbedingte Kriminalität nach der Freilassung möglichst zu vermeiden.

Prävalenz und Muster des Drogenkonsums

Dieses Kapitel bietet eine auf verschiedenen Studien, Statistikerhebungen und anderen Forschungsarbeiten basierende Übersicht über die Prävalenz, die Muster und die Folgen des Drogenkonsums in der EU. Dabei wird die Information aus den einzelnen Mitgliedstaaten individuell hervorgehoben, um mögliche lokale bzw. lokal aufkommende Entwicklungen nicht zu übersehen.

Prävalenz des Drogenkonsums

Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

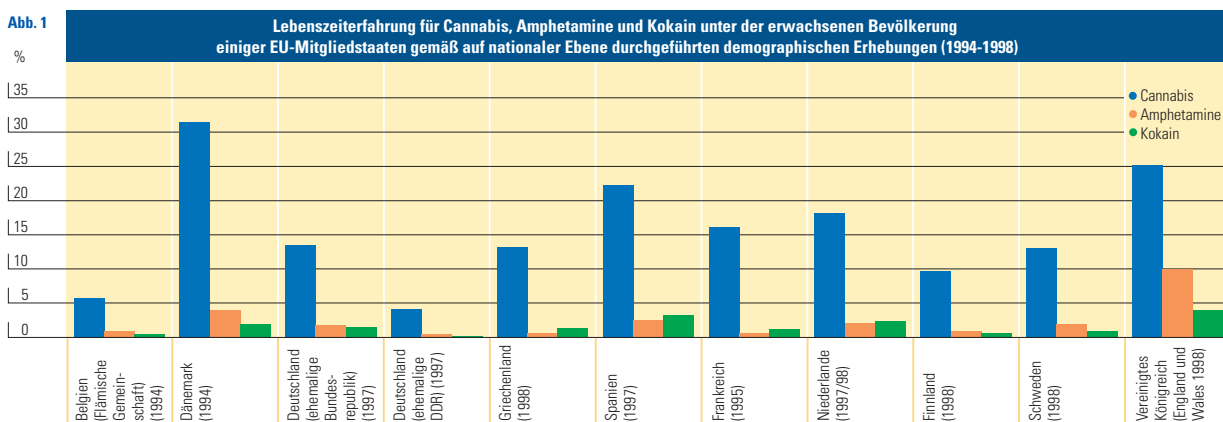
Demographische Erhebungen über den Konsum von Drogen auf nationaler Ebene wurden in den 90er Jahren in 11 Mitgliedstaaten durchgeführt. Dadurch wurden wertvolle Informationen über verschiedene Substanzen wie z. B. Cannabis zugänglich, deren Konsum verhältnismäßig häufig und nicht besonders stigmatisiert ist, wohingegen diese Erhebungen keine verlässlichen Daten über weniger deutliche Konsummuster, wie die des intravenösen Konsums von Heroin, lieferten.

Ein direkter Vergleich des Umfangs des Drogenkonsums in den einzelnen Mitgliedstaaten sollte mit Vorsicht durchgeführt werden, vor allem in den Fällen, in denen

kleine Schwankungen herrschen. Die Ergebnisse analoger und ähnlich strukturierter Studien können durch soziale Unterschiede (wie das Ausmaß der Verstädterung) und kulturelle Faktoren (inklusive der Einstellung zum Gebrauch von Drogen) empfindlich beeinflusst werden.

Muster des Drogenkonsums

Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Droge in der Europäischen Union. Die Lebenszeiterfahrung im Umgang mit Cannabis (d. h. der Konsum im Verlauf eines menschlichen Lebens) unter der erwachsenen Bevölkerung reicht von 10 % in Finnland bis zu 20 bis 30 % in Dänemark, Spanien und dem Vereinigten Königreich (siehe Abb. 1). Amphetamine werden durchschnittlich von 1 bis 4 % der Erwachsenen konsumiert, obgleich der Prozentsatz im Vereinigten Königreich bei 10 % liegt.

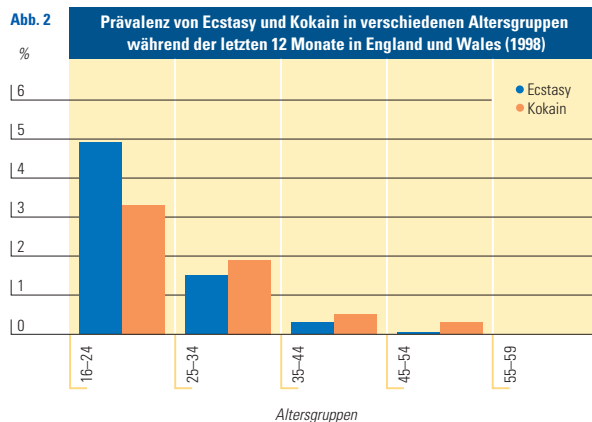


Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in der EU

Anmerkungen: Die Daten stammen aus den neuesten in den einzelnen Ländern verfügbaren nationalen Erhebungen. Die Altersgruppe reicht von 15 bis 18 bzw. 59 bis 69 Jahren. Schwankungen innerhalb der Altersgruppen können sich auf die Ungleichheiten zwischen den Ländern auswirken.
Quellen: Nationale Reitox-Berichte 1999, demographische Erhebungsberichte oder wissenschaftliche Fachartikel.

Ecstasy wiederum wird von 0,5 bis 4 % und Kokain von 0,5 bis 3 % der Erwachsenen in der EU konsumiert. Der Umgang mit Heroin ist wegen seiner niedrigeren Prävalenz und des eher verschleierte Konsums schwieriger einzustufen, jedoch geht aus den vorliegenden Berichten ein Anteil von unter 1 % aller Erwachsenen hervor.

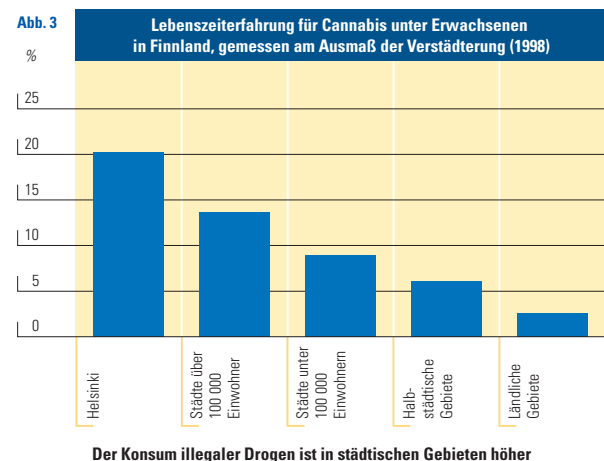
Der Konsum illegaler Drogen ist häufiger in der Altersklasse der 16-18jährigen bis hin zu den 34-39jährigen und bis zu zweifach höher als unter der gesamten erwachsenen Bevölkerung (siehe Abb. 2). In Finnland und Schweden wird Cannabis von 16 bis 17 % der Jugendlichen konsumiert, während es in Dänemark und im Vereinigten Königreich schätzungsweise 40 % sind. 1 bis 5 % der jungen Erwachsenen in der EU haben Amphetamine und Ecstasy probiert, wobei der Anteil im Vereinigten Königreich Schätzungen zufolge bei respektive 16 bzw. 8 % liegt. Kokain haben schließlich 1 bis 6 % der Jugendlichen in der EU probiert.



Der Konsum von Ecstasy und Kokain ist eine Jugenderscheinung, die mit dem Alter abnimmt

Quelle: Nationaler Bericht Vereinigtes Königreich 1999, in: Ramsay, M., und Partridge, S., *Drug misuse declared in 1998: Results from the British Crime Survey* (London: Home Office, 1999).

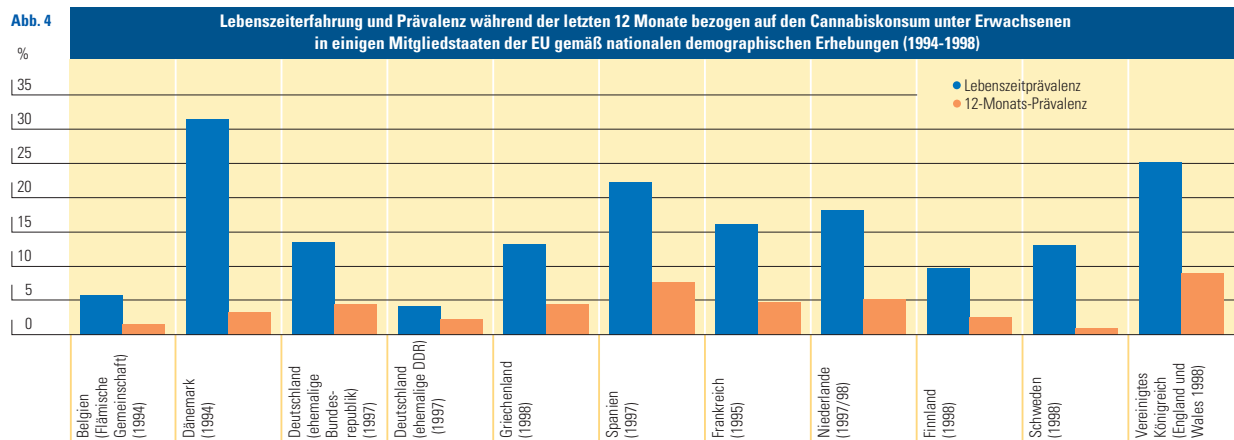
Verfügbare Daten aus einigen Mitgliedstaaten decken einen wesentlich höheren Drogenkonsum in städtischen Gebieten auf, obgleich diese Tendenz in gewissem Maße eventuell auch auf die ländliche Bevölkerung übergeht (siehe Abb. 3). Schwankungen zwischen einzelnen Studien, die auf nationaler Ebene durchgeführt wurden, lassen sich weitgehend aus dem zahlenmäßigen Anteil der städtischen bzw. ländlichen Bevölkerung erklären; in städtischen Populationen liegt die Drogenkonsumrate höher.



Der Konsum illegaler Drogen ist in städtischen Gebieten höher

Quelle: Nationaler finnischer Bericht 1999, in: Partanen, J., und Metso, L., Suomen toinen huumeaalto (*Zweite finnische Drogenwelle*), Yhteiskuntapolitiikka (2) 1999.

Die Lebenszeiterfahrung ist ein unzureichender Indikator für den Drogenkonsum in jüngster Zeit, weil dieser Parameter auch solche Menschen beinhaltet, die in ihrem Leben entweder nur ein einziges Mal oder vor langer Zeit in Kontakt mit den entsprechenden Drogen gekommen sind. Der Konsum im Verlauf des Vorjahres (die Prävalenz während der letzten 12 Monate) ist für diesen Zweck besser geeignet (siehe Abb. 4).



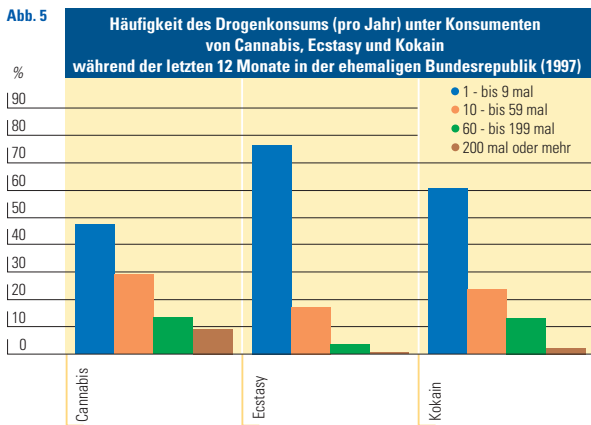
Der Drogenkonsum in jüngster Zeit ist wesentlich niedriger als die Lebenszeiterfahrung

Anmerkungen: Die Daten stammen aus den neuesten in den einzelnen Ländern verfügbaren nationalen Erhebungen. Die Altersgruppe reicht von 15 bis 18 bzw. 59 bis 69 Jahren. Schwankungen innerhalb der Altersgruppen können sich auf die Ungleichheiten zwischen den Ländern auswirken.
 Quellen: Nationale Reitox-Berichte 1999, Erhebungsberichte oder wissenschaftliche Fachartikel.

Prävalenz und Muster des Drogenkonsums

Die Konsumrate von Cannabis während der letzten 12 Monate liegt den Angaben zufolge zwischen 1 und 9 % bei Erwachsenen und zwischen 2 und 20 % (obgleich meistens unter 10 %) bei Jugendlichen. Andere illegale Substanzen werden in selten Fällen von mehr als 1 % der Erwachsenen bzw. 3 % der Jugendlichen konsumiert.

Einige Studien deuten darauf hin, daß viele Menschen, die in jüngster Zeit Drogen konsumiert haben, es bereits in der Vergangenheit gelegentlich taten (siehe Abb. 5).



Die am weitesten verbreiteten illegalen Drogen werden im allgemeinen eher in unregelmäßigen Abständen und nicht häufig konsumiert

Quelle: Nationaler Bericht Deutschland, 1999, in: Kraus, L., und Bauernfeind, R., Repräsentativerhebung zum Konsum psychotroper Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997 (München: Institut für Therapieforchung, 1998). Die Angaben zur Häufigkeit wurden von der EBDD ausgehend von der ursprünglichen Verteilung umgruppiert. Prozentsätze ausgedrückt als gültige Prozentsätze, ausgenommen „keine Antwort“ (Kokain 17,5 %, Ecstasy 2,2 % und Cannabis 0,7 %).

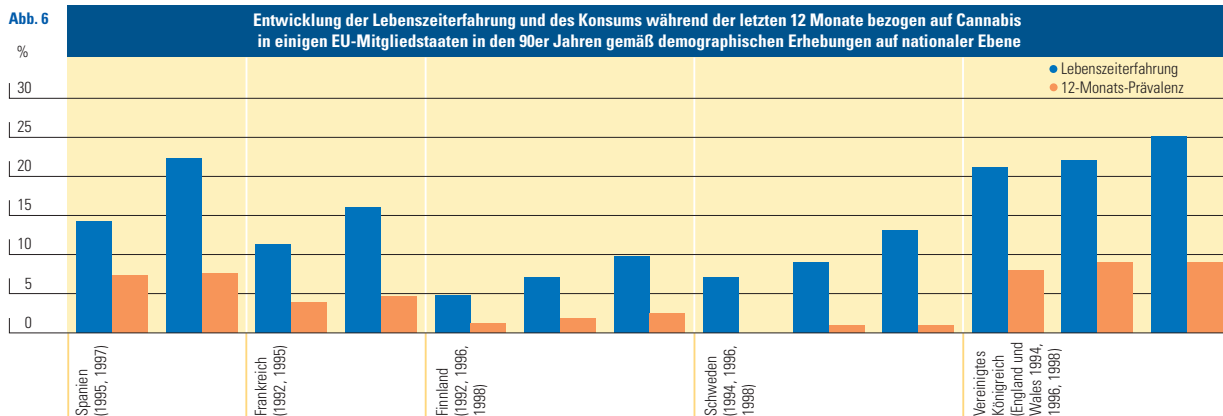
Entwicklungen des Drogenkonsums

Obwohl in den 90er Jahren in den meisten Mitgliedstaaten mehrere demographische Erhebungen durchgeführt wurden, liegen miteinander vergleichbare Erhebungsreihen lediglich aus Deutschland, Spanien, Schweden und dem Vereinigten Königreich vor.

Die Lebenszeiterfahrung für Cannabis stieg im letzten Jahrzehnt in den meisten Mitgliedstaaten an, während die Konsumraten eine konvergierende Tendenz zeigen. In den Mitgliedstaaten, in denen die Prävalenz zu Beginn der 90er Jahre niedrig war (beispielsweise in Griechenland, Finnland und Schweden), ist der aktuelle Anstieg verhältnismäßig größer als in EU-Ländern, in denen die Prävalenz in der Vergangenheit höher war (darunter Dänemark, Deutschland und das Vereinigte Königreich).

Eine erhöhte Lebenszeiterfahrung für Cannabis deutet nicht unbedingt auf eine entsprechende Erhöhung des Konsums in jüngster Zeit hin (siehe Abb. 6). Der Anstieg der Prävalenz während der letzten 12 Monate war wesentlich geringer als die entsprechende Lebenszeiterfahrung, woraus folgt, daß hauptsächlich die Rate des gelegentlichen Konsums angestiegen ist und daß sich die meisten Gelegenheitskonsumenten nicht zu regelmäßigen Verbrauchern entwickeln.

Die Entwicklung des Konsums anderer Drogen läßt sich schwer verfolgen, weil ihre Prävalenz niedriger ist. Einzelne gut dokumentierte Entwicklungen, wie zum Beispiel der jüngste Anstieg des Ecstasy-Konsums bestimmter Gruppen von Jugendlichen, werden durch die Ziffern für die Gesamtbevölkerung verwässert. Der Konsum von Amphetaminen, Ecstasy und Kokain ließ in einigen Mitgliedstaaten einen mäßigen – jedoch nicht gleichmäßigen – Anstieg während der 90er Jahre verzeichnen, wobei diese Entwicklung unter Jugendlichen im Falle von Ecstasy im allgemeinen stärker ausgeprägt war als im Falle der Amphetamine bzw. des Kokains.



Obwohl eine zunehmende Anzahl von Personen Cannabis probiert hat, steigt die Zahl der derzeitigen Konsumenten nicht in gleichem Maße

Quellen: Nationale Reitox-Berichte 1999, Erhebungsberichte oder wissenschaftliche Fachartikel.

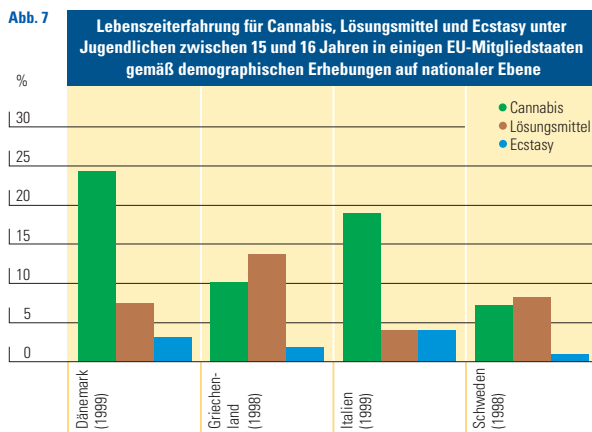
Drogenkonsum unter Schülern

In den 90er Jahren wurden in den meisten EU-Mitgliedstaaten Schülerbefragungen durchgeführt, viele von ihnen im Rahmen des Europäischen Schulprojekts zu Alkohol und Drogen (Espad). Diese Studien wurden erstmals 1995 und erneut 1999 durchgeführt, wobei sie sich hauptsächlich auf die Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen zwischen 15 und 16 Jahren konzentrierten; direkte Vergleiche der jeweiligen Ergebnisse sollten jedoch vorsichtig gezogen werden⁽¹⁾. Wie bei Erwachsenen ist die Lebenszeitprävalenz ein Indikator für experimentierendes Konsumverhalten. Abgesehen von methoden- und kontextbedingten Fehlern führen geringfügige Altersabweichungen innerhalb dieser Zielgruppe in den darauf beruhenden Schätzungen zu erheblichen Schwankungen.

Königreich durchgeführten Studien zufolge ist die Anzahl der Konsumenten von Amphetaminen und Ecstasy höher.

Muster des Drogenkonsums

Cannabis ist die am stärksten verbreitete illegale Substanz unter Schülern. Die Lebenszeiterfahrung unter ihnen reicht von 5 bis 7 % in Portugal und Schweden, bis hin zu 30 bis 40 % in Irland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich. In einigen Mitgliedstaaten ist der Konsum von Lösungsmitteln innerhalb dieser Alters-



Unter Schülern kann der Konsum von Lösungsmitteln häufiger sein als der von Cannabis

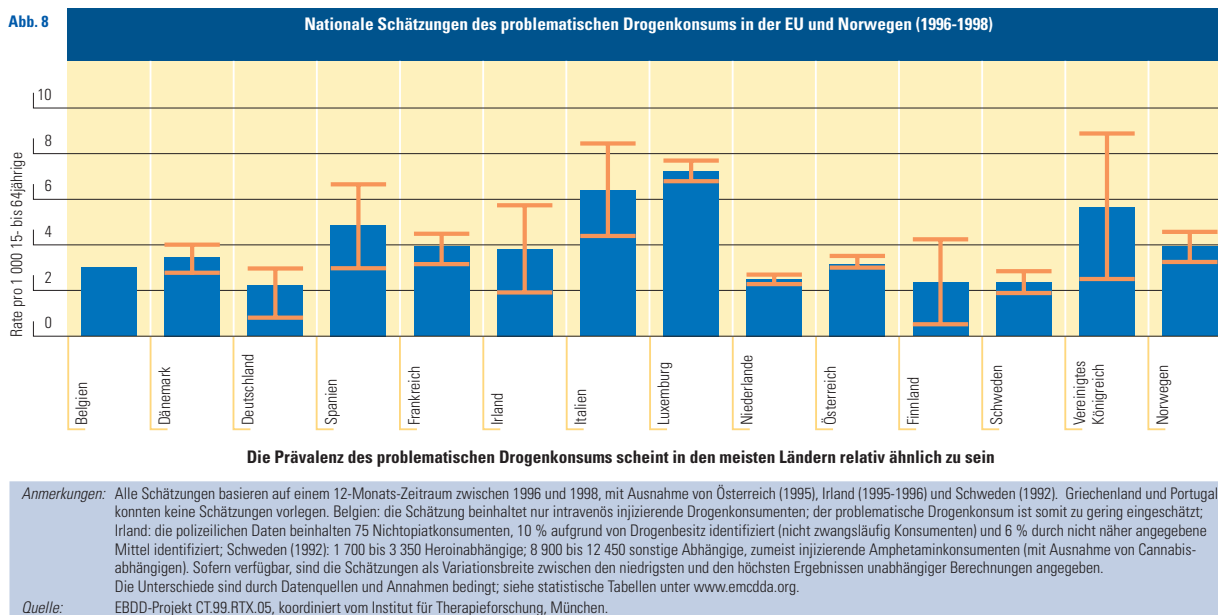
Anmerkungen: Die Daten stammen aus den neuesten in den einzelnen Ländern verfügbaren nationalen Schülerbefragungen. Die hier dargestellten Länder veranschaulichen abweichende Muster des Drogenkonsums unter Schülern. Andere Mitgliedstaaten weisen möglicherweise einen höheren oder niedrigeren Konsum von Cannabis, Lösungsmitteln und Ecstasy auf.
Quellen: Nationale Reitox-Berichte, Erhebungsberichte oder wissenschaftliche Fachartikel.

gruppe jedoch stärker (siehe Abb. 7).

Erfahrungen mit Amphetaminen werden von 1 bis 7 % der Schüler, solche mit Ecstasy von 2 bis 8 % angegeben, während Schätzungen zufolge die Erfahrung mit Kokain zwischen 1 und 4 % liegt. Einigen im Vereinigten

⁽¹⁾ Sämtliche Schätzungen über den Konsum der Schüler, die diesem Bericht zugrunde liegen, beziehen sich auf Jugendliche zwischen 15 und 16 Jahren, in Anlehnung an die Parameter der Espad-Studien. Die Ergebnisse der Schülerbefragung von 1999 liegen noch nicht vollständig vor.

Prävalenz und Muster des Drogenkonsums



Zeitliche Entwicklung des Drogenkonsums

In den 90er Jahren stieg die Lebenszeiterfahrung von Schülern in der EU im Umgang mit Cannabis in den meisten Mitgliedstaaten deutlich an. Obwohl der Drogenkonsum durch Mißbrauch von Lösungsmitteln, Amphetaminen, Ecstasy und Kokain ebenfalls wuchs, lag deren Prävalenz im Vergleich zu Cannabis bei wesentlich niedrigeren Werten.

