

2001

**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-Mitgliedstaates bzw. eines Organs oder einer Einrichtung der Europäischen Union oder der Europäischen Gemeinschaft wider.

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

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

Bibliografische Daten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2001  
ISBN 92-9168-112-1

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2001  
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 Lissabon  
Telefon (351) 218 11 30 00  
Fax (351) 218 13 17 11  
E-Mail: [info@emcdda.org](mailto:info@emcdda.org)  
Webseite: <http://www.emcdda.org>

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>Danksagung</b>	<b>6</b>
<b>KAPITEL 1</b>	<b>7</b>
<b>Drogennachfrage und Drogenangebot</b>	<b>7</b>
<b>Drogenkonsum</b>	<b>7</b>
Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung	<b>7</b>
Problematischer Drogenkonsum	<b>11</b>
<b>Gesundheitliche Auswirkungen des Drogenkonsums</b>	<b>14</b>
Therapienachfrage	<b>14</b>
Drogenbedingte Infektionskrankheiten	<b>16</b>
Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumenten	<b>18</b>
<b>Strafverfolgungsrechtliche Indikatoren</b>	<b>21</b>
„Festnahmen“ wegen Drogendelikten	<b>22</b>
Drogenkonsumenten im Strafvollzug	<b>22</b>
<b>Indikatoren für den Drogenmarkt: Sicherstellungen, Preis, Reinheit</b>	<b>23</b>
Heroin	<b>23</b>
Kokain	<b>24</b>
Synthetische Drogen: Amphetamine, Ecstasy und LSD	<b>24</b>
Cannabis	<b>25</b>
<b>KAPITEL 2</b>	<b>27</b>
<b>Maßnahmen gegen den Drogenkonsum</b>	<b>27</b>
<b>Politische und strategische Maßnahmen</b>	<b>27</b>
Auf EU-Ebene	<b>27</b>
Auf nationaler Ebene – Drogenstrategie in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union	<b>27</b>
<b>Spezifische Maßnahmen</b>	<b>31</b>
Reduzierung der Nachfrage	<b>31</b>
Reduzierung des Angebots	<b>36</b>

<b>KAPITEL 3</b>	<b>39</b>
<b>Ausgewählte Themen</b>	<b>39</b>
<b>Kokain und „Base/Crack“</b>	<b>39</b>
Prävalenz, Muster und Probleme	39
Markt	42
Interventionsprojekte und neue Ansätze	42
Politische Aspekte	43
<b>Infektionskrankheiten</b>	<b>44</b>
Prävalenz und Tendenzen	44
Entscheidende Faktoren und Folgen	46
Maßnahmen zur Schadensminimierung	48
<b>Synthetische Drogen</b>	<b>50</b>
Ausbreitung des Konsums	50
Verhalten und Konsummuster	50
Beschaffbarkeit der Substanzen	51
Behandlungsdaten	52
Gesundheitliche Risiken	52
Durch synthetische Drogen bedingte Todesfälle	53
Maßnahmen	53
Reduzierung des Angebots	53
Neue Initiativen und politische Herausforderungen	54
<b>KAPITEL 4</b>	<b>57</b>
<b>Das Drogenproblem in Mittel- und Osteuropa</b>	<b>57</b>
<b>Situation und Tendenzen</b>	<b>57</b>
Prävalenz und Drogenkonsummuster	57
Therapienachfrage	58
Beschaffbarkeit	58
<b>Politische und institutionelle Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenproblems</b>	<b>59</b>
Gesetzgeberische Maßnahmen	59
Nationale Koordinierung	60
Nationale Strategien und Aktionspläne	60
<b>Geldwäsche</b>	<b>62</b>
<b>Knotenpunkte des Reitox-Netzes</b>	<b>63</b>

# Vorwort

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) freut sich, ihren sechsten *Jahresbericht zum Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union* vorlegen zu dürfen. Er soll vor allem als eine Handreichung für Entscheidungsträger auf regionaler, nationaler und EU-Ebene dienen und ihnen bei ihren politischen Entscheidungen den Weg finden helfen.

Der vorliegende Bericht vermittelt einen aktuellen Überblick über die Drogensituation in der EU und hebt neue Tendenzen und Entwicklungen hervor. Zusätzlich zu dem Gesamtüberblick werden einige Schlüsselthemen – Kokain, Infektionskrankheiten und synthetische Drogen – detaillierter untersucht. Ferner bietet er einen allgemeinen Überblick über die Lage in den mittel- und osteuropäischen Ländern.

In diesem Jahr ist ein deutlicher Fortschritt in der Qualität und Vergleichbarkeit der von den Mitgliedstaaten gelieferten Daten festzustellen. Nichtsdestoweniger sind fortgesetzte Bemühungen in allen Mitgliedstaaten von größter Wichtigkeit, um die Vergleichbarkeit der Daten auf EU-Ebene auf allen Gebieten weiter zu verbessern, aber auch um eine regelmäßige Erhebung dieser Daten sicherzustellen.

Damit kommen wir zu dem sehr wichtigen Anliegen der Datenharmonisierung; diese muss rasch erfolgen, damit die Informationen zu Drogen auf EU-Ebene verlässlicher und vergleichbarer werden als bisher. Um diesen Vorgang zu beschleunigen, hat die EBDD Leitlinien für die standardisierte Umsetzung ihrer fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren in der EU ausgearbeitet. Im kommenden Jahr fällt den Mitgliedstaaten bei der vollen Umsetzung dieser standardisierten Indikatoren auf nationaler Ebene eine Schlüsselrolle zu.

Insbesondere ist festzustellen, dass durch die EU-Drogenstrategie und den nachfassenden Aktionsplan (2000-2004) vor allem die Information und die Evaluation als Schlüsselprioritäten hervorgehoben werden. Die Informa-

tionssammlung und -analyse ist in der Tat ein vorbereitender Schritt zur Bewertung der Auswirkungen einer jeglichen Aktion. Im Aktionsplan der EU wird ferner unterstrichen, wie wichtig es ist, die verschiedenen in der Europäischen Union zur Verfügung stehenden Informationsquellen auch in Anspruch zu nehmen – insbesondere die EBDD und Europol.

Die EBDD arbeitet intensiv daran, ihre Schlüsselrolle als Informationslieferant zu erfüllen. Sie hat ihr Arbeitsprogramm 2001-2003 im Detail so abgestimmt, dass es mit den sechs Hauptzielen der EU-Drogenstrategie konform geht. Des Weiteren trägt die Beobachtungsstelle zu dem Prozess der Evaluation der Auswirkungen des EU-Aktionsplans bei und hat mit ihren nationalen Knotenpunkten sowie mit Europol und dessen nationalen Drogenstellen daran gearbeitet, geeignete Instrumente für die Anfertigung von zwei Momentaufnahmen zu konzipieren, die sich aus einem Satz von Variablen zusammensetzen, welche auf die sechs Hauptziele der EU-Strategie zugeschnitten sind.

Die erste Momentaufnahme soll die Situation und die im Jahre 1999 bereits vor der Annahme des EU-Aktionsplans durchgeführten Abhilfemaßnahmen wiedergeben und eine Ausgangslinie zu Vergleichszwecken darstellen, anhand derer der bis zum Ende des Aktionsplans im Jahre 2004 erzielte Fortschritt gemessen werden kann. Die zweite Momentaufnahme wird die Lage und die Abhilfemaßnahmen wiedergeben, die im Jahre 2004 auf der Grundlage der aus demselben Satz von Variablen abgeleiteten Informationen durchgeführt wurden.

Alle diese Schritte werden uns ein Stück in Richtung auf unser Hauptziel voranbringen – nämlich den politischen Entscheidungsträgern eine solide Wissensbasis für eine wohlinformierte Planung der Drogenpolitik zur Verfügung zu stellen.

**Georges Estievenart**  
Direktor

# Danksagung

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

- den Leitern der nationalen Knotenpunkte des Reitox-Netzes und deren Mitarbeitern;
- den Dienststellen innerhalb der einzelnen Mitgliedsstaaten, die die Rohdaten für den Bericht erfasst haben;
- den Mitgliedern des Verwaltungsrates und des Wissenschaftlichen Beirates der EBDD;
- dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union – insbesondere seiner Horizontalen Gruppe „Drogen“– und der Europäischen Kommission;
- der Gruppe für die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel des Europarates (Pompidou-Gruppe), dem 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;
- Andrew Haig & Associates, Grafikdesign und Layout.



Eine interaktive Online-Version des Jahresberichts 2001 ist auch unter [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org) abrufbar. Diese Version enthält Verbindungen zu Datenquellen, Berichten und Hintergrunddokumenten, auf deren Grundlage der vorliegende Bericht erstellt wurde.

# Drogennachfrage und Drogenangebot

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

## Verbesserung der Datenvergleichbarkeit – Schlüsselindikatoren der EBDD

Eine vorrangige Aufgabe der EBDD ist die Verbesserung der Datenvergleichbarkeit in den Mitgliedstaaten der EU. Die EBDD entwickelt und empfiehlt neue Methoden und Instrumente zur Sammlung und Analyse harmonisierter und aussagefähiger Daten auf europäischer Ebene. Der Drogenaktionsplan der EU (2000-2004) fordert die Mitgliedstaaten dazu auf, zuverlässige und vergleichbare Informationen zu fünf epidemiologischen Schlüsselindikatoren gemäß den von der EBDD empfohlenen technischen Instrumenten und Leitlinien vorzulegen. Diese fünf Schlüsselindikatoren sind:

- Prävalenz und Muster des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung (demografische Erhebungen);
- Prävalenz und Muster des problematischen Drogenkonsums (statistische Schätzungen der Prävalenz/Inzidenz ergänzt durch Erhebungen bei Drogenkonsumenten);
- Drogenbedingte Infektionskrankheiten (Prävalenz- und Inzidenzraten von HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogenkonsumenten);
- Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumenten (statistische Daten aus allgemeinen Todesursachenregistern und Sonderregistern und Kohortenstudien zur Mortalität und zu den Todesursachen von Drogenkonsumenten);
- Therapienachfrage (statistische Daten von Drogentherapiezentren über Drogenabhängige, die sich in Behandlung begeben haben).

## Drogenkonsum

### Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Die Grundlage für die Bewertung der Drogensituation, für die Entwicklung und die Evaluation von Politiken bildet eine Schätzung des Anteils der Bevölkerung, der Drogen bereits probiert oder öfter konsumiert hat. Es ist wichtig zu wissen, auf welche Gruppen sich der Drogenkonsum konzentriert und welche Konsummuster vorhanden sind.

### Drogenkonsummuster

Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Droge in der Europäischen Union. Dies gilt sowohl für die Lebenszeiterfahrung (d. h. der Konsum im Verlauf eines menschlichen Lebens) als auch für den Konsum während

der letzten 12 Monate. Der Konsum anderer illegaler Drogen ist weniger stark verbreitet.

Die Lebenszeiterfahrung im Umgang mit Cannabis unter der erwachsenen Bevölkerung (Altersgruppe von 15 bis 64 Jahren nach EBDD-Standard, wenn auch mit einigen nationalen Abweichungen) reicht von rund 10 % in Finnland bis zu 20 bis 25 % in Dänemark, Frankreich, Irland, den Niederlanden, Spanien und dem Vereinigten Königreich (1).

Andere Drogen werden von sehr viel weniger Menschen konsumiert. Lediglich 1 bis 4 % der Erwachsenen berichten über Erfahrungen mit Amphetaminen, obgleich der Prozentsatz im Vereinigten Königreich bei 10 % liegt. Ecstasy wurde von 0,5 bis 4 % der Erwachsenen in

(1) Abbildung 1 OL: Lebenszeiterfahrung für Cannabis, Amphetamine und Kokain unter Erwachsenen in einzelnen Ländern gemäß nationalen demografischen Erhebungen (Online-Fassung).

### Methodik zur Schätzung des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung

Zur Schätzung des Drogenkonsums werden Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt. In den vergangenen Jahren haben zwölf Mitgliedstaaten nationale Erhebungen über den Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt (wenngleich die Stichprobe in Luxemburg klein war). In den übrigen Ländern (Italien, Österreich und Portugal) werden entsprechende Erhebungen zurzeit vorbereitet. Aus einigen Ländern liegen bereits Datenreihen aus nationalen Erhebungen vor, die auf denselben Erhebungen beruhen (z. B. aus Deutschland, Schweden, Spanien und dem Vereinigten Königreich). In Frankreich, Griechenland und den Niederlanden wurden entsprechende Erhebungsreihen eingeleitet. Aus einigen Ländern (z. B. Dänemark, Finnland und Frankreich) liegen aufeinander folgende Ad-hoc- Erhebungen vor, die zu einem gewissen Grade vergleichbar sind.

Die Methoden der Datenerhebung, der Umfang und der Rahmen der Stichproben sind in den einzelnen Ländern unterschiedlich und können daher die Genauigkeit und die Validität der Schätzungen beeinflussen. Solange noch keine einheitliche Methodik verwendet wird, sind direkte Vergleiche des Umfangs des Drogenkonsums in den einzelnen Mitgliedstaaten nur bedingt aussagefähig, vor allem in den Fällen, in denen die Unterschiede nur gering sind.

Die EBDD hat Leitlinien für die Verbesserung der Qualität und Vergleichbarkeit von demografischen Erhebungen in der EU entwickelt. Diese Leitlinien enthalten einen Satz von gemeinsamen Kernpunkten, die nach und nach in den Mitgliedstaaten umgesetzt werden und zur Weiterleitung von Daten aus vorhandenen Erhebungen oder in allgemeineren Fragebögen und für grundlegende Methodikleitlinien verwendet werden können.

Europa probiert und Kokain von 0,5 bis 3 % der Erwachsenen. Laut den vorliegenden Berichten wird Heroin von weniger als 1 % der Erwachsenen konsumiert, was jedoch im Gegensatz zur hohen Präsenz dieser Droge bei den Indikatoren für den problematischen Drogenkonsum steht.

Der Konsum illegaler Drogen konzentriert sich auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, wobei insbesondere junge Erwachsene, Männer und die städtische Bevölkerung zu nennen sind. Bei den meisten Drogen ist der Konsum bei jungen Erwachsenen (in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen nach EBDD-Standard mit einigen nationalen Abweichungen) nahezu bzw. mehr als doppelt so hoch wie unter der gesamten erwachsenen Bevölkerung <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup>.

In Finnland und Schweden wird Cannabis beispielsweise von rund 15 % der jungen Erwachsenen probiert, während es in Dänemark, Frankreich, Irland, den Niederlanden, Spanien und im Vereinigten Königreich schätzungsweise 28 bis 40 % sind. 1 bis 6 % der jungen Erwachsenen haben Amphetamine, Ecstasy und Kokain

probiert, wobei der Anteil im Vereinigten Königreich bei Amphetaminen bzw. Ecstasy bei etwa 16 bzw. 8 % liegt. Unter der männlichen Bevölkerung ist der Drogenkonsum wesentlich stärker verbreitet, obwohl dieser Anteil in den einzelnen Ländern variiert und die Abweichungen im zeitlichen Verlauf geringer werden <sup>(4)</sup>.

In der städtischen Bevölkerung ist der Drogenkonsum wesentlich höher als in ländlichen Gebieten, und Schwankungen zwischen einzelnen Studien, die auf nationaler Ebene durchgeführt wurden, lassen sich weitgehend aus dem zahlenmäßigen Anteil der städtischen Bevölkerung erklären <sup>(5)</sup>.

Die Lebenszeiterfahrung ist ein weithin angewendeter Parameter, reicht jedoch zur Schätzung des Drogenkonsums in jüngster Zeit nicht aus, weil dieser Parameter auch alle Personen einbezieht, die in ihrem Leben entweder nur ein einziges Mal oder vor langer Zeit Drogen probiert haben. Für die Schätzung des Drogenkonsums in jüngster Zeit wird gewöhnlich der Konsum im Verlauf des Vorjahres (die Prävalenz während der letzten 12 Monate) herangezogen.

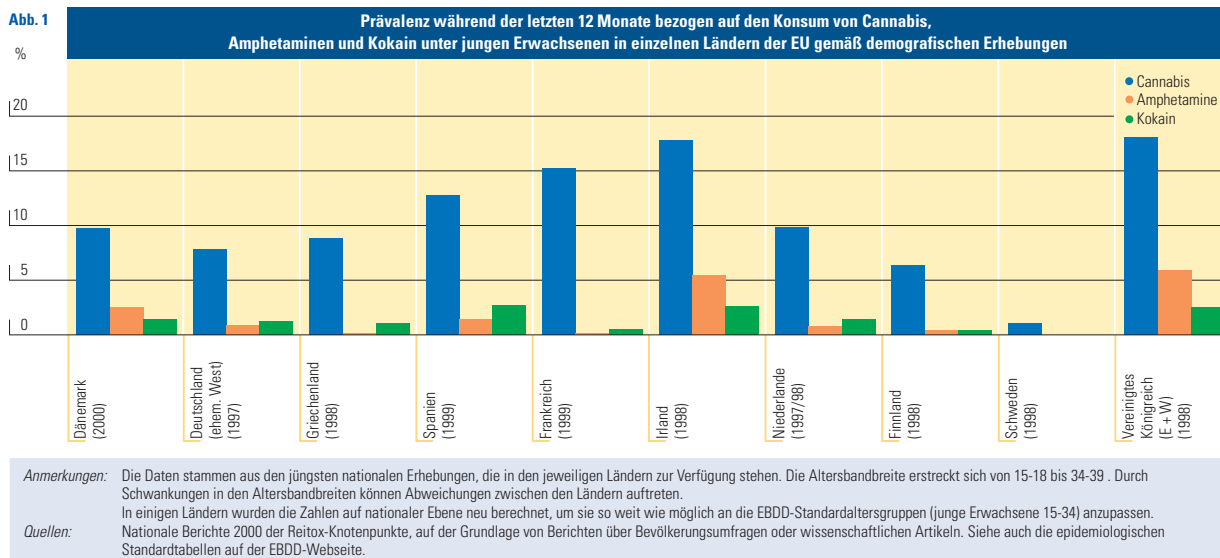
<sup>(2)</sup> Abbildung 2 OL: Prävalenz von Ecstasy und Kokain nach Altersgruppe während der letzten 12 Monate in England und Wales (1998) (Online-Fassung).

<sup>(3)</sup> Abbildung 3 OL: Lebenszeiterfahrung für Cannabis unter allen Erwachsenen und jungen Erwachsenen in einzelnen Mitgliedstaaten der EU gemäß nationaler demografischer Erhebungen (Online-Fassung).

<sup>(4)</sup> Abbildung 4 OL: Lebenszeiterfahrung für Cannabis unter Erwachsenen (Männern und Frauen) in einzelnen Mitgliedstaaten der EU gemäß nationaler demografischer Erhebungen (Online-Fassung).

<sup>(5)</sup> Abbildung 5 OL: Lebenszeiterfahrung für Cannabis unter Erwachsenen in Finnland, gemessen am Ausmaß der Verstädterung, 1998 (Online-Fassung).

# Drogennachfrage und Drogenangebot



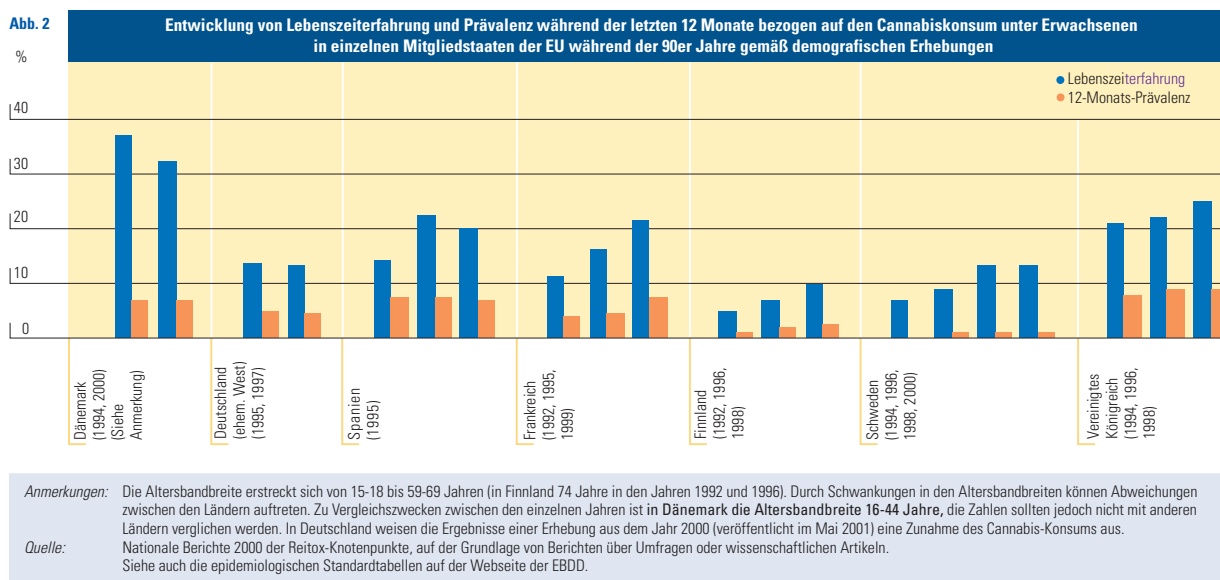
Die Konsumrate von Cannabis während der letzten 12 Monate liegt den Angaben zufolge bei Erwachsenen in Europa zwischen 1 und 9 %. Andere illegale Substanzen wurden während der letzten 12 Monate nur in wenigen Fällen von mehr als 1 % der Erwachsenen konsumiert. Bei jungen Erwachsenen ist die Prävalenz höher, d. h. etwa doppelt so hoch wie in der gesamten erwachsenen Bevölkerung. Die Zahlen aus Irland, Spanien (bei Kokain) und dem Vereinigten Königreich sind tendenziell etwas höher als in anderen Ländern (6).

## Tendenzen

Informationen über Tendenzen des Drogenkonsums können aufschlussreicher sein als ein festes Bild. Bisher liegen jedoch nur aus Deutschland, Schweden, Spanien und dem Vereinigten Königreich miteinander vergleich-

bare Datenreihen aus nationalen Erhebungen vor. In anderen Ländern wurden mehrere verschiedene Erhebungen durchgeführt, die Tendenzen sollten daher mit Vorsicht analysiert werden.

Die Lebenszeiterfahrung in Bezug auf Cannabis stieg in den 90er Jahren in den meisten Ländern an, für die entsprechende Daten vorliegen. In den jüngsten Erhebungen berichten viele Länder über eine relativ ähnliche Prävalenz – rund 20 bis 25 %. In den Mitgliedstaaten, in denen die Prävalenz in den 90er Jahren niedrig war (beispielsweise Finnland, Griechenland und Schweden), fällt der aktuelle Anstieg verhältnismäßig höher aus als in EU-Ländern, in denen die Prävalenz in der Vergangenheit höher war (beispielsweise Dänemark, Deutschland und das Vereinigte Königreich).



(6) Abbildung 6 OL: Lebenszeiterfahrung und Prävalenz während der letzten 12 Monate bezogen auf den Cannabiskonsum unter Erwachsenen in einzelnen Mitgliedstaaten der EU gemäß nationalen demografischen Erhebungen (Online-Fassung).