Schätzungen im Zusammenhang mit dem problematischen Drogenkonsum auf nationaler Ebene

Methodologie und Definitionen

Der „problematische Drogenkonsum“ wird in diesem Rahmen als „intravenöser bzw. langfristiger oder regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen“ definiert. Von dieser funktionellen Definition sind Ecstasy und Cannabis ausgeschlossen, ebenso wie der unregelmäßige Konsum einer beliebigen Droge. Nationale Schätzungen der meisten Mitgliedstaaten liegen für den Zeitraum von 1996 bis 1998 vor, mit Ausnahme Österreichs (Stand von 1995) und Schwedens (Stand von 1992), für die neuere Daten fehlen (siehe Abb. 8). Die Prävalenzraten sind für die Bevölkerungsgruppen zwischen 15 und 64 Jahren neu berechnet worden, so daß sie nicht direkt mit den Ergebnissen vergleichbar sind, die im Jahresbericht 1999 der EBDD angegeben sind. Die erwähnten Schätzungen beruhen hauptsächlich auf statistischen Methoden, die drogenbezogene Parameter enthalten, darunter:

- eine Methode für multivariate Indikatoren;

- das Capture-recapture-Verfahren;

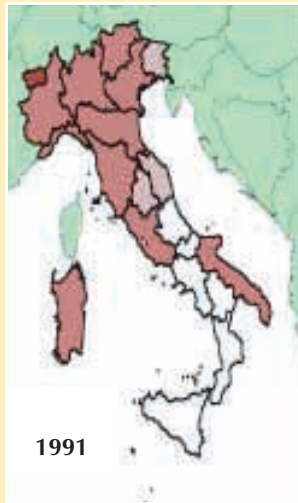
- drei Multiplikatoren zur Berücksichtigung von polizeilichen Daten, Behandlungsdaten und Todesraten;

- eine Multiplikatorenmethode mit zurückgerechneten Zahlen intravenös injizierender Drogenkonsumenten (i. v.-Drogenkonsumenten) mit HIV in Verbindung mit HIV-Infektionsraten unter i. v.-Drogenkonsumenten.

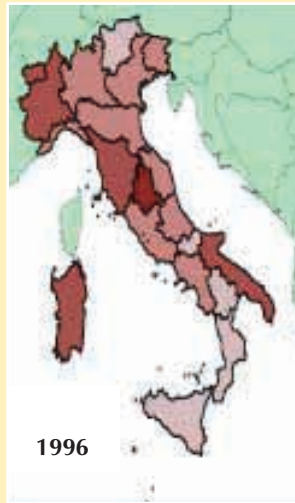
Die Einteilung in Abbildung 8 basiert auf den verfügbaren Grenzwerten (Maxima und Minima) der pro Mitgliedstaat geschätzten Konsumrate, die über verschiedene Methoden erzielt worden sind. Die dafür entwickelten Techniken werden nicht gleichmäßig bei allen Zielgruppen verwendet. So dient z. B. die Rückberechnungsmethode lediglich der Erfassung der i. v.-Drogenkonsumenten. Während die geschätzten Minima ausschließlich die Anzahl der intravenös injizierenden Opiatkonsumenten wiedergeben, enthalten die Maxima auch andere Konsumarten, wie z. B. die nicht intravenöse, regelmäßige Einnahme von Opiaten, Kokain und Amphetaminen.

In Italien wurden fünf Methoden, in Dänemark, Deutschland, Frankreich, Irland, Finnland und dem Vereinigten Königreich drei, in Spanien, Luxemburg und den Niederlanden zwei und in Belgien, Österreich, Schweden und Norwegen lediglich eine Methode angewendet. Die Verwendung mehrerer unabhängiger Methoden ermöglicht die Kreuzvalidierung einzelner Schätzungen und könnte somit zu verlässlicheren Gesamtergebnissen führen. Ein Vergleich zwischen Ländern ist jedoch nach wie vor nicht ganz unkompliziert, da die meisten Länder nicht alle Methoden anwen-

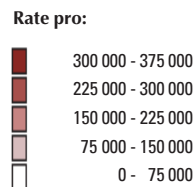
Geographische Verteilung des Heroinproblems in Italien



1991



1996



stabilisiert und in manchen Gebieten, in denen sie zuvor groß gewesen war, sogar als rückläufig. Die Prävalenz der Menschen in Behandlung stieg in anderen Gebieten, in denen sie Anfang der 90er Jahre verhältnismäßig gering gewesen war, weiterhin an.

Die geographische Verteilung des problematischen Heroinkonsums in Italien hat sich anscheinend entlang der wichtigsten Routen des Drogenhandels (z. B. vom Balkan über Griechenland nach Puglia) bzw. von den Großstädten hin zu kleineren, ländlichen Ortschaften entwickelt.

Zu Beginn der 90er Jahre führte die Heroinepidemie in Italien zu einer erhöhten Therapienachfrage. Diese korreliert indirekt mit der Prävalenz der Menschen in Behandlung, die ein Gefälle von Norden nach Süden bzw. von den Küstengebieten zum Landesinneren aufweist. Um 1996 galt die Ausbreitung der Epidemie als

Quelle: EBDD-Projekt CT.98.EP.04, unter der Leitung der Universität von Keele, Vereinigtes Königreich. Landkarte mit freundlicher Genehmigung der Universität Rom, Tor Vergata.

den könnten.

Nationale Schätzungen der Prävalenz

Trotz der Beschränkungen ist die Prävalenzrate offensichtlich in Spanien, Italien, Luxemburg und im Vereinigten Königreich am höchsten (ca. fünf bis sieben problematische Drogenkonsumenten pro 1 000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren, womit sie zwischen 2,3 und 8,9 % liegt), und in Belgien, Deutschland, den Niederlanden, Österreich, Finnland und Schweden (ca. 1 bis 3 problematische Drogenkonsumenten pro 1 000 Einwohner und somit zwischen 0,5 und 5,7 %) am niedrigsten. Mittlere Raten werden im Vergleich dazu aus Dänemark, Spanien, Frankreich, Irland und Norwegen berichtet, während Griechenland und Portugal bislang nicht in der Lage waren, Schätzungen abzugeben.

Diese Raten deuten auf eine geringe direkte Verbindung zwischen der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums und der nationalen Drogenpolitik hin, da die Konsumraten in vielen Fällen trotz der unterschiedlich liberalen bzw. restriktiven Politik in einzelnen Mitgliedstaaten offenbar ähnlich – und häufig relativ niedrig – sind. Die nationale Drogenpolitik kann jedoch im einzelnen einen Beitrag zur Linderung der Folgen des problematischen Drogenkonsums, wie der Infektionsrate oder der Einnahme von Überdosen, leisten.

Demographische Variable wie die Altersstruktur, die Bevölkerungsdichte und das Verhältnis von städtischer zu ländlicher Bevölkerung können die Prävalenz beeinflussen. Sozioökonomische Faktoren, darunter Arbeitslosigkeit, Bildung und Einkommen korrelieren mit der Prävalenz in einigen, jedoch nicht in allen Studien. Andere, z. B. geographisch bezogene Faktoren wie die unterschiedlichsten Routen des Drogenhandels, können dabei ebenfalls von Bedeutung sein (siehe Kasten Seite 18).

Gesundheitliche Auswirkungen des Drogenkonsums

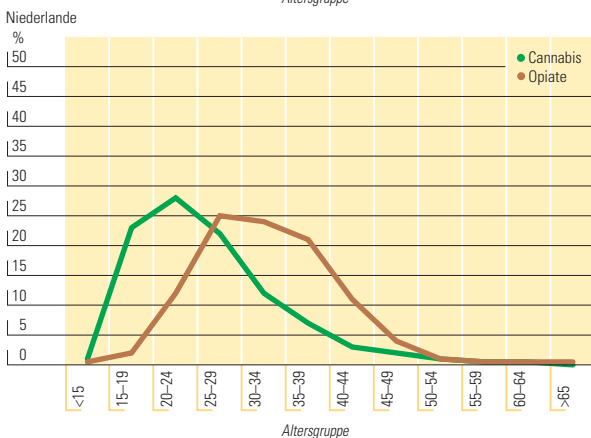
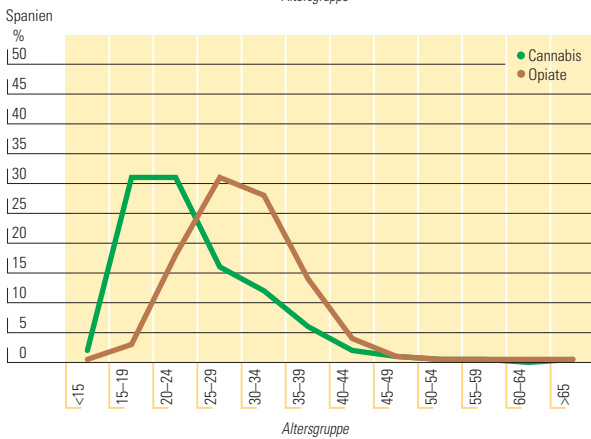
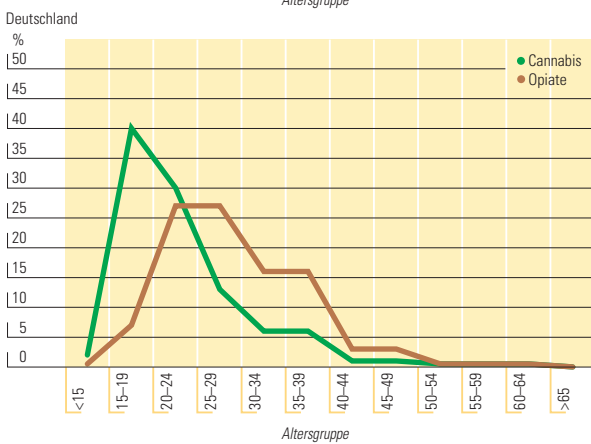
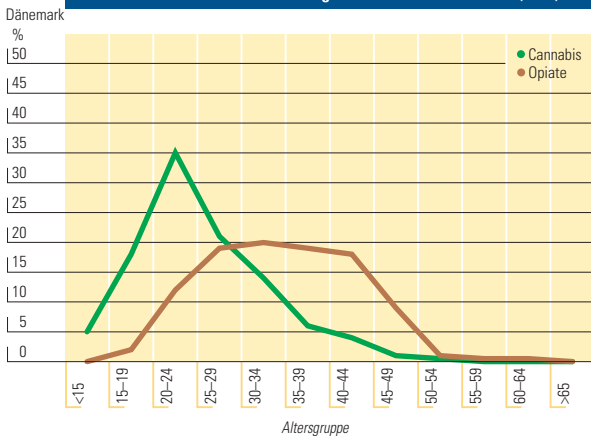
Therapienachfrage

Charakteristische Merkmale unter den sich in Behandlung begebenden Menschen, wie die Anzahl der intravenös injizierenden Drogenkonsumenten oder der Konsumenten von Opiaten, sind potentielle Indikatoren weiterreichender Tendenzen des problematischen Drogenkonsums. Abweichungen können dabei jedoch u. a. durch die Erfassung einer überhöhten Anzahl von intravenös injizierenden Konsumenten infolge der akuterer Behandlungsnot bzw. einer zu niedrigen Zahl von Kokainabhängigen angesichts des mangelnden Angebots an geeigneten Behandlungsdiensten entstehen.

Konsummuster von therapierten Patienten

Prävalenz und Muster des Drogenkonsums

Abb. 9 Altersverteilung der Konsumenten von Cannabis bzw. Opiaten bei Aufnahme in die Behandlung in sämtlichen EU-Ländern (1997)



Haben wir es in der Therapie mit verschiedenen Unterpopulationen zu tun?

Quelle: EBDD-Projekt CT.98.EP.10, koordiniert vom Institut für Therapieforschung, München.

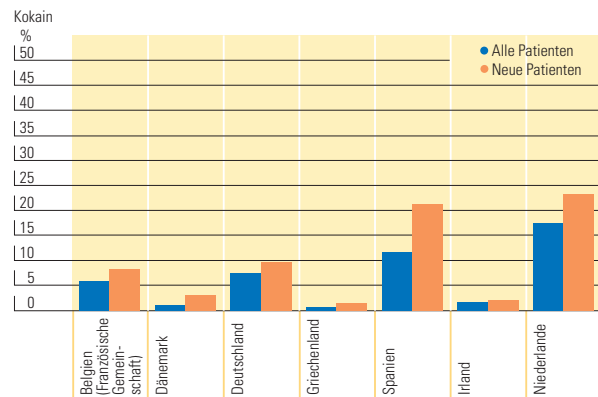
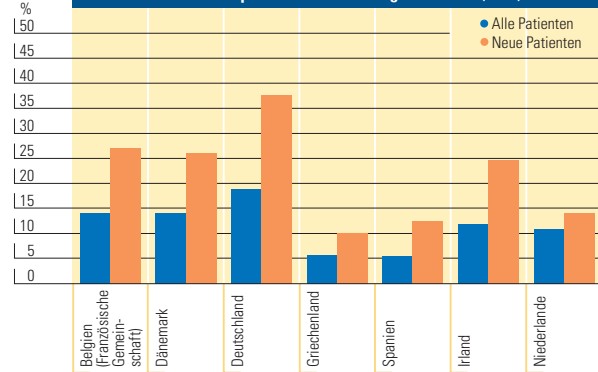
Trotz der Unterschiede zwischen den einzelnen Behandlungsverfahren können sowohl übereinstimmende als auch gegensätzliche Muster in der EU beobachtet werden, die sich nicht aufgrund methodologischer Abweichungen erklären lassen.

Zwischen 65 und 95 % der Drogenabhängigen, die eine Behandlung aufnehmen, benötigen eine Therapie wegen ihres Konsums von Opiaten (hauptsächlich Heroin). Niedrigere Schätzwerte sind lediglich innerhalb der Flämischen Gemeinschaft Belgiens bzw. in Finnland und Schweden verzeichnet worden.

Kokain kommt als Hauptdroge nur unter weniger als 10 % der zur Therapie zugelassenen Abhängigen vor, mit Ausnahme von Spanien (11 %) und den Niederlanden (17 %). Kokain taucht jedoch oft als Sekundärdroge bei Heroinkonsumenten in Behandlung auf (15 bis 60 %, gemäß verfügbaren Daten).

Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene werden als Hauptdrogen von weniger als 1 bis 2 % der neuen Patienten konsumiert, obwohl dieser Anteil laut Schätzungen in der Flämischen Gemeinschaft Belgiens wie auch in Finnland, Schweden und dem Vereinigten

Abb. 10 Neu aufgenommene Patienten in die Cannabis- bzw. Kokaintherapie in sämtlichen Mitgliedstaaten (1998)



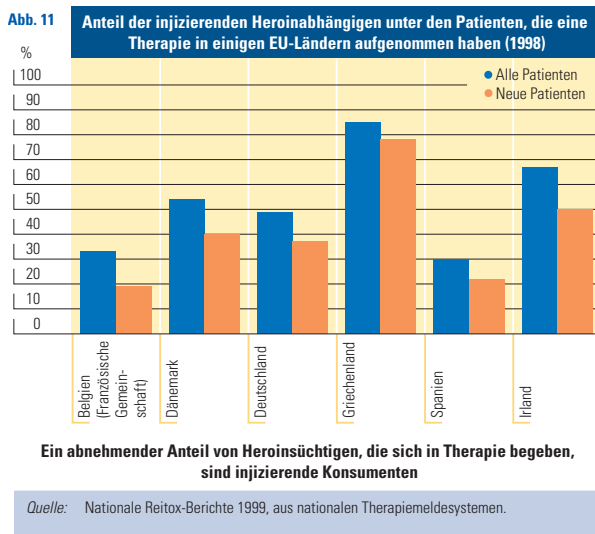
Eine zunehmende Anzahl von Menschen begibt sich wegen Cannabis- und Kokainkonsums in die Drogentherapie

Quelle: Nationale Reitox-Berichte 1999, aus nationalen Therapiemeldesystemen.

Königreich größer ist.

Cannabis wird im Schnitt von 10 bis 15 % der neuen Patienten als Hauptdroge konsumiert, wobei dieser Anteil in der Flämischen Gemeinschaft Belgiens, in Dänemark und Finnland bei 20 % liegt. Cannabis kommt häufig als Sekundärdroge bei Heroinpatienten. Die Cannabiskonsumanten sind wesentlich jünger als die Konsumenten von Opiaten (siehe Abb. 9), was auf eine Gruppe mit einem unterschiedlichen sozialen und persönlichen Hintergrund hinweist.

Der Anteil der intravenös injizierenden Patienten schwankt



merklich zwischen 14 % Heroinkonsumenten in den Niederlanden und 84 % in Griechenland. In Frankreich, Italien und Luxemburg wird über einen entsprechenden Anteil von über 70 % berichtet, während Schätzungen in anderen Mitgliedstaaten von 30 bis 60 % ausgehen. Die Gründe für diese Abweichungen sind soweit nicht eindeutig, jedoch könnten sie auf kulturelle bzw. lokale Traditionen sowie auf das unterschiedliche Angebot von rauchbarem bzw. injizierbarem Heroin auf den verschiedenen Schwarzmärkten zurückgehen.

Die Mehrzahl der Personen, die eine Behandlung aufnehmen, sind Männer, tendenziell zwischen 20 und 30 Jahren. Das niedrigste Durchschnittsalter wird in Irland (24,3 Jahre) verzeichnet, das höchste in Dänemark (32,5 Jahre).

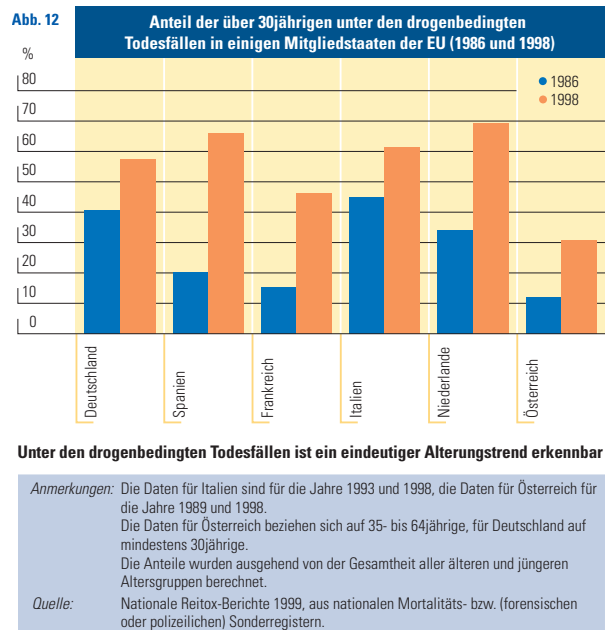
Entwicklung der charakteristischen Merkmale bei der Aufnahme in die Behandlung

Trotz deutlich verbesserter Methoden zur Datenerfassung sind bislang nur wenige Länder in der Lage, allgemeine Entwicklungstendenzen zu erkennen. Anstelle dessen werden charakteristische Merkmale bei der ersten

Aufnahme in eine Therapie verzeichnet und mit denjenigen der gesamten therapierten Bevölkerung verglichen, um auf diese Weise gewisse Muster abzuleiten.

Mehrere Mitgliedstaaten berichten über einen mäßigen Anstieg der Cannabis- und Kokainpatienten in den letzten Jahren, bei einem parallelen Rückgang der Anzahl von Opiatkonsumenten (siehe Abb. 10). Der Anteil an Amphetaminpatienten ist dagegen niedrig, jedoch relativ höher im Fall von neuen Patienten. Während diese Abweichungen einer realen Entwicklung entsprechen könnten, liegt die eigentliche Relevanz des relativen Anstiegs von Cannabis- und Kokainkonsumenten eventuell darin, daß sie ein Hinweis auf die rückläufige Zahl von Opiatabhängigen unter den neuen Patienten sein kann.

Der Anteil der intravenös Injizierenden unter den Heroinpatienten ging in den 90er Jahren in sämtlichen EU-Ländern zurück und ist zur Zeit nicht steigend. Der Anteil der intravenös Injizierenden unter den neuen Heroinpatienten ist deutlich geringer als unter allen Heroinpatienten, zumindest in den Mitgliedstaaten, für die entsprechende Daten verfügbar sind (siehe Abb. 11). Neu aufge-

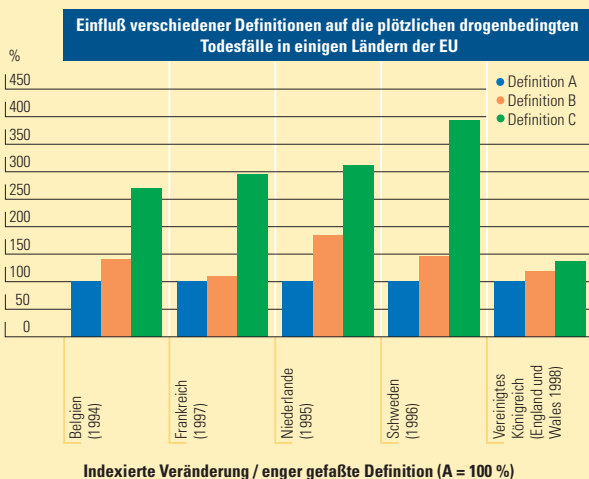


nommene Opiatpatienten rauchen in zunehmendem Maße Heroin (auch bekannt als „Chasing the Dragon“), und ein bedeutender Anteil derer, die gegenwärtig nicht spritzen, taten es früher. Dies weist auf eine wechselhafte Tendenz der Konsummuster hin, wonach allerdings auch einige gegenwärtige Heroinraucher sich zu künftigen injizierenden Heroinabhängigen entwickeln können.

Drogenbedingte Todesfälle

Einfluß verschiedener Definitionen auf die plötzlichen drogenbedingten Todesfälle in einigen Ländern der EU

Die Verwendung von engeren bzw. weiter gefaßten Definitionen der drogenbedingten Todesfälle führt sogar innerhalb eines Landes zu deutlich unterschiedlichen Ergebnissen.



Anmerkung: Diese Daten stammen aus allgemeinen Sterberegistern.
 Definition A: Drogenbedingte Psychose, Drogenabhängigkeit, Drogenmißbrauch nicht Abhängiger und versehentliche Vergiftung durch Einnahme von Opiaten, Kokain, Stimulanzien, Cannabis oder Halluzinogenen.
 Definition B: Analog zu A, jedoch zusätzlich absichtlicher Vergiftung (Suizid) bzw. Vergiftung durch Einnahme derselben Drogen mit ungeklärtem Beweggrund.
 Definition C: Analog zu B, jedoch zusätzlich der Todesfälle bedingt durch die Einnahme von Barbituraten, Benzodiazepinen oder anderen Sedativa bzw. Hypnotika.
Quelle: EBDD-Projekt CT.98.EP.11, unter der Leitung des Trimbos-Instituut, Utrecht.

Die Definitionen A, B und C wurden für methodologische Zwecke im Rahmen des EBDD-Projekts CT.98.EP.11 entwickelt. Sie beziehen sich auf Todesfälle, deren Ursache einer Kategorie aus der *Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen*, 9. Auflage (ICD-9), entspricht. Die externen Ursachen (Vergiftung) sind in Verbindung mit der dazugehörigen Kategorie hervorgehoben worden, um den Mißbrauch der betreffenden Droge zu charakterisieren.

Die enger gefaßte Definition A wurde dem Gesamtanteil (100 %) in jedem Mitgliedstaat gleichgesetzt, so daß die

beiden weiter gefaßten Definitionen B und C in Prozentanteilen von A ausgedrückt werden.

Aktuelle „nationale Definitionen“ der drogenbedingten Todesfälle lassen sich jedoch nicht unbedingt genau in das Schema der Gruppen A, B und C einordnen. Die Definitionen aus den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich führen beispielsweise zu Ergebnissen, die mit den nach A erzielten Werten übereinstimmen, wohingegen die Ergebnisse gemäß der schwedischen Definition einen Mittelwert zwischen den Ergebnissen nach B bzw. C ergeben. In Schweden werden Fälle mit direkten und beitragenden Todesursachen differenziert, anders als in dem Projekt der EBDD, wobei ausschließlich die direkten Ursachen berücksichtigt werden. Diese Abweichung führt zu einer erhöhten „nationalen“ Todesrate infolge der Einbeziehung von direkt durch Überdosis und indirekt durch Drogen bedingten Todesfällen.

Sogar unter Zugrundelegung gleicher Definitionen (EBDD, A, B oder C) kann die Vergleichbarkeit der ermittelten Sterberaten infolge einer unterschiedlichen Anzahl vorgenommener Autopsien bzw. der Angabe forensischer Daten auf den Sterbeurkunden nicht vollständig gewährleistet sein.