### Drogenkonsum unter Schülern

Für Drogenkonsumenten unter 18 Jahren greift die EBDD auf Informationen aus einer vergleichbaren Schülerbefragung zurück, die Daten aus 30 teilnehmenden Ländern in Europa sowie auch Daten aus den Vereinigten Staaten enthält. Elf Mitgliedstaaten der EU nahmen am jüngsten, 1999 durchgeführten Europäischen Projekt zum Konsum von Alkohol und Drogen an Schulen (ESPAD) <sup>(1)</sup> teil, das den Konsum von Tabak, Alkohol und sonstigen Drogen von Schülern zwischen 15 und 16 Jahren beschreibt. In Belgien, Luxemburg und Spanien wurden 1998 und 1999 – unabhängig von der ESPAD-Erhebung – ebenfalls Schülerbefragungen durchgeführt; die Ergebnisse dieser Befragungen bestätigen die im Rahmen der ESPAD-Erhebung gewonnenen Erkenntnisse.

#### Situation und Konsummuster

Die Schülerbefragungen zeigen, dass Cannabis noch immer die am weitesten verbreitete illegale Substanz unter Schülern ist. Die Lebenszeiterfahrung unter Schülern im Alter von 15 bis 16 Jahren reicht von 8 % in Portugal und Schweden bis zu 35 % in Frankreich und im Vereinigten Königreich. In zwei Mitgliedstaaten (Griechenland und Schweden) ist der Konsum von Inhalanzien (flüchtigen Substanzen) genauso hoch wie bzw. höher als der Konsum von Cannabis.

Erfahrungen mit Amphetaminen werden in den Schülerbefragungen von 1 bis 8 % der Jugendlichen zwischen 15 und 16 Jahren angegeben, Erfahrungen mit Ecstasy von 1 bis 5 % und Erfahrungen mit Kokain im Lebenszeitraum von 1 bis 4 %, wobei der Konsum von Kokain in Spanien und den Niederlanden höher ist als in den anderen Ländern.

Ein anderes Muster zeigt sich beim illegalen Konsum von Tranquilizern und Sedativa im Lebenszeitraum (ohne ärztliche Verschreibung), der in Norwegen und im Vereinigten Königreich mit 4 % am niedrigsten und in Frankreich mit 12 % am höchsten ist. In Finnland, Frankreich, Italien, Portugal und Schweden ist der illegale Konsum von Tranquilizern und Sedativa unter weiblichen Jugendlichen stärker verbreitet als unter männlichen Jugendlichen. Im Gegensatz dazu ist die Lebenszeitprävalenz von illegalen Drogen in allen Mitgliedstaaten unter männlichen Jugendlichen höher als unter weiblichen Jugendlichen.

Bemerkenswerterweise zeigt sich bei der Analyse vergleichbarer Daten aus den Vereinigten Staaten, dass die Lebenszeiterfahrung im Umgang mit zusammengefassten Kategorien von „anderen illegalen Drogen“ höher ist als in allen Mitgliedstaaten der EU: Cannabis (41 %), Amphetamine (16 %), Ecstasy (6 %) und Kokain (8 %).

Es besteht ein umgekehrtes Verhältnis zwischen der Prävalenzrate des illegalen Drogenkonsums in einem Land und dem wahrgenommenen Risiko, das einer

bestimmten Droge zugeschrieben wird. Dabei erkennen weibliche Jugendliche den Konsum illegaler Drogen in der Regel eher als ein Risiko als männliche Jugendliche. In allen Mitgliedstaaten der EU stehen durchschnittlich rund 80 % aller weiblichen und männlichen Jugendlichen dem Konsum illegaler Drogen ablehnend gegenüber, während die Ablehnung von Cannabis mit durchschnittlich 70 % etwas geringer ist.

#### Tendenzen

In allen Ländern außer zwei Mitgliedstaaten (Irland und das Vereinigte Königreich), die an den ersten und nachfolgenden ESPAD-Schülerbefragungen teilgenommen haben, stieg die Lebenszeitprävalenz im Umgang mit allen illegalen Drogen im Zeitraum von 1995 bis 1999 an.

#### Lebenszeiterfahrung im Umgang mit Cannabis

Die Lebenszeiterfahrung im Umgang mit illegalen Drogen bei Schülern im Alter von 15 bis 16 Jahren wird überwiegend durch den Konsum von Cannabis bestimmt. In den meisten Ländern ist die Lebenszeitprävalenz von Cannabis gestiegen.

In Finnland und Norwegen hat sich die Lebenszeiterfahrung für Cannabis im Zeitraum von 1995 bis 1999 verdoppelt. Ein Anstieg wurde ebenfalls in Schweden, Portugal, Dänemark und Italien verzeichnet. In zwei Mitgliedstaaten mit der im Jahr 1995 höchsten Lebenszeitprävalenz von Cannabis ist der Konsum jedoch gesunken. Im Vereinigten Königreich ging der Konsum im Zeitraum von 1995 bis 1999 von 41 auf 35 % und in Irland von 37 auf 32 % zurück.

Die wahrgenommene Beschaffbarkeit von Cannabis ist in Dänemark, Finnland, Italien und Norwegen im Zeitraum von 1995 bis 1999 erheblich gestiegen. In Irland und im Vereinigten Königreich gilt Cannabis jedoch als schwieriger beschaffbar als früher, doch der Rückgang ist geringer als der Rückgang der Lebenszeitprävalenz.

#### Lebenszeiterfahrung im Umgang mit anderen illegalen Drogen (Amphetamine, LSD/Halluzinogene, Crack, Kokain, Ecstasy und Heroin)

Die ESPAD-Schülerbefragung zeigt ferner, dass die Lebenszeiterfahrung im Umgang mit anderen illegalen Drogen in den meisten Mitgliedstaaten gestiegen ist, während sie im Vereinigten Königreich und Irland von 22 auf 12 % bzw. von 16 auf 9 % deutlich gesunken ist. Der anhaltende Zuwachs in den meisten Mitgliedstaaten und der Rückgang im Vereinigten Königreich und in Irland bestätigen ein tendenzielles Konvergieren der Drogenkonsummuster in den Mitgliedstaaten. Der erhebliche Rückgang in Irland und im Vereinigten Königreich legt die Vermutung nahe, dass in fortgeschrittenen Stadien der Drogenverbreitung in der Gruppe der 15- bis 16-Jährigen,

## Drogennachfrage und Drogenangebot

die zum Experimentieren mit illegalen Drogen bereit sind, eine gewisse Sättigung eintritt.

### Lebenszeiterfahrung im Umgang mit Tranquilizern oder Sedativa ohne ärztliche Verschreibung

Der Konsum von Sedativa ohne ärztliche Verschreibung ist traditionell bei weiblichen Jugendlichen erheblich höher als bei männlichen. Im Zeitraum von 1995 bis 1999 ist die Lebenszeitprävalenz von Tranquilizern und Sedativa ohne ärztliche Verschreibung unter weiblichen Jugendlichen in Dänemark, Italien, Irland und im Vereinigten Königreich deutlich auf etwa die Hälfte zurückgegangen. Dagegen ist der Konsum bei weiblichen Jugendlichen in Finnland und Portugal (mit 3 % bzw. 2 %) gestiegen, bei männlichen Jugendlichen jedoch in beiden Ländern zurückgegangen.

Eine erhöhte Lebenszeiterfahrung in Bezug auf Cannabis deutet nicht unbedingt auf eine entsprechende Erhöhung des Konsums in jüngster Zeit hin. Der Anstieg der Prävalenz während der letzten 12 Monate war insgesamt geringer als die entsprechende Lebenszeiterfahrung.

Die Entwicklung des Konsums anderer Substanzen lässt sich schwieriger verfolgen. Obwohl an dieser Entwicklung häufig nur relativ kleine Bevölkerungsgruppen beteiligt sind, kann sie erhebliche Auswirkungen auf das öffentliche Gesundheitswesen und die Drogenpolitik haben. Beispielsweise muss der vielfach diskutierte mögliche Anstieg des Kokainkonsums in den meisten Ländern noch eingehender untersucht werden. Auch werden einzelne gut dokumentierte Entwicklungen, wie zum Beispiel der jüngste Anstieg des Ecstasy-Konsums bestimmter Gruppen von Jugendlichen, in demografischen Erhebungen für die Gesamtbevölkerung verwässert. Die Stichproben müssen groß genug sein, und die Analyse muss auf geeignete Altersgruppen abgestellt werden. Die Tatsache, dass die Jugendlichen zu stark in den Stichproben vertreten sind, sollte ebenfalls Berücksichtigung finden.

### Problematischer Drogenkonsum

Allgemein ist die Prävalenzrate des problematischen Drogenkonsums in Italien, Luxemburg, Portugal und im Vereinigten Königreich mit fünf bis acht problematischen Drogenkonsumenten pro 1 000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren am höchsten (wenn man die mittlere Variationsbreite jeweils innerhalb eines Landes zugrunde legt). Die Raten scheinen in Belgien (hier beziehen sich diese Daten jedoch lediglich auf injizierende Drogenkonsumenten und sind somit zu niedrig angesetzt), Deutschland und den Niederlanden mit zwei bis drei problematischen Drogenkonsumenten pro 1 000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren am niedrigsten zu sein. Mittlere Raten mit

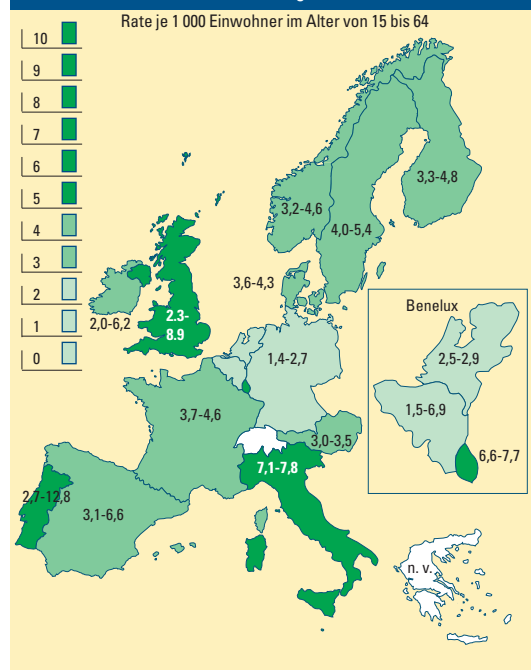
### Lebenszeiterfahrung im Umgang mit Lösungsmitteln

Bei der Lebenszeiterfahrung im Umgang mit Lösungsmitteln gab es außer in Schweden und im Vereinigten Königreich, wo der Konsum im Zeitraum von 1995 bis 1999 zurückgegangen ist, kaum Veränderungen.

- (1) Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., „Alcohol and other drug use among students in 30 European countries“, *The ESPAD Report 1999*, Schwedischer Rat für die Aufklärung über Alkohol und andere Drogen (CAN) und Gruppe für die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel (Pompidou-Gruppe) des Europarates, Dezember 2000.

drei bis fünf problematischen Drogenkonsumenten pro 1 000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren werden aus Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Norwegen, Österreich und Spanien gemeldet. Einige Länder melden

Abb. 3 Nationale Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums in der EU und in Norwegen, 1996-1998



Anmerkungen: n. v.: Daten nicht verfügbar. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sind aufgrund der verschiedenen Methoden und Zielgruppen vorsichtig zu interpretieren. Weitere Einzelheiten sind in den Online-Tabellen 1 OL und 2 OL unter [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org) einzusehen. Die Daten für Österreich und Belgien stammen aus dem Jahr 1995, für Italien von 1999 und für Portugal von 1999-2000. Die ursprüngliche schwedische Schätzung wurde um 8 % reduziert, da in Übereinstimmung mit der EBDD-Definition des problematischen Drogenkonsums Cannabisabhängige ausgeschlossen wurden. Die Farbe eines Landes gibt den Mittelpunkt der gesamten Variationsbreite der Prävalenzschätzungen an, außer für Belgien (Punktschätzung 3,0 und 95 % Konfidenzintervall). Die belgische Schätzung bezieht sich auf injizierende Drogenkonsumenten, weshalb der gesamte problematische Drogenkonsum unterschätzt ist.

Quelle: Reitox-Knotenpunkte, 2000. Für Schweden siehe Olsson, B., Wahren, C. A., Byqvist, S., *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*, CAN, Stockholm 2001.

### Definition und verwendete Methoden zur Schätzung des problematischen Drogenkonsums

Der „problematische Drogenkonsum“ wird in diesem Rahmen als „injizierender bzw. langfristiger oder regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen“ definiert. Von dieser Definition sind Ecstasy- und Cannabis-Konsumenten ausgenommen, ebenso Konsumenten, die nie oder nur unregelmäßig Opiate, Kokain oder Amphetamine einnehmen. Zu den Opiaten zählen auch verschriebene Opiate wie Methadon. Die nationalen Schätzungen des problematischen Drogenkonsums für die EU und Norwegen (das auch am EBDD-Projekt zur Schätzung der Prävalenz teilgenommen hat) liegen für den Zeitraum von 1996 bis 1998 vor. Österreich (1995) und Belgien (1995) konnten für diesen Zeitraum keine Schätzungen vorlegen, da neuere Daten als Grundlage für die Schätzungen fehlen (siehe Abbildung 3), während aus Luxemburg, Portugal und Italien neuere Daten vorliegen (1999-2000).

Die Schätzungen beruhen hauptsächlich auf statistischen Modellen, die drogenbezogene Parameter beinhalten, darunter:

- die Methode für multivariate Indikatoren;
- das Capture-Recapture-Verfahren (Fang-Wiederfang-Verfahren);
- drei Multiplikatormethoden zur Berücksichtigung von polizeilichen Daten, Behandlungsdaten und Mortalitätsraten;
- eine Multiplikatormethode mit zurückgerechneten Zahlen über injizierende Drogenkonsumenten (IDK)

mit HIV/Aids in Verbindung mit HIV/Aids-Infektionsraten unter injizierenden Drogenkonsumenten.

Die in Abbildung 3 angegebenen Werte wurden vielfach aus mehreren Methoden abgeleitet; die Grenzwerte (Maxima und Minima) können daher über verschiedene Methoden sowohl innerhalb der Länder als auch länderübergreifend ermittelt worden sein. Diese Methoden werden nicht gleichmäßig bei allen Zielgruppen verwendet. So dienen beispielsweise die Multiplikatoren für die HIV/Aids-Rückrechnung und die Mortalität durch Überdosierung lediglich der Erfassung der injizierenden Drogenkonsumenten, während Multiplikatoren aus Behandlungsdaten ausschließlich für die allgemeine Gruppe der problematischen Opiatkonsumenten verwendet werden können.

Eine Reihe von Ländern hat mehrere Methoden zur Schätzung des Drogenkonsums herangezogen: In Spanien, Luxemburg und den Niederlanden wurden zwei, in Deutschland, Frankreich, Irland, Finnland und im Vereinigten Königreich drei und in Italien und Portugal sogar vier Methoden angewandt. Andere Länder (Belgien, Dänemark, Österreich, Schweden und Norwegen) haben nur eine Methode angewandt, während Griechenland noch nicht in der Lage war, Schätzungen abzugeben. Die Verwendung mehrerer unabhängiger Schätzungen ermöglicht die Kreuzvalidierung der einzelnen Ergebnisse und kann somit zu verlässlicheren Gesamtergebnissen für ein Land führen. Im Idealfall sollten daher mehrere Methoden angewandt werden und dies, wenn möglich, auf Jahr-zu-Jahr-Basis.

geringfügige Abweichungen im Vergleich zu 2000 aufgrund verbesserter Daten und Schätzungen. Dänemark und insbesondere Finnland melden wesentlich höhere Zahlen, seitdem die Veröffentlichung weniger zuverlässiger (und in beiden Fällen niedrigerer) Schätzungen eingestellt wurde.

Neben Prävalenzschätzungen sind Angaben über Drogenkonsummuster von Bedeutung. Es liegen jedoch nur wenige Daten über die Drogenkonsummuster von problematischen Drogenkonsumenten, die nicht in Behandlung sind, vor, dabei wären solche Daten als Grundlage für politische Entscheidungen über die zukünftige Behandlungsnachfrage besonders wichtig. In Skandinavien, insbesondere in Finnland und Schweden, finden sich in der Gruppe der problematischen Drogenkonsumenten hauptsächlich Erstkonsumenten von Amphetaminen (ca. 70 bis 80 % in Finnland im Jahr 1997). Im Gegensatz dazu sind in anderen Ländern die

problematischen Drogenkonsumenten meist Erstkonsumenten von Opiaten (die häufig jedoch noch andere Drogen konsumieren).

#### Tendenzen

Eine Berechnung der Prävalenz tendenzen des problematischen Drogenkonsums ist mit den aktuellen Methoden und angesichts der Datenqualität und Datenverfügbarkeit immer noch nicht möglich, obwohl dies für die Evaluation der politischen Maßnahmen des problematischen Drogenkonsums wichtig wäre. Die Inzidenz des problematischen Drogenkonsums kann einen weiteren wichtigen Anhaltspunkt bei der Messung der Tendenzen bieten. Unter der „Inzidenz“ ist die Zahl der neu auftretenden Drogenfälle in einem Jahr zu verstehen, während die „Prävalenz“ für sämtliche vorhandenen – neue wie alte – Fälle steht. Daher reagieren die Tendenzen der Inzidenz wesentlich anfälliger auf epidemiologische Veränderungen sowie auf Maßnahmen, die ein Auftreten neuer Fälle verhindern.

## Drogennachfrage und Drogenangebot

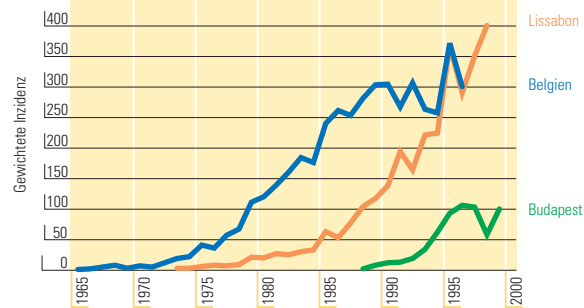
Im Rahmen eines EBDD-Projektes wurden neue Inzidenzschätzungen für den Heroinkonsum in Belgien, Lissabon, Budapest, London und Amsterdam erstellt, aus denen hervorgeht, dass die Heroinepidemien in diesen Regionen möglicherweise zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten aufgetreten sind (siehe Abbildung 4, London und Amsterdam sind nicht aufgeführt.)

Abbildung 5 zeigt, dass sogar innerhalb eines Landes, in diesem Fall Italien, Heroinepidemien in verschiedenen Regionen zu verschiedenen Zeitpunkten auftreten können. Die Ergebnisse deuten auch darauf hin, dass es durchaus eine erste (epidemische) Periode der raschen Ausbreitung geben kann, auf die Sättigungseffekte (d. h., dass die am stärksten gefährdeten Personen bereits zu Heroinkonsumenten geworden sind) und eine langsamere, jedoch stetige Ausbreitung folgen (endemische Situation) – ein ähnlicher Mechanismus wie bei der Ausbreitung von Infektionskrankheiten. Diese Erkenntnis kann wichtige Auswirkungen für politische Entscheidungsträger haben, die bei politischen Maßnahmen ein optimales Gleichgewicht finden müssen zwischen Primärprävention, die zur Vermeidung einer hohen Prävalenz frühzeitig erfolgen muss, und Sekundärprävention (Drogenbehandlung und Maßnahmen zur Schadensminimierung), die nach der Feststellung einer hohen Prävalenz an Bedeutung gewinnt.

Aus Abbildung 5 geht hervor, dass die Heroinepidemie in der Provinz Apulien früher ausgebrochen ist als in Sizilien und Kampanien. Apulien, der „Absatz“ des italienischen „Stiefels“, liegt an einer wichtigen Route des Heroinhandels vom Balkan nach Europa, was die Ursache für das frühzeitigere Auftreten des Heroinkonsums gewesen sein kann. Dies bestätigen frühere Ergebnisse, die aus einer geografischen Analyse der Behandlungsdaten abgeleitet wurden (*Jahresbericht 2000, EBDD*).

Die Unterschiede in der Prävalenz des Drogenkonsums werden in den einzelnen Ländern von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Da Länder mit einer liberaleren Drogenpolitik wie die Niederlande und Länder mit einer restriktiveren Politik wie Schweden nicht sehr unterschiedliche Prävalenzraten haben, bleibt nach wie vor unklar, welche Auswirkungen die nationalen Drogenpolitiken (liberale bzw. restriktive Methoden) auf die Prävalenz des Drogenkonsums und insbesondere auf den problematischen Drogenkonsum haben. Umfassende nationale Drogenpolitiken können jedoch einen erheblichen Beitrag zur Linderung der schädlichen Folgen des problematischen Drogenkonsums, wie HIV-Infektionen, Hepatitis B und C und Todesfälle durch Überdosierung, leisten. Weitere Faktoren, die die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums beeinflussen können, sind die

**Abb. 4** Relative Inzidenz (Anzahl der neuen Konsumenten pro Jahr) von Opiatkonsumenten, die sich für eine Behandlung oder bei sozialen Diensten gemeldet haben, Angaben für Belgien, Lissabon und Budapest – Schätzung nach der Brookmeyer-Liao-Methode

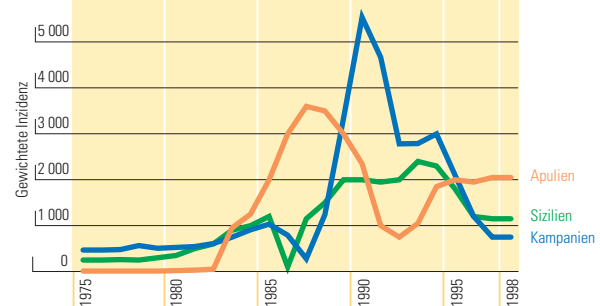


**Anmerkungen:** Relative Inzidenz ist die Inzidenz (Anzahl der neuen Konsumenten pro Jahr) von Opiatkonsumenten, die sich letztlich bei sozialen Diensten melden. Lissabon: Ein äußerst problematischer Bezirk von Lissabon, Drogenkonsumenten, die sich bei sozialen Diensten melden. Belgien: Stichprobe von Angehörigen der französischen Sprachgemeinschaft, die sich in Behandlung begeben.  
**Quelle:** EBDD Projekt CT99.EP05, „Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union“, Lissabon 2001 (koordiniert von der „Tor Vergata“-Universität, Rom).

Beschaffbarkeit und der Preis von Drogen, Arbeitslosigkeit und Armut oder andere gesellschaftliche Probleme (Krieg), die Altersstruktur eines Landes und das Verhältnis von städtischen zu ländlichen Gebieten. Weiterhin scheint sich der Drogenkonsum epidemisch auszubreiten (siehe beispielsweise die Abbildungen 4 und 5). Somit könnte sich der Drogenkonsum in langen epidemischen Zyklen ausbreiten, die großenteils vom demografischen Nachschub neuer Generationen „anfälliger“ junger Menschen abhängig sind, die keine Erfahrung mit den Problemen haben, wie sie bei einem schweren Drogenkonsum auftreten. Daher ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine abschließende kausale Interpretation der variierenden Prävalenzraten in den Mitgliedstaaten der EU möglich.

Für einige Länder oder Städte liegen zusätzliche qualitative oder lokale Informationen über Tendenzen des problematischen Drogenkonsums vor.