	A	B	C
Belgien (1994)	0,9	1,2	2,1
Frankreich (1997)	0,3	0,3	0,7
Niederlande (1995)	0,2	0,5	0,8
Schweden (1996)	1,5	1,9	3,6
Vereinigtes Königreich (England und Wales 1998)	2,2	2,7	2,9

Methodologie und Definitionen

Aus den meisten nationalen Statistiken geht eine Definition von drogenbedingten Todesfällen als solche hervor, die direkt infolge des Mißbrauchs (Überdosen) eintreten. Leichte Abweichungen davon im Sinne eines breiter gefassten Begriffes werden in Dänemark, Deutschland, Portugal und Schweden verwendet. Todesfälle, die lediglich indirekt durch den Drogenkonsum bedingt sind (HIV-Infektion, Verkehrsunfälle, Gewalttaten oder Suizid) werden im folgenden nicht näher berücksichtigt.

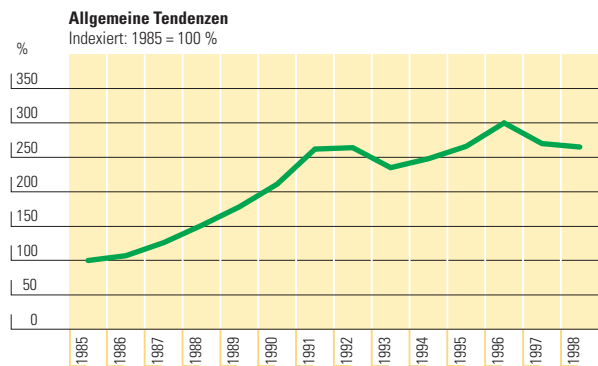
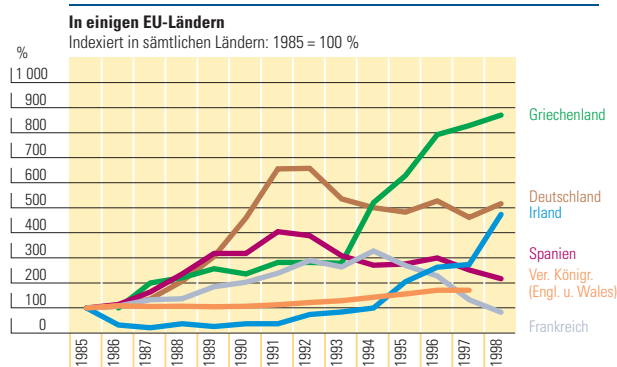
Die statistischen Berechnungen der drogenbedingten

Todesfälle in den einzelnen Mitgliedstaaten lassen sich angesichts des Mangels an harmonisierten Definitionen und Methodologien bezüglich der Datenerfassung kaum direkt miteinander vergleichen. Die EBDD arbeitet mit Eurostat, der Weltgesundheitsorganisation und den Mitgliedstaaten der EU an der Verbesserung dieser Umstände (siehe Kasten Seite 21). Unter der Voraussetzung, daß Definitionen und Methoden einheitlich angewandt werden, lassen sich Tendenzen über bestimmte Zeiträume in den einzelnen EU-Ländern komparativ herleiten.

Charakteristika von drogenbedingten Todesfällen

Opiate sind die am häufigsten identifizierten Drogen im Zusammenhang mit Todesfällen. Die zusätzliche Einnahme anderer Substanzen, insbesondere von Alkohol und Benzodiazepinen, erhöht das Risiko eines Todes bei einer Opiatvergiftung. Viele solcher Fälle treten nicht sofort, sondern innerhalb der ersten drei Stunden nach der Einnahme auf, so daß ein medizinischer Eingriff möglich ist. Plötzliche Todesfälle, die ausschließlich auf den Konsum von Kokain, Amphetaminen oder Ecstasy zurückgehen, sind dagegen selten, trotz ihrer Verbreitung durch die Medien.

Abb. 13 Tendenzen der plötzlichen drogenbedingten Todesfälle (1985-1998)



Die Zahl der akuten drogenbedingten Todesfälle hat sich trotz abweichender Trends in einigen Ländern in der EU insgesamt stabilisiert

Anmerkungen: Nicht alle Länder haben Daten für sämtliche Jahre bereitgestellt; dieser Umstand wurde in der Analyse jedoch kontrolliert. Hier sind nur einige wenige Länder dargestellt, um abweichende nationale Trends zu veranschaulichen. Proportionale Schwankungen im Vergleich zu Zahlen von 1985 sind dargestellt. Für Griechenland beginnt die Reihe 1986, um Verzerrungen zu vermeiden. In einigen Ländern mit steigender Tendenz kann ein Teil der Zunahmen auf ein verbessertes Meldesystem zurückzuführen sein.
Quelle: Nationale Reitox-Berichte 1999, aus nationalen Mortalitäts- bzw. (forensischen oder polizeilichen) Sonderregistern.

Die meisten Todesfälle durch Einnahme von Opiaten kommen unter injizierenden Heroinabhängigen vor, die Ende 20 bzw. Ende 30 sind und einen langjährigen Konsum vorweisen. Wie im Falle der neu in die Therapie aufgenommenen Konsumenten zeichnet sich auch bei dieser Gruppe in vielen Ländern der EU eine Alterung ab (siehe Abb. 12).

Die potentielle Rolle von Methadon im Zusammenhang

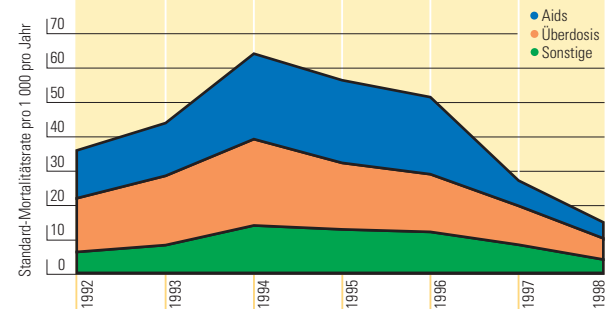
mit drogenbedingten Todesfällen ist in einigen Ländern hervorgehoben worden. Forschungsergebnisse haben gezeigt, daß die Substitutionstherapie das Risiko eines durch den Konsum von Drogen bedingten Todes verringert. Andererseits ist der Konsum von Methadon infolge der Verbreitung der Substitutionstherapie in der EU deutlich angestiegen (siehe Kapitel 4). Infolgedessen tritt Methadon zunehmend häufiger unter den Befunden toxikologischer Untersuchungen von Todesfällen durch HIV-Infektion bzw. durch Überdosen auf, ohne daß ein kausaler Zusammenhang zwingend ist. Einige örtliche Studien weisen darauf hin, daß das bei drogenbedingten Todesfällen nachgewiesene Methadon häufig aus ursprünglich therapeutischen Beständen stammt, die jedoch entwendet wurden oder auf sonstigen Wegen in den illegalen Markt geflossen sind.

Zeitliche Entwicklung der drogenbedingten Todesfälle

In vielen EU-Ländern stieg die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle zwischen Ende der 80er und Mitte der 90er Jahre deutlich an. Diese Tendenz hat sich seitdem EU-weit stabilisiert, obwohl durchaus noch Abweichungen auf nationaler Ebene verzeichnet werden.

- In Spanien und Frankreich sowie in gewissem Umfang in Deutschland – obgleich dort in jüngster Zeit ein Anstieg gemeldet wurde –, Italien und Österreich ist die gegenwärtige Rate der plötzlichen drogenbedingten Todesfälle stabil oder rückläufig. Daran lassen sich unter Umständen das Ausmaß des problematischen Drogenkonsums sowie die

Abb. 14 Entwicklung der ursachenspezifischen Mortalität innerhalb einer Kohorte von Drogenkonsumenten in Therapiezentren (1992-1998)



Die Mortalität unter problematischen Drogenkonsumenten ist zeitlichen Schwankungen unterworfen und kann auch abnehmen

Anmerkungen: Überdosen sind in dieser Kohorte definiert als Todesfälle gemäß Klassifikation nach Code E850.0 bis B59.9 der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen, 9. Auflage (ICD-9).
Quelle: EBDD-Projekt CT.98.EP.12, koordiniert vom Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio, Rom.

rückläufige Zahl der injizierenden Drogenkonsumenten bzw. der erhöhte Zugang zur Behandlung einschließlich Substitutionstherapien erkennen.

- Anfang der 90er Jahre wurde in Griechenland, Irland und Portugal eine verhältnismäßig geringe Anzahl von

Prävalenz und Muster des Drogenkonsums

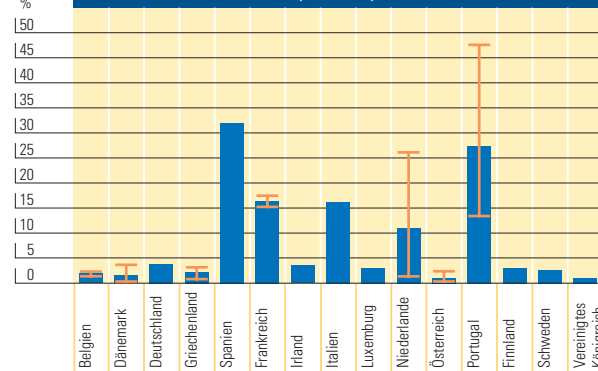
drogenbedingten Todesfällen verzeichnet. Seitdem jedoch wird in diesen Ländern über einen deutlichen Anstieg berichtet. Ursache für diese Entwicklung kann der erhöhte Heroinkonsum sein, aber auch eine Verbesserung der Erfassungsmethoden.

- In Schweden, dem Vereinigten Königreich und zum Teil auch in Dänemark ist die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle seit Anfang der 90er Jahre steigend. Die Gründe für diese Entwicklung sind gegenwärtig nicht ausreichend geklärt.

Mortalität unter Drogenkonsumenten

Die Bewertung der Mortalität und ihrer Ursachen unter problematischen Drogenkonsumenten erleichtert die Planung und Abwägung öffentlicher Maßnahmen und ergänzt die statistische Erfassung der Drogentoten. Die Mortalität wird anhand von Statistiken beurteilt, die

Abb. 15 Prävalenz der HIV-Infektion unter injizierenden Drogenkonsumenten (1996-1999)



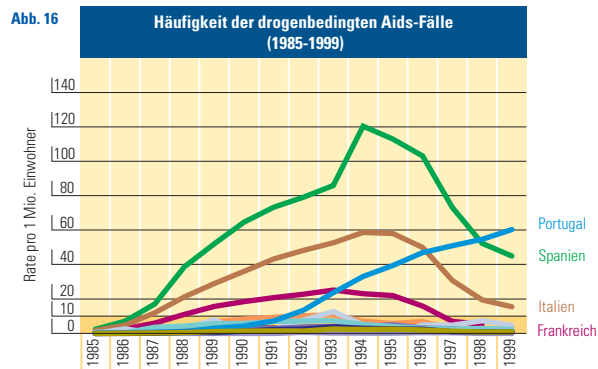
Die HIV-Infektionsraten zeigen große Unterschiede zwischen (und innerhalb von) Ländern

Anmerkung: Die Vergleichbarkeit ist begrenzt, da die Zahlen aus verschiedenen Quellen stammen und unterschiedliche Methoden widerspiegeln. Methodologische Anmerkungen siehe statistische Tabellen unter www.emcdda.org. Die Zahlen für Dänemark, die Niederlande und Finnland sowie die hohen Werte für Österreich und Portugal sind örtliche Angaben. Die Zahlen für Deutschland und Italien beziehen sich auf Opiatkonsumenten in Behandlung und schätzen die Prävalenz unter intravenösen Drogenkonsumenten zu gering ein.

Quelle: Siehe statistische Tabellen unter www.emcdda.org.

durch Beobachtung entsprechender Konsumentengruppen – hauptsächlich wegen Opiatkonsum behandelte Patienten – über Jahre hinweg im Rahmen von Kohortenstudien erhoben werden.

Die Ergebnisse solcher Studien zeigen, daß die Mortalität unter Konsumenten von Opiaten bis zu 20mal höher ist als in gleichaltrigen Gruppen in der Bevölkerung generell. Die Mortalität unter drogenabhängigen Frauen kann bis zu 30mal höher sein als unter nicht konsumierenden, gleichaltrigen Frauen. Bei diesen Hochrechnungen werden die entsprechenden Ursachen wie Überdosis, Unfälle, Suizid oder Infektionskrankheiten ebenfalls berücksichtigt. Unter injizierenden Heroinabhängigen ist die Sterberate zwei- bis viermal höher als



Die Aids-Fälle nehmen in den meisten betroffenen Ländern, mit Ausnahme Portugals, weiterhin ab

Anmerkungen: Die Zahlen wurden hinsichtlich Meldeverzögerungen berichtigt. In einigen Ländern können aufgrund von Meldeverzögerungen geringfügige Unterschiede zwischen den vom Europäischen Zentrum für die epidemiologische Aids-Überwachung gemeldeten Zahlen und nationalen Zahlen bestehen. Quelle: Europäisches Zentrum für die epidemiologische Aids-Überwachung, Paris.

bei nicht injizierenden Konsumenten, während die Zahl der HIV-Infizierten unter Opiatkonsumenten zwei- bis sechsmal größer ist als in der Bevölkerung generell.

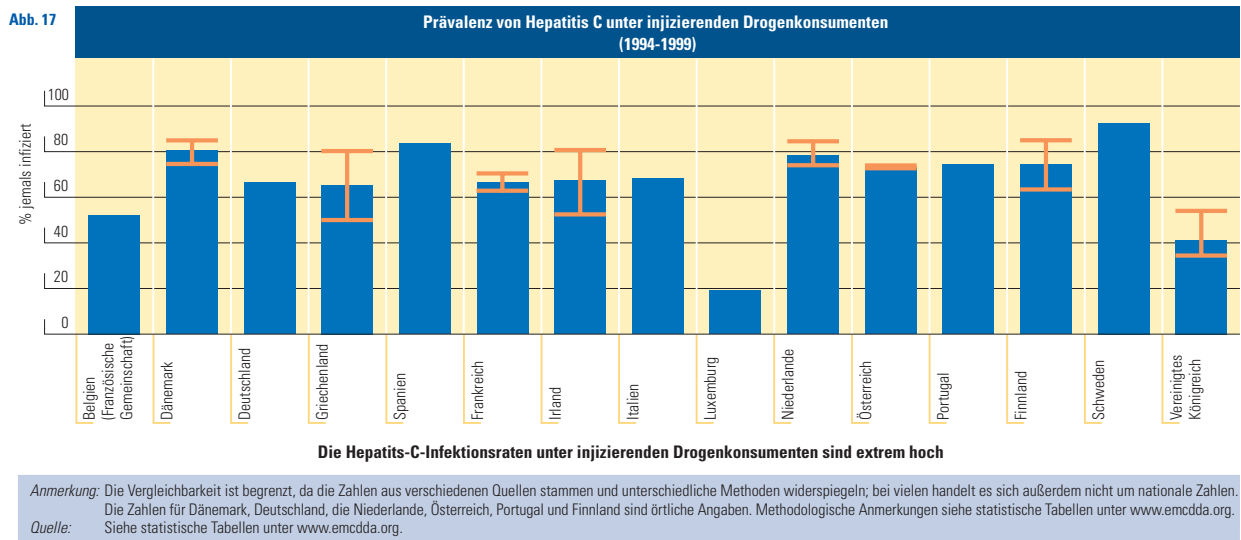
Die Auswertung der Kohortenstudien im Rahmen einer an mehreren Orten angelegten Studie unter der Leitung der EBDD zeigt deutliche Unterschiede in der Mortalität und deren Ursachen in Abhängigkeit des Standortes. In Städten mit einer hohen HIV-Infektionsrate unter Drogenkonsumenten ist die Mortalität infolgedessen seit Mitte der 80er Jahre angestiegen. Zwischen 1992 und 1996 stieg die Mortalität in Barcelona (siehe Abb. 14) auf über 50 pro 1 000 Drogenkonsumenten im Jahr an, bevor sie parallel zu einer Verringerung der HIV-Opfer (vermutlich dank neuer Behandlungsmöglichkeiten) und in einem sicherlich geringeren Maße zur Verringerung der Todesfälle durch Überdosis deutlich zurückging.

Drogenbedingte Infektionskrankheiten

HIV und Aids

Die bedeutenden Unterschiede in der Prävalenz der HIV-Infektion unter Drogenkonsumenten – zwischen 1 % im Vereinigten Königreich und 32 % in Spanien (siehe Abb. 15) – lassen sich nicht auf unterschiedliche Quellen oder Datenerfassungsmethoden zurückführen.

Seit Mitte der 90er Jahre scheint die HIV-Prävalenz in den meisten Mitgliedstaaten, nach dem scharfen Rückgang im Anschluß an den ersten epidemischen Ausbruch unter i. v.-Drogenkonsumenten in den 80er Jahren, stabil geblieben zu sein. Trotzdem kommt es immer wieder zu Ansteckungen, was der fallenden Prävalenz infolge der Sterberate entgegenwirkt. In einigen Gebieten ist die Prävalenz voraussichtlich sogar steigend. Beispielsweise ist die Prävalenz unter i. v.-Drogenkonsumenten seit 1998 erheblich gestiegen (in diesem Bericht nicht näher



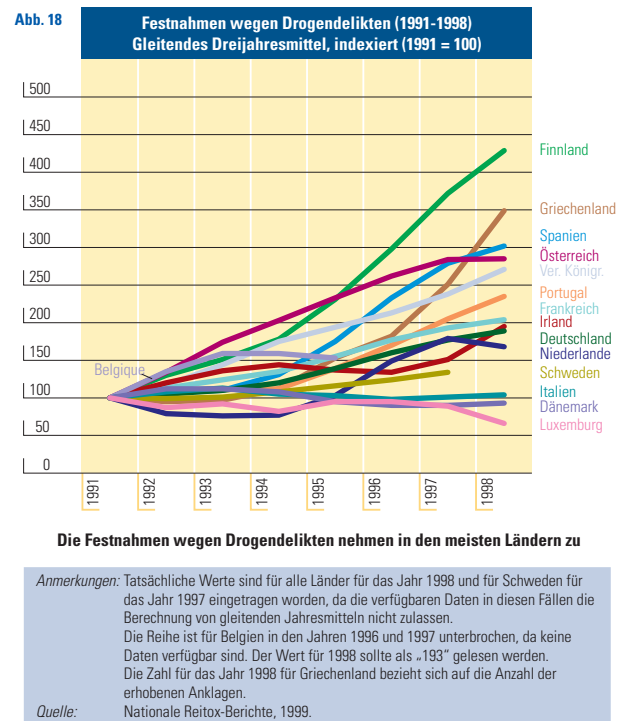
erläutert). In den späten 80er Jahren lag die lokale Prävalenz innerhalb einer Gruppe von Abhängigen (die meisten von ihnen injizierende Drogenkonsumenten) in Lissabon bei 48 % und somit wesentlich höher als nach früheren Studien erwartet, so daß die Vermutung einer kürzlich erfolgten Ansteckung in diesem Fall nahe liegt.

Die Häufigkeit neuer HIV-Infektionen schwankt trotz der allgemein fallenden Tendenz in beachtlichem Maße zwischen EU-Mitgliedstaaten (siehe Abb. 16). Dieser Rückgang ist wahrscheinlich bedingt durch die Wirkung neuer Behandlungen, die den Ausbruch von Aids verzögern. Die Häufigkeit neuer HIV-Infektionen in Portugal nimmt nicht ab, was möglicherweise auf die verhältnismäßig seltene Inanspruchnahme der Behandlungsmöglichkeiten bzw. auf tatsächlich höhere Infektionsraten hindeutet. Der Anteil der i. v.-Drogenkonsumenten im Verhältnis zur Gesamtheit der Aids-Fälle schwankt ebenfalls stark zwischen einzelnen EU-Ländern, wodurch wiederum Unterschiede in der Bewertung der Relevanz der i. v.-Drogenkonsumenten im Zusammenhang mit der HIV-Epidemie deutlich werden.

Hepatitis B und C

Die Prävalenz einer Hepatitis-C-Infektion unter i. v.-Drogenkonsumenten ist größer und gleichmäßiger in der EU verteilt als im Falle von Hepatitis B. Während die Prävalenz von Hepatitis-B-Antikörpern zwischen 20 und 70 % liegt, reicht sie bei der Hepatitis-C-Infektion von 20 bis über 90 %, sogar in EU-Ländern mit niedrigen HIV-Infektionsraten wie Griechenland (siehe Abb. 17).

In den meisten Ländern der EU haben Maßnahmen wie der verbreitete Zugang zu sterilen Nadeln und Spritzen, die



größere Verfügbarkeit von Kondomen, die HIV-Beratung und HIV-Tests sowie die Substitutionstherapie einen Beitrag zur Verhinderung der Infektionsübertragung unter injizierenden Drogenkonsumenten geleistet. Obwohl solche Maßnahmen prinzipiell auch die Ausbreitung von Hepatitis C unter injizierenden Drogenkonsumenten hemmen könnten, ist dieses Ziel bislang nicht erreicht worden. Die Fortdauer der Hepatitis-C-Infektionen unter neuen injizierenden Drogenkonsumenten verlangt innovative Gegenmaßnahmen. Darüber hinaus wird ein EU-weites Überwachungssystem benötigt.

(2) Die Definition des Begriffs „Festnahmen“ ist in den einzelnen Mitgliedstaaten unterschiedlich. Der Begriff kann zum Beispiel für mutmaßliche Straftäter oder für Strafanzeigen wegen Drogendelikten angewendet werden.
(3) Es liegen keine entsprechenden Daten für Dänemark oder Italien vor.

Prävalenz und Muster des Drogenkonsums

In bezug auf Hepatitis B ist lediglich eine verhältnismäßig geringe Datenmenge zugänglich, die infolgedessen nicht näher erläutert wird. Die Prävalenz der gesamten Antikörper ist kein geeignetes Maß, da sie sowohl durch

Drogenkonsum im Strafvollzug

Zahlreiche Studien belegen den Drogenkonsum im Strafvollzug in den meisten Ländern der EU (4). In manchen Fällen werden Drogen erstmals im Strafvollzug konsumiert; es liegen auch Meldungen über das erstmalige Spritzen in Vollzugsanstalten vor. Obwohl im Strafvollzug die Einnahme von Drogen durch Spritzen offensichtlich weniger verbreitet ist als außerhalb, teilen bis zu 70 % der inhaftierten injizierenden Drogenkonsumenten ihre Nadeln und sonstigen Instrumente mit anderen Häftlingen.

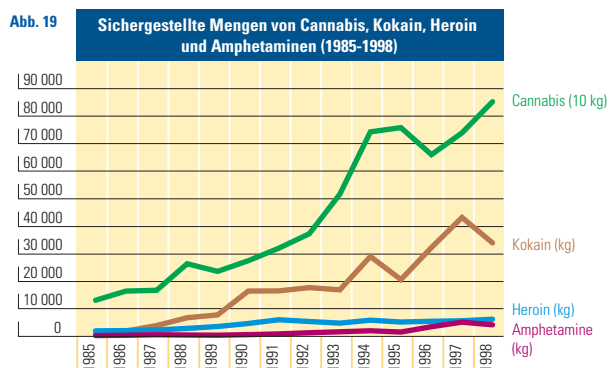
eine Impfung als auch durch eine frühere, eine gegenwärtige oder eine chronische Infektion bedingt sein kann. Der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten, bei denen keine Hepatitis-B-Antikörper nachgewiesen werden, stellt in der Tat eine gefährdete Gruppe dar, die von einer Impfung profitieren würde. In den Fällen, in denen eine Infektion bestehen bleibt, kann ihr Zustand mit Hilfe spezifischer serologischer Marker (Hepatitis-B-Oberflächenantigen, HBsAg) identifiziert werden. Daten über HBsAg-Werte werden künftigen Berichten zu entnehmen sein.

Indikatoren aus der strafrechtlichen Verfolgung

Unterschiede in der Gesetzgebung als auch in den Prioritäten und den Ressourcen auf nationaler Ebene werden anhand der Daten aus den verschiedenen Strafvollzugsanstalten deutlich. Trotz der Abweichungen unter den Erfassungsmethoden und Definitionen, die einen sinnvollen Vergleich nicht zulassen, werden Tendenzen bei jeder Gelegenheit beschrieben.

Festnahmen wegen Drogendelikten

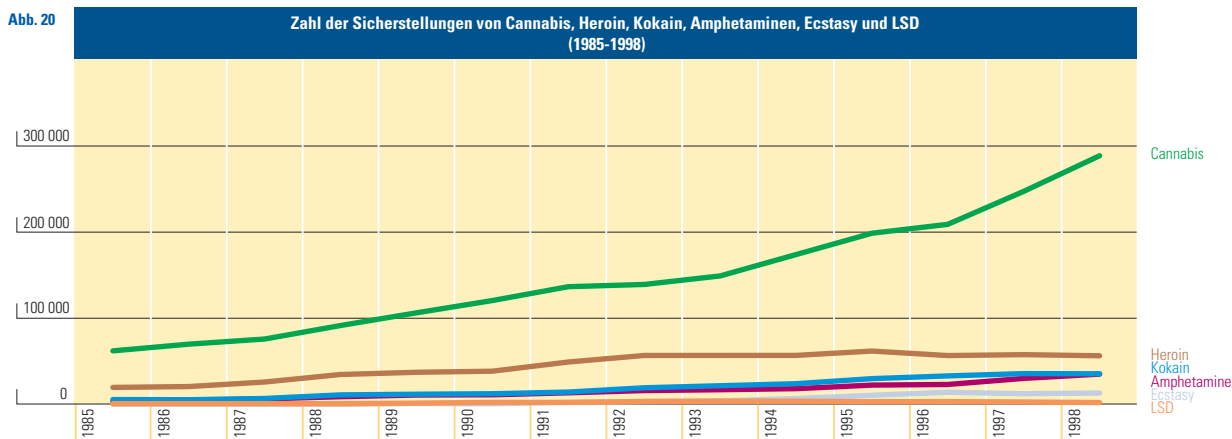
Die Zahl der „Festnahmen“ (2) im Zusammenhang mit sämtlichen Drogendelikten in Europa ist seit Mitte der 80er Jahre und insbesondere seit 1994 deutlich gestiegen. In Griechenland, Spanien, den Niederlanden, Portugal und Finnland wird über die meisten Festnahmen in jüngster Zeit berichtet, während diese Zahl in Dänemark



Die sichergestellten Mengen von Cannabis und Kokain sind in den 90er Jahren merklich gestiegen

Anmerkungen: Wo keine Daten verfügbar sind, sind die Schätzungen zu gering. Daten zu Sicherstellungen von Cannabis im Jahr 1998 für Belgien sind nicht verfügbar. Daten zu Sicherstellungen von Amphetaminen für die Jahre 1996 bis 1998 für Belgien und für das Jahr 1998 für Österreich sind nicht verfügbar.

Quelle: Nationale Reitox-Berichte, 1999.



Cannabis ist die am häufigsten sichergestellte Droge, gefolgt von Heroin

Anmerkungen: Keine Daten für Griechenland verfügbar; Daten für Dänemark und Portugal erst ab 1988, für die Niederlande ab 1997 und für Finnland von 1993 bis 1996 verfügbar. Keine Daten zu Amphetamin-Beschlagnahmen für Belgien ab 1996 und für die Niederlande und Österreich für 1998 verfügbar. Die meisten der Datenreihen für Ecstasy-Beschlagnahmen beginnen Anfang der 90er Jahre, mit Ausnahme von Spanien, Frankreich, Italien und dem Vereinigten Königreich. Keine Daten für Belgien für 1996 und 1997 und für die Niederlande für 1998 verfügbar; in den Daten von 1998 für Belgien sind Amphetamine enthalten. Die Zahl der Ecstasy-Beschlagnahmen von 1985 bis 1994 ist zu hoch eingeschätzt, da in den Zahlen für Spanien auch LSD-Beschlagnahmen enthalten sind. Keine Daten zu LSD-Beschlagnahmen für die Niederlande und Finnland für 1998 verfügbar.

Quelle: Nationale Reitox-Berichte, 1999.

(4) Entsprechende Quellen finden sich unter www.emcdda.org.

und Luxemburg gegenwärtig stabil ist.

1998 war Cannabis die am häufigsten in Verbindung mit drogenbedingten Festnahmen stehende Substanz, in Irland in 35 %, in Frankreich sogar in 85 % aller Fälle. Heroin wurde bei 40 bis 60 % derartiger Festnahmen in Italien, Luxemburg und Portugal nachgewiesen, während in Schweden Amphetamine im Schnitt bei 55 % der Fälle und somit geringfügig häufiger als Cannabis vorkamen. In den Niederlanden gehen die meisten Festnahmen wegen Drogendelikten auf den Umgang mit „harten“ Drogen (und nicht auf Cannabis) zurück.

In dem Zeitraum zwischen 1997 und 1998 überwogen die Festnahmen wegen Besitz und/oder Konsum von Drogen ⁽³⁾ deutlich in allen Ländern der EU, in denen beides strafbar ist, und reichten von 61 % aller drogenbedingten Festnahmen in Portugal bis zu 87 % in Österreich (obgleich in diesen Angaben Bagatelldelikte enthalten sind).

Daten aus dem Strafvollzug

Daten über den Drogenkonsum im Strafvollzug werden kaum routinemäßig erhoben, so daß der Großteil der Information aus einzelnen (Ad-hoc-)Studien stammt. Ein großer Anteil der Insassen in Haft oder Untersuchungshaft – in manchen Fällen bis zu 90 % – konsumiert gelegentlich Drogen, wohingegen problematische Drogenkonsumenten in den meisten Mitgliedstaaten zwischen 20 und 50 % der Gesamtzahl ausmachen.

Indikatoren für den Drogenmarkt: Sicherstellungen, Preis und Reinheit

Die Anzahl der durchgeführten Sicherstellungen kann zum Teil als Parameter für das Angebot und die Verfügbarkeit von Drogen dienen, zum Teil aber spiegelt sie auch die Prioritäten und Strategien der Strafverfolgung und die Wahrscheinlichkeit, mit der die Drogen im einzelnen sichergestellt werden. Die sichergestellten Mengen (siehe Abb. 19) können nicht unmittelbar pauschaliert werden, da sie infolge außergewöhnlich großer Sicherstellungen extrem schwanken können. Die Anzahl der Sicherstellungen (siehe Abb. 20), bei denen in den meisten Ländern hauptsächlich niedrige Mengen aus dem Kleinhandel sichergestellt werden, könnte dagegen ein geeigneter Indikator der tendenziellen Verfügbarkeit auf dem jeweiligen Markt sein. Die Daten über Sicherstellungen sollten zusammen mit anderen Marktindikatoren wie Preis, Reinheitsgrad, Verfügbarkeit und Marktstruktur analysiert werden. Entsprechende Daten sind bislang jedoch nur in geringem Maße vorhanden, so daß die gegenwärtige Entwicklung auf dem Drogenmarkt nur

schwer überblickt werden kann.

Cannabis

In allen EU-Ländern mit Ausnahme von Portugal wird Cannabis am häufigsten sichergestellt. Seit 1985 ist die Zahl der Sicherstellungen stetig gestiegen und weist seit 1997 eine verstärkte Erhöhung auf. Die dabei sichergestellten Mengen sind ebenfalls gestiegen – trotz eines Rückgangs im Jahr 1996 – und erreichten 1998 einen Spitzenwert von 853 t. 1998 wurden in Spanien die größten Mengen sichergestellt, obwohl im Vereinigten Königreich doppelt so viele Sicherstellungen erfolgten.

Der Preis von Cannabis ist in den meisten EU-Mitgliedstaaten stabil. Anteile der psychoaktiven Substanz Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) von unter 3 bis 20 % wurden 1998 in Deutschland verzeichnet, wobei fast die Hälfte aller untersuchten Haschischproben zwischen 6 und 9 % davon enthielten.

Heroin

Nachdem bei einer erhöhten Zahl von Sicherstellungen zwischen 1985 und 1991 bis 1992 erhöhte Mengen von Heroin sichergestellt wurden, bewegen sich innerhalb der EU gegenwärtig beide Parameter auf einen stabilen Wert zu, wobei über gewisse Schwankungen berichtet wird. Die Zahl der Sicherstellungen ist beispielsweise seit 1995 in Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg und Österreich merklich zurückgegangen, wohingegen sie in Irland, Finnland, Schweden und dem Vereinigten Königreich gestiegen ist. Auch die dabei sichergestellten Mengen weisen lokale Abweichungen auf, darunter einen Rückgang in den letzten drei Jahren in Deutschland, Frankreich und Finnland. 1998 wurde ein Drittel der Gesamtmenge an Heroin auf dem EU-Markt in den Niederlanden sichergestellt, während das Vereinigte Königreich die höchste Zahl von Sicherstellungen meldete, gefolgt von Spanien.

Der Straßenpreis von Heroin scheint in Belgien, Irland und Luxemburg konstant zu bleiben, während er sich in Deutschland nach einem Rückgang offensichtlich stabilisiert. In Spanien und dem Vereinigten Königreich wird über eine erhöhte Verfügbarkeit billigeren, vor allem „braunen“ rauchbaren Heroins – letzteres hauptsächlich im Vereinigten Königreich – berichtet.

Die Reinheit des Heroins reicht von unter 20 % in Deutschland und Griechenland bis zu 35 bzw. 40 % in Irland und dem Vereinigten Königreich. In Dänemark liegt die durchschnittliche Reinheit den Berichten zufolge bei über 60 %.

Kokain

Prävalenz und Muster des Drogenkonsums

Die Zahl der Sicherstellungen von Kokain in der EU stieg im Verlauf des Jahres 1998 weiter an. Diese Tendenz kann in fast allen Mitgliedstaaten beobachtet werden und ist besonders deutlich in Spanien, Irland und dem Verei-

nigten Königreich. Die dabei sichergestellten Mengen schwanken, obgleich die allgemeine Tendenz steigend ist. Im Vergleich zu 1997 fiel die insgesamt in der EU sichergestellte Kokainmenge 1998 um 21 % auf 34 t, vor allem als Folge einer entsprechenden Entwicklung in

Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

In diesem Kapitel werden politische und strategische Entwicklungen im Überblick vorgestellt, die sowohl auf nationaler Ebene als auch von der EU entwickelt worden sind. In diesem Rahmen werden Maßnahmen gegen den Konsum von Drogen im Bereich der Qualitätssicherung, der Erziehung, der Gesundheit der Sozialdienstleistungen und der strafrechtlichen Verfolgung diskutiert.

Drogenpolitik und strategische Entwicklungen

Nationale Drogenpolitiken

Die nationalen Drogenpolitiken der einzelnen Mitgliedstaaten streben zunehmend ausgeglichene Ansätze an, wobei der Nachfragereduzierung stärkeres Gewicht zukommt als der Angebotsreduzierung. Die Prävention und die Schadensminimierung sind die wichtigsten Elemente der Drogenpolitik. Eine Tendenz hinsichtlich der Berücksichtigung des weiteren Umfelds wie Armut, Arbeitslosigkeit und soziale Ausgrenzung wird in den Strategien erkennbar, die in jüngster Zeit in Spanien, Frankreich, Portugal und dem Vereinigten Königreich – und der EU insgesamt – eingeführt wurden.

Eine Schlüsselfunktion bei diesen Strategien spielen dabei folgende Aspekte:

- wissenschaftliche Untersuchung und Nachweis als Grundlage für Entscheidungen;
- klare Prioritäten und gemeinsame Ziele;
- Leistungsziele als Anhaltspunkte für den Fortschritt der jeweiligen Maßnahmen und
- Evaluation der effektiven Wirkung der Strategien.

Die Koordination der Umsetzung der Strategien ist sowohl auf nationaler wie auch auf regionaler und lokaler Ebene entscheidend, wobei die Koordinatoren in den einzelnen Ländern die politische Verantwortung ihrer Umsetzung in Gesetzinitiativen übernehmen. In

Deutschland, Italien und Luxemburg zeichnet sich eine Tendenz von der Repression zur Prävention und Fürsorge ab, im Zuge derer die politische Verantwortung von den Innenministerien zu den Gesundheits- und/oder Sozialministerien übergegangen ist. Die Betreuungsdienste für Drogenabhängige werden zunehmend in das Gesundheitssystem integriert, und darüber hinaus leisten der soziale und der strafrechtliche Sektor sowie die Vernetzung von Politik und Justiz auf lokaler und nationaler Ebene einen Beitrag zur Verbesserung der allgemeinen Zusammenarbeit.

Neue Aspekte der Drogenpolitik Deutschlands, die im Februar 2000 eingeführt wurden, zielen auf die Verminderung der schädlichen Folgen des Drogenkonsums ab und bieten gleichzeitig die gesetzliche Grundlage zur Einrichtung von Fixerstuben, um eine größere Fürsorge für besonders sozial benachteiligte Drogenabhängige zu gewährleisten. Die strategischen Maßnahmen, die in Spanien für den Zeitraum 2000 bis 2008 entwickelt worden und am 17. Dezember 1999 in Kraft getreten sind, geben der Prävention durch Einführung entsprechender Leistungsziele im Sinne der Errichtung neuer Beobachtungsstellen in den autonomen Gebieten und lokaler Aktionspläne die höchste Priorität. Der französische Dreijahresplan (1999-2001), der am 16. Juni 1999 verabschiedet wurde, geht von dem Konzept der nachweisbezogenen Prävention des Drogenmißbrauchs unter Jugendlichen aus, verstärkt durch die öffentlichen Medien, die Behandlung und die Einführung neuartiger Methoden der strafrechtlichen Verfolgung. Portugals neue Strategie wurde am 22. April amtlich und zielt vor allem auf die Verstärkung der Prävention sowie der Behandlung und der sozialen Rehabilitation. Im Vereinigten Königreich erstreckt sich die strategische Zielplanung über

einen Zeitraum von zehn Jahren (1998-2008) und strebt die Verringerung des Konsums, der damit verbundenen Kriminalität und der Verfügbarkeit von Drogen unter Jugendlichen sowie den breiteren Zugang zur Therapie an. Diese Drogenpolitik soll dazu führen, daß bis 2008 der Drogenzugang von Jugendlichen um 50 % zurückgeht und die Häufigkeit der Schulausschließung bzw. des unentschuldigten Fehlens am Arbeitsplatz ebenfalls deutlich verringert wird. Darüber hinaus soll bis 2002 die Anzahl drogenbedingter Todesfälle um 25 % sinken.

In Spanien und Frankreich sind sowohl legale als auch illegale Drogen Gegenstand der entsprechenden neuen Gegenstrategien, so daß dabei nicht die einzelnen Substanzen, sondern der Zustand der Abhängigkeit an sich hervorgehoben wird. Diese Tendenz ist seit Anfang der 80er Jahre in der Drogenpolitik z. B. Deutschlands, Österreichs und Schwedens erkennbar. Die niederländische Nationale Beobachtungsstelle für Drogen wurde vom Gesundheitsministerium eingerichtet und untersucht seit 1999 Fragen im Zusammenhang mit illegalen Drogen und Alkohol, unter der Leitung des niederländischen Instituts für mentale Gesundheit und Abhängigkeit.

In den meisten EU-Ländern werden Alternativen zur Inhaftierung infolge von drogenbedingten Straftaten bevorzugt, solange keine schwerwiegenden Gründe dafür vorliegen. Gleichzeitig wird die strafrechtliche Verfolgung von Drogendelikten im Sinne des Konsums immer seltener. Diese Entwicklungen deuten darauf hin, daß ein Konsens darüber herrscht, daß die Inhaftierung keine Lösung für Menschen mit Drogenproblemen ist. Anstelle dessen wird die Therapie als Gegenmaßnahme offensichtlich bevorzugt, sogar in Fällen, in denen die Schwere der begangenen Straftaten die Inhaftierung verlangt.

Eine 1998 in Belgien erlassene Richtlinie sah vor, daß der Besitz geringer Mengen von Cannabis für den persönlichen Konsum unter die Straftaten mit der niedrigsten Verfolgungspriorität eingestuft werden sollte. Eine ähnliche Empfehlung wurde im Juni 1999 von dem französischen Justizminister unterzeichnet, wonach Drogenkonsumenten – insbesondere von Cannabis –, die keine weiteren Straftaten im Zusammenhang mit Drogen begangen haben, von den Justizbeamten abgemahnt statt inhaftiert werden sollen. Die Frage nach der Legalisierung von Cannabis hat sich in Deutschland seit 1994 verschärft, nachdem das Bundesverfassungsgericht

einheitliche Kriterien für die strafrechtliche Verfolgung des Besitzes von Cannabis gefordert hat. Die Regierung im Vereinigten Königreich kündigte im März diesen Jahres den Beginn für wissenschaftliche Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Verschreiben von Cannabis an, deren Ergebnisse bis 2002 vorliegen sollen.

In Luxemburg wird gegenwärtig ein Gesetzentwurf zur Entkriminalisierung des Konsums und des Besitzes von Substanzen diskutiert, die ein „niedriges Risiko“ in sich bergen, wie z. B. Cannabis. Die Strategie, die in Portugal befolgt wird, sieht ebenfalls die Entkriminalisierung von Drogenbesitz und Drogenkonsum zur Deckung des persönlichen Bedarfs vor ⁽⁵⁾, allerdings gegen Auflagen im Sinne von Ordnungsstrafen (Strafgeld, Entzug von Führerschein bzw. Reisepass), die 1993 in Spanien und Italien eingeführt wurden.

Kriminalitätsprävention

Frankreichs Dreijahresplan richtet sich gegen den Drogenhandel, insbesondere im Falle von synthetischen Drogen. In den Niederlanden wurde 1999 der Versuch unternommen, die Kontrolle über den illegalen Handel mit Cannabis an den nationalen Grenzen durch die Anhebung der entsprechenden Haftstrafen und das gleichzeitig eingeführte Verbot des häuslichen Anbaus von Cannabis zu verschärfen. In Irland wurde 1999 ein „Crime Council“ einberufen, der Unterstützung u. a. bei der Ausarbeitung von Präventionsmaßnahmen gegen die drogenbedingte Kriminalität leisten soll. Im gleichen Jahr wurde die Haftstrafe für den Besitz von Drogenmengen mit einem Wert von über 12 700 EUR auf zehn Jahre angehoben, wobei die Abhängigkeit der Angeklagten als Milderungsgrund gelten kann. Ein 1999 in Finnland vorgeschlagener Paragraph zur Ergänzung des Polizeigesetzes empfiehlt die Anwendung der modernen, telekommunikationsgestützten Technologie bei verdeckten Ermittlungen bzw. im Rahmen von Beobachtungsmaßnahmen.

Es kommt mit zunehmender Häufigkeit zu drogenbedingten Störungen der öffentlichen Ordnung sowie zu Delikten aufgrund von Drogenbesitz, Aggression und Körperverletzung. Nach der Überarbeitung der niederländischen Richtlinien gegen Belästigung wurden breitere Maßnahmen im Zusammenhang mit starken Drogenkonsumenten, Clubgängern und Obdachlosen gefordert.

Drogenangebot in Vollzugsanstalten

⁽⁵⁾ Infolge der Entpönalisierung können in solchen Fällen keine strafrechtlichen Sanktionen verhängt werden, jedoch sind Ordnungsstrafen wie Strafgele oder die Einschränkung der persönlichen Rechte, zum Beispiel durch Entzug des Führerscheins oder des Reisepasses, durchaus möglich. Im Portugiesischen ist der Begriff „Entkriminalisierung“ („descriminalização“) für die EBDD gleichbedeutend mit „Entpönalisierung“ („despenalização“).

Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

Die finnische Gesetzgebung zur Regulierung des Strafvollzuges wurde im Juni 1999 im Sinne einer Erweiterung der Kompetenzen der Vollzugsanstaltsbeamten im Hinblick auf eine strengere Kontrolle des Drogenschmuggels überarbeitet. Demnach dürfen unangemeldete Stichproben unter Häftlingen durchgeführt werden, die im Verdacht stehen, drogenbedingte Straftaten begangen zu haben oder unter Drogen zu stehen. Auch im Vereinigten Königreich wurden 1999 Maßnahmen für die Bekämpfung des Drogenschmuggels in Haft- und Jugendanstalten eingeführt. Unter anderem wurde dabei ein Besuchsverbot für Personen erteilt, die innerhalb der Anstalten im Besitz von Drogen erwischt wurden.

Drogenstrategie der Europäischen Union (2000-2004)

In der Drogenstrategie der Europäischen Union (2000-2004), die am 1. Dezember 1999 vom Europäischen Rat in Helsinki verabschiedet wurde, werden folgende sechs Hauptziele für die Drogenbekämpfung festgelegt, die innerhalb von fünf Jahren erreicht werden sollen:

- die deutliche Verringerung der Prävalenz des illegalen Drogenkonsums und seiner Ausbreitung, insbesondere bei Jugendlichen unter 18 Jahren;
- die deutliche Verringerung des Auftretens von drogenbedingten Erkrankungen (HIV, Hepatitis B und C, Tuberkulose) sowie die Zahl der drogenbedingten Todesfälle;
- die deutliche Erhöhung der Zahl der erfolgreich behandelten – ehemaligen – Abhängigen;
- die deutliche Senkung der Verfügbarkeit illegaler Drogen;
- die deutliche Senkung der Zahl der drogenbedingten Straftaten und
- die deutliche Verringerung der Geldwäsche und des Handels mit Vorprodukten für die Herstellung von Drogen.

Darüber hinaus sollte die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten zur Umsetzung der Bestimmungen des Vertrags von Amsterdam beitragen, der im Mai 1999 in Kraft getreten ist.

Dieses Dokument stellt die Evaluation in den Vordergrund und fordert die EBDD auf, die Umsetzung der Strategie zu verfolgen. Dabei wird die EBDD gewisse Hürden überwinden müssen, die durch die Unvollständigkeit der zugrunde gelegten Daten bzw. durch den Mangel an

geeigneten Erfassungs- oder Evaluationsmethoden für die Erhebung von verlässlichen Daten in einigen Ländern der EU bedingt sind.

Qualitätssicherung

Aus den kürzlich verabschiedeten Aktionsplänen Spaniens, Frankreichs, Portugals und des Vereinigten Königreiches wie auch aus der Strategie der Europäischen Union geht hervor, daß zunehmend erkannt wird, wie wichtig die Beobachtung der Entwicklungen in der Drogenproblematik und die Einführung entsprechender Umsetzungs- und Effizienzindikatoren ist. In Belgien und Luxemburg werden die jeweiligen nationalen Strategien gegenwärtig überprüft, während die entsprechende Strategie in Schweden von einer Regierungskommission Ende 2000 überprüft werden wird.

Die Investitionsbereitschaft in den Bereichen Forschung und Ausbildung nimmt innerhalb Europas zu. Formale Qualitätssicherungsverfahren zur Erhöhung der Effizienz von Prävention und Behandlung – u. a. durch die Einführung von Anerkennungsmethoden, Bereitstellung von Fortschrittsanalysen und Einrichtung von Ausbildungsstellen – werden in Deutschland, den Niederlanden, Österreich und im Vereinigten Königreich gegenwärtig eingeführt. Die meisten Untersuchungen befassen sich zur Zeit mit der individuellen Prävention bzw. mit speziellen Therapieprogrammen, jedoch könnten sie in ihrer Gesamtheit die Grundlage für genauere Meta-Analysen darstellen.

Der Umfang der Ausbildung von Spezialisten im Bereich der Prävention und der Behandlung wie auch der Erziehung von Laien im Umgang mit Drogen – hauptsächlich von Krankenpflegepersonal, Apothekern, Lehrern, Jugendarbeitern, der Polizei, dem Personal der Strafanstalten und freiwilligen Helfern – ist in vielen EU-Ländern vergrößert worden.