**Abb. 5** Relative Inzidenz (Anzahl der neuen Konsumenten pro Jahr) von Opiatkonsumenten, die sich zur Behandlung gemeldet haben, in den drei größten südlichen Regionen Italiens – Schätzung nach der Rückrechnungsmethode



**Anmerkung:** Relative Inzidenz ist die Inzidenz (Anzahl der neuen Konsumenten pro Jahr) von Opiatkonsumenten, die sich letztlich bei sozialen Diensten melden.  
**Quelle:** EBDD Projekt CT99.EP05, „Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union“, Lissabon 2001 (koordiniert von der „Tor Vergata“-Universität, Rom).

In Österreich scheint die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums zurzeit in den meisten Regionen stabil zu sein, obwohl Streetworker in Wien eine rückläufige Zahl von jungen Erstkonsumenten in der Szene verzeichnen. In Frankreich ist der Heroinkonsum allgemein zurückgegangen, obwohl diese Entwicklung nicht klar mit der Anzahl der Heroinkonsumenten beziffert werden kann, zudem gibt es Anzeichen für eine erneute Zunahme auf lokaler Ebene. In Finnland deuten die Prävalenzschätzungen für den Großraum Helsinki für 1995-1997 darauf hin, dass der Konsum harter Drogen in diesem Gebiet in den zwei untersuchten Jahren um mindestens 40 % zugenommen hat. Diese Steigerung war bei Männern, bei über 26-Jährigen und bei Konsumenten von Amphetaminen am höchsten.

In Deutschland wird Heroin hauptsächlich in Großstädten konsumiert. In ländlichen Gebieten sind die Prävalenzraten und Sicherstellungen deutlich geringer. In den neuen Bundesländern wird immer noch sehr wenig Heroin konsumiert. Den Erhebungen zufolge ist der Heroinkonsum seit 1992 nur geringfügig gestiegen bzw. auf gleich bleibendem Niveau, während der Kokainkonsum durchweg beständig gestiegen ist. In Griechenland weisen die Daten aus indirekten Indikatoren (Behandlung, Todesfälle, niedrigschwellige Hilfsdienste) auf einen steigenden problematischen Drogenkonsum hin. In Irland sind die Drogenkonsumenten jung und spiegeln damit die allgemeine demografische Situation wider. Bis etwa 1996 wurde Heroin in zunehmendem Maße geraucht, doch in jüngster Zeit wird es wieder öfter injiziert. In Italien scheint der Drogenkonsum in nördlichen Regionen höher zu sein, doch der problematische Drogenkonsum scheint sich gleichmäßiger auf die nördlichen, mittleren und südlichen Regionen zu verteilen, wenngleich die „Risikopopulation“ in verschiedenen geografischen Gebieten unregelmäßig verteilt ist. (Die Gesamtpopulation der 15- bis 54-Jährigen beträgt etwa 32 Millionen – 44 % leben in den nördlichen Regionen, 19 % in den mittleren Regionen und 37 % im Süden.) Zudem ist der Konsum von Freizeitdrogen in den nördlichen Regionen verhältnismäßig stärker verbreitet.

In Luxemburg ist die Zahl der neuen Registrierungen im Zeitraum von 1998 bis 1999 laut dem nationalen Registrierungssystem erheblich gestiegen (42 %), was jedoch hauptsächlich auf Drogendelikte und möglicherweise auch auf polizeiliche Maßnahmen zurückzuführen ist. Ein hoher Anteil der problematischen Konsumenten stammt nicht aus Luxemburg (48 %). In der geschätzten Prävalenz zeigt sich eine steigende Tendenz, wohingegen der injizierende Drogenkonsum von über 90 % auf rund 66 % zurückging. In Amsterdam (Niederlande) ist die

Zahl der Heroinkonsumenten im Laufe der Jahre etwas zurückgegangen, wobei der Anteil der Injizierenden unter ihnen erheblich gesunken ist. In Portugal treten Drogenprobleme verstärkt in den Stadtbezirken von Lissabon, Porto, Setubal und Faro auf. In Spanien geht der Heroinkonsum – vor allem der injizierende Heroinkonsum – zurück, während die Probleme im Zusammenhang mit Kokain zugenommen haben. In Schweden ist die Zahl der starken Drogenkonsumenten in den 90er Jahren gestiegen, und der Heroinkonsum nimmt bei problematischen Drogenkonsumenten in jüngeren Altersgruppen zu. Im Vereinigten Königreich weist ein im Jahre 1998 veröffentlichter Bericht auf eine Zunahme der Zahl der Heroin-Einsteiger unter Jugendlichen in den meisten Gegenden Englands seit etwa 1996 hin, während eine neuere, in London durchgeführte Studie auf eine zweifache Zunahme der Inzidenz des nicht injizierenden Drogenkonsums im Zeitraum 1991 bis 1997 schließen lässt.

## Gesundheitliche Auswirkungen des Drogenkonsums

### Therapienachfrage

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

### Substanzen

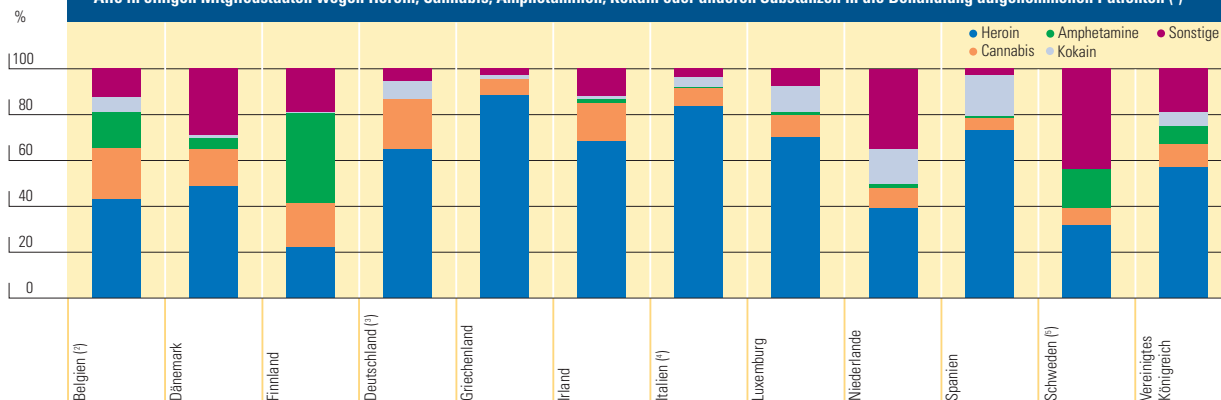
Trotz abweichender Behandlungsverfahren und Erfassungsmethoden können sowohl übereinstimmende als auch spezifische Tendenzen in der EU beobachtet werden.

In den meisten Ländern geben neue Patienten, die eine Therapie aufnehmen, Opiate (insbesondere Heroin) als Hauptdroge an. Dabei zeigt sich eine große Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Ländern – von 22,4 % in Finnland bis 84,2 % in Griechenland, doch der Prozentsatz liegt zumeist zwischen 50 und 70 %. Neben Heroin tauchen als Hauptdroge bei Konsumenten, die eine Behandlung beantragen, Cannabis (über 15 % in Belgien, Dänemark, Finnland und Irland) und Kokain auf (insbesondere in den Niederlanden mit 15,4 % und Spanien mit 17 %). Ecstasy kommt als Hauptdroge nur in

## Drogennachfrage und Drogenangebot

Abb. 6

Alle in einigen Mitgliedstaaten wegen Heroin, Cannabis, Amphetaminen, Kokain oder anderen Substanzen in die Behandlung aufgenommenen Patienten (\*)



(\*) Aufgrund unterschiedlicher Berichterstattungssysteme wurden Frankreich, Portugal und Österreich nicht in die Tabelle aufgenommen.

(†) Belgien (Daten von 1998): Heroin umfasst alle Opiate, und Amphetamine umfassen alle Stimulanzien.

(‡) Deutschland: Heroin umfasst alle Opiate.

(§) Italien: umfasst auch Patienten, die schon seit dem letzten Jahr in Behandlung sind.

(¶) Schweden: Heroin umfasst alle Opiate.

Quelle: Nationale Berichte 2000 der Reitox-Knotenpunkte.

einer geringen Zahl von Fällen vor, wobei der Anteil mit 8,9 % in Irland am höchsten ist. Erhebliche Unterschiede bestehen bei den Amphetaminen, wobei die höchsten Raten aus Finnland (39 %), Schweden (17 %) und Belgien (15 %) gemeldet werden.

### Tendenzen

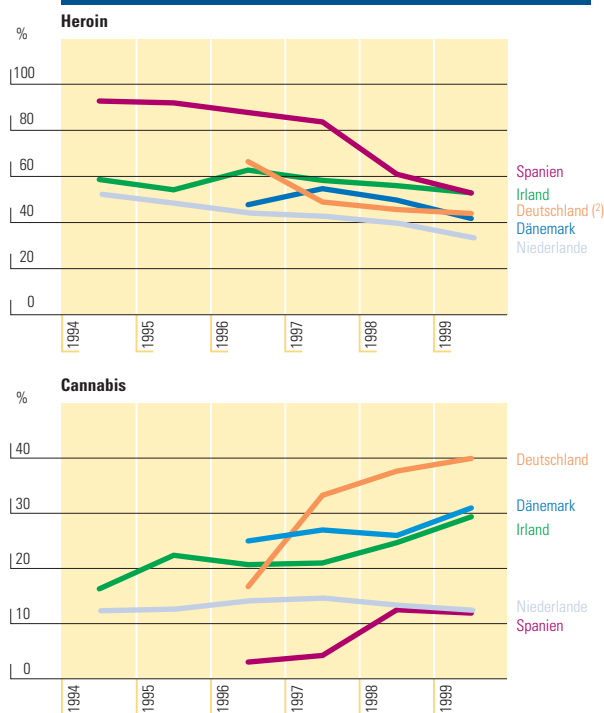
Übereinstimmende Tendenzen finden sich in der Zahl neuer Konsumenten, die eine Drogentherapie beantragen – immer weniger neue Konsumenten beantragen eine Therapie wegen Heroinabhängigkeit, während die Nachfrage nach Therapien wegen Cannabis- und insbesondere wegen Kokainkonsum steigt. Der höchste Anstieg von Cannabispatienten wurde in Deutschland (von 16,7 % im Jahr 1996 auf 40 % im Jahr 1999; dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich diese Daten nur auf ambulante Behandlungszentren beziehen), in Irland (von 20,7 % im Jahr 1996 auf 29,4 % im Jahr 1999) und in Dänemark (von 25 % im Jahr 1996 auf 31 % im Jahr 1999) verzeichnet, während der Anstieg bei den Kokainpatienten in Spanien (von 21,6 % im Jahr 1998 auf 30,9 % im Jahr 1999) und in den Niederlanden (von 14,7 % im Jahr 1994 auf 23,2 % im Jahr 1999) am höchsten war.

Diese Tendenzen werden zum einen durch Daten zu allen im Laufe der Jahre in eine Therapie aufgenommenen Patienten bestätigt, die den Anstieg des Kokainkonsums eindeutig belegen, sowie zum anderen durch Vergleiche zwischen neuen und allen Patienten, die in einigen Mitgliedstaaten in eine Therapie aufgenommen wurden. Weiterhin kommt bei Patienten, die hauptsächlich Opiate

konsumieren, Kokain zunehmend als Sekundärdroge vor (7) (8). Gewöhnlich konsumieren Patienten, die eine Drogentherapie beantragen, mehr als eine Droge, wobei sich in einzelnen Konsumentengruppen Unterschiede zeigen.

Abb. 7

Entwicklung der Zahl der zur Behandlung wegen Heroin und Cannabis aufgenommenen neuen Patienten in einigen Mitgliedstaaten (\*)



(1) Einige Länder wurden nicht aufgenommen, da keine vergleichbaren Angaben für die entsprechenden Jahre vorlagen.

(2) Die Daten beziehen sich auf alle Opiate.

Quelle: Nationale Berichte 2000 der Reitox-Knotenpunkte.

(7) Abbildung 7 OL: Entwicklung bei allen zur Behandlung wegen Heroin-, Cannabis- und Kokainkonsum aufgenommenen Patienten (Online-Fassung).

(8) Abbildung 8 OL: Alle wegen Cannabiskonsum zur Behandlung angenommenen Patienten sowie Neuzugänge (Online-Fassung).

Viele Länder berichten über eine zunehmende Nachfrage nach Substitutionstherapien, insbesondere von Schwangeren. Ein Grund dafür ist möglicherweise der bessere Zugang zu diesen Hilfsdiensten.

### **Injizierender Drogenkonsum und andere Verabreichungswege**

Der Anteil der injizierenden Patienten, die wegen Heroinabhängigkeit behandelt werden, schwankt merklich zwischen 12,5 % in den Niederlanden und 72,7 % in Griechenland. In den meisten Ländern geht der Anteil der injizierenden Heroinkonsumenten allgemein zurück, wenn auch mit Ausnahmen (Irland meldet eine gegenläufige Tendenz in Richtung auf einen verstärkten injizierenden Drogenkonsum). Bei einem Vergleich zwischen den Patienten insgesamt und neuen Patienten, die eine Therapie wegen Heroinabhängigkeit beantragen, scheint sich der Rückgang beim injizierenden Heroinkonsum zu bestätigen (durchschnittlich etwa 10 % weniger Konsumenten injizieren Heroin) <sup>(9)</sup>.

Viele Faktoren können die Verabreichungswege beeinflussen, und sie sind immer noch nicht eindeutig erfasst oder durch wissenschaftliche Studien nachgewiesen, dazu dürften Marktfaktoren, kulturelle Traditionen und Gegenmaßnahmen gehören.

Auf Marktebene wird der Verabreichungsweg möglicherweise durch drei Faktoren beeinflusst: das unterschiedliche Angebot speziell zum Rauchen aufbereiteten Heroins (Heroinbase) oder injizierbaren Heroins (Hydrochlorid), der Heroinpreis (bei einem höheren Preis wird Heroin häufiger injiziert) und die Reinheit (bei geringerer Reinheit wird Heroin häufiger injiziert).

Aus kultureller Sicht gehen einige Traditionen vor allem auf den Einfluss ethnischer Minderheiten zurück; die Abneigung gegen den injizierenden Konsum in der Untergruppe der Surinamer scheint bei Heroinkonsumenten die Verabreichungswege in dem Sinne beeinflusst zu haben, dass Heroin nun zunehmend geschnupft oder geraucht wird. Diese Art der Beeinflussung wurde in anderen Untergruppen wie den Konsumenten aus Nordafrika (in Frankreich) oder Konsumenten von den Antillen, die ebenfalls traditionell Heroin rauchen oder schnupfen, nicht festgestellt.

In verschiedenen Evaluationsstudien wird auch die Beziehung zwischen präventiven Maßnahmen (Einrichtungen, Aufklärung über die Risiken beim injizierenden Konsum)

und der veränderten Einstellung (vom injizierenden Konsum zum Inhalieren oder Rauchen) als Einflussfaktor hervorgehoben.

### **Soziale Merkmale**

Die Mehrzahl der Personen, die eine Behandlung aufnehmen, sind Männer im Alter von 20 bis 30 Jahren. Das Durchschnittsalter liegt bei 29 Jahren bei allen Patienten und bei 27 Jahren bei Erstpazienten. Die sich in Behandlung begebenden Frauen sind gewöhnlich jünger als die Männer und beantragen die Aufnahme in eine Drogentherapie fast ein Jahr früher als Männer. Die ältesten Drogenpatienten wohnen in Schweden und in den Niederlanden, die jüngsten in Irland und Finnland, allerdings spiegelt sich im Falle Irlands darin auch die demografische Situation im Land wider.

Die Verteilung auf die Geschlechter ist unterschiedlich, wobei sich in den südlichen Ländern insofern Parallelen finden, als Männer deutlich in der Mehrzahl sind (86/14 in Italien, 85/15 in Spanien, 84/16 in Portugal, 84/16 in Griechenland) und in nördlichen Ländern deutlich mehr Frauen als Männer in Behandlung sind (70/30 in Irland, 72/28 in Schweden).

Die sozialen Bedingungen von Konsumenten, die eine Drogentherapie beantragen, scheinen sich, was die Bildungs- und Beschäftigungssituation angeht, zu verschlechtern. Die Mehrzahl der Patienten lebt in Stadtgebieten, doch könnte diese Tatsache auch auf das geringere Angebot an entsprechenden Einrichtungen in ländlichen Gebieten zurückzuführen sein.

### **Drogenbedingte Infektionskrankheiten**

Eine ausführliche Erörterung dieser Problematik enthält Kapitel 3 (Ausgewählte Themen – Drogenbedingte Infektionskrankheiten).

### **Prävalenz und Tendenzen**

Da die verfügbaren Daten aus verschiedenen (mitunter lokalen) Quellen stammen, kann nur ein allgemeiner Eindruck von der HIV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten wiedergegeben werden. Zwischen den einzelnen Ländern sowie auch innerhalb der einzelnen Länder finden sich jedoch deutliche Unterschiede. Die verfügbaren Daten deuten auf Infektionsraten in den verschiedenen Untergruppen von injizierenden Drogenkonsumenten hin, die von rund 1 % im Vereinigten Königreich bis zu 32 % in Spanien reichen. Dieses

<sup>(9)</sup> Abbildung 9 OL: Anteil von injizierenden Drogenkonsumenten an allen wegen Heroinkonsum zur Behandlung angenommenen Patienten sowie an den Neuzugängen (1999) (Online-Fassung).

### Möglicher Anstieg der HIV-Übertragung bei injizierenden Drogenkonsumenten in den Mitgliedstaaten der EU

Die vorläufigen Daten deuten darauf hin, dass die HIV-Infektion in Untergruppen von injizierenden Drogenkonsumenten in einzelnen Mitgliedstaaten der EU gestiegen ist. Dabei sind die Einschränkungen bei der Verwendung von routinemäßig erhobenen Daten für die Erkennung von Veränderungen bei der HIV-Übertragung zu beachten (siehe Kapitel 3, Seite 44). So dürfte sich z. B. der Anstieg in Irland teilweise aus der Zunahme von Tests unter injizierenden Drogenkonsumenten erklären lassen. Dennoch ist es wichtig, diese möglichen Anstiege aufmerksam zu beobachten und erforderlichenfalls angemessene Gegenmaßnahmen einzuleiten. Eine steigende HIV-Übertragungsrate wird in Österreich, Luxemburg, Irland, den Niederlanden, Portugal und Finnland vermutet.

In Österreich ist die HIV-Prävalenz bei Fällen von Überdosen unter Opiatkonsumenten 1999 von 1 auf 5 % gestiegen (von 3 % im Jahr 1996, 2 % im Jahr 1997 und 1 % im Jahr 1998).

In Luxemburg hat sich die Zahl der gemeldeten HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten von zwei bis drei Fällen pro Jahr im Zeitraum 1995-1997 auf sechs bis sieben Fälle pro Jahr im Zeitraum 1998-1999 erhöht.

In Irland hat sich die Zahl der im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum stehenden HIV-positiven Tests im Jahr 1999 auf 69 verdreifacht (ausgehend von 20 bis 26 Fällen pro Jahr im Zeitraum 1994-1998).

In Portugal stammen die Daten aus lokalen Quellen. In Coimbra ist die Prävalenz bei in Behandlung befindlichen

injizierenden Drogenkonsumenten im Zeitraum 1999-2000 von 9 auf 13 % gestiegen, vorwiegend stieg sie bei Frauen, und in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen von 9,5 auf 18 %. In einer Straßenstudie, an der 250 obdachlose Heroinkonsumenten in einem sehr problematischen Stadtteil von Lissabon teilnahmen, wurde 1998-1999 eine Prävalenz von 48 % ermittelt.

Finnland berichtet über einen erheblichen Anstieg der Zahl der gemeldeten HIV-Fälle, die im Zusammenhang mit dem injizierenden Drogenkonsum stehen: Während im Zeitraum 1990-1997 lediglich null bis fünf Fälle pro Jahr gemeldet wurden, erhöhte sich die Zahl im Jahr 1998 auf 20 Fälle und bis zum Jahr 1999 auf 84 Fälle. Die Prävalenz von Konsumenten, die an einem Nadelaustauschprogramm teilnahmen und einen HIV-Test beantragten, stieg ebenfalls von 0 % im Jahr 1997 auf 3 % im Jahr 1998 und weiter auf 8 % im Jahr 1999 und ging im Jahr 2000 auf 3 % zurück.

In den Niederlanden stieg die Anzahl der HIV-Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten in der südlich gelegenen Stadt Heerlen zwischen 1994 und 1998-1999 von 11 auf 22 %.

*Anmerkung:* Umfang der Stichproben für Österreich 1996: 184, 1997:

131, 1998: 108, 1999: 126; für Heerlen in den Niederlanden 1994: 161, 1998-1999: 116; für Portugal in Coimbra 1999: 227, 2000: 106 und Lissabon 1998-1999: 252; für Finnland 1997: 131, 1998: 135, 1999: 63, 2000: 356.

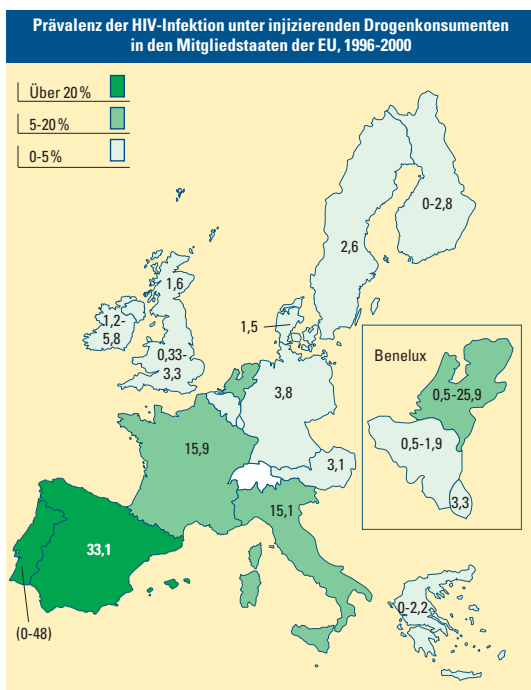
*Quellen:* Nationale Knotenpunkte. Für die Daten zu Lissabon siehe Valle, H., Rodrigues, L., Coutinho, R. u. a., *HIV, HCV and HBV infection in a group of drug addicts from Lisbon*, Seventh European Conference on Clinical Aspects of HIV infection, 23.-27. Oktober 1999, Lissabon, Portugal (Abstract 866).

Gesamtbild hat sich in den vergangenen Jahren nicht verändert. Es gibt jedoch Anzeichen für einen erneuten Anstieg der HIV-Übertragung bei (Untergruppen von) injizierenden Konsumenten in einzelnen Ländern (siehe Kasten oben).