Aufgeklärte Entscheidungen sowohl innerhalb der Mitgliedstaaten als auch zwischen diesen lassen sich nur unter Voraussetzung eines ständigen Informationsaustausches treffen. Aus diesem Grund wird der Ausbau der nationalen und regionalen Netzwerke weiterhin gefördert, ebenso wie der Zugang zu national eingerichteten Websites und Datenbanken bzw. zu multinationalen Projekten wie Prevnet, an dem die Niederlande, Finnland und das Vereinigte Königreich beteiligt sind. Das Datenaustauschsystem der EBDD zu Maßnahmen im Bereich der Reduzierung der Drogennachfrage (Eddra), zugänglich unter www.emcdda.org, stellt sich zunehmend als geeignetes Instrument für die Qualitätssicherung bei der Reduzierung der Drogennachfrage heraus.

In den meisten Ländern der EU herrschen nach wie vor Abweichungen zwischen den angewandten Methoden der wissenschaftlichen Forschung, so daß weitere Investitionen zu deren Harmonisierung nötig sind. Forschungsprogramme im Bereich der Abhängigkeit sind kürzlich angelaufen bzw. werden gegenwärtig in Deutschland, den Niederlanden und Finnland geplant. In diesem Zusammenhang sind neue Professuren in Deutschland, den Niederlanden und Schweden mit dem Ziel eingerichtet worden, die wissenschaftliche Grundlage der Drogenpolitik zu stärken.

Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage Prävention

Drogenprävention in Schulen

Die Einführung von präventiven Maßnahmen in Schulen genießt in allen Mitgliedstaaten hohe Priorität. Programme zur Drogenprävention in Schulen verbinden die Aufklärung der Schüler mit der Förderung bestimmter Charaktereigenschaften, wie zum Beispiel der Selbstsicherheit. Die Bildung von Peer-Groups soll Jugendliche zur aktiven Mitwirkung bei der Einführung präventiver Maßnahmen in ihren Schulen motivieren und wird in zunehmendem Maße in Dänemark, Italien, Österreich und Schweden gefördert. Einige Ergebnisse aus Griechenland, Spanien und den Niederlanden zeigen, daß sich solche Maßnahmen unter Voraussetzung einer geeigneten Ausbildung der Lehrer und der nötigen Unterstützung von seiten der Eltern und der Gemeinschaft zumindest kurzfristig als erfolgreich erweisen können.

Verschiedene Leitlinien für einen geeigneten Umgang von seiten der Schulen mit Schülern, die Drogen konsumieren, sind in Deutschland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich entworfen worden. Das Fernbleiben wie auch der Ausschluß vom Unterricht sind unerwünscht, da die Kinder außerhalb der Schulen einem größeren Risiko bezüglich des Drogenkonsums ausgesetzt sind.

Gemeinsame Veranstaltungen mit Lehrern, Schülern und Eltern fördern den Informationsaustausch sowie den persönlichen Umgang innerhalb der Gemeinschaft. Derartige Programme werden teilweise von Fachkräften geleitet. Andere wiederum dienen hauptsächlich der Förderung des Dialogs unter Eltern. Obwohl diese Initiativen nur selten evaluiert werden, berichteten 50 % der Teilnehmer entsprechender Studien in Dänemark, Deutschland und Griechenland anschließend über eine Verbesserung ihrer Kommunikationseigenschaften.

Im Hinblick auf die Verringerung der sozialen Ausgrenzung sind kürzlich umfassende Programme zur Unterstützung sozial gefährdeter Familien in Irland und dem Vereinigten Königreich eingeführt worden. Ausgewertete Ergebnisse dieser Maßnahmen liegen noch nicht vor.

Das Internet wird mit zunehmender Häufigkeit als Drogenpräventionsmedium verwendet, in dem Websites von Jugendlichen mit Informationen aufgerufen werden können bzw. virtuelle Konferenzräume („Chat Rooms“) über drogenbezogene Themen eingerichtet sind, und wo auch für entsprechende Hilfsstellen für betroffene Eltern geworben wird. Lehrer erhalten ebenfalls über dieses Medium Zugang zu Leitlinien und Empfehlungen und können über öffentliche schwarze Bretter zum Nachrichtenaustausch („Newsgroups“) ihre Erfahrungen mit Kollegen austauschen.

Drogenprävention in Freizeiteinrichtungen

Jugendarbeiter in Freizeiteinrichtungen wie Jugendzentren und Sportvereinen müssen zunehmend in der Lage sein, beim Auftreten von Drogenproblemen rechtzeitig einzuschreiten. Im Jahr 1999 wurden in Deutschland Fachseminare über die Prävention des Drogenkonsums von insgesamt 1 500 Jugendarbeitern besucht. In Belgien, Deutschland, Frankreich und den Niederlanden sind Jugendarbeiter befähigt, regelmäßige Konsumenten zu beraten und in unkomplizierte („low-risk“) Methoden der Drogenprävention einzuführen, um das Risiko einer Erhöhung ihres Konsums möglichst zu verhindern. Die Bewertung der Ergebnisse solcher Programme wird durch die Tatsache erschwert, daß sich die Ziele und Zielgruppen mit der Zeit ändern. Fraglicher ist die Effektivität und daher der Sinn der Fortsetzung von einmaligen Veranstaltungen, wie beispielsweise Jugendmessen bzw. Jugendvorstellungen, die in den letzten Jahren mit zunehmender Häufigkeit stattgefunden haben.

Der Freizeitkonsum von Drogen unter Jugendlichen findet tendenziell seltener auf groß angelegten Tanzveranstaltungen als vielmehr zerstreut in Kneipen und auf privaten Feiern statt. Die Bereitstellung von Information stellt weiterhin die gängigste präventive Maßnahme in der EU dar, gefolgt von der Beratung vor Ort, der umfassenden Datenerfassung und der Krisenintervention. Die Konsumenten synthetischer Drogen, die in der Regel der Überzeugung sind, über ein ausgedehntes Wissen und eine reichhaltige Erfahrung im Umgang mit diesen Substanzen zu verfügen, können ihre mögliche Abhängigkeit oft nicht einschätzen und werden selten von den herkömmlichen Behandlungsstellen wahrgenommen. Persönliche Beratungen und aufsuchende Sozialarbeit sind anscheinend geeigneter, um an die Bedürf-

Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

nisse dieser Art von Konsumenten heranzukommen. Ein Zentrum für die spezielle Beratung einzelner Konsumenten von synthetischen Drogen wird zur Zeit in Österreich errichtet.

Das Personal von Nightclubs und Discotheken kann ebenfalls eine entscheidende Rolle bei der Drogenprävention spielen. Aus diesem Grund sind geeignete Richtlinien für den Umgang von Club- und Kneipenpersonal mit Drogenkonsumenten – zusammen mit Vorschlägen für eine allgemeine Drogenpräventionspolitik – in Irland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich verabschiedet worden.

Vor Ort vorgenommene chemische Untersuchungen von Pillen sind in Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und Österreich in verschiedenen Varianten eingeführt worden. Analysen der Tabletten, die auf dem „Freizeitmarkt“ verkauft werden, haben ergeben, daß 19% Substanzen wie Koffein bzw. Ephedrin bzw. gar keine bioaktive Substanz enthalten. Häufig bewegen sich Pillentests angesichts des gesetzlichen Verbots der Drogenabnahme sowie deren Analyse und Lagerung – selbst für Testzwecke – jedoch in einer „Grauzone“. In Österreich gelten Pillentests als wissenschaftliche Studien. In den Niederlanden sind Kriterien für eine geeignete Untersuchungspraxis unter klarer Differenzierung ihrer Funktion im Sinne der Beobachtung bzw. der Reduzierung drogenbedingter Schäden entwickelt worden.

Besonders gefährdete Risikogruppen

Zu dieser Kategorie gehören Gruppen von ethnischen Minderheiten sowie sozial benachteiligte und/oder obdachlose Personen, Jugendliche im allgemeinen, in Anstalten eingewiesene und kriminelle Jugendliche und Sex-Arbeiterinnen. Umfassende Maßnahmen gegen den Drogenkonsum von Kindern und Jugendlichen werden zunehmend auf lokaler Ebene geplant und eingeführt, während überregionale Verwaltungsstellen – mit finanzieller Unterstützung, Ausbildung und Einführung in die entsprechende Methodologie aus zentralen oder regionalen Quellen – dazu angehalten werden, Aktionspläne auf der Grundlage der Bedürfnisse ihrer jeweiligen Gemeinschaft einzuführen. In Dänemark, Spanien, Irland, Finnland und dem Vereinigten Königreich wird die Drogenproblematik zusammen mit der Frage der sozialen Ausgrenzung, der Bagatelldelikte, der sozialen Gewalt und der Störung oder Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung behandelt.

Die langfristige Natur solcher Projekte wird bei deren Planung berücksichtigt. Die Erhaltung der nötigen

Koordination bis zum Ende der Projekte ist daher eine der entscheidenden Fragen in diesem Zusammenhang. Die Evaluation dieser Gemeinschaftsaktivitäten ist gerade erst angelaufen. Einen Beitrag zur Erhöhung der Effizienz, mit der sie durchgeführt werden, kann durch die Erhebung von Statistiken über den regelmäßigen Schulbesuch sowie durch Bereitstellung polizeilicher Datensätze und statistischer Information von seiten der Behandlungsstellen geleistet werden.

Projekte, die speziell auf Jugendliche nach ihrem Einstieg in den Konsum von Drogen zugeschnitten sind, werden in allen Mitgliedstaaten verzeichnet. Bedingt durch die Vielfalt der Probleme gesundheitlicher, erzieherischer, krimineller und sozialer Art, denen diese Konsumenten-Gruppe üblicherweise ausgesetzt ist, werden dabei unterschiedliche Dienstleistungsstellen einbezogen, deren Zusammenarbeit für den Erfolg der Projekte wesentlich ist. Eine ebenfalls entscheidende Rolle spielt dabei die frühzeitige Erkennung von Einstiegsmustern und neuen Risikogruppen.

Ambulante Stationen nehmen oft Jugendliche, die zu dem Zeitpunkt eine Experimentierphase mit Drogen durchlaufen, an den Orten auf, an denen sie sich versammeln. In Griechenland und Finnland sind Nachtcafés und andere beliebte Treffpunktlokale speziell für gefährdete Jugendliche eingerichtet worden, die teilweise sogar von solchen geführt werden. Diese Art der aufsuchenden Sozialarbeit ist schwer zu bewerten, da deren Ziele, Methoden und Teilnehmer in Anbetracht der inhärenten Komplexität der Problematik nicht präzise definiert sind. Methoden zur Evaluierung dieser Beobachtungsarbeit werden dringend benötigt. Die EBDD arbeitet derweil an der Überbrückung der vorhandenen Lücken.

Reduzierung der gesundheitsschädlichen Folgen des Drogenkonsums

Infektionskrankheiten

Das Auftreten von HIV in den 80er Jahren führte zur Einführung von Spritzenaustauschprogrammen, die gegenwärtig in allen Mitgliedstaaten etabliert sind, wenn auch im unterschiedlichen Umfang. Die Tendenz zur gemeinsamen Benutzung von Nadeln ist in den meisten Ländern der EU offensichtlich zurückgegangen, zugunsten der gemeinsamen Benutzung von Spritzen. Diese Art von Programmen wurden 1999 in Finnland infolge einer deutlichen Erhöhung der Häufigkeit von HIV-Infektionen mit hoher Priorität eingestuft. In Belgien, Spanien, und Finnland wurden Apotheker für die gesundheitliche

Beratung in bezug auf den Austausch von Spritzen im Rahmen dieser Programme ausgebildet. In Spanien und Frankreich z. B. fungieren Apotheken als leicht zugängliche („niedrigschwellige“) Hilfsdienste zur Unterstützung herkömmlicher Therapiezentren für Drogenabhängige, indem sie u. a. Spritzen und Substanzen zur Anwendung in der Substitutionstherapie verteilen.

Die vorhandenen Daten zeigen eine hohe Prävalenz von Hepatitis C in Europa, sogar in EU-Ländern mit einer niedrigen Inzidenzrate von HIV. Der verstärkte Austausch von Spritzen, jedoch auch die Erziehung der Heroinkonsumenten zum Verzicht auf die gemeinsame Benutzung von Spritzmaterial bzw. auf das eigentliche Spritzen stellen die einzigen im Moment verfügbaren präventiven Maßnahmen dar. Ein vor kurzem durchgeführter Versuch, Interferon in einem niedrigschwelligen Hilfsdienst in Österreich einzuführen, hat sich nicht als erfolgreich erwiesen.

Ein Programm zur Impfung gegen Hepatitis B ist dagegen in Österreich mit Erfolg angelaufen, wobei Deutschland und die Niederlande über positive Erfahrungen auch bezüglich der besonders gefährdeten intravenös injizierenden Drogenkonsumenten (i. v.-Drogenkonsumenten) berichten.

Mit Besorgnis wird unter Jugendlichen, die eventuell nicht von den Erziehungsmaßnahmen betroffen waren, die infolge des Auftretens von HIV gegen Ende der 80er bzw. Anfang der 90er Jahre ergriffen wurden, die kontroverse Tendenz zu einer abnehmenden Kenntnis über das Risiko bei einem gleichzeitig häufigeren Risikoverhalten beobachtet. Forschungsergebnissen zufolge, die 1998 veröffentlicht wurden, sind die Bemühungen im Vereinigten Königreich um die Aufklärung von i. v.-Drogenkonsumenten über die Gefahren und die Folgen, die das Überreden von Nichtinjizierenden zum intravenösen Drogenkonsum mit sich bringt, bislang erfolgreich gewesen.

Aufsuchende Sozialarbeit und leicht zugängliche („niedrigschwellige“) Hilfsdienste

Im Verlauf des letzten Jahrzehnts sind aufsuchende Sozialarbeit und leicht zugängliche Hilfsdienste als zusätzliche Leistungen zur herkömmlichen Drogenbehandlung eingeführt worden, um Drogenkonsumenten, die noch nicht bzw. nicht mehr in der Therapie sind, vor einer weiteren Verschlechterung ihrer Gesundheit zu bewahren und sie zum Aufsuchen der Behandlungsstellen zu bewegen.

Ambulante Hilfsdienste übernehmen u. a. die Verteilung von Informationen, sauberen Nadeln und Spritzen, und leisten Erste Hilfe, Krisenintervention und sonstige Hilfe sowohl an den üblichen Treffpunkten von Drogenkonsumenten als auch speziell für entsprechende Zielgruppen, wie zum Beispiel für Arbeiterinnen der Sexgewerbe. In Frankreich, Irland und den Niederlanden dürfen die ambulanten Hilfsdienste dieser Art auch Methadon ausgeben.

Niedrigschwellige Hilfsdienste sind in allen Mitgliedsstaaten zunehmend verbreitet – obgleich sie in Griechenland und Finnland infolge der wachsenden Sorgen um die sozial benachteiligten Drogenkonsumenten erst vor kurzem eingeführt wurden – und werden zunehmend häufiger aufgesucht. Patienten werden in Abhängigkeit der verfügbaren Ressourcen und gemäß ihrer Bedürfnisse mit Nahrungsmitteln, Getränken, Nadeln und Spritzen versorgt, erhalten Übernachtungsmöglichkeiten und haben Zugang zu sanitären Anlagen sowie zur psychosozialen und medizinischen Unterstützung, teilweise auch zu Methadon.

Aufsuchende Sozialarbeit und niedrigschwellige Hilfsdienste werden teilweise auch von Organisationen angeboten, die von ehemaligen Drogenkonsumenten geleitet werden, deren Rat von vielen aktuellen Konsumenten als vertrauenswürdig angesehen wird. Die besser etablierten Organisationen – wie z. B. Mainline in Amsterdam oder Brugerforeningen in Kopenhagen – arbeiten mit offiziellen Fürsorgediensten und betreuen eigene Sonderprojekte, die beispielsweise speziell für Frauen konzipiert sind.

Fixerstuben

Fixerstuben sind Einrichtungen, in denen Drogen unter medizinischer Beobachtung auf hygienische Weise konsumiert werden können, wodurch das Risiko einer Infektion bzw. einer tödlichen Überdosis verringert wird. Obwohl Fixerstuben seit 1994 in vier deutschen Städten eingerichtet wurden, erhielten sie erst am 25. Februar 2000 den Status legaler Einrichtungen, nachdem das Betäubungsmittelgesetz geändert und eine zusätzliche Rahmenregelung eingeführt worden war, in der die Mindestanforderungen an technischer Ausrüstung und Verwaltung festgelegt sind. Gemäß dieser Regelung ist die endgültige Entscheidung jedoch jedem einzelnen Bundesland überlassen. Dagegen existieren Fixerstuben in den Niederlanden bereits seit einigen Jahrzehnten. In Madrid wird im Laufe dieses Jahres (2000) eine Injektionsstelle eröffnet, während in Luxemburg und Österreich über entsprechende Maßnahmen zur Zeit diskutiert wird. Im Rahmen einer von der Europäischen Kommission finanzierten Studie wird gegenwärtig unter-

sucht, ob und in welchem Umfang durch die Einführung von Fixerstuben das Risikoverhalten der Drogenkonsumenten zurückgeht sowie deren Gesundheit verbessert oder bewahrt und die Last der offenen Drogenszenen für die örtlichen Gemeinschaften verringert wird.

Bedingungen in den Vollzugsanstalten

Innerhalb der Vollzugsanstalten ist das Risiko für die Ausbreitung von Infektionskrankheiten sogar noch größer als außerhalb. Der Spanische Bund der Vollzugsanstalten hat 1999 den Austausch von Spritzen innerhalb aller Vollzugsanstalten gefordert, um die Gefahr, die die gemeinsame Benutzung von Nadeln in sich birgt, zu verringern. In Spanien erhalten insgesamt 6,6 % der Inhaftierten eine antiretrovirale Therapie. In Deutschland ist in einigen Strafanstalten ein Programm zur Verminderung der Übertragungsrate von Infektionskrankheiten eingeführt worden, zu dem auch der Spritzenaustausch gehört.

Behandlung

Frühe Stadien der Drogenkarriere

Die Anzahl der Personen, die sich wegen des Konsums von Amphetaminen, Kokain und Cannabis sowie wegen des Rauchens von Heroin in die Therapie begeben, ist in der EU gestiegen. Dies stellt eine Herausforderung für die konventionellen Hilfsdienste dar, die oft nicht für den Umgang mit neuen Konsummustern im frühen Stadium gewappnet sind. Die Zusammenarbeit mit Jugend- und Sozialdiensten sowie psychiatrischen Hilfsdiensten ist verstärkt worden, zum Beispiel in Deutschland, den Niederlanden und Österreich. Im Vereinigten Königreich wurden 1999 Richtlinien für den Umgang mit Jugendlichen unter 16 bzw. zwischen 16 und 18 Jahren veröffentlicht.

Maßnahmen zugunsten ethnischer Minderheiten und Einwanderern haben während der letzten 5 Jahre für zunehmendes Interesse in Deutschland, Luxemburg und den Niederlanden gesorgt. Der Konsum von Drogen hat eine ziemlich hohe Prävalenz unter bestimmten ethnischen Untergruppen, die infolge sprachlicher bzw. kultureller Barrieren meistens keinen Gebrauch von Hilfsdiensten und Therapien machen. Vielversprechende Alternativen umfassen Ansätze mit Versuchsgruppen, bei denen ethnische Faktoren berücksichtigt werden und Informationen in der oder den jeweiligen Sprache/n vermittelt werden. Weitere Untersuchungen zu diesem Thema werden im Zusammenhang mit der Roma-Bevölkerung in Spanien, der portugiesischen Gemeinschaft in Luxemburg und den Einwanderern aus den Molukken bzw. aus Nordafrika in den Niederlanden in

Erwägung gezogen.

Problematische Drogenkonsumenten

In allen Mitgliedstaaten werden die Therapiestellen und Hilfsdienste zunehmend mit dem gleichzeitigen Konsum verschiedener Drogen konfrontiert. In Dänemark sind 75 % der Personen, die eine Therapie aufnehmen, Konsumenten verschiedener Drogen. In Deutschland wird über den problematischen Konsum von Ersatzsubstanzen wie Methadon und Kodein berichtet (auf die Substitutionstherapie wird in diesem Kapitel nicht näher eingegangen; sie wird ausführlich in Kapitel 4 diskutiert).

Die Reaktion der Hilfsdienste auf diese neue Herausforderung läßt sich noch nicht voraussehen. Berichten aus einigen Ländern zufolge sollen die allgemeinen psychosozialen und zum Teil psychiatrischen Dienste dabei bevorzugt werden, jedoch hat bislang kein Mitgliedstaat präzise Information über die Methoden bzw. die Zielsetzung der Behandlung eingereicht. Griechenland, Österreich und Finnland berichten über einen Anstieg und eine Diversifizierung der Behandlungsdienste innerhalb des Berichtszeitraums. In Luxemburg und Portugal wird eine ähnliche Ausdehnung geplant. Der französische Dreijahresplan betont die Notwendigkeit der Anbindung von Hilfsdiensten für Alkoholiker und für Konsumenten illegaler Drogen. Niederländische Forschungsberichte aus dem Jahr 1998 bzw. 1999 weisen darauf hin, daß Behandlungsstellen den kombinierten Konsum von Drogen (stufenweise einschließlich Nachbehandlung) sowie die Abhängigkeit und die kriminelle Rückfälligkeit positiv beeinflussen können. Der langfristigen, umfassenden nationalen Studie über die Ergebnisse der Drogenbehandlung (Ntors) im Vereinigten Königreich nach führten sowohl die drogenfreie Therapie als auch die Substitutionstherapie mit Methadon nach zwei Jahren zu einer deutlich höheren Abstinenzrate sowie zu einer Verringerung der Konsumrate unter den Abhängigen und schließlich dazu, daß nur noch ein Fünftel der Untersuchungsteilnehmer nach wie vor als tägliche Konsumenten galt.

Die duale Diagnose – im Falle der Überlappung von drogenbedingten und psychiatrischen Problemen – wird in Dänemark, den Niederlanden und Schweden zunehmend als problematisch betrachtet. In ähnlich verstärktem Umfang muß das Problem der älter werdenden Drogenkonsumenten mit angeschlagener Gesundheit und schweren psychologischen und gesellschaftlichen Schwierigkeiten besonders in Ländern mit einer langen Geschichte des Drogenkonsums wie den Niederlanden oder dem Vereinigten Königreich beobachtet werden. Infolge ihrer zunehmend wichtigen Rolle

im Rahmen eines diversifizierten Fürsorgesystems sind in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich Leitlinien für praktische Ärzte und andere Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitssektors für den Umgang mit Drogenkonsumenten herausgegeben worden.

Therapie als Alternative zum Strafvollzug

Alle Mitgliedstaaten stimmen im Prinzip darin überein, daß Drogenkonsumenten nicht wegen ihrer Abhängigkeit inhaftiert werden sollten. Aus diesem Grund wird an einer Vielfalt von Behandlungsalternativen in der EU gearbeitet, die von Aufgaben des Gemeinwesens über die ambulante bis zur stationären Behandlung von Patienten reicht (für nähere Einzelheiten siehe Kapitel 4). Studien zur Evaluation dieser Maßnahmen werden zur Zeit durchgeführt.

Behandlung im Strafvollzug

In allen EU-Ländern ist die Drogenbehandlung im Strafvollzug zugänglich. In Spanien und Österreich wird die Substitutionstherapie zunehmend im Strafvollzug angewendet. Die Evaluation der Behandlung in den Strafanstalten ist jedoch nicht eindeutig. In einigen Mitgliedstaaten wird über einen deutlichen Rückgang sowohl des Drogenkonsums als auch der damit verbundenen Kriminalität berichtet, während in anderen Ländern die Meinung herrscht, es seien weitere und stärker differenzierte Studien nötig, um zutreffende Schlüsse daraus zu ziehen. Unter den Hindernissen für eine wirkungsvolle Behandlung innerhalb der Strafanstalten zählen deren Überfüllung, die mangelnde Ausbildung des Personals – obwohl spezielle Ausbildungsmöglichkeiten in Spanien und Italien zugänglich sind – und der Ausstieg aus der Therapie nach der Freilassung.

Gesellschaftliche Wiedereingliederung

Drogenkonsumenten, die in Haft, Drogenbehandlung oder langjähriger Substitutionstherapie gewesen sind, weisen oft erhebliche Mängel an Grundbildung und beruflicher Bildung auf und sind darüber hinaus ebenso oft obdachlos und arbeitslos. Dies sind Faktoren, die deren gesellschaftliche Wiedereingliederung erschweren. Entsprechende Bemühungen um die Re- bzw. die Integration von Drogenkonsumenten in die Gesellschaft bzw. die Stabilisierung ihrer Lebensweise sind in Griechenland, Spanien, Irland, Österreich, Portugal und Finnland verstärkt worden.

In Deutschland, Griechenland, Spanien und Irland wird der Zugang zur Grundbildung als auch zu beruflichen Ausbildungen im Bereich des Handwerks, der Landwirtschaft und der Computerwissenschaften angeboten. Darüber hinaus sind staatlich geförderte Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für (ehemalige) Drogenkonsumenten in Deutschland, Griechenland, Spanien, Irland, Österreich und Portugal eingeführt worden, zum Teil auch in Form von spezifischen Programmen zur Förderung der Integration in den jeweiligen Arbeitsmarkt. Das Programm Integra der Europäischen Kommission fördert die soziale Rehabilitierung von Jugendlichen durch Ausbildungs- und Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen. In Griechenland, Spanien, Österreich und Portugal laufen verstärkt Initiativen für die Bereitstellung von Unterkünften für (ehemalige) Drogenkonsumenten, dies sowohl in Form von Sozialwohnungen als auch von normalen Mietwohnungen bzw. innerhalb von Familien.

Die Evaluation dieser Programme zur Nachsorge ist bislang vielversprechend, wobei die Anzahl der Aussteiger niedrig gewesen ist. Drogenkonsumenten, die aus der Haft entlassen werden, benötigen im Hinblick auf die Gefahr von Überdosen bzw. auf ihre gesellschaftliche Integration unter Umständen eine intensivere Unterstützung als solche, die aus der Therapie entlassen werden.

Ausgewählte Themen

In diesem Kapitel werden drei spezifische Themen bezogen auf das Drogenproblem in Europa hervorgehoben: die Substitutionstherapie, die strafrechtliche Verfolgung drogenbedingter Delikte und die Problematik um drogenabhängige Frauen und deren Kinder.

Substitutionstherapie

Die Substitutionstherapie wurde Ende der 60er Jahre in Europa infolge des auftretenden Konsums von Opiaten eingeführt. Im Zuge der Ausdehnung des Opiatkonsums wurde auch der Zugang zur Substitutionstherapie verbreitet, deren Praxis jedoch in beachtlichem Maße schwankte – und bis dato noch schwankt. Auch die entsprechende Gesetzgebung zur Regulierung der Ausübung und der allgemeinen Verwaltung der Substitutionstherapie unterliegt deutlichen Schwankungen in der EU.

Bei der Aufnahme in die Therapie wird den Drogenkonsumenten eine Ersatzsubstanz verschrieben, die der bislang eingenommenen Droge ähnlich oder identisch ist. Dabei wird zwischen der Entgiftung – durch stufenweise Herabsetzung der Dosis bis auf Null – und der Aufrechterhaltung – durch Verabreichung einer ausreichenden Dosis zur Vermeidung des Risikoverhaltens und

einer drogenbedingten Erkrankung über längere Zeit – differenziert. Konsumenten von Heroin (oder anderen Opiaten) sind die häufigsten Patienten der letzteren Variante, wohingegen die Entgiftungstherapie hauptsächlich für Konsumenten von anderen Drogen geeignet ist. Dieser Abschnitt befaßt sich ausschließlich mit der Behandlung der Abhängigkeit von Opiaten.

Ersatzsubstanzen

Die zur Substitution von illegalen Drogen verwendeten Substanzen können als Agonisten – wenn sie die Opioidrezeptoren im Gehirn aktivieren und somit den Effekt der eigentlichen Droge auslösen – oder gleichzeitig auch als Antagonisten (also insgesamt als Agonisten-Antagonisten) wirken, wenn sie einerseits die Opioidrezeptoren im Gehirn aktivieren und andererseits den Effekt anderer, zusätzlich genommener Opiate blockieren. Substanzen wie das Buprenorphin eignen sich aufgrund ihrer Eigenschaften zur Verwendung als Agonisten-Antagonisten.

Tabelle 1

In der EU verwendete Ersatzsubstanzen				
Ersatzsubstanz	Eigenschaften der Substanz	EU-Länder, in denen die Substanz verwendet wird ⁽¹⁾	Geschätzte Kosten für eine einwöchige Therapie (EUR) ⁽²⁾	Verwendung der Substanz zur Entgiftung bzw. Aufrechterhaltung
Buprenorphin	Sehr lang anhaltende Wirkung als Agonist-Antagonist; Opioid	Belgien, Dänemark, Frankreich, Italien, Österreich, Vereinigtes Königreich	65	Beides
Dihydrokodein	Kurz anhaltende Wirkung; semisynthetisch; schwacher Agonist, Opioid	Belgien, Deutschland, Luxemburg	40	Beides
Heroin	Kurz anhaltende Wirkung als starker Agonist; Opiat	Niederlande, Vereinigtes Königreich	200	Aufrechterhaltung
LAAM	Sehr lang anhaltende agonistische Wirkung; synth. Opioid	Dänemark, Deutschland, Spanien, Portugal	45	Beides
Mephenon®	Lang anhaltende agonistische Wirkung, synth. Opioid	Luxemburg	8	Beides
Methadon	Lang anhaltende agonistische Wirkung; Opioid	Alle EU-Länder	20	Beides
Morphin mit verzögerter Wirkung	Lang anhaltende agonistische Wirkung; Opiat	Österreich	40	Beides

Anmerkungen: ⁽¹⁾ Die Ersatzsubstanzen, die in weniger als 20 Fällen eingesetzt werden, sind hier nicht erwähnt.

⁽²⁾ Die Aufrechterhaltungsdosen betragen: 8 mg Buprenorphin pro Tag; 1500 mg Dihydrokodein pro Tag; 400 mg Heroin pro Tag; 350 mg LAAM pro Woche; 10 Mephenon®-Pillen pro Tag; 50 mg Methadon pro Tag oder 400 mg Morphin mit verzögerter Wirkung pro Tag.

Die Substanzen, die in der Substitutionstherapie gegen den Mißbrauch von Heroin eingesetzt werden, sind entweder Opiate – Mohnblumenextrakte wie Morphin oder Kodein bzw. Heroin, das ausgehend von Morphin synthetisiert wurde – oder Opioide – synthetische Substanzen mit opioidähnlicher Wirkung, wie Buprenorphin oder Methadon.

Die verschiedenen Ersatzsubstanzen haben eine unterschiedliche Wirkungsdauer, in Abhängigkeit derer sie verabreicht werden müssen. Die Substanz mit der längsten Wirkung ist Laevo-Alpha-Acetyl-Methadol (LAAM), die daher mit einer sehr geringen Häufigkeit von bis zu dreimal pro Woche verabreicht wird. Morphinvarianten mit verzögerter Wirkung können jeden zweiten Tag verabreicht werden, wohingegen Methadon und Mephenon® (Methadonpillen) täglich verabreicht werden müssen. Heroin und Dihydrokodein müssen mindestens zweimal täglich verabreicht werden.

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, ist Methadon nach wie vor die am häufigsten verwendete Ersatzsubstanz in der EU, obwohl sie längst nicht mehr die einzige ist. Mittlerweile werden weitere Substanzen trotz ihrer unterschiedlichen Eigenschaften sowohl in der Entgiftungs- als auch in der Aufrechterhaltungstherapie eingesetzt.

Einführung von Substitutionstherapien in der EU

Nach einer Reihe von Experimenten, die zwischen 1994 und 1997 mit dem Ziel durchgeführt wurden, chronischen Drogenkonsumenten Heroin zu Aufrechterhaltungszwecken zu verschreiben, wird Heroin in der Schweiz nach wie vor parallel zu Methadon verwendet. Die Versuche, die in diesem Zusammenhang in der Schweiz durchgeführt wurden, lösten in allen EU-Mitgliedstaaten eine Polemik über die Verschreibung von Heroin aus. Obwohl in mehreren Mitgliedstaaten infolgedessen ähnliche Versuche vorgeschlagen wurden, sind sie 1997 lediglich in den Niederlanden durchgeführt worden. In Deutschland wurde 1999 die Gesetzgebung dahingehend geändert, solche Versuche zu erlauben. Die Erfahrungen mit Buprenorphin in Frankreich wurden als Grundlage für entsprechende Versuche in kleinem Umfang in Dänemark (1998), Deutschland (1999) und Österreich (1997) genommen und führten zur Approbation der Substanz im Vereinigten Königreich (1999) und in Deutschland (2000). Versuche mit LAAM wurden in Portugal (1994), Spanien (1997) und Dänemark (1998) durchgeführt.

Tabelle 2 zeigt einerseits erneut die überwiegende Verwendung von Methadon und andererseits die Zeit, die bis zu dessen Einführung in die jeweiligen EU-Länder

Tabelle 2

Einführung von Substitutionstherapien in der EU		
Mitgliedstaat	Einführung der Substitutionstherapie mit Methadon	Einführung anderer Substanzen ⁽¹⁾
Belgien	1994	Gelegentliche Verwendung von Buprenorphin ⁽²⁾ bzw. Dihydrokodein
Dänemark	1970	Buprenorphin ^(2,3) und LAAM (beide 1998) ⁽³⁾
Deutschland	1992	Dihydrokodein (1985), Heroin (1999) ⁽³⁾ , LAAM (1999), Buprenorphin (2000) ⁽²⁾
Griechenland	1993	Keine weiteren Substanzen
Spanien	1983	LAAM (1997)
Frankreich	1995	Buprenorphin (1996) ⁽²⁾
Irland	1970	Keine weiteren Substanzen
Italien	1975	Buprenorphin (1999) ^(2,3)
Luxemburg	1989	Dihydrokodein (1994) ⁽³⁾ , Mephenon® ⁽⁴⁾
Niederlande	1968	Heroin (1997) ⁽³⁾
Österreich	1987	Morphin mit verzögerter Wirkung (1997), Buprenorphin (1997) ^(2,3)
Portugal	1977	LAAM (1994) ⁽³⁾
Finnland	1974	Buprenorphin (1997) ⁽²⁾
Schweden	1967	Keine weitere Substanz
Vereinigtes Königreich	1968	Buprenorphin (1999) ⁽²⁾

Anmerkungen: ⁽¹⁾ Die Jahresangaben beziehen sich auf das Datum der politischen Entscheidung für die Verwendung der Substanz.
⁽²⁾ Buprenorphin wird hierbei in Form von Subutex®, nicht aber von Temgesic® verwendet, da letzteres nur geringe Mengen dieser Substanz enthält.
⁽³⁾ Ausschließlich versuchsweise.
⁽⁴⁾ Datum unbekannt.

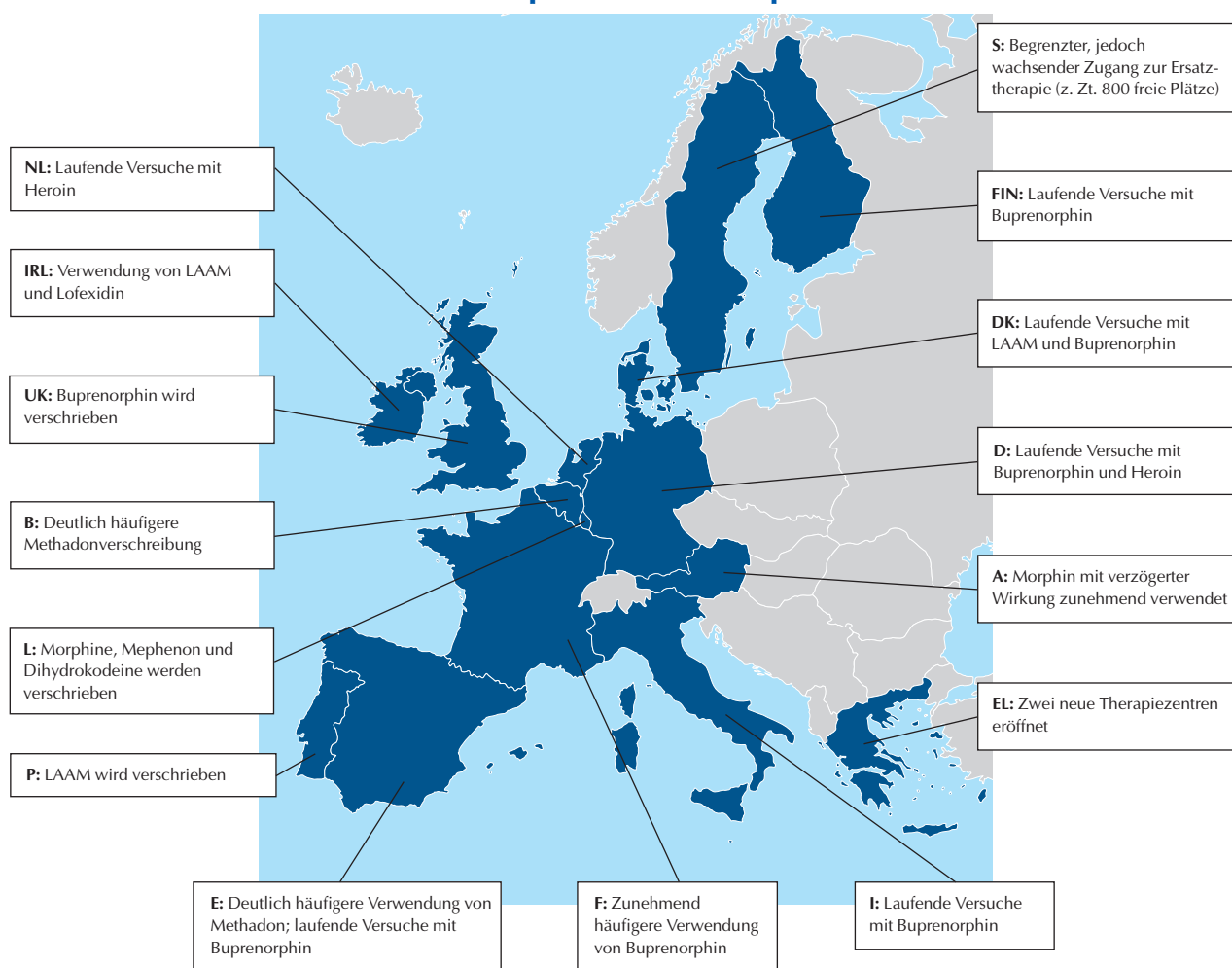
verstrich. Während neuere Ersatzsubstanzen in vielen EU-Ländern noch getestet werden, nimmt deren Wichtigkeit weiterhin zu.

Aus einer Untersuchung über die ambulante Methadonbehandlung, die 1995 bis 1999 in Deutschland unter der Leitung des Instituts für Therapeutische Forschung (IFT) in München durchgeführt wurde, ging ein Rückgang des Drogenkonsums bei gleichzeitiger Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit und des Umganges als Ergebnis hervor.

Einer weiteren Studie zufolge, die 1997 in den Niederlanden stattfand, nehmen 90 % der Patienten mit durchschnittlichen Tagesdosen von 50 mg Methadon zusätzlich Kokain und Heroin, während 70 % Alkohol konsumieren. Erste Ergebnisse einer Studie über die Auswirkungen verschiedener Dosierungen von Methadon zeigten, daß das Verhalten von Versuchsgruppen, die auf einer höheren Dosierung eingestuft wurden, sich stabilisierten und ihre Gesundheit und Kommunikationsfähigkeiten sich weniger häufig verschlechterten bzw. in einigen Fällen sogar verbesserten.

In Österreich wurden 1997 die Ergebnisse einer Untersuchung veröffentlicht, laut derer Buprenorphin als

Abb. 21 — Übersicht über die gegenwärtige Stellung der Substitutionstherapie in der Europäischen Union



Ersatzsubstanz für Schwangere geeignet ist, da Kinder von entsprechenden Patientinnen die bei einer Abhängigkeit von Opiaten üblichen Entzugserscheinungen nicht aufwiesen.

Anfang der 90er Jahre scheiterten Versuche mit LAAM in den Niederlanden aufgrund der verweigerten Bereitschaft zur Zusammenarbeit von seiten der Patienten, wohingegen positive Ergebnisse aus Portugal berichtet wurden, denen zufolge 64 % der 99 Teilnehmer das Programm bis zum Ende durchliefen. Einer nachträglichen Studie an 38 ehemaligen Patienten zufolge wurden 61 % nicht rückfällig.

Umfang und Hintergrund der Substitutionstherapiezentren

Trotz der Verbreitung der Substitutionstherapie in der EU während der letzten 30 Jahre ist sie noch immer nicht in allen Gebieten bzw. unter allen Bedingungen zugänglich. Griechenland, Finnland und Schweden bieten beispielsweise keinen flächendeckenden, sondern nur einen

geographisch begrenzten Behandlungsdienst an. Die Verfügbarkeit im Strafvollzug ändert sich ebenfalls, dies sowohl im Verhältnis zwischen den einzelnen Mitgliedsstaaten als auch innerhalb der einzelnen Länder.

Die Möglichkeit der stationären Substitutionstherapie bieten wenige EU-Länder an, obwohl diese im Rahmen der EU-Abkommen theoretisch vorgesehen ist. In Wirklichkeit wird die Therapie überwiegend ambulant angeboten, eventuell in Anbetracht der niedrigeren Kosten im Vergleich zur stationären Behandlung oder weil die Auswirkung auf das tägliche Leben der Patienten minimal ist. Dieser Hintergrund läßt eine Differenzierung der Patienten nicht zu, bei denen es sich einerseits um unauffällige und oft berufstätige Menschen, andererseits und mindestens ebenso häufig jedoch um sozial ausgegrenzte und extrem benachteiligte Abhängige handelt, für die eine stationäre Behandlung geeigneter sein könnte.

Obwohl die Evaluation der Substitutionstherapie in den

letzten fünf Jahren erheblich strenger geworden ist, gibt es in den meisten Mitgliedstaaten bis dato einen Mangel an Qualitätskontrolle, Beobachtung und Bewertung individuell gestalteter Programme.

Strafrechtliche Verfolgung drogenbedingter Delikte

Besitz von Heroin

In 11 Mitgliedstaaten der EU muß bei Gerichtsverfahren wegen Besitz von Heroin oder ähnlichen Substanzen zunächst geklärt werden, ob die sichergestellten Mengen dem eigenen Konsum dienen sollten oder nicht. Der Besitz von bestimmten Mengen für den eigenen Bedarf wird weniger streng beurteilt als im Falle anderer Zwecke. Das übliche Urteil erstreckt sich von Ordnungsstrafen - wie dem Entzug des Führerscheins oder des Passes - über Geldstrafen bis zur Inhaftierung oder einer Strafe auf Bewährung von bis zu 12 Monaten.

In der Praxis ist es jedoch nahezu unmöglich, gemeinsame Kriterien für den Strafvollzug zu definieren – sogar innerhalb eines einzelnen Landes –, da das zuständige Gericht zahlreiche Faktoren dabei berücksichtigen muß, darunter die nationale Gesetzgebung in bezug auf Drogen, den Zustand des Angeklagten sowie den Zeitpunkt und den Ort der begangenen Straftat.

Einige gemeinsame Aspekte können jedoch identifiziert werden. Bagatelldelikte in Form des Besitzes geringfügiger Mengen zur Deckung der eigenen Bedürfnisse führen in der Regel zu einer Verwarnung und der Sicherstellung der Drogen, an Stelle strengerer Strafen. In Dänemark ist jedoch der Besitz einer geringfügigen Dosis zur Deckung des persönlichen Bedarfs erlaubt. In diesen Fällen wird die Sicherstellung unterlassen, da dies kriminelle Handlungen bei der Beschaffung einer neuen Dosis auslösen könnte.

Angesicht des hohen Suchtpotentials des Heroins stellt sich der Besitz dieser Droge häufig als Wiederholungsdelikt heraus, so daß die kriminelle Rückfälligkeit ein bedeutendes Problem ist. In den meisten Mitgliedstaaten müssen rückfällige Straftäter mit einem strengeren Urteil rechnen, wie z. B. Bewährungsfristen oder Inhaftierung, wenn die betreffenden Mengen „bedeutend“ sind.

In der EU wird der Besitz von Heroin und ähnlichen Drogen bis dato juristisch sehr unterschiedlich gehandhabt. In Dänemark kann beispielsweise eine Verwarnung ausgesprochen oder eine Haftstrafe angeordnet werden. In Griechenland kann der Besitz geringer Mengen von Cannabis unter Umständen strenger bestraft werden als derjenige von vergleichbaren Heroinmengen,

ausgehend von dem höheren Suchtpotential, das den Besitz im letzteren Fall nötiger macht als im ersteren. In den Niederlanden wird der Besitz geringer Mengen von „harten“ Drogen zur Deckung des persönlichen Bedarfs in der Regel nicht bestraft, während in Finnland strenger nach Konsumenten „harter“ Drogen als nach Konsumenten „leichter“ Drogen gefahndet wird, obgleich die Gesetzgebung von den einzelnen Gerichten unterschiedlich interpretiert wird.

Eigentumsdelikte

In allen Mitgliedstaaten gelten Eigentumsdelikte vor dem Hintergrund der Drogenbeschaffung als Verbrechen, und die Tatsache, daß der Straftäter drogenabhängig ist birgt keine Milderung in sich. Das jeweilige Urteil ist allerdings abhängig von den Umständen.

Am häufigsten werden diejenigen Abhängigen strafrechtlich verfolgt, die Drogen aus Apotheken bzw. Eigentum aus privatem Besitz zur Finanzierung der Drogenbeschaffung stehlen. Unter günstigen Umständen können sie abhängig von dem Schadenumfang und der dabei angewendeten Gewalt – ein schwer belastender Faktor – zu einer Bewährungsstrafe verurteilt werden. In Irland kann beispielsweise die bedrohliche Verwendung einer Spritze als Waffe, mit der ein anderer genötigt oder verletzt werden soll, eine Strafe zwischen 12 Monaten und lebenslänglich zur Folge haben. Im Falle von Diebstahl im kleinen Umfang – „Bagatelldiebstahl“ – können gemäß der nationalen Gesetzgebung mildernde Umstände unter der Bedingung geltend gemacht werden, daß der Straftäter sich einer entsprechenden Behandlung unterzieht.

Wenn ein Diebstahl im kleinen Umfang von jemandem begangen wird, der nicht vorbestraft ist und keine ernsthaften Suchtprobleme hat, fällt das Urteil meistens in Form einer Verwarnung zuzüglich einer Geldstrafe aus, obwohl eine Haftstrafe nicht auszuschließen ist. Wenn es sich dabei im Gegenteil um eine Person mit ernsthaften Suchtproblemen handelt, die sich dessen bewußt und bereit ist, sich einer dementsprechenden Behandlung zu unterziehen, wird die Anklage meistens fallengelassen, und das übliche Urteil lautet auf Bewährung mit Anordnung einer Therapie.

Die Bevorzugung der Therapie als Alternative zur Inhaftierung ist ein gemeinsames Prinzip unter den meisten EU-Mitgliedstaaten und stellt die Grundlage der österreichischen Drogenpolitik dar. Entsprechende Strafen werden oft zur Bewährung ausgesetzt, gefolgt von der erfolgreichen Durchführung einer Therapie. In Dänemark wurde zwischen 1995 und 1998 ein Pilotprojekt zur Behandlung statt Inhaftierung von kriminell gewor-

denen Abhängigen durchgeführt, dessen Ergebnisse mit Bedacht als positiv bewertet werden können. Obwohl die meisten Teilnehmer mindestens einmal rückfällig wurden, beging keiner ein Drogendelikt während der Dauer der Untersuchung. In Irland werden die für Drogen zuständigen Gerichte im Rahmen eines Pilotprojektes dazu ermächtigt, Behandlungen mit sofortiger Wirkung anzuordnen und die Verantwortung für deren Fortschritt vollständig an die betreffende Person zu übertragen. In ähnlicher Weise zielt die 1998 im Vereinigten Königreich verabschiedete Verfügung zur Drogenbehandlung und Drogenprüfung (DTTO) auf die Reduzierung der drogenbedingten Kriminalität durch die gerichtlich gesteuerte Behandlung und gesellschaftliche Rehabilitation unter der Aufsicht des Bewährungsdienstes. Selbst in Fällen, in denen Abhängige zu Haftstrafen verurteilt werden, wird in den Ländern der EU in zunehmendem Maße eine begleitende Therapie innerhalb der Vollzugsanstalten angeordnet.