Für die Prävalenz einer Hepatitis-C-Infektion (HCV) liegt nur eine verhältnismäßig geringe Datenmenge vor, und sofern entsprechende Daten verfügbar sind, müssen für sie die gleichen Einschränkungen wie für die HIV-Daten gemacht werden. Dennoch ergibt sich ein klares Gesamtbild – laut den vorliegenden Daten aus allen Ländern der EU ist die HCV-Prävalenz mit Infektionsraten zwischen 40 und 90 % in verschiedenen Untergruppen der injizie-

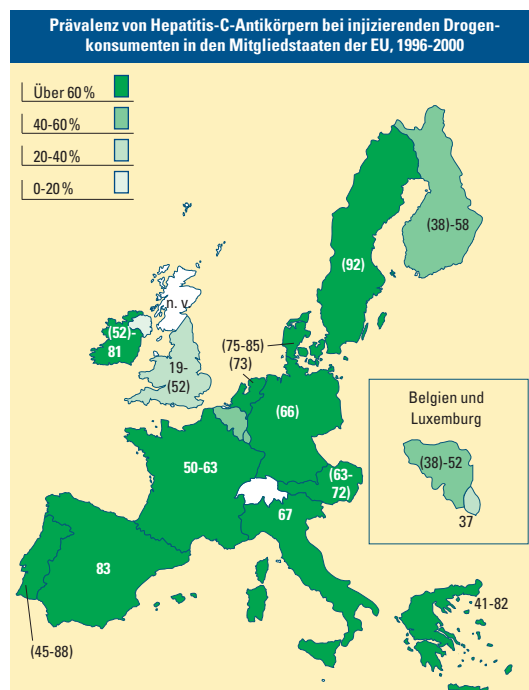
renden Drogenkonsumenten extrem hoch (Abbildung 9). Soweit entsprechende Daten verfügbar sind, reicht die Prävalenz der HCV-Infektion bei injizierenden Drogenkonsumenten unter 25 Jahren von 20 % (Belgien, Behandlungsdaten für 1998) bis über 74 % (Portugal, Behandlungsdaten aus Coimbra für 2000) (siehe Abbildung 7 in Kapitel 3 – Ausgewählte Themen – Drogenbedingte Infektionskrankheiten). Diese Daten deuten darauf hin, dass sich die HCV-Übertragung in mehreren Ländern immer noch auf einem sehr hohen Niveau bewegt, obwohl es in einigen Studien Anzeichen dafür gibt, dass die Übertragung durch die Einführung präventiver Maßnahmen eingedämmt worden sein könnte (Vereinigtes Königreich).

Abb. 8



Anmerkungen: Bei Zahlenangaben in Klammern handelt es sich um lokale Daten. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sind vorsichtig zu interpretieren, da sie aus unterschiedlichen Quellen stammen und es sich in manchen Fällen um Lokaldaten handelt. Die Farbe eines Landes gibt den Mittelpunkt der Prävalenzspannweite für die verschiedenen Datenquellen an. Die Daten für Deutschland, Frankreich, Italien und Spanien beschränken sich auf die HIV-Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten, die sich in Behandlung befinden, und sind deshalb möglicherweise nicht repräsentativ für die HIV-Prävalenz bei nicht behandelten injizierenden Drogenkonsumenten. Weitere Einzelheiten und Quellen sind in den zusätzlichen statistischen Tabellen unter [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org) zu finden.

Abb. 9



Anmerkungen: n. v.: Daten nicht verfügbar. Bei Zahlenangaben in Klammern handelt es sich um lokale Daten. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern sind vorsichtig zu interpretieren, da sie aus unterschiedlichen Quellen stammen und es sich in manchen Fällen um Lokaldaten handelt. Die Farbe eines Landes gibt den Mittelpunkt der Prävalenzspannweite für die verschiedenen Datenquellen an. Die Daten für Deutschland, Italien und Spanien beschränken sich auf die HCV-Prävalenz bei therapierten injizierenden Drogenkonsumenten und sind deshalb möglicherweise nicht repräsentativ für die HCV-Prävalenz unter injizierenden Drogenkonsumenten, die sich nicht in Behandlung befinden. Die Angaben für Luxemburg betreffen lediglich injizierende Drogenkonsumenten in Haftanstalten. Bei Luxemburg und dem Vereinigten Königreich sowie bei den hohen Ziffern für Irland und Finnland handelt es sich um Ergebnisse von Speicheltests. Die Angaben für Testergebnisse in Frankreich und die hohe Ziffer für Belgien beruhen auf Selbstauskünften über Testergebnisse und können daher unzuverlässig sein. Die Ziffern für Deutschland sind aus dem Jahr 1995, für Schweden von 1994. Weitere Einzelheiten und Quellen sind in den zusätzlichen statistischen Tabellen unter [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org) zu finden.

## Drogenbedingte Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumenten

Die Zahl der akuten drogenbedingten Todesfälle („Überdosen“) wird mitunter als vereinfachendes Verfahren zur Bewertung der Drogensituation eines Landes sowie für Vergleiche herangezogen. Drogenbedingte Todesfälle, insbesondere akute Todesfälle unter jugendlichen Konsumenten, geben Anlass zu großer sozialer und politischer Besorgnis.

### Charakteristika von akuten drogenbedingten Todesfällen

In den vergangenen fünf Jahren (1994 bis 1999) schwankte laut den verfügbaren Daten die Gesamtzahl der von den EU-Mitgliedstaaten gemeldeten Fälle zwischen 7 000 und 8 000. In der EU sind Opiate immer noch die Hauptursache für akute drogenbedingte Todesfälle – „Überdosierungen“ oder „Vergiftungen“<sup>(10)</sup>.

Häufig werden gleichzeitig auch andere Substanzen wie Alkohol, Benzodiazepine oder Kokain konsumiert. Die zusätzliche Einnahme anderer Beruhigungsmittel wie Alkohol oder Benzodiazepine gilt als Risikofaktor bei einer Überdosis von Opiaten. Akute Todesfälle, die auf den Konsum von Kokain, Amphetamin oder Ecstasy ohne Opiate zurückgehen, scheinen dagegen in Europa selten zu sein.

Viele durch Opiatkonsum verursachte Todesfälle treten innerhalb der ersten drei Stunden nach der Einnahme auf, so dass ein medizinischer Eingriff möglich ist. Weiterhin werden tödliche und nichttödliche Überdosierungen häufig im Beisein anderer Konsumenten eingenommen, weshalb ein Eingriff möglich wäre – in solchen Fällen ist

<sup>(10)</sup> Abbildung 10 OL: Anteil des Missbrauchs von Opiaten bzw. Nicht-Opiaten an der Anzahl der drogenbedingten Todesfälle (gültige Prozentsätze auf der Grundlage von Fällen mit bekannter Toxikologie (Online-Fassung).

### Methodik und Definitionen für drogenbedingte Todesfälle

In diesem Bericht liegt der Schwerpunkt auf akuten drogenbedingten Todesfällen (Überdosen), sofern nichts anderes angegeben wird.

Direkte Vergleiche zwischen den einzelnen Ländern können irreführend sein, da die Zahl der drogenbedingten Todesfälle nicht nur auf der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums und den Risikomustern (wie z. B. Injizieren), sondern auch auf den nationalen Definitionen und Erfassungsmethoden beruht. In Portugal wird beispielsweise eine pauschale Definition verwendet, während Schweden vor kurzem von einer weiter gefassten auf eine engere Definition umgestellt hat <sup>(1)</sup>.

Drogenbedingte Todesfälle und die Mortalität von Drogenkonsumenten gehören zu den epidemiologischen Schlüsselindikatoren der EBDD. Es wurde ein europäisches Standardprotokoll zur Meldung von Fällen aus allgemeinen Todesursachenregistern und forensischen oder polizeilichen Sonderregistern ausgearbeitet. Dieses Standardprotokoll wird in allen Mitgliedstaaten erprobt und in enger Zusammenarbeit mit Eurostat und der Weltgesundheitsorganisation weiterentwickelt <sup>(2)</sup>.

Unter der Voraussetzung, dass Definitionen, Methoden und die Qualität in der Berichterstattung eines Landes einheitlich sind, lassen sich Tendenzen über bestimmte Zeiträume herleiten und bei korrekter Analyse und Integration mit anderen Indikatoren extremere Drogenkonsummuster beobachten.

Indirekt durch den Drogenkonsum bedingte Todesfälle – Todesfälle aufgrund von Aids, Verkehrsunfällen, Gewalttaten oder Suizid – sind bei der Bewertung der Gesamtauswirkungen des Drogenmissbrauchs ebenfalls zu berücksichtigen, doch sie bedürfen anderer Informationsquellen und einer stärker forschungsorientierten Methodik.

- 
- (1) Kasten 1 OL: Definitionen für „akute drogenbedingte Todesfälle“ in den Mitgliedstaaten der EU gemäß ihrer Verwendung im Jahresbericht der EBDD und Veröffentlichung in den nationalen Berichten (nur Online-Fassung).
- (2) Kasten 2 OL: Von der EBDD vorgeschlagener Standard für die Erfassung akuter drogenbedingter Todesfälle – sog. DRD-Standard – Fassung 1 (nur Online-Fassung).

es wichtig, dass die Konsumenten wissen, wo sie medizinische Soforthilfe erhalten.

Die meisten durch Opiatkonsum verursachten Todesfälle kommen unter injizierenden Abhängigen vor, die Ende 20 oder 30 sind und auf einen langjährigen Konsum zurückblicken. Dabei ist der Anteil der Männer überdurchschnittlich hoch. Wie im Falle der neu in die Behandlung aufgenommenen Konsumenten zeichnet sich auch bei dieser Gruppe in vielen Ländern der EU eine Alterung ab <sup>(11)</sup>.

Einzelne durch Kokainkonsum bedingte Todesfälle werden eventuell auch wegen des sozialen Hintergrunds der Opfer, oder weil sie aufgrund einer anderen Diagnose (wie z. B. ischämische Herzerkrankungen oder Herzrhythmusstörungen) in die Klinik eingewiesen wurden, nicht als solche erfasst. Diese Möglichkeit sollte vom Personal der Notaufnahmedienste in Betracht gezogen werden. Akute Todesfälle, die ausschließlich auf den Konsum von Ecstasy zurückgehen, scheinen dagegen – trotz der öffentlichen Besorgnis, die sie Mitte der 90er Jahre in einigen europäischen Ländern ausgelöst haben – eher selten zu sein.

Bei einer Reihe von drogenbedingten Todesfällen wurde ein Zusammenhang mit Methadon festgestellt, und die Rolle von Methadon wird in mehreren europäischen Ländern lebhaft diskutiert. Da der Konsum von Methadon infolge der Verbreitung der Substitutionstherapie in den letzten Jahren stark gestiegen ist, tritt Methadon unter den Befunden toxikologischer Untersuchungen von Todesfällen aufgrund von Unfällen, Aids usw. bei Drogenkonsumenten häufiger auf. Lokale Studien weisen darauf hin, dass einige akute Todesfälle durch Methadon verursacht werden, das in den illegalen Markt geflossen ist, weil die therapeutischen Bestände möglicherweise nicht sorgfältig genug überwacht wurden. Daher wurde in einigen Ländern eine Verbesserung der Organisation von Methadonsubstitutionsprogrammen empfohlen. Trotz dieser Probleme haben Forschungsergebnisse unter den Teilnehmern des Programms gezeigt, dass die Substitutionstherapie das Risiko eines durch den Konsum von Drogen bedingten Todes verringert.

#### Tendenzen bei akuten drogenbedingten Todesfällen

In vielen EU-Ländern stieg die Zahl der akuten drogenbedingten Todesfälle in der zweiten Hälfte der 80er Jahre bis Anfang der 90er Jahre deutlich an. In den letzten Jahren

---

<sup>(11)</sup> Abbildung 11 OL: Anteil der über 30-Jährigen an den drogenbedingten Todesfällen in einzelnen Mitgliedstaaten der EU (1986 und 1999) (Online-Fassung).

ist die Zahl der akuten Todesfälle jedoch in der gesamten EU konstant geblieben (zwischen 7 000 und 8 000 Todesfälle pro Jahr) und in einigen Ländern sogar gesunken.

Für die jüngste Stabilisierung der Zahl der drogenbedingten Todesfälle lassen sich verschiedene Gründe anführen. Möglicherweise ist die Zahl der problematischen Drogenkonsumenten konstant geblieben, und die Behandlungsdaten deuten darauf hin, dass riskante Praktiken, wie z. B. das Injizieren, in einigen Ländern auch abgenommen haben. Darüber hinaus wurde in vielen Ländern das Therapieangebot – einschließlich Substitutionsprogrammen – erweitert und der Zugang zu medizinischen Hilfsdiensten bei Fällen von Überdosierung weiter verbessert.

Diese Stabilisierungstendenz wird durch den Rückgang der allgemeinen Mortalitätsrate (in einigen Fällen auch von Todesfällen durch Überdosierung) innerhalb von Kohorten problematischer Drogenkonsumenten bestätigt (siehe dazu im Folgenden den Abschnitt über die Mortalität unter Drogenkonsumenten).

Innerhalb der Tendenz in der gesamten EU lassen sich folgende abweichende Tendenzen auf nationaler Ebene beobachten.

- In mehreren Ländern ist die Rate tendenziell rückläufig, wenngleich sie von Jahr zu Jahr Schwankungen unterliegt. Dies trifft beispielsweise auf Österreich, Frankreich, Deutschland, Luxemburg, Italien und Spanien zu. Österreich (1999), Deutschland (1999-2000) und Luxemburg (1997-1998) melden in jüngster Zeit einen erneuten Anstieg, auch wenn er nicht die früheren Werte erreicht. Dennoch muss diese Entwicklung genau beobachtet werden.
- Einige Länder haben bis vor kurzem eine deutlich steigende Tendenz gemeldet – beispielsweise Griechenland, Irland (1999 ging die Rate zurück) und Portugal. Ursache für diesen Anstieg kann eine spätere Verbreitung des Heroinkonsums in diesen Ländern in den 90er Jahren sein, die durch deren soziologische Entwicklung zu erklären sein könnte. Es dürfte ebenfalls zu einer Verbesserung der Erfassungsmethoden gekommen sein. Der in Portugal unlängst verzeichnete deutliche Anstieg kann zum Teil auf die weit gefasste Definition zurückzuführen sein.
- Im Vereinigten Königreich verläuft die Entwicklung der Zahl der drogenbedingten Todesfälle moderat, jedoch mit laufend steigender Tendenz. In anderen Ländern ist die Tendenz gleichbleibend, oder sie ist aufgrund der jüngsten Umstellung der Internationalen Klassifikation

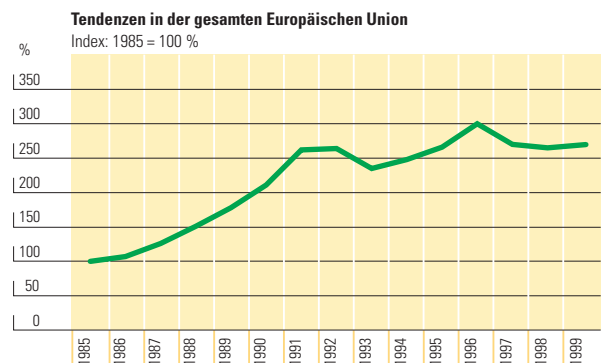
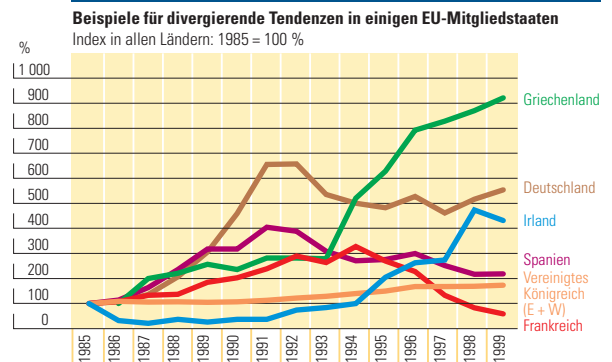
der Krankheiten (9./10. Revision) oder der Änderungen in den nationalen Definitionen schwierig zu bewerten.

Vergleiche zwischen den Schätzungen der drogenbedingten Todesfälle in der EU und den Vereinigten Staaten sollten nur mit äußerster Vorsicht gezogen und interpretiert werden. Zudem sind die gegenwärtigen europäischen Definitionen für drogenbedingte Todesfälle uneinheitlich, und die Definition der Vereinigten Staaten ist weiter gefasst und berücksichtigt auch psychoaktive Medikamente. Dennoch ist festzustellen, dass in den EU-Ländern mit ihren 376 Millionen Einwohnern nur etwa halb so viele Fälle wie in den Vereinigten Staaten mit ihren 270 Millionen Einwohnern verzeichnet wurden. In den letzten Jahren schwankte die Zahl der Fälle in der EU zwischen 7 000 und 8 000, während in den Vereinigten Staaten im gleichen Zeitraum ein Anstieg von etwa 13 000 auf nahezu 16 000 Fälle verzeichnet wurde. (ONDCP: The National Drug Control Strategy. 2001 Annual Report).

### Mortalität unter Drogenkonsumenten

Problematische Drogenkonsumenten stellen nur einen sehr geringen Anteil der Bevölkerung dar, doch ist der

**Abb. 10** Tendenzen bei akuten drogenbedingten Todesfällen in einzelnen EU-Ländern sowie in allen Ländern, 1985 bis 1999



*Anmerkung:* Diese Tendenzen können für alle EU-Mitgliedstaaten berechnet werden. Es werden hier einige als Beispiele angeführt. Die Darstellung zeigt proportionale Schwankungen gegenüber den Zahlen für 1985. Zur Vermeidung von Verzerrungen beginnt die Reihe für Griechenland erst mit 1986. In manchen Ländern dürfte der zunehmende Trend teilweise durch die verbesserte Berichterstattung zu erklären sein. Nicht alle Länder haben Daten für alle Jahre vorgelegt; diese Situation wurde aber bei der Analyse berücksichtigt.

*Quelle:* Nationale Berichte 2000 der Reitox-Knotenpunkte, auf der Grundlage von nationalen Todesursachenregistern oder von (gerichtsmedizinischen bzw. polizeilichen) Spezialregistern. Siehe auch die epidemiologischen Standardtabellen auf der Webseite der EBDD.

## Drogennachfrage und Drogenangebot

Anteil der gesundheitlichen Probleme bei dieser Gruppe unverhältnismäßig hoch. Entsprechend ist die Mortalität in dieser Gruppe besonders hoch.

Verlaufsstudien, in deren Rahmen problematische Konsumentengruppen (hauptsächlich wegen Opiatkonsum behandelte Patienten) über Jahre hinweg beobachtet werden, zeigen durchweg, dass die Mortalitätsrate unter Konsumenten von Opiaten (unabhängig von der Ursache) bis zu 20-mal höher ist als in gleichaltrigen Gruppen in der Allgemeinbevölkerung. Die Ursache dafür sind nicht nur Überdosierungen, sondern auch Unfälle, Suizide, Aids und andere Infektionskrankheiten. Als weiterer Risikofaktor wurde ermittelt, dass die Sterberate unter injizierenden Abhängigen zwei- bis viermal höher ist als bei nicht injizierenden Drogenkonsumenten, während die Sterberate von Konsumenten, die mit dem HIV-Virus infiziert sind, zwei- bis sechsmal höher ist als bei nicht infizierten Drogenkonsumenten. Das Risiko einer Überdosierung steigt, wenn Opiate gleichzeitig mit Beruhigungsmitteln wie Benzodiazepinen bzw. mit Alkohol konsumiert werden.

Die Mortalität ist bei problematischen Drogenkonsumenten, die keine Opiate konsumieren oder ihre Drogen nicht injizieren, deutlich niedriger, wenngleich eine präzise Bewertung der gesundheitlichen Risiken bei ihnen schwieriger ist. Allgemein verzeichnen traditionelle Drogenbehandlungszentren eine verhältnismäßig geringe Zahl von starken Kokain- oder Amphetaminkonsumenten, und ein hoher Anteil dieser Patienten scheint früher Opiate entweder ausschließlich oder begleitend konsumiert oder injiziert zu haben oder gehörte einer gesellschaftlichen Randgruppe an. Für diese Drogenkonsumenten sind möglicherweise eine andere Methodik und/oder andere Quellen erforderlich als für traditionelle Opiatkonsumenten.

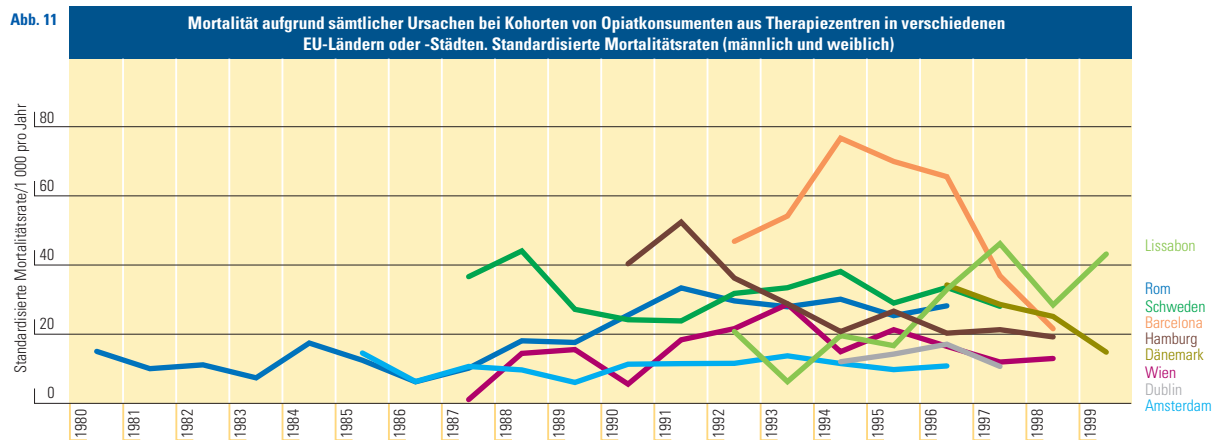
In einer an mehreren Orten durchgeführten Studie unter Leitung der EBDD wurden Kohorten an neun europäischen Standorten (Städte oder Länder) in weitestgehender Anlehnung an ein gemeinsames Protokoll definiert, das im Rahmen des Schlüsselindikators „drogenbedingte Todesfälle und Mortalität unter Drogenkonsumenten“ erstellt wurde. Die Studie zeigt deutliche Unterschiede in der Gesamtmortalität und den Todesursachen in Abhängigkeit vom jeweiligen Standort.

### Tendenzen der Mortalität unter Drogenkonsumenten

Die erwähnte Studie der EBDD zeigt, dass an mehreren Standorten die Mortalitätsraten Anfang bis Mitte der 90er Jahre ihren höchsten Stand erreicht haben und in den letzten Jahren wieder zurückgegangen sind (Barcelona, Hamburg, Wien und eventuell Dänemark – das erst in den letzten Jahren entsprechende Daten vorgelegt hat). In Barcelona ist diese Entwicklung besonders deutlich zu beobachten: Zwischen 1992 und 1996 stieg die Mortalität in Barcelona auf über 50 pro 1 000 Drogenkonsumenten im Jahr an, bevor sie – hauptsächlich aufgrund des Rückgangs der Aids-Todesfälle und in geringerem Maße auch aufgrund einer geringeren Zahl von Todesfällen durch Überdosierung – deutlich zurückging.

## Strafverfolgungsrechtliche Indikatoren

Unterschiede in der Gesetzgebung wie auch in den strafverfolgungsrechtlichen Ressourcen und Prioritäten werden anhand der Verstöße gegen die nationalen Drogengesetze (wie z. B. Konsum, Besitz und Handel) deutlich. Trotz des durch abweichende Erfassungsmethoden und Definitionen erschwerten Vergleichs werden die Tendenzen hier – soweit möglich – beschrieben und verglichen.



Anmerkung: Die an den verschiedenen Standorten erhobenen Daten sind nicht voll vergleichbar.  
Quelle: EBDD-Projekt CT.99.EP.07, koordiniert von der Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Rom. Siehe auch die epidemiologischen Standard-Tabellen auf der Webseite der EBDD.

### „Festnahmen“<sup>(12)</sup> wegen Drogendelikten

Cannabis war auch im Jahr 1999 die am häufigsten in Verbindung mit drogenbedingten Festnahmen stehende Substanz: in Italien in 45 % und in Frankreich sogar in 85 % aller Fälle. In Schweden spielten Amphetamine bei den Festnahmen etwas häufiger eine Rolle als Cannabis. In Portugal und Luxemburg wurde zumeist Heroin nachgewiesen, während in den Niederlanden die meisten Festnahmen wegen Drogendelikten auf den Umgang mit „harten Drogen“ (andere Drogen als Cannabis und dessen Derivate) zurückgehen.

Die meisten gemeldeten Drogendelikte stehen in Verbindung mit dem Konsum und/oder Besitz von Drogen, außer in Italien, den Niederlanden und Spanien, in denen nur der Handel mit Drogen strafbar ist. Wie schon in den Jahren zuvor wurden aus Luxemburg 1999 die meisten Festnahmen aufgrund von Delikten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und Drogenhandel gemeldet.

### Tendenzen

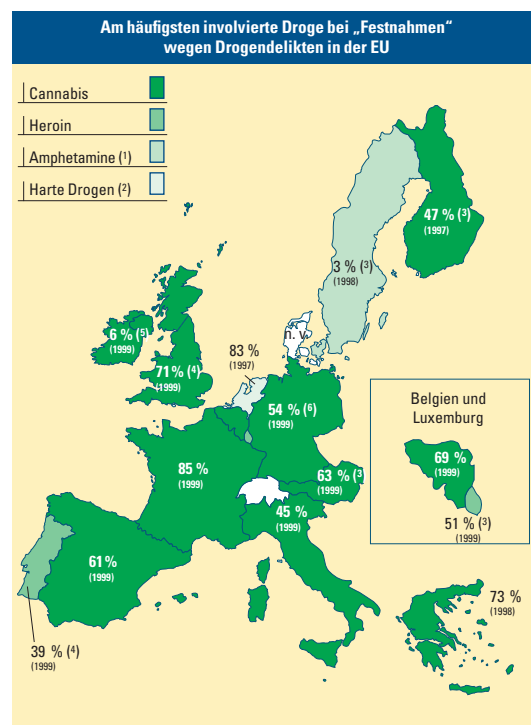
Die Zahl der „Festnahmen“ im Zusammenhang mit Drogendelikten ist seit 1985 in der gesamten EU laufend gestiegen. In Finnland, Griechenland und Portugal wird über einen mehr als siebenfachen Anstieg berichtet, während der Anstieg in Dänemark, Italien, den Niederlanden und Schweden deutlich geringer ausfiel (zweifach oder weniger).

In den vergangenen drei Jahren ist die Zahl der drogenbedingten „Festnahmen“ in den meisten EU-Ländern gestiegen. Die höchsten Anstiege wurden aus Griechenland, Irland, Portugal und Spanien gemeldet. Im Jahr 1999 waren Belgien und das Vereinigte Königreich die einzigen Länder, in denen die Zahl der drogenbedingten „Festnahmen“ zurückgegangen ist<sup>(13)</sup>.

### Drogenkonsumenten im Strafvollzug

Die Prävalenz von Drogenkonsumenten im Strafvollzug wird hauptsächlich mittels verschiedener Ad-hoc-Studien geschätzt, die auf lokaler Ebene durchgeführt werden. Bis zu 90 % der Insassen in Strafvollzugsanstalten berichten, dass sie gelegentlich in ihrem Lebenszeitraum eine illegale Droge konsumiert haben. Problematische Drogenkonsumenten und/oder intravenös Abhängige kommen seltener vor, doch ihre Gesamtzahl kann in einigen Gebieten bis zu 50 % der Inhaftierten ausmachen<sup>(14)</sup>.

Abb. 12

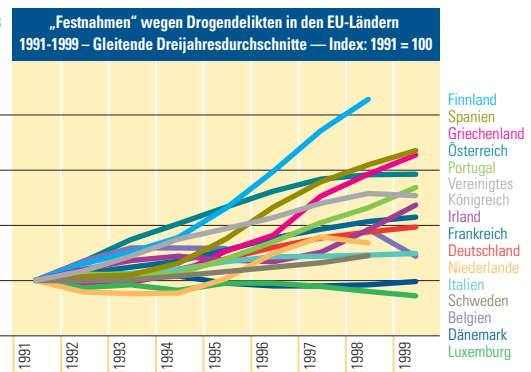


Anmerkungen: n. v.: Daten nicht verfügbar.

- (1) Stimulanzien des Zentralnervensystems (meist Amphetamine).
- (2) Alle illegalen Drogen ausgenommen Haschisch und Marihuana.
- (3) Von allen erwähnten Drogen (einzelne oder mehrere) in Finnland, Luxemburg, Österreich, Schweden und dem Vereinigten Königreich sowie (nur in Schweden) von allen Verurteilungen wegen Drogendelikten.
- (4) Der Anteil ist unterschätzt, da die Angaben sich einzig auf Heroindelikte beziehen – Delikte bezüglich „Heroin und andere Droge(n)“ sind nicht erfasst.
- (5) Von den Drogendelikten, die nach der jeweiligen Droge klassifiziert werden können (Anteil gültiger Nennungen).
- (6) Deutschland: von allen nach der jeweiligen Droge aufgeschlüsselten Delikten (für manche Delikte stehen derartig aufgeschlüsselte Angaben nicht zur Verfügung).

Quelle: Reitox-Knotenpunkte, 2000.

Abb. 13



Anmerkungen: Definitionen des Begriffs „Festnahmen“ finden sich in den ergänzenden Tabellen unter <http://www.emcdda.org>. Da anhand der verfügbaren Daten keine gleitenden Durchschnitte errechnet werden konnten, wurden für alle Länder im Jahr 1999 und für Belgien, Finnland, die Niederlande und Schweden im Jahr 1999 reale Werte eingesetzt. Die Zeitreihe ist für Belgien in den Jahren 1996 und 1997 unterbrochen (keine Daten verfügbar). Griechenland: Die Ziffer für 1998 bezieht sich auf verschiedene Anzeigen.

Quellen: Reitox-Knotenpunkte.

(12) Die Definition des Begriffs „Festnahme“ in Bezug auf Drogendelikte ist in den einzelnen Mitgliedstaaten unterschiedlich. Der Begriff kann zum Beispiel für mutmaßliche Straftäter oder für Strafanzeigen wegen Drogendelikten verwendet werden. Genaue Definitionen enthält das Statistical Bulletin unter [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)

(13) Tabelle 3 OL: Festnahmen wegen Drogendelikten (nur Online-Fassung).

(14) Tabelle 4 OL: Daten aus dem Strafvollzug (nur Online-Fassung).

Über den Drogenkonsum in den Strafvollzugsanstalten berichten mehrere Länder. Zwar ist in den Haftanstalten die Einnahme von Drogen durch Injizieren weniger verbreitet als außerhalb, doch kommt es dort wesentlich häufiger vor, dass injizierende Drogenkonsumenten ihr Drogenbesteck mit anderen Häftlingen teilen.

### Indikatoren für den Drogenmarkt – Sicherstellungen, Preis, Reinheit

Die nachfolgend analysierten Daten über sichergestellte Drogen, Preis und Reinheitsgrad wurden von den Knotenpunkten des Reitox-Netzes bereitgestellt. Abweichungen von den von Europol veröffentlichten Daten sind auf Abweichungen in den Meldeverfahren zurückzuführen <sup>(15)</sup>.

Sicherstellungen von Drogen werden gewöhnlich als indirekter Indikator für das Angebot und die Beschaffbarkeit von Drogen betrachtet, obwohl sich darin auch die strafverfolgungsrechtlichen Ressourcen, Prioritäten und Strategien sowie die Wahrscheinlichkeit einer Überführung der Drogenhändler widerspiegeln. Die Tendenzen bei den sichergestellten Mengen sind jedoch nicht eindeutig, da sie infolge weniger, außergewöhnlich umfangreicher Sicherstellungen von Jahr zu Jahr extrem schwanken können. Die Zahl der Sicherstellungen ist als Indikator für die Beurteilung der Tendenzen auf dem Markt der Drogenkonsumenten besser geeignet, weil dabei in allen Ländern hauptsächlich geringe Mengen aus dem Kleinhandel sichergestellt werden. Dabei können Herkunft und Bestimmungsort der sichergestellten Drogen eventuell Aufschluss über die Routen des Drogenhandels und über die Anbauggebiete geben. Obwohl die meisten Mitgliedstaaten über Preise und Reinheit der gehandelten Drogen berichten, sind entsprechende Daten bislang nur in geringem Maße vorhanden und lassen keine sinnvollen Vergleiche zu. Allerdings können sie Hinweise auf die Beschaffbarkeit der verschiedenen Drogen und Informationen über den Zugang zu Drogen für Konsumenten geben.

#### Heroin

Im Jahr 1999 wurden in der EU über 7 t Heroin sichergestellt, ein Drittel davon allein im Vereinigten Königreich. Das in der EU sichergestellte Heroin stammt hauptsächlich aus den Ländern des Goldenen Halbmonds (Südwestasien: Afghanistan, Pakistan), gefolgt von den

### Zugang zu Drogen bei Schülern im Alter von 15 bis 16 Jahren

Die ESPAD-Schülerbefragung ergab, dass der Zugang zu Drogen aus der Sicht der Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren im Zeitraum von 1995 bis 1999 in allen Ländern der EU, die an dieser Studie teilgenommen haben <sup>(1)</sup>, gestiegen ist. Eine Ausnahme bilden lediglich Irland und das Vereinigte Königreich, die über eine rückläufige Tendenz berichten. Im Jahr 1999 gaben 20 bis 60 % der befragten Schüler an, dass Cannabis „sehr einfach“ oder „ziemlich einfach“ zu beschaffen sei. Bei Heroin und Kokain waren 5 bis 20 % und bei Amphetaminen und Ecstasy 6 bis 38 % der Schüler dieser Meinung. Die wahrgenommene Beschaffbarkeit illegaler Drogen wird in Finnland typischerweise sehr niedrig und in Irland, Dänemark sowie im Vereinigten Königreich sehr hoch angesetzt.

*Quelle:* The ESPAD Report 1999. Siehe vollständige Literaturangabe Seite 11.

<sup>(1)</sup> Teilnehmende Länder der EU: Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Portugal, Schweden, Vereinigtes Königreich.

Ländern des Goldenen Dreiecks (Südostasien: Laos, Myanmar, Thailand), und gelangt über die Türkei, die Balkan-Route und die Niederlande in die EU. In jüngster Zeit wird jedoch über einen zunehmenden Drogenhandel über nordosteuropäische Länder, insbesondere Russland, berichtet.

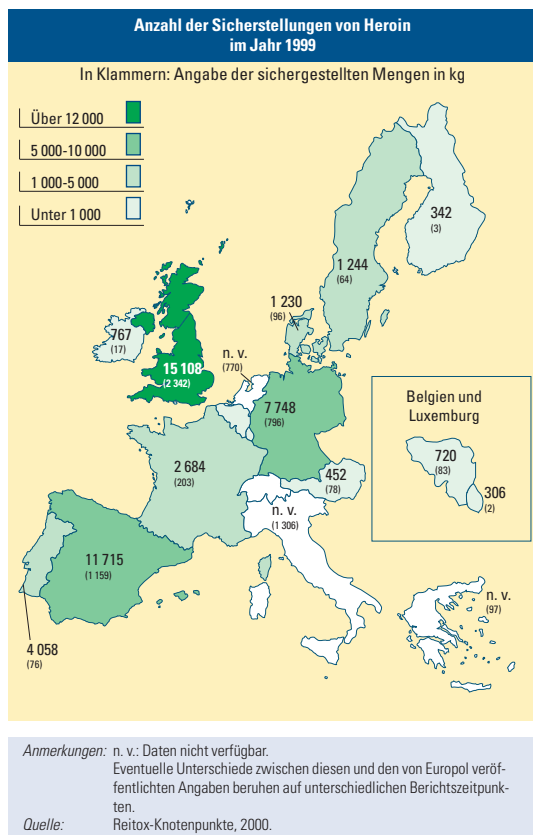
Der Straßenpreis von Heroin schwankte 1999 EU-weit zwischen 30 und 340 EUR pro Gramm. Die höchsten Preise werden aus Finnland und Schweden gemeldet. Die Reinheit des Heroins reicht gewöhnlich von unter 20 % bis zu 35 %, jedoch melden Dänemark, Finnland und das Vereinigte Königreich eine höhere durchschnittliche Reinheit.

#### Tendenzen

Die sichergestellten Mengen von Heroin sind innerhalb der EU bis 1991-1992 gestiegen und haben sich dann stabilisiert. Die Zahl der Sicherstellungen von Heroin ist in Luxemburg, Portugal und Schweden seit 1985 beständig gestiegen, wohingegen Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Österreich und Spanien seit 1996-1997 einen merklichen Rückgang verzeichneten. Alle Mitgliedstaaten berichteten in diesem Zeitraum über gewisse Schwankungen bei den sichergestellten Mengen. Im Jahr

<sup>(15)</sup> Tabelle 5 OL: Sichergestellte Drogen in den Ländern der EU 1999 (Online-Fassung).

Abb. 14



1999 meldeten Frankreich, Griechenland, Irland, die Niederlande und Österreich einen merklichen Rückgang der sichergestellten Mengen von Heroin, während Italien und Spanien eine erhebliche Zunahme verzeichneten.

Die Straßenpreise von Heroin sind allgemein stabil, obwohl Luxemburg, Portugal, Schweden und das Vereinigte Königreich kürzlich über einen Preisrückgang berichteten. Die Reinheit des Heroins scheint in allen Ländern konstant zu bleiben oder abzunehmen, außer in Deutschland und im Vereinigten Königreich, die über eine gegenläufige Tendenz berichten.

### Kokain<sup>(16)</sup>

Spanien verzeichnet immer noch die höchste Zahl an Sicherstellungen von Kokain in der EU. Das in Europa konsumierte Kokain stammt aus Lateinamerika (vor allem aus Brasilien, Kolumbien und Venezuela) und gelangt über Zentralamerika, Spanien und die Niederlande auf den europäischen Markt.

Der Verkaufspreis von Kokain schwankte 1999 zwischen 35 und 170 EUR pro Gramm. Die Preise sind in Belgien und Spanien am niedrigsten und in Finnland am höchsten. Die Reinheit des Kokains reicht in den meisten

Ländern gewöhnlich von 55 bis 70 %. Eine Ausnahme bildet Irland, das 1999 eine durchschnittliche Reinheit von 41 % meldete.

### Tendenzen

Die Gesamtzahl der Sicherstellungen von Kokain ist in der EU seit Mitte der 80er Jahre stetig gestiegen und scheint im Jahr 1999 einen stabilen Wert erreicht zu haben. Luxemburg und Schweden meldeten für 1999 deutlich höhere Mengen an sichergestelltem Kokain, während Belgien, Dänemark und Österreich einen Rückgang verzeichneten.

Nachdem die sichergestellten Mengen von Kokain bis 1990 gestiegen waren, bewegten sie sich bis 1994 auf einen stabilen Wert zu. Danach schwankten die sichergestellten Mengen, jedoch mit allgemein steigender Tendenz. In den letzten Jahren verzeichneten Frankreich und Schweden erhöhte Mengen an sichergestelltem Kokain, während Griechenland, Irland und Luxemburg einen Rückgang meldeten.

Die Kokainpreise sind in den meisten Ländern konstant, während sie in Luxemburg, Portugal und im Vereinigten Königreich fallen. Die Reinheit hat sich allgemein nicht verändert. Lediglich das Vereinigte Königreich berichtete 1999 über eine höhere Reinheit.

### Synthetische Drogen: Amphetamine, Ecstasy und LSD<sup>(17)</sup>

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

Synthetische Drogen werden in erheblichem Umfang in den Niederlanden hergestellt, aber auch andere Mitgliedstaaten (wie Belgien und das Vereinigte Königreich) sowie osteuropäische Länder (Estland, Polen, die Tschechische Republik) berichten über lokale Produktionsstätten.

Den Berichten zufolge werden Amphetamine zu einem Preis von 5 bis 60 EUR pro Gramm verkauft, während der Preis für Ecstasy zwischen 5 und 25 EUR pro Pille schwankt. Synthetische Drogen sind in Belgien und im Vereinigten Königreich billiger. Die Reinheit von Amphetaminen ist sehr unterschiedlich und reicht von 3 % in Irland bis zu 55 % in Finnland, beträgt in der EU im Durchschnitt jedoch 10 bis 20 %. Als Ecstasy verkaufte

(16) Abbildung 12 OL: Anzahl der Sicherstellungen von Kokain im Jahr 1999 (Online-Fassung).

(17) Abbildung 13 OL: Anzahl der Sicherstellungen von Amphetaminen im Jahr 1999 (Online-Fassung).

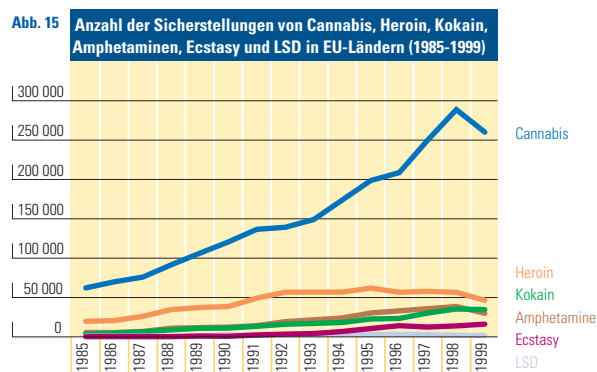
## Drogennachfrage und Drogenangebot

Pillen enthalten in 15 bis 90 % der Fälle Ecstasy oder Ecstasy-ähnliche Substanzen (MDMA, MDEA, MDA). Amphetamine (oder Methamphetamine) kommen neben verschiedenen anderen psychoaktiven Substanzen in 6 bis 22 % der Pillen vor.

### Tendenzen

Die Sicherstellungen von Amphetaminen haben seit 1985 sowohl mengen- als auch zahlenmäßig zugenommen. In Finnland und Schweden ist die Zahl der Sicherstellungen von Amphetaminen im Jahr 1999 weiter gestiegen, während sie in anderen Ländern stabil geblieben oder sogar gesunken ist. In den meisten Mitgliedstaaten erreichten die sichergestellten Mengen im Zeitraum von 1997 bis 1998 einen Höchststand.

Die Sicherstellungen von Ecstasy stiegen bis 1996, stabilisierten sich dann und nahmen 1999 erneut in allen Ländern außer Belgien und Luxemburg zu. Die Mengen an sichergestelltem Ecstasy folgten der gleichen steigenden Tendenz seit 1985, blieben von 1993 an stabil, erreichten 1996 einen Höchststand und gingen 1997 erneut zurück. Seitdem sind sie in allen Mitgliedstaaten außer Irland und Österreich gestiegen. Die höchsten Anstiege wurden aus Deutschland, Finnland, Griechenland, Portugal, Schweden und dem Vereinigten Königreich gemeldet.



**Anmerkungen:** Für Griechenland sind keine Daten verfügbar; für einige andere Länder erst ab 1988 (Dänemark, Portugal), 1993-1996 (Finnland) und 1997 (Niederlande). Für 1999 ist die Anzahl der Sicherstellungen zu niedrig eingeschätzt, da die Daten für Italien und die Niederlande fehlen.  
Für Italien und die Niederlande sind die Daten zu Cannabis, Heroin und Kokain für 1999 nicht verfügbar.  
Amphetamine: Daten ab 1998 für Österreich und die Niederlande und im Jahr 1999 für Italien nicht verfügbar. Die Daten für 1998 und 1999 umfassen für Belgien auch Sicherstellungen von Ecstasy.  
Ecstasy: Die meisten Datenreihen beginnen gegen Mitte der 90er Jahre (ausgenommen Frankreich, Italien, Spanien und das Vereinigte Königreich). 1999 sind keine Daten für die Niederlande und Italien verfügbar. Die Daten aus den Jahren 1998 und 1999 umfassen für Belgien auch Sicherstellungen von Amphetaminen. Zwischen 1985 und 1994 umfassen die Daten für Spanien ebenfalls Sicherstellungen von LSD.  
LSD: Keine Daten aus dem Jahr 1999 verfügbar für Finnland und die Niederlande.  
Quelle: Reitox-Knotenpunkte.

Sicherstellungen von LSD kommen weniger häufig vor und sind sowohl mengen- als auch zahlenmäßig bis 1993 gestiegen und in den Jahren danach wieder zurückgegangen. 1999 sind die Mengen in allen Ländern außer Griechenland, Österreich, Portugal und dem Vereinigten Königreich weiter zurückgegangen.

Nach einem erheblichen Preisrückgang in den 90er Jahren sind die Preise für Amphetamine und Ecstasy in der EU seither stabil geblieben. 1999 meldeten Portugal für Ecstasy und Schweden für Amphetamine allerdings einen weiteren Preisrückgang, während sich in Griechenland der Preis für Ecstasy-Pillen verdoppelt hat. In den letzten Jahren ist der Anteil von Pillen, die Ecstasy oder Ecstasy-ähnliche Substanzen enthalten, in vielen Ländern gestiegen, während der Anteil von Pillen mit Amphetaminen (und Methamphetaminen) gesunken ist.

### Cannabis

In allen EU-Ländern mit Ausnahme von Portugal, wo vornehmlich Heroin sichergestellt wurde, ist Cannabis die am häufigsten beschlagnahmte Droge. Seit 1996 werden in Spanien die größten Mengen von Cannabis sichergestellt. Das Vereinigte Königreich meldet zwar eine höhere Zahl von Sicherstellungen, doch dabei handelt es sich im Durchschnitt um geringere Mengen<sup>(18)</sup>.

Cannabisharz stammt hauptsächlich aus Marokko und gelangt über Spanien und die Niederlande auf den europäischen Markt. Cannabis wächst in Afghanistan, Pakistan und Libanon sowie in früheren Kolonien. Die meisten Mitgliedstaaten berichten über einen lokalen Anbau, hier ist insbesondere der Anbau von „nederwiet“<sup>(19)</sup> in den Niederlanden zu erwähnen.

Im Jahr 1999 schwankte der Einzelhandelspreis von Cannabis zwischen 3 und 18 EUR pro Gramm Cannabisharz und zwischen 3 und 12 EUR pro Gramm Cannabisblätter.

Der Anteil der psychoaktiven Substanz im Cannabisharz – Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) – reicht im Durchschnitt von 3 bis 15 %, obwohl in der EU auch Proben mit einem THC-Anteil von 0 bis 70 % gemeldet wurden. Der THC-Anteil ist in Cannabis-Blättern mit 2 bis 7 % gewöhnlich niedriger, wobei die Cannabis-Varietät „nederwiet“ mit einem THC-Gehalt von durchschnittlich 8,6 % eine Ausnahme darstellt.