Drogenhandel

Der Handel mit Drogen zur Finanzierung der eigenen Abhängigkeit ist ein übliches Verhaltensmuster innerhalb Europas und wird in den meisten Mitgliedstaaten unabhängig von den sonstigen Umständen als Verbrechen geahndet. Allerdings wird der Umfang der begangenen Straftat bei der Verurteilung berücksichtigt; in den einzelnen Ländern sind die Strafen unterschiedlich und reichen von einer Geldstrafe über befristete Haftstrafen bis zur lebenslänglichen Inhaftierung im Vereinigten Königreich.

Trotz der Vielzahl an verfügbaren Daten in der EU können bestimmte gemeinsame Faktoren identifiziert werden, die das Urteil wegen Drogenhandels beeinflussen.

Menge und Kundschaft

In den meisten EU-Ländern wird der Verkauf von geringfügigen Mengen als migrationsbedingter Umstand im Gegensatz zum groß angelegten Drogenhandel gehandhabt. In Griechenland können Drogenkonsumenten, die geringe Mengen ausschließlich zur Deckung ihres persönlichen Bedarfs untereinander austauschen, zu einer Haftstrafe von sechs Monaten verurteilt werden, die möglicherweise jedoch in eine Geldstrafe umgewandelt oder zur Bewährung ausgesetzt wird. Drogenabhängige, die wegen groß angelegten Drogenhandels verurteilt werden, können Haftstrafen von bis zu acht Jahren erhalten, während nicht abhängige Straftäter mit einer lebenslänglichen Haftstrafe rechnen müssen. In Schweden schwankt die Dauer der Haftstrafe zwischen zwei Monaten und zwei bis drei Jahren, je

nach gehandelter Drogenmenge. Der Schmuggel ohne kommerzielle Zwecke gilt beispielsweise im Vereinigten Königreich dabei als mildernder Umstand.

Ausmaß der Abhängigkeit

In allen Mitgliedstaaten kann das Ausmaß der Abhängigkeit die Entscheidung beeinflussen, ob eine Therapie einer Haftstrafe vorgezogen wird.

Art der Substanz

Auf gerichtlicher Ebene wird zwischen den gefährlicheren Drogen mit einem hohen Suchtpotential, wie Heroin, und den weniger gefährlichen Drogen mit geringerem Suchtpotential, wie Cannabis, differenziert. In der Praxis sind in Griechenland polizeiliche Prioritäten zur Fahndung von Drogenhändlern in Abhängigkeit der Art der jeweiligen Substanz eingeführt worden. Heroin gilt als die gefährlichste Substanz, nach der demnach am intensivsten gefahndet wird, gefolgt von Kokain, synthetischen Drogen und Cannabis. In Luxemburg wird die Gesetzgebung gegenwärtig dahingehend geändert, die Gefährlichkeit der Drogen als Kriterium für entsprechend neu definierte Strafen einzuführen.

Rückfälligkeit

Wiederholungstaten können in fast allen Mitgliedstaaten eine strengere Verurteilung zur Folge haben. In Dänemark kann der wiederholte Verkauf von als gefährlich eingestuften Drogen zu Haftstrafen von bis zu sechs Jahren führen. Wenn „bedeutende“ Mengen dabei gefunden werden, kann die Dauer der Haftstrafe auf bis zu zehn Jahre angehoben werden. In Luxemburg wird der Handel mit Drogen jeder Art mit Haft zwischen einem und fünf Jahren und/oder Bußgeldern geahndet. Bei rückfälligen Straftätern kann das Ausmaß der Strafe innerhalb der ersten fünf Jahre nach der erstmals begangenen Straftat verdoppelt werden. Angesichts der Tatsache, daß der Verkauf von Drogen gefolgt vom Bagatelldiebstahl von Abhängigen als häufigster Weg zur Beschaffung der von ihnen konsumierten Drogen begangen wird, ist die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls in solchen Fällen sehr hoch. Obwohl die Rückfälligkeit stark von der physischen Abhängigkeit bedingt wird, sind die Haftstrafen unter diesen Umständen entsprechend strenger und überwiegen gegenüber der Anordnung einer Drogentherapie.

Obwohl in der EU der Besitz kleinerer Drogenmengen zur Deckung des persönlichen Bedarfs aus der Sicht der Justiz allgemein als mildernder Umstand gilt, ist die gerichtliche Trennungslinie zwischen Besitz und Handel sehr verschwommen. Diese beiden Straftaten werden unterschiedlich behandelt, und dennoch sind bis dato

keine eindeutigen Parameter zu deren Unterscheidung ausgearbeitet worden, so daß dieselbe Straftat unter Umständen jeweils zu verschiedenen Schuldsprüchen führen kann. Trotz der Einführung der Drogentherapie als ernsthafte Alternative zur Inhaftierung in allen Ländern der EU sind noch keine Methoden zu deren Bewertung auf EU-Ebene konzipiert worden.

Problematik um drogenabhängige Frauen und deren Kinder

Spezifische Daten zur Drogenabhängigkeit von Frauen und deren Folgen sind bis dato nicht in die Drogeninformationssysteme der EU geflossen. In den meisten Mitgliedstaaten werden allerdings verschiedene Programme zur Behandlung dieser Problematik angeboten, obgleich in unterschiedlichem Maße und mit unterschiedlichen Schwerpunkten.

Drogenkonsum unter Frauen

Im allgemeinen konsumieren Männer mehr illegale Drogen als Frauen. Die Unterschiede in den jeweiligen Mustern sind komplex und hängen von der Substanz im einzelnen sowie von dem Alter des Konsumenten, dessen gesellschaftlichem Umfeld, seiner Bildung und der geographischen Lage seines Wohnsitzes ab. Während männliche Jugendliche mehr als weibliche Jugendliche zum Konsum von Cannabis tendieren, ist die Differenz im Alter zwischen 15 und 16 Jahren gering bzw. nicht vorhanden. In einer späteren Altersstufe, zwischen 20 und 24 Jahren, überwiegt jedoch der Konsum unter Männern. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Prävalenz der letzten 12 Monate und in dem spezifischen Konsum bestimmter Drogen sind noch deutlicher.

Das Phänomen, daß weibliche Jugendliche oft früher mit Drogen experimentieren als männliche, ist in der Regel auf den Umgang der ersteren mit älteren männlichen Freunden zurückzuführen, die sie dazu bewegen. Mit zunehmendem Alter treten weitere Unterschiede in den Konsummustern von männlichen und weiblichen Jugendlichen auf, die im Laufe der Zeit verstärkt werden.

Obwohl der Konsum von Drogen unter Männern häufiger als unter Frauen festzustellen ist, führen rechtliche, kulturelle, bildungsspezifische und geographische Faktoren zu einer wachsenden Prävalenz unter Frauen. Geschlechtsspezifische Unterschiede im Konsumverhalten treten unter Bedingungen strengerer gesetzlicher Strafen sowie unter frühzeitigen Schulabgängern und in der ländlichen Bevölkerung verstärkt auf. Diese Unterschiede sind weniger deutlich, wenn eine breitere Akzeptanz und ein größerer Konsum von Drogen wie Cannabis gegeben sind. Im Jahr 1998 war die Anzahl der männlichen Konsumenten von Drogen (hauptsächlich von Cannabis) in Griechenland höher als die entsprechende Anzahl der Frauen. Letztere war jedoch sechsmal höher als 1984 verzeichnet, wohingegen die Konsumrate unter Männern innerhalb dieses Zeitraumes um weniger als einen Faktor 3 anstieg.

Im direkten Gegensatz zu den illegalen Drogen steht der Konsum von Medikamenten wie Benzodiazepinen, der unter Frauen stärker ausgeprägt ist als unter Männern, wobei die Unterschiede mit zunehmendem Alter größer werden. Ungeachtet der ebenso verheerenden gesundheitlichen Folgen der regelmäßigen Einnahme führt der Konsum von Medikamenten tendenziell zu einer

Tabelle 3

Mitgliedstaat	Programme zur Deckung der Bedürfnisse von drogenabhängigen Frauen				
	Schwangere	Sex-Arbeiterinnen	Drogenabhängige Frauen und deren Kinder	Weibliche Inhaftierte	Schulmädchen und weibliche Jugendliche
Belgien	++	–	++	–	–
Dänemark	++	+	+	–	–
Deutschland	–	+	++	+	+
Griechenland	+	+	+	–	–
Spanien	–	++	+	+	–
Frankreich	+	+	–	–	–
Irland	+	++	+	+	–
Italien	–	+	++	–	+
Luxemburg	–	+	–	–	–
Niederlande	–	+	+	–	–
Österreich	++	+	++	–	+
Portugal	++	+	+	+	–
Finnland	–	–	+	–	–
Schweden	++	–	+	–	++
Vereinigtes Königreich	++	++	++	++	++

Anmerkungen: – Keine verfügbaren Daten oder Programme
+ Mindestens ein angegebenes Programm
++ Mehr als ein angegebenes Programm

Quellen: Nationale Reitox-Berichte von 1999; Dagmar Hedrich, „Community-based services for female drug users in Europe“ (Gemeindegetragene Dienstleistungen für weibliche Drogenkonsumenten in Europa), Pempidou-Gruppe des Europarates, unveröffentlichter Bericht, Dezember 1999.

schwächer ausgeprägten gesellschaftlichen Stigmatisierung als im Falle von legalen und illegalen Drogen.

Die Inhaftierungsrate von weiblichen Personen nimmt in der EU stetig zu. In Spanien hat sich die Anzahl der weiblichen Häftlinge in den letzten zehn Jahren nahezu verdreifacht. Obwohl der Anteil von Frauen unter den wegen Drogendelikten inhaftierten Personen kleiner ist, zeigen Statistiken aus Irland und dem Vereinigten Königreich einen erheblichen Anteil an problematischem Drogenkonsum unter Frauen, die in den Strafvollzug kommen. Dabei handelt es sich meistens um Heroin, Methadon und Benzodiazepine. Die Therapiemöglichkeiten für Frauen im Strafvollzug sind unterschiedlich. Darüber hinaus sind die Leitlinien zur Vorbeugung der möglichen Folgen eines plötzlichen Entzugs von Benzodiazepinen bei gegebener Abhängigkeit nicht so fortgeschritten wie die Leitlinien im Falle der entsprechenden Behandlung von Opiatabhängigen.

Die Mortalität infolge des Konsums illegaler Drogen scheint unter Frauen geringer zu sein als unter Männern, ungeachtet der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Prävalenz (der durchschnittliche Frauenanteil unter den drogenbedingten Todesfällen liegt bei 20 %). Eine zufriedenstellende Erklärung für die höhere Sterberate von männlichen Drogenkonsumenten kann nur aufgrund einer eingehenden Analyse des Umfelds und der Lebensqualität des Betroffenen formuliert werden.

Infektionskrankheiten

Inoffiziellen Berichten aus Deutschland und Frankreich zufolge ist der Anteil von Frauen unter den HIV- bzw. Hepatitis-B-infizierten Drogenkonsumenten steigend. Obwohl entsprechende Daten bislang nicht bestätigt worden sind, gehen mögliche Erklärungen dafür im Vorfeld auf ein erhöhtes Risiko infolge der Zunahme weiblicher i. v.-Drogenkonsumenten bzw. auf den ungeschützten Geschlechtsverkehr zurück.

Weibliche Drogenabhängige begehen Eigentumsdelikte seltener als männliche und finanzieren ihren Konsum häufiger durch das Sexgewerbe – dieses ist eine gesicherte Einkommensquelle für bis zu 60 % der drogenabhängigen Frauen. Die erhöhte Infektionsrate im Falle von HIV unter Frauen und deren Neugeborenen in der EU führte in den 80er und 90er Jahren zur Einführung routinemäßiger Kontrollen auf HIV, und in einigen Fällen auch auf Hepatitis B und C, in die Schwangerenfürsorge in Deutschland, Frankreich, Irland und dem Vereinigten Königreich. Das Übertragungspotential unter prostitu-

ierten Frauen ist schon immer ein Grund zur Sorge gewesen. Der Zusammenhang von weiblichem Drogenkonsum und dem Sexgewerbe hat sicherlich zur Ausdehnung der Behandlungsdienste für Sex-Arbeiterinnen sowie der Beratungsstellen für weibliche Drogenabhängige beigetragen. Eine Reihe von Dienststellen für aufsuchende Sozialarbeit und niedrigschwellige Hilfsdienste für Frauen sind eingerichtet worden, die ihnen Obdach, Information und praktische Beratung in bezug auf geschützten Geschlechtsverkehr und hygienischen Drogenkonsum bieten. Selbsthilfegruppen wie Mainline in Amsterdam bieten darüber hinaus Frisier- sowie Selbstverteidigungs- und Schauspielkurse für Frauen an.

Schwangerschaft und Mutterschaft

Schwangere opiatabhängige Frauen werden zunehmend als dringend therapie- und unterstützungsbedürftig eingestuft. In den meisten Ländern der EU herrscht die Erkenntnis darüber, daß die Kinder solcher Mütter eventuell ebenfalls auf medizinische Hilfe angewiesen sein können. In allen Mitgliedstaaten wird Schwangeren ein „schneller und unkomplizierter Zugang“ zur Drogen-therapie angeboten. In Belgien, Dänemark, Frankreich, Irland, Österreich, Portugal und Schweden sind spezielle Dienststellen mit entsprechendem Fachpersonal für drogenabhängige Schwangere eingerichtet worden. Deren Eignung zur Teilnahme an einer Substitutions-therapie wird gegenwärtig von Wissenschaftlern untersucht. Für viele der betreffenden Frauen ist die regelmäßige Mutterschaftsfürsorge jedoch nicht mit ihrem Lebensstil bzw. mit ihrer Angst vor einer gesellschaftlichen Stigmatisierung vereinbar.

Die wachsende Zahl von Kindern drogenabhängiger Frauen läuft zunehmend Gefahr, selbst drogenabhängig zu werden, weshalb die möglichen Auswirkungen des Drogenkonsums bzw. der Drogenabhängigkeit der Eltern auf die Kinder für zunehmende Aufmerksamkeit sorgen. Entsprechende Studien unterscheiden sich in ihren Methoden und ihren Ergebnissen. Den Ergebnissen einiger dieser Studien zufolge sind Kinder von Drogenkonsumenten dazu prädestiniert, Probleme verschiedenster Art zu haben, wohingegen andere Studien keine Unterschiede in der emotionalen Verfassung, dem Verhalten und der Lernfähigkeit solcher Kinder gegenüber anderen in einem ähnlichen Umfeld feststellen konnten. Wiederum andere Untersuchungen weisen auf Ähnlichkeiten zwischen den Kindern von Drogenabhängigen und Alkoholikern hin. Mögliche Maßnahmen zur Gegensteuerung sind dabei identifiziert worden, wie z. B. die Veränderung des Lebensumfelds, eine verstärkte gesellschaftliche Unterstützung und die Anordnung von

geeigneten Therapien.

Die Zeit, während der die Kinder von drogenabhängigen Müttern bei ihnen wohnen, ist in der EU unterschiedlich lang. Klare Richtlinien zur Entfernung der Kinder von den drogenabhängigen Müttern sind entweder noch nicht formuliert oder noch nicht in die Praxis umgesetzt worden. In Dänemark und Schweden, wo Pflegedienste weit verbreitet sind, scheint die Tendenz sich dahin gehend zu wandeln, eine stärkere Unterstützung für drogenabhängige Mütter anzubieten, damit sie ihre Kinder behalten oder zumindest ihre Beziehung zu den Kindern stabilisieren können. In den südlichen Ländern der EU – darunter Griechenland, Spanien, Italien und Portugal – sind die traditionellen Familienstrukturen stärker ausgeprägt, wodurch die gegenteilige Tendenz zur Ausdehnung der geeigneten Kinderpflege in diesen Ländern erklärt wird.

Drogentherapie

Das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Drogenkonsumenten in Behandlung liegt tendenziell bei unter 1 zu 3. Frauen, die in die Therapie aufgenommen werden, sind in der Regel jünger als Männer, und ihr Anteil unter den Patienten fällt mit zunehmendem Alter. Die Gründe dafür sind jedoch wahrscheinlich altersspezifische Unterschiede zwischen den Männern und Frauen, die sich in Behandlung begeben, sich wandelnde Konsummuster unter Frauen oder beides. Es wird allgemein davon ausgegangen, daß in den Statistiken die Zahl drogenabhängiger Frauen nicht ausreichend wiedergegeben ist. Eine in Belgien durchgeführte Kettenstudie ergab ein höheres Verhältnis von weiblichen zu männlichen Konsumenten im Ver-

gleich zu den offiziellen Angaben. Ein schwerwiegender Grund für die Vernachlässigung von Frauen bei den offiziellen Schätzungen liegt in der Mutterschaft: zwischen 18 und 75 % aller weiblichen Konsumenten bekommen mindestens ein Kind und sind mit dessen Versorgung zu beschäftigt, um sich einer Drogentherapie zu unterziehen, oder fürchten sich vor der Entfernung ihrer Kinder infolge einer „Disqualifizierung“ als Mütter, wenn sie sich zur Therapie anmelden.

Nur in wenigen Ländern, wie beispielsweise in Deutschland und Portugal, ist eine spezielle Therapie für Schwangere innerhalb von Frauenvollzugsanstalten zugänglich, obwohl ein hoher Anteil von ihnen drogenabhängig ist. In Portugal bieten zwei Vollzugsanstalten Kindergärten an, damit inhaftierte Frauen ihre Kinder bei sich behalten können.

Frauenspezifische Drogenprävention

In Deutschland, Österreich und Schweden sind verschiedene Drogenpräventionsprogramme speziell für sehr junge Frauen und Schulmädchen eingerichtet worden, deren Zielsetzung oft in der Stärkung der weiblichen Persönlichkeit im Hinblick auf die Ablehnung von Drogenangeboten von seiten männlicher Freunde oder Gruppen liegt.

Die folgende begrenzte Information zeigt, daß bei Maßnahmen gegen weiblichen Drogenkonsum eher dessen Auswirkungen auf andere Menschen im Vordergrund stehen, nämlich auf Kinder im Falle von Müttern und auf Ehemänner im Falle von Prostituierten oder Sex-Arbeiterinnen. Im Gegensatz dazu liegt der

Das Drogenproblem in Mittel- und Osteuropa

Die Einbeziehung von Daten über das Drogenproblem in den Ländern Mittel- und Osteuropas [MOEL ⁽⁶⁾] deutet auf die zunehmende Zusammenarbeit zwischen der EBDD und den Kandidaten zur Aufnahme in die Europäische Union ⁽⁷⁾.

Da die Zusammenarbeit mit Zypern, Malta und der Türkei gegenwärtig noch in einem Vorstadium ist, konzentriert sich der Inhalt dieses Berichtes auf die MOEL, die an dem Phare-Programm der EU über drogenbezogene Informationssysteme beteiligt sind ⁽⁸⁾.

Das Drogenproblem in den MOEL hielt sich bis vor dem geopolitischen Wandel im Jahr 1989 in Grenzen. Erst die zunehmende Durchlässigkeit der Grenzen, der wachsende Personen- und Güterverkehr und der Verfall der traditionellen gesellschaftlichen Werte führten sowohl zu neuen Konflikterscheinungen als auch zu einer Verschärfung der bereits existierenden Probleme. Obwohl Anfang der 90er Jahre der Drogenschmuggel durch diese Länder

anstieg, blieb der Konsum auf nationaler Ebene davon wenig beeinflusst. Seitdem hat sich das Phänomen über alle gesellschaftlichen Schichten ausgedehnt.

Prävalenz und Muster des Drogenkonsums

Cannabis

Studien an Schulen

Studien über Schulkinder zeigen, daß die Lebenszeitprävalenz im Alter zwischen 15 und 16 Jahren zwischen 1994 und 1999 deutlich gestiegen ist. Anhand der Daten, die über die Lebenszeitprävalenz von Cannabis im Rahmen des Europäischen Schulprojekts zu Alkohol und Drogen (Espad) über mehrere Jahre erfaßt wurden, kann gezeigt werden, daß Cannabis die am häufigsten konsumierte Droge ist, obwohl es zwischen den einzelnen Ländern einige Abweichungen gibt.

Therapienachfrage

Die meisten Behandlungsinitiativen richten sich in den MOEL an die Konsumenten von Opiaten. In Albanien, Ungarn und der Slowakei wird allerdings auch von Therapien für Konsumenten von Cannabis berichtet. In

Allgemeine Tendenzen

- Der prozentuale Anteil der Bevölkerung, insbesondere der Kinder, der illegale Drogen mindestens einmal eingenommen hat, ist steigend.
- Das Alter, in dem der erste Kontakt mit legalen und illegalen Substanzen erfolgt, nimmt ab.
- Die Opiattherapie verzeichnet eine zunehmende Nachfrage.
- Die Konsummuster ändern sich, wobei importiertes Heroin und Heroinspritzen an die Stelle der lokal produzierten Opiate treten.
- Der Drogenkonsum weitet sich von den Städten auf die ländlichen Regionen aus.
- Drogenbedingte Festnahmen und Sicherstellungen von Drogen werden häufiger.

⁽⁶⁾ Zu den MOEL gehören Albanien, Bulgarien, Bosnien und Herzegowina, die Tschechische Republik, Estland, die Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien (FYROM), Ungarn, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, die Slowakei und Slowenien.

⁽⁷⁾ Die beitragswilligen Länder sind Bulgarien, die Tschechische Republik, Estland, Ungarn, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, die Slowakei, Slowenien, Zypern, Malta und die Türkei.

⁽⁸⁾ Die Daten stammen aus den nationalen Phare-Berichten im Rahmen des EU-Phare-Programms von 1998 und 1999 und ermöglichen lediglich einen Überblick über regionale Tendenzen. Zur Zeit sind keine Daten aus Bosnien und Herzegowina verfügbar.

Tabelle 4

Land	Substanz	Lebenszeitprävalenz unter Schülern im Alter zwischen 15 und 16 Jahren in vier MOEL, von 1994 bis 1999					
		Lebenszeitprävalenz (%)					
		1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tschechische Republik	Alle illegalen Drogen	26,4	n. v.	n. v.	43,6	n. v.	n. v.
	Cannabis	21,5	n. v.	n. v.	35,4	n. v.	n. v.
Ungarn	Alle illegalen Drogen	n. v.	4,8	n. v.	n. v.	12,5	n. v.
	Cannabis	n. v.	4,5	n. v.	n. v.	11,5	n. v.
Litauen	Alle illegalen Drogen	n. v.	3,2	n. v.	26,0 (1)	13,3 (2)	n. v.
	Cannabis	n. v.	1,0	n. v.	n. v.	27,1 (2)	n. v.
Slowakei	Cannabis	8,1	12,4	n. v.	n. v.	19,7	23,0

Anmerkungen: (1) In Vilnius gemessen.
(2) Schüler zwischen der neunten und der elften Klasse, ausschließlich in Klaipėda.
n. v. = Daten nicht verfügbar.

der Tschechischen Republik ist die Anzahl der Neuaufnahmen von Cannabiskonsumenten mit problematischen Konsummustern in die Therapie während der letzten vier Jahre gestiegen. Intensivere qualitative Untersuchungen klinischer und ethnischer Art zu diesem tendenziellen Verlauf – der auch in der EU beobachtet worden ist – sind nun nötig, damit die eingeführten Therapieprogramme zu dem gewünschten Erfolg führen.

Verfügbarkeit

Die steigende Zahl von Sicherstellungen von Marihuana- und Cannabispflanzen weist auf einen Anstieg der Schmuggelrate und der örtlichen Produktion in den meisten EU-Ländern, obwohl sie auch ein Zeichen für die erhöhte Effizienz der Justiz sein kann.