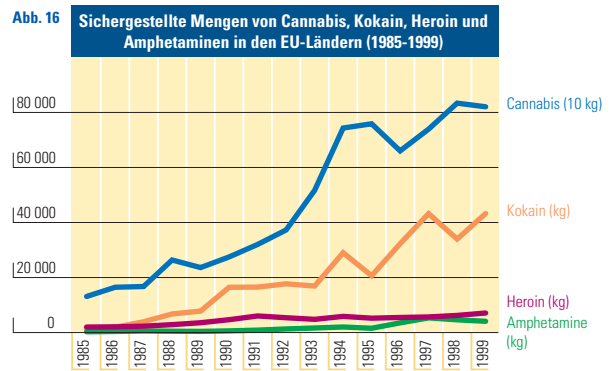
<sup>(18)</sup> Abbildung 14 OL: Anzahl der Sicherstellungen von Cannabis im Jahr 1999 (Online-Fassung).

<sup>(19)</sup> „nederwiet“: in den Niederlanden angebaute Cannabis-Varietät.

### Tendenzen

Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabis ist in der EU seit 1985 kontinuierlich gestiegen. 1999 ist die Zahl in allen Ländern weiter gestiegen, außer in Belgien, Dänemark und im Vereinigten Königreich, die eine rückläufige Tendenz verzeichnen. Die Mengen sind ebenfalls gestiegen, im Zeitraum von 1995 bis 1997 jedoch stabil geblieben. Seitdem berichten die meisten Länder über eine steigende Tendenz, obgleich Belgien, Griechenland, Österreich und das Vereinigte Königreich im Jahr 1999 einen erheblichen Rückgang verzeichneten.

Der Preis von Cannabis ist in der EU allgemein stabil, nur Portugal verzeichnet seit 1997 einen Preisrückgang.



*Anmerkungen:* Einige der sichergestellten Mengen sind zu niedrig angesetzt, da keine Daten verfügbar sind.

*Amphetamine:* Seit 1998 stehen für Österreich keine Daten zur Verfügung. Seit 1996 umfassen die Angaben für Sicherstellungen in Belgien sowohl Amphetamine als auch Ecstasy in Pulverform (beschlagnahmte Amphetamin- und Ecstasy-Tabletten sind hier nicht inbegriffen).

*Quelle:* Reitox-Knotenpunkte.

# Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

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

## Politische und strategische Maßnahmen

### Auf EU-Ebene

#### Drogenaktionsplan der EU (2000-2004)

Im Juni 2000 sprach sich der Europäische Rat von Santa Maria da Feira für eine Unterstützung des Drogenaktionsplans der EU als konkrete Anschlussmaßnahme zur Drogenstrategie der Europäischen Union (2000-2004) aus. In der Strategie werden elf allgemeine Zielsetzungen und sechs vorrangige Ziele der EU formuliert und im Aktionsplan rund 100 spezifische Maßnahmen aufgeführt, die von der EU bis Ende 2004 umgesetzt werden sollen. Die sechs Hauptziele sind:

- die deutliche Verminderung der Prävalenz des Drogenkonsums und seiner Ausbreitung, insbesondere bei Jugendlichen unter 18 Jahren, innerhalb der nächsten fünf Jahre;
- die deutliche Verminderung des Auftretens von drogenbedingten Erkrankungen (HIV, Hepatitis, TBC usw.) sowie der Zahl der drogenbedingten Todesfälle innerhalb der nächsten fünf Jahre;
- die deutliche Erhöhung der Zahl der erfolgreich therapierten Drogenabhängigen;
- die deutliche Verminderung der Beschaffbarkeit illegaler Drogen innerhalb der nächsten fünf Jahre;
- die deutliche Verminderung der drogenbedingten Kriminalität innerhalb der nächsten fünf Jahre;

- die deutliche Verminderung der Geldwäsche und des illegalen Handels mit Vorläufersubstanzen.

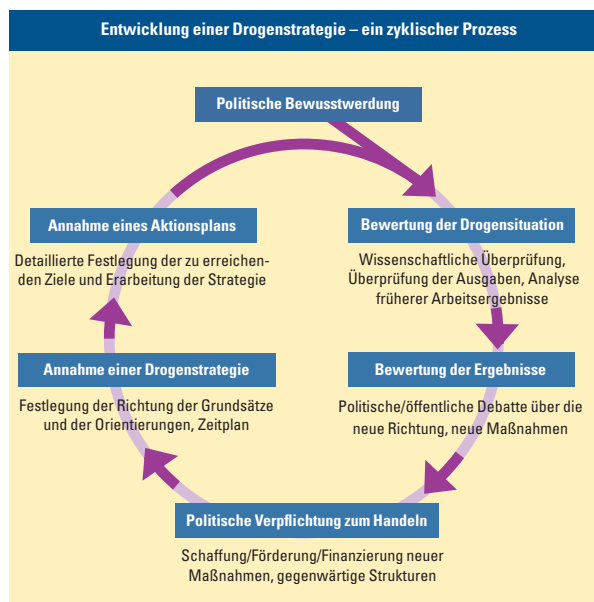
Obwohl der Aktionsplan keinen rechtsverbindlichen Charakter besitzt, stellt er einen weiteren Meilenstein der Drogenbekämpfung in der EU dar, da er die Entschlossenheit der Mitgliedstaaten demonstriert, die 1999 in der Drogenstrategie formulierten Ziele zu verwirklichen. Der Aktionsplan enthält Leitlinien und Rechtsrahmen für die Maßnahmen und unterstreicht die Notwendigkeit einer regelmäßigen Evaluation der Maßnahmen, die im Jahr 2002 und nach Ablauf des Aktionsplans gegen Ende 2004 durchgeführt werden soll.

Der Aktionsplan legt die Betonung insbesondere auf die Koordinierung und den Informationsaustausch und unterstreicht die Notwendigkeit eines ausgewogenen Ansatzes, bei dem sich die Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage und zur Reduzierung des Angebots gegenseitig verstärken. Außerdem hebt er die Bedeutung der Einbindung der Beitrittskandidaten hervor, da sich darin das Engagement der EU widerspiegelt, diese Länder bei der Bekämpfung des Drogenproblems so wirksam wie möglich zu unterstützen.

#### Auf nationaler Ebene – Drogenstrategien in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union

Die Mitgliedstaaten berichten über verstärkte Aktivitäten im Bereich der Überprüfung und Überarbeitung ihrer Drogenpolitik. Status, Umfang und Inhalt dieser Initiativen mögen zwar unterschiedlich sein, dokumentieren jedoch eine sichtbare Tendenz in Richtung auf eine Intensivierung und Verbesserung der Drogenpolitik. Diese Entwicklung scheint auf der Anerkennung der Tatsache zu beruhen, dass sich das vielschichtige Drogenproblem

Abb. 17



nicht mit einzelnen Gegenmaßnahmen bekämpfen lässt – und dass vielseitige Maßnahmen Erfolge zeitigen, wenn sie in eine koordinierte, langfristige Strategie eingebunden sind.

Wissenschaftliche Bewertungen und regelmäßige Evaluationen werden als zur Überprüfung und Überarbeitung der Drogenstrategien unerlässliche Maßnahmen anerkannt. Eine von mehreren Mitgliedstaaten eingesetzte Methode ist in Abbildung 17 dargestellt. Sie zeigt, wie ein neues politisches Bewusstsein für die Drogenproblematik einen zyklischen Prozess der wissenschaftlichen Bewertung, Evaluation, politischen Diskussion sowie der Formulierung, Annahme und Umsetzung von politischen Maßnahmen in Gang setzen kann.

### Maßnahmen zur Koordinierung der Drogenpolitik

Der Drogenaktionsplan der EU (2000-2004) fordert die Mitgliedstaaten zur Einsetzung und Stärkung von nationalen Koordinierungsmechanismen und/oder zur Ernennung eines nationalen Drogenkoordinators auf, um dem Drogenproblem mit einer globalen, interdisziplinären, integrierten und ausgewogenen Strategie zu begegnen. Außerdem wird der Rat aufgefordert, den nationalen Drogenbeauftragten Gelegenheit zu regelmäßigen Zusammenkünften zu geben, damit sie Informationen über einzelstaatliche Entwicklungen austauschen und Möglichkeiten im Hinblick auf eine verstärkte Zusammenarbeit prüfen können <sup>(20)</sup>.

Abb. 18

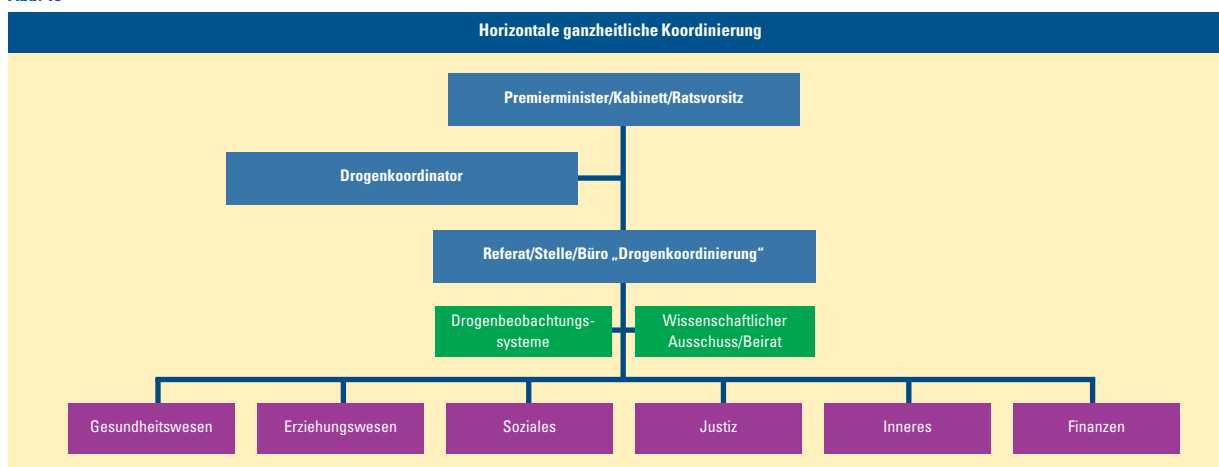
Überblick über die jüngsten Entwicklungen in der Drogenstrategie	
<b>Angenommen</b>	<b>1998-1999</b>
Frankreich:	Französische Drogenstrategie, 1999-2001
Nordirland:	Drogenstrategie: „Drug misuse in Northern Ireland: a policy statement“, 1999
Norwegen:	Aktionsplan zur Reduzierung des Drogenkonsums, 1998-2000
Österreich:	Wiener Drogenkonzept, 1999; Salzburger Drogenkonzept
Portugal:	Portugiesische Drogenstrategie, 2000
Schottland:	Drogenstrategie: „Tackling drugs in Scotland: action in partnership“, 1999
Spanien:	Spanische Drogenstrategie, 2000-2008
Vereinigtes Königreich:	Drogenstrategie: „Tackling drugs to build a better Britain“, 1998-2008
<b>Angenommen</b>	<b>2000-2001</b>
Belgien:	Politische Anmerkungen, 2001
Irland:	Building on experience, Ireland's National Drug Strategy“, 2001-2008
Luxemburg:	Aktionsplan, 2000-2004
Österreich:	Drogenkonzepte: Steiermark, Niederösterreich
Portugal:	Aktionsplan, 2000-2004
Schottland:	Schottischer Aktionsplan: „Protecting our future“, 2001
Wales:	„Tackling substance misuse in Wales: a partnership approach“, 2001
Vereinigtes Königreich:	Nationaler Plan 2000-2001
<b>In Bearbeitung</b>	<b>2000-2001</b>
Finnland:	Überprüfung des Grundsatzbeschlusses – im Prinzip für 2001-2003
Griechenland:	Studie des Parlaments unter Beteiligung aller Parteien über Drogenbekämpfungsmaßnahmen, 2000
Schweden:	Ein Aktionsplan zum Drogenproblem soll 2001 veröffentlicht werden

In allen Mitgliedstaaten sind Drogenkoordinierungsstellen oder -funktionen vorhanden, allerdings mit erheblichen Unterschieden in Struktur und Organisation. Um ein genaues Bild vom Drogenkoordinierungssystem in Europa zu erhalten, arbeitet die EBDD im Jahr 2000 an der Erstellung einer vorläufigen Übersicht, die im Jahr 2002 abgeschlossen werden soll. Die bisherigen Ergebnisse dieser Untersuchung (abrufbar unter <http://www.emcdda.org>) zeigen, dass einige Mitgliedstaaten zur Einsetzung oder Stärkung von Koordinierungsstellen auf zentraler Ebene übergegangen sind. Einige Mitgliedstaaten (wie z. B. Frankreich, Portugal und Spanien) verweisen alle Aspekte im Zusammenhang mit Drogen und Drogenabhängigkeit in den Zuständigkeitsbereich einer Stelle mit hochgradig hierarchischen Entscheidungsbefugnissen, die dem Ministerpräsidenten direkt unterstellt ist (Abbildung 19).

<sup>(20)</sup> Art.1.1.3 des Drogenaktionsplans der EU (2000-2004), Cordroque 32 9283/00.

## Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

Abb. 19



In anderen Ländern der EU (wie z. B. Deutschland, Finnland, Griechenland, Italien und das Vereinigte Königreich) erfolgt die Koordination auf interministerieller Ebene – ohne Rückgriff auf eine zentrale Koordinierungsstelle – über regelmäßige Kontakte und Zusammenkünfte zwischen den staatlichen Verwaltungsstellen, die sich mit den verschiedenen Facetten der Drogenproblematik befassen. Gewöhnlich ist in diesem zweiten Modell das Sozial- oder Gesundheitsministerium für die Koordination verantwortlich. Im Einzelfall wird auch ein Drogenkoordinator ernannt, der für gesundheitliche und soziale Angelegenheiten zuständig ist, aber auch für die Zusammenarbeit mit der Regierungsstelle, die in anderen Bereichen im Zusammenhang mit der Drogenproblematik tätig ist (Abbildung 20).

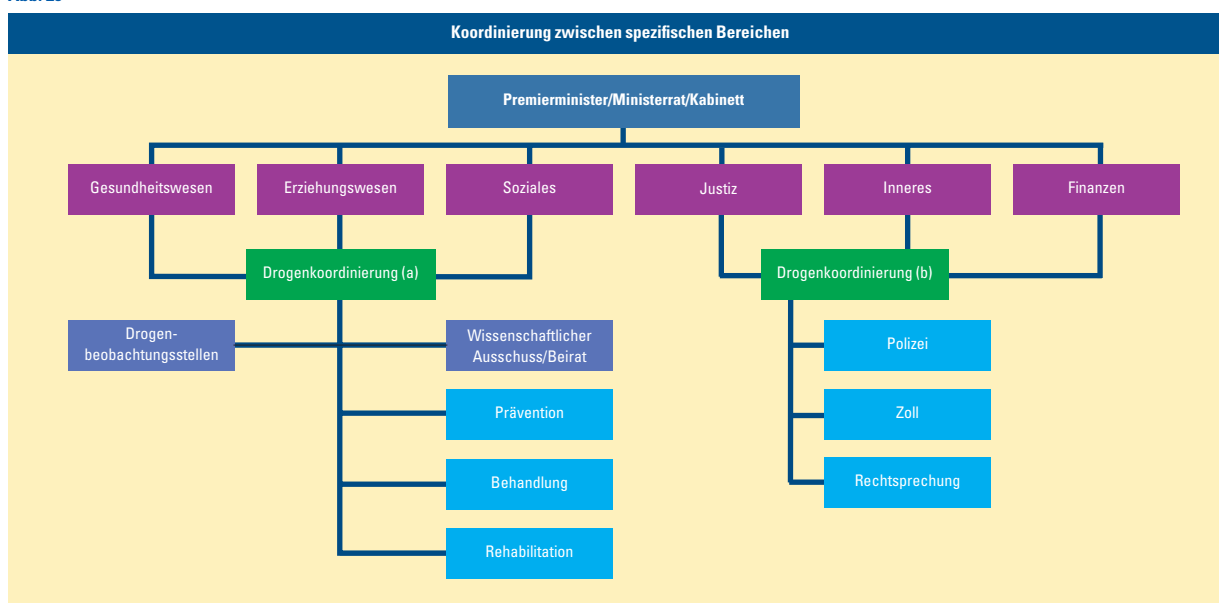
### Gesetzgebung und Strafverfolgung

Eine der Aufgaben der EBDD ist die Beobachtung der wesentlichen Tendenzen und Änderungen in der Drogen-

gesetzgebung. Zu diesem Zweck wurde eine Rechtsdatenbank zur Drogengesetzgebung eingerichtet, in der die Drogengesetze der EU, rechtliche Profile und vergleichende Studien unter <http://eldd.emcdda.org> online abrufbar sind.

In dieser Datenbank wurden in jüngster Zeit folgende wichtige Entwicklungen registriert: In Portugal werden ab dem 1. Juli 2001 keine strafrechtlichen Sanktionen zur Unterdrückung des privaten Konsums illegaler Substanzen mehr angewendet (im November 2000 verabschiedetes Gesetz 30/2000). Stattdessen macht eine spezielle Kommission dem drogenabhängigen Straftäter das Aufsuchen einer Therapie- oder Beratungsstelle zur Auflage. Seit Mai 2001 wird der Konsum und der Besitz von Cannabis in Luxemburg nur noch mit einer Geldstrafe geahndet (gemäß einem Gesetz vom 27. April 2001). Die Regierung in Belgien plant einen Erlass, in dem der „nichtproblematische“ Konsum von Cannabis nicht mehr als Straftat eingestuft wird.

Abb. 20



Mehrere Berichte deuten an, dass der individuelle Drogenkonsum oder der Besitz illegaler Drogen für den persönlichen Konsum nicht zu den Prioritäten in der Tätigkeit europäischer Strafverfolgungsbehörden gehören. Die Rechtsprechungsorgane befassen sich bei Straftätern, die mit Drogen zu tun haben, insbesondere mit schweren Straftaten und Drogenhandel. Die in einigen Mitgliedstaaten umgesetzten neuen Maßnahmen zur Entkriminalisierung oder Nichtverfolgung von Drogenkonsumdelikten scheinen diese Tendenz zu bestätigen. In einer kürzlich im Auftrag der EBDD durchgeführten Studie über die Strafverfolgung drogenbedingter Straftaten aus dem Jahr 2000 wurde auch ermittelt, dass gerichtliche Verfahren aufgrund des privaten Besitzes oder Konsums geringer Mengen von Drogen gewöhnlich noch vor Eröffnung des Verfahrens eingestellt werden. Der öffentliche Drogenbesitz oder -konsum, der Verkauf von Drogen durch Drogenkonsumenten und die mit der Drogenabhängigkeit im Zusammenhang stehende Beschaffungskriminalität werden von Staatsanwälten und Gerichten jedoch häufig härter bestraft.

In Dublin wurde im Januar 2001 ein „Drogengerichtsprogramm“ mit dem Ziel der Rehabilitierung von drogenabhängigen Straftätern und der Bekämpfung drogenbedingter Straftaten eingeleitet. Diesem Gericht – das sich an den kanadischen, australischen und amerikanischen Modellen für Drogengerichte orientiert – steht ein auf Drogenfragen spezialisierter Richter vor, der sich ausschließlich mit nicht gewalttätigen, straffällig gewordenen Drogenabhängigen befasst und ihnen eine überwachte Behandlung und Rehabilitierung statt der Inhaftierung in einer Strafvollzugsanstalt anbietet. Die schottische Exekutive hat sich auch für die Einsetzung eines Drogengerichts bis Ende 2001 ausgesprochen, während in England bereits eine Reihe ähnlicher Initiativen erprobt wird.

Im Rahmen einer am 8. April 2001 in Kraft getretenen Änderung des Bundesgesetzes in Österreich wurde die als bedeutende „Menge“ eingestufte Höchstmenge von 5 auf 3 g reduziert. Diese Maßnahme wird sich auf die Unterscheidung zwischen Verstößen (Beschaffung und Besitz geringer Mengen) und schweren Straftaten (Herstellung und Besitz bedeutender Mengen) auswirken. Außerdem wurde der rechtliche Status von Cannabis, das für medizinische Zwecke eingesetzt wird, diskutiert.

In Deutschland wurde in einem Nachtrag zum bundesdeutschen Betäubungsmittelgesetz ein Grundrahmen vorgegeben, innerhalb dessen jedes Bundesland die

Mindestvorschriften für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen festlegen kann (d. h. Einrichtungen, in denen injizierende Drogenkonsumenten Drogen unter hygienischen Bedingungen konsumieren können). Somit kann jedes Bundesland selbst entscheiden, ob es Drogenkonsumräume erlauben will. Außerdem sieht das Gesetz die Einrichtung eines Zentralregisters für die Substitutionsbehandlung vor und schreibt Schulungen für Ärzte vor, die eine solche Behandlung anbieten. Portugal plant nach einer öffentlichen Debatte ein Gesetzesdekret, das Regelungen für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen enthält. In Luxemburg bietet das Gesetz vom 27. April 2001 die rechtliche Grundlage für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen.

Hinsichtlich der Beschlagnahme von illegal erworbenen Vermögenswerten aus Drogenstraftaten wurde im Vereinigten Königreich ein Gesetzentwurf vorgelegt, der die Einsetzung einer Behörde für die Beschlagnahme von illegal erworbenen Vermögenswerten – die Criminal Assets Recovery Agency – und die Einführung eines Programms zur Beschlagnahme der illegalen Vermögenswerte von Straftätern (Civil Recovery Programme) vorsieht. Ebenso hat die finnische Regierung beim Parlament einen Antrag eingereicht, der eine Beschlagnahme der Erlöse von drogenbezogenen Straftaten in Fällen vorsieht, in denen eine illegale Herkunft vermutet wird (so genannte Umkehr der Beweislast). In Irland liegt die Beweislast seit 1996 [d. h., seit das Amt für die Beschlagnahme illegal erworbener Vermögenswerte (Criminal Assets Bureau, CAB) auf einer gesetzlichen Grundlage steht <sup>(25)</sup>] beim Straftäter, der nachweisen muss, dass er seine Vermögenswerte auf legale Weise erworben hat. In Spanien werden beschlagnahmte illegale Erträge bereits seit fünf Jahren im Rahmen des Nationalen Drogenplans umverteilt. Allein im Jahr 2000 wurden mehr als 4,5 Mio. EUR aus illegal erworbenen, beschlagnahmten Vermögenswerten (Boote, Autos, Geld) „zurückgeführt“ und für die Drogenbekämpfung bereitgestellt: 1 543 137 EUR für Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenhandels und 2 978 014 für präventive Maßnahmen und Rehabilitierungsprogramme.

### Kosten der Drogenbekämpfung

Im Rahmen der Überwachung der Maßnahmen zur Drogenbekämpfung in den Mitgliedstaaten wurde im Jahr 2000 eine umfassende Untersuchung mit dem Ziel durchgeführt, die Ausgaben der öffentlichen Hand für Drogen zu erfassen, zu analysieren und abzuschätzen. Die staatlichen Kosten sowohl im Gesundheitswesen als auch in der Strafverfolgung wurden durch Messung der direkten

<sup>(25)</sup> Criminal Assets Bureau Act (Gesetz zur Einrichtung des Amtes für die Beschlagnahme illegal erworbener Vermögenswerte), 1996; Proceeds of Crime Act (Gesetz zu Erträgen aus Straftaten), 1999.

## Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

Kosten (direkt mit der Drogenproblematik im Zusammenhang stehende Kosten) und der indirekten Kosten (infolge der Drogenproblematik entstehende Ausgaben in der allgemeinen Verwaltung, wie z. B. Strafvollzugsanstalten) berechnet.