Opiate

Therapienachfrage

Zu den in den MOEL konsumierten Opiaten zählen Heroin – dessen Konsum in diesen Ländern bis Anfang der 90er Jahre praktisch unerheblich gewesen ist – und Substanzen aus der örtlichen Produktion wie „Kompot“

oder Mohnsamen. Morphin und andere Opiumalkaloide wie Hydrokodein können in eine zweite Gruppe eingestuft werden und werden nur in einigen MOEL verzeichnet (über Hydrokodein wurde bislang nur in Ungarn berichtet).

Obwohl die erfaßten Daten weder in harmonischer noch in systematischer Weise aufgenommen worden sind, läßt sich der Schluß ziehen, daß die Nachfrage nach Opiattherapien seit 1993 in allen MOEL deutlich gestiegen ist.

In 8 der 12 Länder, zu denen Daten zur Verfügung stehen, waren 70 bis 90 % der zwischen 1995 und 1998 in die Drogentherapie aufgenommenen Patienten Opiatkonsumenten. Dieser Anteil ist in anderen Ländern niedriger, wie den vorgenommenen Schätzungen zufolge in der Tschechischen Republik (17 %), Ungarn (34,7 %) und Lettland (49,4 %).

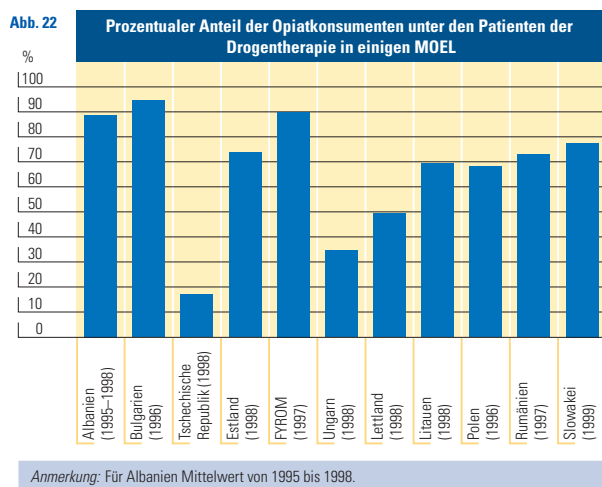
Fast alle Länder berichten über einen Rückgang des durchschnittlichen Alters der Konsumenten von Opiaten.

Tabelle 5

Land	Zahl der Therapieanträge in den MOEL seit 1993 (im Zusammenhang mit allen Substanzen)					
	Jahr					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albanien (1)	n. v.	n. v.	27	63	334	523
Bulgarien	n. v.	n. v.	254	449	n. v.	n. v.
Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien	82	116	242	301	431	n. v.
Estland	n. v.	246	366	755	n. v.	n. v.
Lettland	n. v.	1 084	1 289	1 517	1 738	1 970
Litauen	n. v.	n. v.	n. v.	1 804	2 871	2 862
Polen	3 783	4 107	4 223	4 772	n. v.	n. v.
Rumänien	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	646	n. v.
Slowakei	n. v.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199
Slowenien (2)	141	187	125	309	n. v.	n. v.
Tschechische Republik (2)	n. v.	n. v.	2 470	3 252	3 132	3 858
Ungarn	n. v.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957

Anmerkungen: (1) Die Daten für Albanien stammen aus einem einzigen Krankenhaus.
(2) Die Daten beziehen sich auf den erstmaligen Antrag.
n. v. = Daten nicht verfügbar.

Das Drogenproblem in Mittel- und Osteuropa



Die am stärksten gefährdeten Altersgruppen liegen zwischen 15 und 19 bzw. zwischen 20 und 24 Jahren, womit sie deutlich jünger sind als in der EU.

In der Tschechischen Republik fiel das durchschnittliche Alter der neu in die Therapie aufgenommenen Drogenkonsumenten von 22,8 Jahren im Jahr 1995 auf 20,6 Jahre im Jahr 1998. Über 75 % der neu in die Therapie aufgenommenen Patienten begann mit dem Drogenkonsum vor Erreichen des 19. Lebensjahres, und über 12 % davon sogar vor Erreichen des 15. Lebensjahres. Diese Tendenz wird auch in den baltischen Staaten beobachtet. In Lettland sind 41 % der neu in die Therapie aufgenommenen Patienten unter 19 Jahre alt, und 22 % davon unter 15. Albanien und Ungarn verzeichnen ebenfalls einen hohen prozentualen Anteil neuer Patienten zwischen 15 und 19 Jahren sowie eine Zunahme derjenigen zwischen 20 und 24.

Intravenöser Drogenkonsum

Der intravenöse Drogenkonsum ist ein ernsthaftes Problem in dieser Region und geht meistens, jedoch nicht immer, auf Heroin zurück. Abweichungen von diesen Umständen werden jedoch zwischen den einzelnen Ländern beobachtet.

In Albanien konsumieren 82 % aller Patienten der Drogentherapie Heroin, sowohl als einzige Droge als auch in Verbindung mit anderen Substanzen. Der Anteil der i. v.-Drogenkonsumenten ging jedoch von 29 % im Jahr 1995 auf 19,3 % im Jahr 1998 zurück. In der Tschechischen Republik stieg dagegen der Anteil der i. v.-Drogenkonsumenten von 55 % im Jahr 1997 auf 62 % im Jahr 1998. Trotz dieser Zunahme gehen lediglich 17 % aller dort verzeichneten Drogenprobleme auf den Konsum von Heroin zurück. Im Jahr 1998 waren 26,3 % aller in Ungarn registrierten Patienten i. v.-Drogenkonsumenten, und 86 % von ihnen spritzten Heroin. In Polen waren 1997 schätzungsweise nur 50 % aller Patienten injizierende Heroinabhängige, und dieser Anteil ist nach neueren Berichten seitdem deutlich gesunken.

zungsweise nur 50 % aller Patienten injizierende Heroinabhängige, und dieser Anteil ist nach neueren Berichten seitdem deutlich gesunken.

Heroinkonsum im Vergleich zu dem örtlich produzierter Opiate

Der Konsum von Heroin erreichte in den meisten MOEL erstmals zwischen 1994 und 1995 ein Maximum, später erneut zwischen 1997 und 1998. Dieser Verlauf ist proportional zu der erhöhten Verfügbarkeit, die wiederum zu einem Rückgang der Nachfrage nach den traditionell üblicheren, örtlich produzierten Opiaten geführt hat.

In Albanien und Lettland wurde 1998 ein rapider Anstieg des Heroinkonsums verzeichnet, während in Estland in der Zeit zwischen 1997 und 1998 ein Übergang von Mohnsamen zum Heroin beobachtet wurde. In Ungarn stieg der Anteil der Abhängigen, die hauptsächlich wegen des Konsums von Opiaten in die Therapie aufgenommen wurden, von 21,5 % im Jahr 1994 auf 34,7 % im Jahr 1998. In Polen ist der Anteil der Konsumenten von örtlich produzierten Opiaten (dem sog. „polnischen Heroin“) stetig gesunken, während der Prozentsatz der Heroinkonsumenten weiterhin zunimmt. In der Slowakei wird über einen steigenden Heroinkonsum unter den Patienten der Drogentherapie von 37 % im Jahr 1993 auf 86 % im Jahr 1994 berichtet.

Geographische und gesellschaftliche Einflüsse

Seit 1996 ist der Konsum von Opiaten in den MOEL gestiegen, wobei er sich von den Städten auf die ländlichen Regionen ausdehnt. In der Slowakei wurden 1994 lediglich 35 % der Heroinabhängigen jenseits von Bratislava behandelt, wohingegen diese Zahl auf 47 bzw. 60 % im Jahr 1995 bzw. 1996 anstieg.

In Polen ist ein ungleichmäßiger Verlauf in den Großstädten verzeichnet worden. Zum Beispiel sind in Warschau und Krakau 70 % der Patienten Konsumenten von Opiaten. Allerdings nimmt in Krakau die Mehrheit von ihnen örtlich produzierte Opiate, während in Warschau die meisten Heroin konsumieren.

Über Abweichungen im Konsum verschiedener ethnischer Gruppen in den MOEL ist ebenfalls berichtet worden. In der Ehemaligen Jugoslawischen Republik Mazedonien zeigen beispielsweise die Daten aus dem Jahr 1998, daß junge Mazedonier zum Spritzen von Heroin tendieren, während Gleichaltrige aus der albanischen Minderheit Heroin häufiger rauchen. Ähnliche Abweichungen sind auch innerhalb der russischen Minderheit in den baltischen Staaten bzw. der Roma-Gemeinschaft in Bulgarien beobachtet worden.

Drogenbedingte Erkrankungen

Obwohl nur wenige Daten bezüglich der Erkrankungsrate an HIV, Hepatitis B und Hepatitis C in den MOEL verfügbar sind, deutet die Prävalenz des Risikoverhaltens im Zusammenhang mit dem intravenösen Drogenkonsum auf die bestehende hohe Gefahr eines epidemischen Ausbruchs hin.

Kokain

Kokain wird in den MOEL verhältnismäßig selten konsumiert, jedoch sind die Prävalenz, der Schmuggel und die Sicherstellungsrate im Zuge der größeren Verfügbarkeit gestiegen. Verglichen mit anderen Drogen ist der Preis für Kokain relativ hoch, so daß der Konsum hauptsächlich unter Menschen höherer Einkommensklassen verzeichnet wird.

Synthetische Drogen

Während der letzten vier Jahre ist die Popularität aller synthetischen Drogen gestiegen – insbesondere in den drei baltischen Staaten, der Tschechischen Republik, Ungarn, Polen, der Slowakei und Slowenien – und ist nun ein fester Bestandteil der jugendlichen Tanzkultur.

Die Erhebung einer geeigneten Statistik über den Konsum synthetischer Drogen in den MOEL wird dadurch erschwert, daß die Konsumenten dieser Substanzen ihre Abhängigkeit leugnen bzw. sich derer nicht bewusst sind und einer entsprechenden Therapie folglich fernbleiben. Die verfügbaren Daten über Zahl und Umfang der Sicherstellungen lassen jedoch erkennen, daß die Verbreitung dieser Substanzen weitgehend unterschätzt worden ist.

Der Konsum von Amphetaminen und amphetamin-ähnlichen Stimulanzien nimmt in den MOEL zu, obwohl die entsprechenden Muster unterschiedlich sind. In der Tschechischen Republik stellt der Konsum von Pervitin, einem Methamphetamin, das größte nationale Drogenproblem dar (umfaßt 68 % aller Drogenkonsumenten). Der Konsum von Pervitin unter Schülern hat sich zwischen 1994 und 1997 nahezu verdreifacht. In Ungarn gehen 15,2 % der Therapieanträge auf den meist intravenösen Konsum von Amphetaminen zurück. In Litauen tauchten im Jahr 1996 Amphetamine auf dem Schwarzmarkt auf, die in Form von Tabletten oder intravenös konsumiert werden. In Polen richtet sich das Angebot an Amphetaminen zunehmend an junge Leute, die nie zuvor Drogen konsumiert haben. Im Jahr 1997 wurden in Rumänien bedeutende Mengen von Amphetaminen sichergestellt.

Andere Substanzen

Andere Substanzen, die in den MOEL konsumiert werden – obgleich jeweils in unterschiedlichen Mengen – umfassen Sedativa und Tranquilizer, Inhalationsstoffe (Schnüffelstoffe) und flüchtige Substanzen (insbesondere Lösungsmittel).

In Ungarn wurden laut Behandlungsstatistik von 26 % der 1998 aufgenommen Drogenabhängigen Sedativa und Benzodiazepine konsumiert, während in Rumänien im Jahr 1997 17,9 % verzeichnet wurden. In Lettland waren 34,2 % der 1998 konsumierten psychotropen Drogen flüchtige Substanzen, während Sedativa 10,1 % davon ausmachten. In der Slowakei lag der Anteil flüchtiger Substanzen unter den 1994 und 1998 von den behandelten Abhängigen konsumierten Drogen zwischen 10 und 11 %, während 1998 6 % der Therapieanträge auf den Konsum von Schlafmittel zurückging. Als Ergebnis einer Studie, die 1995 unter 15jährigen in Slowenien durchgeführt wurde, war, vor allem unter Mädchen, ein bedeutender Anteil an Klebstoffen und anderen Substanzen, wie Tranquilizer, zu verzeichnen.

Im allgemeinen steigt der Konsum von Drogen in den MOEL tendenziell weiter.

Gegenmaßnahmen

In den meisten MOEL sind im Verlauf der letzten fünf Jahre Initiativen zur Bekämpfung des Drogenproblems durch Einrichtung von Therapie- und Forschungszentren, die gezielte Änderung der Gesetzgebung, Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage (hauptsächlich Prävention und Therapie) und verschärfte strafrechtliche Verfolgung gegründet worden.

Institutionelle und gesetzgeberische Maßnahmen

Unter den rechtlichen Maßnahmen steht die Übernahme des gemeinschaftlichen Besitzstandes (acquis communautaire) in den zehn beitragswilligen Ländern bevor. Eine große Anzahl neuer Maßnahmen – die Geldwäsche, Kontrolle chemischer Vorprodukte, Alternativen zur Haft und Konsum, Produktion und Handel illegaler Drogen betreffen – sowie die Teilnahme an internationalen Konferenzen und eine Reform des Strafgesetzbuches sind seit 1996 in den MOEL eingeführt worden.

Die formelle Schaffung eines neuen rechtlichen Rahmens ist jedoch nur der erste Schritt: Die Ausarbeitung eines Konzeptes zur Anwendung neuer Gesetze – wie auch zur

Umverteilung der finanziellen Mittel und der verfügbaren Arbeitskräfte zur Umsetzung dieser Prinzipien in die Praxis und zur Beobachtung deren Entwicklung – stellt eine große Herausforderung dar. In einigen Fällen werden eine weiterführende Analyse der rechtlichen Tendenzen und eine verbesserte Zusammenarbeit nötig sein, um zwischen den Mitgliedstaaten und den beitragswilligen Ländern zur Aufnahme in die EU Abweichungen in der Drogenpolitik zu vermeiden.

Obwohl interministerielle Strukturen in allen MOEL etabliert worden sind, haben ihre häufige Umstrukturierung und die mangelnden finanziellen Mittel den Bedarf an einer stärkeren Betreuung auf nationaler Ebene hervorgerufen. Trotz der häufigen Änderungen, die auch innerhalb der Ausschüsse und der Arbeitsgruppen vorgenommen worden sind, haben diese einen bedeutenden Beitrag zur Formulierung von Gesetzesentwürfen und Entwürfen zur jeweiligen nationalen Drogenpolitik geleistet.

In vielen MOEL werden zwar interdisziplinäre Drogenstrategien formuliert, doch können die für deren Umsetzung nötigen finanziellen Mittel aufgrund der nachteiligen sozioökonomischen Lage und der zahlreichen politischen und anderen Herausforderungen in diesen Ländern häufig nicht bereitgestellt werden.

Maßnahmen zur Reduzierung des Angebots und der Nachfrage

Seit den 90er Jahren hat die Zunahme des grenzüberschreitenden Schmuggels sowie der Geldwäsche und der „Abzweigung“ von Vorläufersubstanzen zu einer Verschärfung der strafrechtlichen Verfolgung in den MOEL geführt. Die Kontrolle über die Lieferungen illegaler Drogen ist mit der Unterstützung des EU-Phare-Programms verstärkt worden.

Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage sind in allen MOEL unter aktiver Beteiligung internationaler Organisationen und Programme einschließlich des Phare-Projektes über die technische Unterstützung zur Reduzierung

der Drogennachfrage, der Pompidou-Gruppe des Europarates, der Weltgesundheitsorganisation und des Europäischen Schulprojekts zu Alkohol und Drogen (Espad) entwickelt worden.

Viele Arbeitskräfte, die in diesen Ländern im Bereich der Drogenberatung tätig sind, haben über diese Organisationen Zugang zu einer entsprechenden Fachausbildung erhalten, und darüber hinaus sind viele neue Dokumente und methodologische Instrumente aus dem in der EU bereits erarbeiteten Material übernommen bzw. übersetzt worden. Auch präventive und therapeutische Programme sind entwickelt worden, die auf die in den MOEL vorhandenen Erfahrungswerte aufbauen.

Doch trotz dieser Bemühungen hat die Reduzierung der Drogennachfrage in den meisten MOEL eine geringe Priorität beibehalten. Dies wird an der Teilung der Mittel deutlich, die überwiegend für die Verbesserung der strafrechtlichen Verfolgung zu Lasten der Reduzierung der Nachfrage bereitgestellt werden.

Die Entscheidungen über die gezielte Umverteilung der aus dem Ausland fließenden Mittel werden bis zu einem gewissen Umfang von dem akuten Mangel an eigenen Ressourcen und der sozioökonomischen Lage innerhalb einzelner Länder beeinflusst. Dies führt, trotz der Qualität der in diesem Bereich tätigen Fachkräfte, zu einer geringeren Auswirkung dieser Maßnahmen auf die allgemeine Situation.

Alle Formen der Zusammenarbeit müssen zu kohärenteren und effizienteren Strategien auf nationaler und regionaler Ebene gebündelt werden, um somit von reichhaltigeren Kenntnissen über die wichtigsten Aspekte der Drogenproblematik zu profitieren. Aus diesem Grund könnte die Verstärkung der nationalen Pilotknotenpunkte in jedem der MOEL sowie die aktive Beteiligung der beitragswilligen Länder an den Aktivitäten der EBDD einen bedeutenden Beitrag zu einem sinnvolleren Entscheidungsprozeß in diesen Ländern leisten.

Aktuelle Veröffentlichungen der EBDD 2000

Veröffentlichungen im Internet

Jährliche Veröffentlichungen

Statistical bulletin

Im Internet unter www.emcdda.org
(auf Englisch verfügbar)

Gedruckte Publikationen

Jährliche Publikationen

Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union – 2000

(in allen 11 Amtssprachen der EU verfügbar)

Allgemeiner Tätigkeitsbericht 1999

(auf Deutsch, Englisch und Französisch verfü-
gbar)

Newsletter

DrugNet Europe, Nr. 21 bis 26

(Zweimonatlich erscheinender Newsletter; auf
Deutsch, Englisch, Französisch und
Portugiesisch verfügbar)

Reihe „Wissenschaftliche Monographien“

Methods to integrate epidemiological indicators to address policy-related questions on drug use

(Methoden zur Integration epidemiologischer
Indikatoren zur Behandlung von politikbezo-
genen Fragen in bezug auf den
Drogenkonsum)
Wissenschaftliche Monographie, Nr. 6
(auf Englisch verfügbar)

Evaluation: A key tool for improving drug prevention

(Evaluation: ein Schlüsselinstrument zur
Verbesserung der Suchtprävention)
Wissenschaftliche Monographie, Nr. 5
(auf Englisch verfügbar)

Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research

(Den Drogenkonsum verstehen und darauf
reagieren: der Stellenwert der qualitativen
Forschung)
Wissenschaftliche Monographie, Nr. 4
(auf Englisch verfügbar)

Reihe „Insights“

Reviewing current practice in drug substitution treatment in Europe

(Überprüfung der aktuellen Praxis der
Drogensubstitutionstherapie in Europa)
Insights Nr. 3
(auf Englisch verfügbar)

Knotenpunkte des Reitox-Netzes

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Scientific Institute of Public Health)
Denise Walckiers
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: birn@iph.fgov.be
<http://www.iph.fgov.be/reitox>

Danmark

Sundhedsstyrelsen (National Board of Health)
Vibeke Graff
Amaliegade 13
Postboks 2020
DK-1012 København K
Tlf. (45) 33 91 16 01
Fax (45) 33 93 16 36
E-post: vig@sst.dk
kag@sst.dk
<http://www.sst.dk>

Deutschland

Deutsche Referenzstelle der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD c/o IFT Institut für Therapieforchung
Roland Simon
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-Mail: simon@dbdd.de
<http://www.ift.de>

Greece

University Mental Health Research Institute (UMHRI)
Anna Kokkevi
Vassilisis Sophias Avenue 72
PO Box 66517
GR-15601 Athens
Tel. (30-1) 653 69 02
Fax (30-1) 653 72 73
E-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr
<http://business.hol.gr/umhri>

ΕΛΛΑΔΑ

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)
Άννα Κокκεβή
Βασιλίσσης Σοφίας 72
ΤΘ 66517
15 601 Αθήνα
Τηλ. (30-1) 653 69 02
Φαξ (30-1) 653 72 73
E-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr
<http://business.hol.gr/umhri>

España

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)
Ministerio del Interior [National Plan on Drugs]
Camilo Vázquez Bello
C/ Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: cvazquez@pnd.mir.es
<http://www.mir.es/pnd/index.htm>

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (French Observatory for Drugs and Drug Addiction — OFDT)
Jean-Michel Costes
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tél. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Health Research Board
Drug Misuse Research Division
Roselyn Moran
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Rmoran@HRB.ie
<http://www.hrb.ie>

Italia

Presidenza del Consiglio dei ministri, dipartimento per gli affari sociali, ufficio per il coordinamento delle attività di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze (Prevention and Rehabilitation Activities Coordination Unit, Department for Social Affairs of the Presidency of the Council of Ministers)
Franco Scarpino
Via Veneto, 56
I-00187 Roma
Tel. (39) 06 48 16 14 95
Fax (39) 06 482 49 34
E-mail: puntofocale@affarisociali.it
<http://www.affarisociali.it>

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg (Health Directorate, EMCDDA Focal Point, Luxembourg)
Alain Origer
Allée Marconi
Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tél. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu
<http://www.relis.lu>

Nederland

Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Public Health and Addiction)
Franz Trautmann
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
Nederland
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: frautmann@trimbos.nl
<http://www.trimbos.nl>

Österreich

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)
Sabine Haas
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 515 61 160
Fax (43-1) 513 84 72
E-Mail: haas@oebig.at

Portugal

Instituto Português da Droga e da Toxicoddependência (Portuguese Institute for Drug and Drug Addiction)
Elsa Pais
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000-179 Lisboa
Tel.: (351) 213 10 41 00
Fax: (351) 213 10 41 90
E-mail: maria@ipdt.pt
<http://www.ipdt.pt>

Suomi/Finland

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (National Research and Development Centre for Welfare and Health — STAKES)
Ari Virtanen
PL 220
FIN-00531 Helsinki
P/tfn (358-9) 39 67 23 78
F./fax (358-9) 39 67 23 24
Sähköposti: ari.virtanen@stakes.fi
<http://www.stakes.fi>

Sverige

Folkhälsoinstitutet (National Institute of Public Health)
Bertil Pettersson
S-103 52 Stockholm
Tfn (46-8) 56 61 35 00
Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: bertil.pettersson@fhi.se
<http://www.fhi.se>

United Kingdom

DrugScope
Nicholas Dorn
Waterbridge House
32–36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: nicholas@isdd.co.uk
<http://www.drugscope.org.uk/index.html>

Norge (Observer)

Norwegian Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems
Stein Berg
PO Box 8152 Dep.
N-0033 Oslo
Tfn (47-22) 24 65 00
Fax (47-22) 24 65 25
E-mail: Ingvild.Hoel@RusDir.dep.telemax.no

European Commission

Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Unit
JA1/A/4
Timo Jetsu
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx-46 5/93)
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: timo.jetsu@cec.eu.int
http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/unit4_en.htm

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union – 2000

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

2000 – 53 S. – 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-095-8

Über die EBDD

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ist eine von 11 dezentralen Einrichtungen, die von der Europäischen Union zur Bewältigung spezieller technischer und wissenschaftlicher Aufgaben eingerichtet worden sind.

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

Die wesentlichen Aufgaben der Beobachtungsstelle sind:

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

Die Zuständigkeit der EBDD liegt ausschließlich in der Erfassung und Verarbeitung von Information.

Die EBDD online

Die EBDD bietet detaillierte Informationen über Drogenkonsum in Europa, Publikationen in allen 11 Amtssprachen der EU, die aus dem Internet heruntergeladen werden können, sowie Verbindungen zu spezialisierten Drogenberatungs- und -informationsstellen innerhalb und außerhalb Europas und den freien Zugang zu fachspezifischen Datenbanken über ihre *Website* unter <http://www.emcdda.org> an.



AMT FÜR AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN
DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-095-8



9 789291 680955 >