Trotz einer Reihe von Unterschieden zeichnet sich in den Mitgliedstaaten der EU eine ähnliche Strategie der Ressourcenverteilung für die Drogenbekämpfung ab. Insgesamt werden zwischen 70 und 75 % der Haushaltsmittel für die Strafverfolgung und die übrigen Mittel für die Gesundheitsfürsorge aufgewendet.

### Spezifische Maßnahmen

#### Reduzierung der Nachfrage

In diesem Abschnitt wird eine Reihe von Maßnahmen erörtert, die auf unterschiedliche Ziele ausgerichtet sind und in verschiedenen Umfeldern angewendet werden. Abbildung 21 vermittelt einen Überblick über die verschiedenen Umfelder und Methoden zur Reduzierung der Nachfrage.

#### Präventive Maßnahmen

##### *Drogenprävention in Schulen*

Die Drogenprävention in Schulen genießt in allen Mitgliedstaaten nach wie vor hohe Priorität. Für die Drogenprävention gibt es viele Leitlinien, und unter Umständen ist die Erstellung einer Marktübersicht zur Erleichterung der Auswahl der am besten geeigneten Unterrichtsmaterialien notwendig (wie bereits in Deutschland geschehen). In den meisten Lehrplänen wird die Drogenprävention im Rahmen der allgemeinen Gesundheitserziehung behandelt. Die Peer-to-Peer-Methode (bei der sich Schüler gegenseitig aufklären) gilt als sinnvoll, obwohl sie schwierig umzusetzen ist. Die Einbeziehung der Eltern gilt als unverzichtbar.

### Einbeziehung der Schüler in präventive Maßnahmen

Auf Antrag des Erziehungsministeriums wurde in Frankreich eine Evaluierung an den Schulen durchgeführt, die an einem Pilotprojekt „Les élèves acteurs de prévention“ teilgenommen hatten. Den Schülern wurde im Unterricht vermittelt, wie man Aufklärungskampagnen organisiert und das Problembewusstsein der Mitschüler schärft. Das Engagement dieser Schüler bei der Durchführung des Projektes brachte ihnen die Anerkennung ihrer Mitschüler ein. Das Experiment verlief in etwa der Hälfte der Schulen erfolgreich, doch selbst in den anderen Schulen weckte es das Interesse vieler Schüler. Das Projekt wurde von den Schülern als sehr positiv für die Atmosphäre und die Lebensqualität an den Schulen und für ein besseres Ansehen der Schulen bei der Bevölkerung beurteilt.

Die Polizei engagiert sich in zunehmendem Maße bei der Primärprävention an Schulen (Belgien, Frankreich, die Niederlande, Österreich und Schweden), wengleich die Frage, ob sie über die notwendige pädagogische Kompetenz für diese Art von Aufklärungsarbeit verfügt, lebhaft diskutiert wird.

Es ist erwiesen, dass Schüler Drogen konsumieren (siehe Kapitel 1, Drogenkonsum unter Schülern) und daher besonders gefährdet sind. Früher haben Schulen dies weit von sich gewiesen, da sie um ihr Image fürchteten. Inzwischen erarbeiten jedoch immer mehr Schulen – in Frankreich, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich, Spanien und im Vereinigten Königreich – Strategien für die Drogenprävention an Schulen, für frühzeitige Gegenmaßnahmen und für die Überweisung in die Suchtbehandlung. Besonderes Augenmerk wird dabei auf Jugendliche gerichtet, die die Schule abbrechen oder von der Schule verwiesen werden. Spanien meldet, dass für diese

Abb. 21

Zielsetzung	Klassifikation der Konzepte zur Reduzierung der Nachfrage		
	Ziel		
	Prävention	Behandlung	Schadensminimierung
Koerzitiv („Sie müssen bei uns bleiben.“)		Behandlung in Haftanstalten (1) Alternativen zu Haftstrafen Zwangsbearbeitung	Schadensminimierung in Haftanstalten (1)
Feste Einrichtungen („Sie sind hier bei uns.“)	Schulen (1)	Stationäre Behandlung	
Feste Anlaufstellen („Kommen Sie zu uns.“)	Jugendzentren	Ambulante Behandlung Behandlung durch den praktischen Arzt	Niedrigschwellige Dienste (1)
Mobil („Wir suchen Sie auf.“)	Aufsuchende und gemeinschaftsgestützte Sozialarbeit (1)		Aufsuchende Sozialarbeit (1)
Media („Sie bleiben anonym.“)	Internet, Massenmedien (1) Früh ansetzende Gesundheitsmaßnahmen (1)		Telefonische Hilfsdienste Früh ansetzende Gesundheitsmaßnahmen (1)

(1) Diese Konzepte werden in diesem Bericht behandelt.

Gruppe einheitliche Maßnahmen eingeführt wurden, und im Vereinigten Königreich haben 95 % der weiterführenden Schulen Maßnahmen für Vorfälle entwickelt, die im Zusammenhang mit Drogen stehen.

### *Prävention in Gemeinden und Freizeiteinrichtungen*

Die präventiven Maßnahmen in den Gemeinden wurden in den vergangenen Jahren erweitert und nehmen unterschiedliche Formen an. Alle Mitgliedstaaten berichten über verschiedene Formen der Aufklärung von Eltern in der Gemeinde. Beispielsweise besuchten 1999 in Spanien 25 000 Familien die „escuelas de padres“, und in Frankreich kümmern sich 75 spezielle Beratungsstellen um die emotionalen, familiären und sozialen Probleme Jugendlicher. In den skandinavischen Ländern gehen Gruppen von Eltern in ihrer Gemeinde auf die Straße und bieten nachts am Wochenende Jugendlichen ihre Hilfe an. In Dänemark sind 1 300 Eltern an dieser Initiative beteiligt.

Sport- und Leichtathletikverbänden wird eine bedeutendere Rolle bei der Drogenprävention eingeräumt, als dies in den letzten Jahren in vielen Ländern, darunter Belgien, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Italien, Spanien und das Vereinigte Königreich, der Fall war. In Deutschland wird in Sportvereinen bereits seit 1994 Aufklärungsarbeit zur Drogenprävention geleistet, und im Jahr 2000 wurden weitere 2 500 Jugendtrainer geschult. Im März 2000 wurde in Potsdam eine Konferenz über die Suchtvermeidung in Sportvereinen veranstaltet, die sich mit der Qualität der Drogenprävention in Sportvereinen, dem Drogenkonsum und den Ritualen und der Kultur von Sportvereinen befasste.

Die Koordinierung zwischen den verschiedenen Akteuren ist eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg dieser Maßnahmen. In Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Portugal, Schweden und im Vereinigten Königreich wurden entsprechende Vereinbarungen mit den kommunalen oder regionalen Behörden über Strategien zur Drogenprävention getroffen oder sind landesweit in Vorbereitung.

### **Behandlung**

#### *Drogenfreie Behandlung*

Gegenwärtig ist nur wenig über das Angebot an drogenfreien Behandlungen in der EU bekannt. Die drogenfreie Behandlung scheint jedoch im Behandlungsangebot in Finnland, Griechenland, Norwegen und Schweden zu dominieren. Die Tendenz in diesen Ländern geht zu einer Verkürzung der Behandlungsdauer auf drei bis sechs Monate statt ein bis zwei Jahre, während die Behandlungsdauer in Griechenland im Durchschnitt bei zwölf

Monaten liegt. Eine kürzlich in Deutschland durchgeführte Metaanalyse, in die mehrere europäische Länder einbezogen wurden, kommt zu dem Ergebnis, dass eine positive Beziehung zwischen der Behandlungsdauer und dem Behandlungserfolg besteht. Die Evaluation der verschiedenen Behandlungsoptionen könnte jedoch noch verbessert werden.

Weiterhin findet in einigen Ländern wie beispielsweise in Belgien, Deutschland und den Niederlanden zunehmend ein „Case Management“ (niedrigschwellige, intensive und individuell zugeschnittene soziale Unterstützungsarbeit) statt, das dem Drogenkonsumenten Orientierung vermittelt und ihn durch die Therapienetze hindurch begleitet. Die Ergebnisse fünf niederländischer Studien über die duale Diagnose (Koinzidenz von Drogenproblemen und psychiatrischen Problemen) zeigen, dass sich das Case Management leicht positiv auf die Zufriedenheit der Patienten, den Drogenkonsum, die psychiatrischen Symptome, die soziale Kompetenz und die Inanspruchnahme von Betreuungsdiensten auswirkt.

In den Niederlanden zeigt sich ein recht negatives Bild von einer schwierigen Zielgruppe, die ihr Drogenkonsummuster auch nach mehreren Anläufen nicht ändert. Für diese Zielgruppe wurden Motivierungszentren eingerichtet, deren Ziel es ist, Drogenkonsumenten bei der Rekonvaleszenz und Entwicklung ihrer Sozialkompetenz zu unterstützen und geregelte Abläufe im Alltag zu schaffen. Dies soll sie dazu motivieren, sich einer regulären Therapie zu unterziehen. Die Aussteigerquote liegt in diesen Zentren jedoch bei 60 %, was den Schluss nahe legt, dass Drogenkonsumenten, die nicht motiviert sind, auch nicht erfolgreich geholfen werden kann.

#### *Substitutionsbehandlung*

Die Substitutionsbehandlung hat sich in der EU in den vergangenen Jahren moderat verbreitet. Griechenland,

## Evaluation verschiedener Therapieformen

In Norwegen werden im Rahmen eines Projektes verschiedene Formen der Therapie für Drogenkonsumenten evaluiert, um zu ermitteln, ob bei einigen Therapien bessere Ergebnisse erzielt werden als bei anderen, und um festzustellen, für welche Patienten welche Therapieform am vorteilhaftesten ist. Da Drogenkonsumenten häufig mehrere verschiedene Therapien durchlaufen, geht das Projekt davon aus, dass jede Therapie auf den Erfolgen der bisherigen Therapien aufbaut – ausgehend von der Annahme, dass der bisher investierte Aufwand nicht vergebens war.

## Maßnahmen gegen den Drogenkonsum

Finnland, Norwegen und Schweden haben vor kurzem die Zugangsmöglichkeiten zu einer Substitutionsbehandlung verbessert, die hauptsächlich mit Methadon durchgeführt wird. Buprenorphin, die wichtigste Substitutionssubstanz in Frankreich, wurde in Belgien, Dänemark, Finnland (zur Entgiftung), Deutschland, Italien, Luxemburg, Norwegen, Österreich, Portugal und im Vereinigten Königreich eingeführt, während LAAM in Dänemark, Spanien und Portugal verschrieben wird. In den Niederlanden wird in Studien derzeit die Schnellentgiftung mit Naltrexon zur therapeutischen Behandlung untersucht, was sich eventuell als Alternative zu anderen Behandlungen anbieten würde. Naltrexon wurde in Portugal in den letzten zehn Jahren als Substitutionssubstanz eingesetzt.

Im Vereinigten Königreich wird Heroin nach wie vor im Einzelfall verschrieben. In den Niederlanden wird im Rahmen eines wissenschaftlichen Experiments Heroin probeweise zur Behandlung chronischer Drogenkonsumenten verschrieben, die auf andere Behandlung nicht ansprechen, und in Deutschland ist für 2001 ein Modellversuch mit Heroin auf Rezept geplant. Auch Luxemburg plant für das Jahr 2002 einen Modellversuch mit Heroin. In Fachkreisen herrscht jedoch Einigkeit darüber, dass die Verschreibung von Heroin nur in

Erwägung gezogen werden sollte, wenn es keine andere therapeutische Alternative mehr gibt. Die Verschreibung von Heroin zwingt die Patienten dazu, sich zwei- bis dreimal am Tag im Behandlungszentrum einzufinden, was sie als zermürende Belastung empfinden. Bei Drogenkonsumenten, die unter großem Leidensdruck stehen, hat sich diese Behandlung jedoch insofern als effektiv erwiesen, als sie zur Vermeidung der Beschaffungskriminalität, zur Verbesserung ihres gesundheitlichen Zustands und ihrer sozialen Integration beiträgt.

### Maßnahmen zur Schadensminimierung

#### Aufsuchende Drogenarbeit

Eine EU-weite vergleichende Erfassung der aufsuchenden Drogenarbeit (d. h. der Kontaktaufnahme zu Drogenkonsumenten in ihrer eigenen Umgebung) in der EU ist keine leichte Aufgabe, da viele Aktivitäten auf lokaler Ebene von Nichtregierungsorganisationen (NRO) und teilweise recht komplexen Strukturen durchgeführt werden.

Aufsuchende Drogenarbeit hat ihren Ursprung in der traditionellen Jugendarbeit (mit dem Ziel, Drogenkonsumenten zum Aufsuchen der Behandlungsstellen zu bewegen) und in der Erhaltung der Volksgesundheit (insbesondere der Vermeidung von Infektionskrank-

Tabelle 1

	Substitutionsbehandlung bei problematischen Drogenkonsumenten		
	Geschätzte Prävalenz des problematischen Drogenkonsums (1)	Geschätzte Anzahl von Patienten in Substitutionsbehandlung	Erfassungsrate der Substitutionsbehandlung (%) (2)
Belgien	20 200	7 000 (1996)	35 (3)
Dänemark	12 752-15 248	4 398 (4 298 Methadon + 100 Buprenorphin) (1. Januar 1999) (4)	27-34
Deutschland	80 000-152 000	50 000 (2001) (4)	33-63
Griechenland	n. v.	966 (1. Januar 2000) (4)	–
Spanien	83 972-177 756	72 236 erhalten Methadon (1999)	41-86
Frankreich	142 000-176 000	71 260 (62 900 erhalten Buprenorphin und 8 360 erhalten Methadon) (Dezember 1999) (4)	40-50
Irland	4 694-14 804	5 032 (31. Dezember 2000) (4)	34-100 (5)
Italien	277 000-303 000	80 459 (1999) (4)	27-29
Luxemburg	1 900-2 220	864 [164 im offiziellen Programm und an +/- 700 wird von praktischen Ärzten Mephenon verschrieben (Methadon in Pillenform) (2000)] (4)	38-45
Niederlande	25 000-29 000	11 676 (1997)	40-47
Norwegen	9 000-13 000	1 100 (2001)	8-12
Österreich	15 984-18 731	4 232 (1. Januar 2000) (4)	23-26
Portugal	18 450-86 800	6 040 (1. Januar 2000)	7-33
Finnland	1 800-2 700 (6)	240 (170 Buprenorphin und 70 Methadon)	9-13
Schweden	1 700-3 350 (6)	621 (31. Mai 2000) (4)	19-37
Vereinigtes Königreich	88 900-341 423	19 630	6-22

Anmerkung: n. v.: Daten nicht verfügbar.

(1) Weitere Einzelheiten zur Prävalenz in den einzelnen Ländern und zum problematischen Drogenkonsum finden sich in der Online-Tabelle 1 OL unter [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)

(2) Geschätzter Anteil von Drogenkonsumenten mit problematischen Konsumgewohnheiten in Substitutionstherapie.

(3) Die Angabe zur Prävalenz bezieht sich nur auf injizierende Drogenkonsumenten, wodurch die Erfassungsrate der Substitutionsbehandlung überschätzt sein kann.

(4) Die Information wurde direkt beim nationalen Knotenpunkt eingeholt.

(5) Eine Erfassungsrate von 100 % scheint bei Substitution nicht plausibel, weshalb zu vermuten ist, dass die Prävalenzschätzung von 4 694 (1 195) unter der derzeitigen Prävalenz liegt.

(6) Opiatkonsumenten.

heiten). Aufsuchende Drogenarbeit kann Sozialarbeit unter Abhängigen, die Verteilung sauberer Nadeln im Austausch gegen gebrauchte, niedrigschwellige Hilfsdienste und/oder spezielle Dienste für ethnische Minderheiten, Prostituierte und andere schwierig zu erreichende Gruppen beinhalten und wird problematischen Drogenkonsumenten in allen Mitgliedstaaten angeboten, die nicht regelmäßig in Behandlung sind. In Dänemark, Frankreich, den Niederlanden, Österreich und im Vereinigten Königreich wurde eine Peer-to-Peer-Betreuung der Drogenkonsumenten organisiert, die ihren besonderen Bedürfnissen gerecht wird.

Aufsuchende Drogenarbeit breitet sich in den meisten Mitgliedstaaten zunehmend aus. In Schweden war aufsuchende Drogenarbeit jedoch vor zehn bis 15 Jahren stärker verbreitet, und in einer neuen Studie wird berichtet, dass aufgrund knapper gewordener Ressourcen viele Drogenkonsumenten von solchen Hilfsdiensten nicht mehr erreicht werden. Zu den neueren Entwicklungen gehört die aufsuchende Drogenarbeit bei nordafrikanischen Drogenkonsumenten in den Niederlanden und die Einführung spezieller Hilfsdienste für weibliche Drogenkonsumenten in Dänemark, Norwegen, Österreich und Schweden.

Eine spezielle Maßnahme im Rahmen der aufsuchenden Drogenarbeit, die in Frankreich, den Niederlanden, Österreich und Spanien durchgeführt wurde, sind so genannte Pillentests auf Tanzveranstaltungen. Solche Pillentests wecken insofern das Interesse der Besucher, als sie sich auf den Pilleninhalt nie ganz verlassen können. Bei den meisten Projekten werden auch Informationsgespräche, Maßnahmen zur Schadensminimierung und Krisenmaßnahmen angeboten. Eine von der EBDD unlängst durchgeführte Studie (*An inventory of on-site pill*

*testing interventions in the EU*, EMCDDA 2001) ergab, dass diese Pillentests gut geeignet sind, um vor den unerwarteten und gefährlichen Wirkungen von Tanzdrogen zu warnen.

### *Niedrigschwellige Dienste*

Niedrigschwellige Dienste werden in den meisten Mitgliedstaaten zunehmend ausgebaut. Drogenkonsumräume – Einrichtungen, in denen sich injizierende Drogenkonsumenten ihre Drogen unter hygienischen und sicheren Bedingungen verabreichen können – wurden in Deutschland im Februar 2000 legalisiert, und auch in Madrid (Spanien) wurde im Rahmen eines im Jahr 2000 durchgeführten Pilotprojektes ein Drogenkonsumraum eingerichtet. In den Niederlanden gibt es bereits seit mehreren Jahren Drogenkonsumräume, in denen auch Heroinraucher sowie Kokain- und Crack-Konsumenten ihre Drogen unter hygienischen Bedingungen konsumieren können. In Luxemburg, Österreich und Portugal werden ähnliche Maßnahmen diskutiert. Im Rahmen einer Diskussion in Dänemark über die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Verbindung mit den bereits bestehenden niedrigschwelligen Diensten hat das dänische Gesundheitsministerium entschieden, diese Initiative zurückzustellen, da bereits internationale Übereinkommen dieses Thema zum Gegenstand haben.

### *Frühzeitige Maßnahmen zur Vermeidung von Gesundheitsschäden durch neue synthetische Drogen*

Ziel dieser Maßnahmen ist es, potenzielle gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Substanzen abzuwenden, die für die Konsumenten nicht identifizierbar sind, wenn die Konsumenten aus eigenem Antrieb keinen Kontakt mit Behandlungsdiensten und Beratungsstellen aufnehmen, d. h. unbekannte Substanzen, die von unbekanntem Konsumenten aufgenommen werden. Diese Maßnahmen werden entweder über strukturelle Aktivitäten wie z. B. die Veranstaltung sicherer Raves (Schulung des Clubpersonals, Versorgung mit Wasser und Einrichtung von „Chill-Out“-Bereichen) oder Aufklärungsarbeit zu Partydrogen durch Medienkampagnen, interaktive Webseiten und CD-ROM umgesetzt, oder durch Verbreitung von Informationen über die Ergebnisse der vor Ort oder im Labor durchgeführten Pillentests über das Internet oder in speziellen Zeitschriften. Insofern stehen diese Gegenmaßnahmen mitunter im Zusammenhang mit Maßnahmen der aufsuchenden Drogenarbeit wie Pillentests vor Ort.

In Dänemark, Irland, Italien, den Niederlanden und Spanien knüpfen die kommunalen Behörden Kontakte zu Freizeiteinrichtungen für Jugendliche (z. B. Clubs, Bars und Diskotheken) und bieten dem dort beschäftigten

### **Projekt: Aufsuchende Drogenarbeit für obdachlose Frauen**

In Schweden haben die Sozialdienste in Stockholm im Jahr 2000 ein Projekt eingeleitet, in dessen Rahmen obdachlose Frauen, von denen viele wenig oder gar keinen Kontakt zu den Sozialdiensten haben, von Hilfsdiensten aufgesucht werden. Eines der Ziele dieses Projektes ist es, die Frauen zu bewegen, mehr soziale Kontakte zu knüpfen, indem ihnen zunächst einfache medizinische Hilfe angeboten wird. Das Projekt hat insofern Modellcharakter, als es ein Gemeinschaftsunternehmen zwischen den Sozialdiensten, Freiwilligenverbänden und dem medizinischen Behandlungssektor ist.

### Schulung für Personal von Clubs

In Irland werden dem Personal von Clubs Schulungen und Unterstützung angeboten, damit sie auf Situationen in Nachtclubs, die durch den Konsum von Drogen entstehen, besser vorbereitet sind. In den ersten beiden Phasen des Projektes nehmen Clubbesitzer/-manager und Türsteher an Schulungsprogrammen teil. Zweck dieser Phasen ist es, die Kenntnisse der Teilnehmer über Drogen zu vertiefen, ihre Einstellung zu Drogen zu ermitteln und sie über die rechtlichen und gesundheitlichen Aspekte sowie über Fragen der Sicherheit aufzuklären. In der dritten Phase geht es um die Verteilung präziser Informationen über Drogen an jugendliche Clubbesucher. Dabei wird eine Broschüre von der Größe einer Kreditkarte (das so genannte „Vital Information Pack“ oder VIP) an verschiedenen Treffpunkten von Jugendlichen verteilt, darunter weiterführende Schulen und Clubs. In der vierten Phase wird eine eintägige Konferenz mit dem Ziel veranstaltet, die Musik- und Tanzindustrie zu motivieren, die Entwicklung geeigneter Strategien in Tanzlokalen zu unterstützen. In der letzten Phase werden einheitliche Schulungsmaßnahmen für Türsteher entwickelt und diese Inhalte in Form von Modulen vermittelt.

Personal Schulungen und Unterstützung an, damit sie auf Situationen, die durch den Konsum von Drogen entstehen, wirkungsvoller reagieren können.

Luxemburg berichtet über eine „Echtzeit“-Überwachung der Jugendzene. Nach einer ersten Evaluationsphase wurde das Spiele-Kit „Ecstasy“ an verschiedenen Jugendtreffpunkten installiert und in entsprechende Kurse an Schulen eingebunden. Es bietet Anregungen für Diskussionen, für den Erfahrungsaustausch und für die Suche nach Alternativen zum Drogenkonsum, insbesondere im Hinblick auf synthetische Drogen. Dank der durch das Spiel entstandenen Gruppendynamik können Themen angesprochen werden, für die Jugendliche sensibilisiert werden sollten. Bei der Evaluierung zeigte sich, dass die kreativen und aktionsorientierten Elemente des Spiels noch stärker betont werden sollten.

Das Internet bietet eine Fülle von Informationen zu Drogen, die alle Positionen zur Drogenpolitik widerspiegeln, allerdings ist eine Qualitätskontrolle solcher Informationen nicht möglich. Die meisten nationalen Präventionsorganisationen sowie die NRO verfügen über eine eigene Homepage oder bereiten eine entsprechende Homepage vor, die hauptsächlich Informationen, aber auch interaktive Funktionen enthalten, wie beispielsweise die italienische Initiative „lo non calo la mia vita“

(<http://www.iononcalo.it>), die schwedische Initiative Drugsmart (<http://www.drugsmart.com>) und die von DrugScope im Vereinigten Königreich zur Verfügung gestellte Drogenrecherchefunktion (<http://www.drugscope.org>). Aus Finnland wird eine innovative Initiative gemeldet, bei der eine anonyme Beratung und ein Selbstbewertungstest im Internet (<http://www.a-klinikka.fi/plimenu1.htm>) angeboten wird. Die EBDD-Datenbank EDDRA (<http://www.emcdda.org>) enthält Informationen über 250 evaluierte Projekte im Bereich der Nachfragereduzierung und wird laufend erweitert.

### Reduzierung von drogenbedingten Straftaten

#### Prävention von drogenbedingten Straftaten

Alle Mitgliedstaaten verfügen über Programme, die einem Straftäter unter bestimmten Bedingungen, z. B. abhängig von der Schwere der Straftat oder dem Alter des Straftäters, zur Auflage machen, sich einer Behandlung zu unterziehen. Dadurch soll erreicht werden, dass der Straftäter nicht erneut straffällig wird, allerdings stehen entsprechende Evaluationsinformationen nur selten zur Verfügung.

Drogenkonsumenten sind nach wie vor ein großes Problem in Strafvollzugsanstalten, in denen bis zu 50 % der Insassen mit Drogenproblemen behaftet sind. Angesichts der hohen Fluktuationsrate in Vollzugsanstalten wird geschätzt, dass jährlich 180 000 bis 600 000 Drogenkonsumenten das System in der EU durchlaufen. Die Prävalenz des Drogenkonsums ist je nach Art der

### Verfügung über Drogenbehandlung und Drogenprüfung im Vereinigten Königreich

Die Regierung des Vereinigten Königreiches hat eine Verfügung über Drogenbehandlung und Drogenprüfung (Drug Treatment and Testing Order, DTTO) erlassen, nach der die Gerichte anordnen können, dass sich ein Straftäter entweder als Alternative zum Strafvollzug oder als eigentliche Strafe in Behandlung begibt. Es wird damit gerechnet, dass im Zuge der Anwendung der DTTO im Jahr 2001 rund 3 425 Verfügungen ausgesprochen werden. Dem stehen rund 120 000 Personen gegenüber, die 1999 wegen Drogendelikten verurteilt wurden. Die landesweite Einführung der DTTO wird von Beratungsdiensten für die Drogenprävention in Verbindung mit Bewährungsdiensten an der Basis unterstützt, die die im Rahmen der Pilotprogramme gewonnenen praktischen Erkenntnisse verbreiten und lokale Drogenaktionsteams bei der Ausarbeitung entsprechender Umsetzungsmaßnahmen unterstützen.

**Tabelle 2**

Drogenhilfe in Strafvollzugsanstalten in der EU			
	Substitutionsfreie Behandlung in Haftanstalten	Substitutionstherapie in Haftanstalten	Drogenbezogene Schadensminimierung in Haftanstalten
Belgien	Ja, in der Versuchsphase	Allmähliche Entgiftung unter Methadon	Einige lokale HIV-Präventionsmaßnahmen
Dänemark	Zusammenarbeit mit privater Behandlungseinrichtung	Ja, wenn bereits vor der Haftstrafe in Methadonbehandlung	Zurverfügungstellen von Reinigungsflüssigkeit; Hepatitis-B-Impfung
Deutschland	Ja	Ja	Spritzenaustausch in einigen Haftanstalten
Griechenland	Selbsthilfegruppen	Nein	Information in einigen Haftanstalten
Spanien	Ja	Ja	Ja
Finnland	Aufklärungsunterricht über Substanzmissbrauch, drogenfreie Gefängnisstrakte	Ja, wenn bereits vor der Haftstrafe in Buprenofalin-/Methadonbehandlung	Zurverfügungstellen von Reinigungsflüssigkeit; Hepatitis-B-Impfung
Frankreich	Nein	Ja (Methadon oder Buprenofalin)	Aufklärung der Häftlinge, Verteilung von Chlorbleiche
Irland	In beschränktem Umfang	Entgiftung unter Methadon, Erhaltungstherapie für HIV-positive Häftlinge	Nein
Italien	Ja	Ja	Nein
Luxemburg	Ja	Ja, wenn vor der Haft bereits in Methadontherapie, und Einleitung einer Therapie vor der Entlassung	Nein
Niederlande	Ja, Zwangsbehandlung bei Abhängigkeit von harten Drogen	In beschränktem Umfang, Reduzierungsprogramme für Langzeithäftlinge	Ja
Österreich	Ja	Ja	Ja
Portugal	Ja	Ja	Information, Ausbildung des Aufsichtspersonals, Verteilung von Kondomen und Chlorbleiche, Impfung gegen Hepatitis
Schweden	Ja	Nein	Nein
Vereinigtes Königreich	Ja	Methadon-Entgiftung. Sofaxidin, Dihydrocodein und Naltrexon sind ebenfalls verfügbar.	Verteilung von Desinfektionstabletten in manchen Haftanstalten, Beratung und Information

Vollzugsanstalt unterschiedlich. Sie ist höher in großen Vollzugsanstalten mit kurzen Haftzeiten und höher in Vollzugsanstalten für Frauen als in denen für Männer.

Tabelle 2 bietet einen allgemeinen Überblick über das Unterstützungsangebot für Drogenkonsumenten in Vollzugsanstalten der EU – weitere Einzelheiten hierzu enthält der in englischer Sprache vorliegende EBDD-Bericht „Assistance to drug consumers in prisons“ (Unterstützung für Drogenkonsumenten in Strafvollzugsanstalten).

### *Soziale Rehabilitation und Wiedereingliederung*

Drogenkonsumenten, die in Haft, Drogenbehandlung oder langjähriger Substitutionstherapie gewesen sind, weisen oft erheblichen Nachholbedarf im Bereich der allgemeinen und beruflichen Bildung auf und sind darüber hinaus ebenso häufig obdachlos und arbeitslos – Faktoren, die ihre gesellschaftliche Wiedereingliederung zweifellos erschweren. In diesem Unterstützungsbereich scheint es immer noch erhebliche Defizite zu geben, obwohl Fachkräfte immer wieder betonen, dass Nachsorge und Wiedereingliederung äußerst wichtige Aspekte der Drogentherapie darstellen und Verbesserungen in diesem Bereich daher dringend erforderlich sind.

### **Evaluation**

Zur Sicherstellung der Qualität der Maßnahmen gegen den Drogenkonsum bedarf es einer Evaluation der Maßnahmen sowie auch einer angemessenen Planung,

Infrastruktur, Professionalität, Überwachung, Schulung, Forschung und Vernetzung. Im Bereich der Reduzierung der Drogennachfrage in der EU werden zunehmend Qualitätssicherungsverfahren eingeführt. Qualitätssicherungsinitiativen zur Drogenprävention werden aus Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, den Niederlanden und Österreich gemeldet, Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Nachsorge aus Deutschland, Griechenland, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Portugal und dem Vereinigten Königreich.

Für praktische Ärzte und weitere Fachkräfte im Gesundheitswesen werden in Belgien, Deutschland, Finnland, Irland, Italien, Österreich und im Vereinigten Königreich Weiterbildungsmaßnahmen angeboten, wohingegen andere Länder – Frankreich, Griechenland, Italien, Luxemburg, die Niederlande und Schweden – berichten, dass zwar Weiterbildungsmaßnahmen für Fachkräfte im Bereich der Drogenprävention, der Gesundheitsvorsorge und der Strafjustiz angeboten werden, deren Qualität jedoch zu wünschen übrig lässt.

### **Reduzierung des Angebots**

Die folgenden Informationen sind den Europol-Berichten entnommen.

Durch neue Techniken, die ein rasches Eingreifen und Aufspüren auf verschiedenen Ebenen der strafrechtlichen

### „Back to the Future“ in Finnland

In Finnland wurden im Rahmen des Programms „Back to the Future“ (Zurück in die Zukunft – finanziert durch das EU-Programm „Integra“) Projekte mit jungen Drogenabhängigen durchgeführt. Die Projektergebnisse bestätigen, dass ehemalige Abhängige, die von Arbeitslosigkeit und finanziellen Engpässen nach Überwindung ihrer Drogenprobleme bedroht sind, sich in einer extrem schwierigen Situation befinden. Ihre Probleme reichen von schlechten Wohnverhältnissen, eingeschränkter Arbeitsfähigkeit, fehlender Berufsausbildung und Problemen am Arbeitsplatz bis hin zu der Schwierigkeit, ein Leben ohne Drogen zu führen.

Den Projektteilnehmern wurden Ausbildungsplätze angeboten, doch sie empfanden es als schwierig, sich im Bildungssystem und in der Berufswelt zurechtzufinden und es erwies sich für sie als schwierig, Arbeitgeber zu finden, die ihnen einen Ausbildungsvertrag anboten. Obwohl der Staat automatisch die Bürgschaft für Ausbildungsdarlehen übernimmt, lehnten die Banken persönliche Darlehen ab, da fast 90 % der Antragsteller für nicht kreditwürdig befunden wurden. Das Projekt kam zu dem Ergebnis, dass die Maßnahmen in den Sozial- und Gesundheitsdiensten nicht ausreichen, um der Vielfalt an Fürsorgeproblemen angemessen gerecht zu werden. Innerhalb des Systems zur Rehabilitierung ehemaliger Drogenabhängiger sind aktive Maßnahmen erforderlich, die einen individuellen und maßgeschneiderten Ansatz über Verwaltungsgrenzen hinweg beinhalten und eine angemessene Finanzierung sicherstellen.

### Qualitätssicherung bei der Reduzierung der Drogennachfrage

In Österreich werden zunehmend Qualitätssicherungsverfahren im Bereich der Reduzierung der Drogennachfrage eingesetzt. Es wurden Leitlinien für Qualitätsarbeit und Mindestnormen für alle Bereiche der Suchtbekämpfung sowie für das Case Management von Substitutionspatienten ausgearbeitet. Es wurden Mindestnormen als Qualitätsvoraussetzungen für die Drogen- und Alkoholberatung definiert, die in einem mehrstufigen Plan umgesetzt werden. In Wien wurden spezielle Kompetenzzentren eingerichtet, die für die Vernetzung und die Weitergabe einschlägiger Informationen an Tätigkeitsbereiche verantwortlich sind, die sich nicht speziell mit der Drogenproblematik befassen (wie z. B. Jugendarbeit und Gesundheitsschutz).

Ermittlungen ermöglichen, werden langwierige, zähe und aufwendige Untersuchungen vermieden. Die neuen justiziellen und strafverfolgungsrechtlichen Strukturen für die Zusammenarbeit innerhalb der EU sollten von den Mitgliedstaaten umfassend genutzt werden, um den Informationsaustausch sowohl innerhalb der Mitgliedstaaten als auch auf internationaler Ebene zu verbessern.

Die organisierte Kriminalität innerhalb der EU nimmt zu. Zu den Hauptaktivitäten von kriminellen Netzwerken scheinen nach wie vor die Drogenherstellung und der Drogenhandel zu gehören. Die ständige Diversifizierung und die Veränderung der Absatzwege stellen die Strafverfolgungsorgane laufend vor neue Herausforderungen. Die Straftäter führen über ihre Erfolge und Misserfolge beim Handel mit ihren illegalen Waren genauestens Buch und ändern ihre Methoden entsprechend, indem sie neue Absatzwege wählen, neue Methoden für den Drogenschmuggel ersinnen oder neue Drogenkurier anheuern.

Nach den Berichten von Europol („EU Situation Report on Drug Production and Drug Trafficking 1999/2000“ – Situationsbericht der Europäischen Union zur Drogenherstellung und zum Drogenhandel 1999-2000) erwies sich „Operation Purple“ als ein erfolgreiches Projekt zur Bekämpfung der Abzweigung chemischer Vorläufersubstanzen. Diese Operation war darauf ausgerichtet, die Abzweigung von Kaliumpermanganat – einer Chemikalie, die für die Aufbereitung von Kokain verwendet wird – zu verhindern und 23 Nationen, darunter sieben Mitgliedstaaten der EU, die die Chemikalie produzieren, importieren, exportieren oder den Transit erlauben, sowie den Internationalen Suchtstoffkontrollrat, IKPO/Interpol und die Weltzollorganisation an einen Tisch zu bringen. Angesichts der Tatsache, dass die Beschaffbarkeit von Vorläufersubstanzen eine entscheidende Rolle für die Drogenherstellung spielt, bestand eines der vorrangigen Ziele des Projektes darin, die Abzweigung von Chemikalien zu verhindern. Seit Beginn dieses Projektes wurden 248 Lieferungen der Chemikalie (insgesamt 7 778 t) aufgespürt. 32 Kaliumpermanganat-Lieferungen (nahezu 2 226 t) wurden gestoppt oder sichergestellt. Diese Menge entspricht 29 % aller überwachten Lieferungen. Eine ähnliche Operation ist für Essigsäureanhydrid geplant, eine bei der Heroinaufbereitung verwendete Chemikalie.

Neben den politischen Entwicklungen, die auf eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Justiz- und Strafvollzugsbehörden ausgerichtet sind, werden die Kompetenzen von Europol auf die Geldwäsche allgemein ausgedehnt, und zwar unabhängig davon, aus welcher Art von strafbaren Handlungen die gewaschenen Gelder herrühren.

## 2001 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union

Gegenwärtig erstellen Europol und Experten aus den Mitgliedstaaten der EU und die EBDD eine harmonisierte Datenbank über sichergestellte Drogen, die auf gemeinsamen Definitionen und Parametern basiert und in allen Mitgliedstaaten eingeführt werden soll. Dadurch soll die

Datenerfassung innerhalb der EU vereinheitlicht und ein besserer Vergleich und eine genauere Analyse der Drogenproblematik in den verschiedenen Mitgliedstaaten der EU ermöglicht werden.

# Ausgewählte Themen

In diesem Kapitel werden drei spezifische Themen im Zusammenhang mit dem Drogenproblem in Europa beleuchtet: Kokain und „Base/Crack“, Infektionskrankheiten und synthetische Drogen.

## Kokain und „Base/Crack“

In der EU wächst die Besorgnis über den zunehmenden Kokainkonsum. Allerdings ist ein Nachweis der aktuellen Tendenzen beim Kokainkonsum und ihren Folgen in der gesamten EU schwierig. Erstens spiegeln sich in den nationalen Daten aus Erhebungen oder Therapiezentren keine Änderungen in der Prävalenz, in bestimmten Städten auftretende Probleme oder Änderungen, die auf ein bestimmtes soziales Milieu beschränkt sind, wider. Zweitens basieren die gegenwärtigen Daten über den Kokainkonsum häufig nicht auf eindeutigen, wissenschaftlichen Definitionen – beispielsweise wird in den Informationssystemen nur selten zwischen „Base/Crack“ und Kokainhydrochlorid oder zwischen den verschiedenen „Base/Crack“-Zubereitungen unterschieden. Aus diesen unterschiedlichen Formen des Kokains ergeben sich unterschiedliche Markteigenschaften, unterschiedliche Konsummuster und unterschiedliche Probleme, die genau analysiert werden müssen, damit die Politiken und Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage effektiv gestaltet werden können.

### Prävalenz, Muster und Probleme

#### Prävalenz

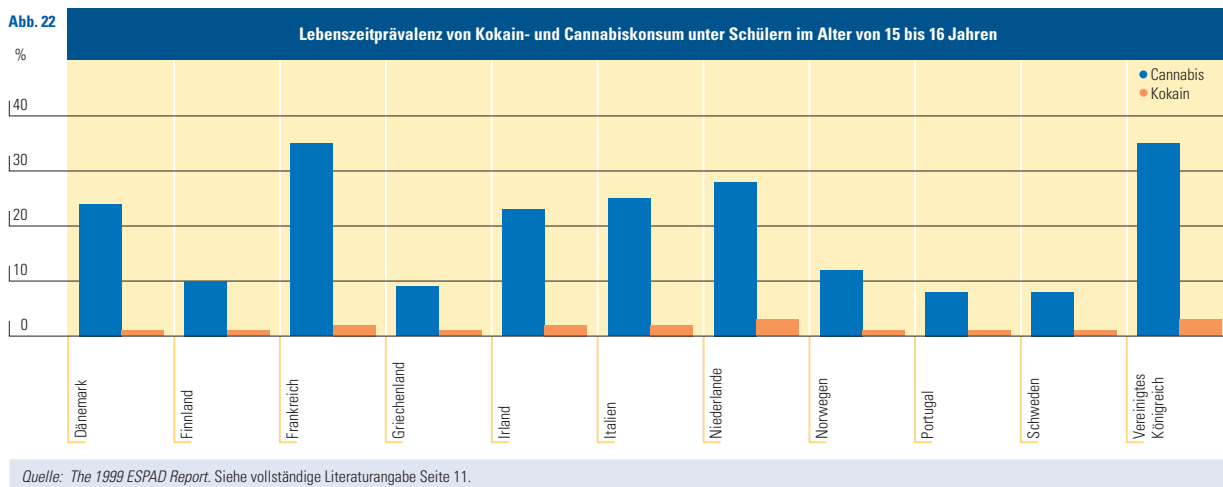
Weder die Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung noch die Schülerbefragungen lassen einen allgemeinen Anstieg des Kokainkonsums in der EU erkennen. Nur im Vereinigten Königreich wurde der Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen im Alter von 16 bis 29 Jahren bestätigt. Nach Berichten des italienischen nationalen Knotenpunktes hat die Auswertung verschiedener Quellen in Italien ergeben,

### Was ist Kokain und Crack?

Kokain ist eine Stimulanzdroge, die aus den Blättern des Erythroxylon-Kokastrauchs gewonnen wird und Mitte des 19. Jahrhunderts zur Behandlung einer Vielzahl von Krankheiten eingesetzt wurde. Die chemische Bezeichnung der aufbereiteten Droge ist Kokainhydrochlorid, und sie wird „auf der Straße“ in der Regel als Kristallpulver verkauft und ist dort unter verschiedenen Bezeichnungen wie „Koks“, „Schnee“ und „Charlie“ bekannt. Kokain wird allgemein intranasal konsumiert und relativ selten in Wasser aufgelöst und injiziert.

„Base/Crack“ ist ein Straßenname für Kokain, das zum Konsum durch Rauchen oder Einatmen der Dämpfe aufbereitet wurde, damit es eine sofortige und intensive Wirkung entfalten kann. Für die Herstellung von „Base/Crack“ gibt es mindestens drei Verfahren (1). Bei einem Verfahren entsteht ein reines Produkt – durch Hinzufügen von heißem Wasser und Ammoniak oder Natriumbikarbonat und Abziehen der überschüssigen Flüssigkeitsschicht, die die Verdünnungsmittel enthält. Bei einem anderen Verfahren, bei dem Kokainpaste und Natriumbikarbonat in der Mikrowelle erhitzt werden, ist die Kokainkonzentration geringer, und sämtliche Lösungsmittel verbleiben im Endprodukt.

Kokain und „Base/Crack“ werden gewöhnlich nach ihrem Aussehen und ihrer Reinheit unterschieden, was jedoch dadurch erschwert wird, dass „Base/Crack“ mitunter ähnlich aussieht wie Kokainhydrochlorid.



dass der Kokainkonsum an zweiter Stelle hinter Cannabis steht und höher ist als der Amphetamin- bzw. Ecstasy-Konsum.

Eine im Jahr 1999 an europäischen Schulen durchgeführte Erhebung hat ergeben, dass die Lebenszeitprävalenz von Kokain unter Schülern im Alter von 15 und 16 Jahren (experimentierender Kokainkonsum) immer noch niedrig und erheblich niedriger als bei Cannabis ist. Alle an der Erhebung beteiligten Mitgliedstaaten gaben an, dass die Beschaffbarkeit von Kokain deutlich schwieriger ist als bei Ecstasy, obwohl es substanzielle Abweichungen zwischen den einzelnen Ländern gab. Die Frage, ob Kokain einfach zu beschaffen sei, bejahten in der Altersgruppe der 15- bis 16-Jährigen 21 % in Irland bzw. 20 % im Vereinigten Königreich, jedoch nur 6 % in Finnland. In allen befragten EU-Ländern wurde die Beschaffbarkeit von Kokain durchweg als schwieriger eingestuft als in der gleichen Altersgruppe in den Vereinigten Staaten (2). Der Konsum von Kokain wird von sehr vielen Schülern missbilligt und stößt in allen an der Erhebung beteiligten Ländern auf eine ähnlich starke Ablehnung, die etwa genauso stark ausgeprägt ist wie für Heroin.

**Muster**

Obwohl sich in der Allgemeinbevölkerung auf nationaler Ebene keine dramatischen Veränderungen ereignet haben, ist der Kokainkonsum in bestimmten gesellschaftlichen Gruppierungen deutlich gestiegen. Die bisherigen Untersuchungen über Kokainkonsumenten zeigen, dass es eine klare Trennlinie zwischen Freizeitkonsumenten von Kokainpulver (Hydrochlorid) und problematischen „Base/Crack“-Konsumenten und injizierenden Kokainkonsumenten gibt. Eine große Vielfalt an Freizeitkonsummustern für Kokainpulver findet sich in gesellschaftlichen Gruppierungen, die Nachtclubs und Tanzveranstaltungen besuchen und dort Kokainpulver konsumieren, weil es in diesen Kreisen so üblich ist, und aus Zweckmäßigkeitsgründen. Diese Freizeitkonsumenten unterscheiden sich

eindeutig von Randgruppen wie obdachlosen Jugendlichen, Angehörigen des Sex-Gewerbes und problematischen Heroinkonsumenten in bestimmten Stadtbezirken, die „Base/Crack“ rauchen oder Kokain gemischt mit Heroin injizieren. Es besteht jedoch die Gefahr, dass die Trennlinie zwischen Kokainpulver und „Base/Crack“ durch die neue Tendenz des Kokainrauchens in Freizeiteinrichtungen und im Nachtleben und durch aktuelle Veränderungen auf dem Markt zunehmend verschwimmt. Erstens berichten fünf Mitgliedstaaten – Frankreich, Griechenland, Italien, die Niederlande, und das Vereinigte Königreich – über eine neue Tendenz des Mischens von „Base/Crack“ mit Tabak zu einem „Joint“, der geraucht wird. Zweitens wird von gerichtsmedizinischen Dienststellen berichtet, dass „Base/Crack“ mitunter ähnlich aussieht wie Kokainpulver (Hydrochlorid), wodurch der Polizei und unerfahrenen Konsumenten die Unterscheidung erschwert wird (8). Drittens gibt es im Vereinigten Königreich Anzeichen dafür, dass rauchbares „Base/Crack“-Kokain verändert und unter neuen Bezeichnungen wie „Rock“ und „Stone“ auf den Markt gebracht wird, wobei diese Bezeichnungen dazu dienen, zum Rauchen aufbereitetes Kokain von „Base/Crack“ zu unterscheiden und sein Image zu heben und in die Nähe von Kokainpulver zu rücken (4).

Die Lebensziterfahrung im Umgang mit Kokain ist in Bevölkerungsgruppen, die bereits weitgehende Erfahrung mit dem Konsum anderer Drogen haben, wesentlich höher als bei jungen Erwachsenen aus der Gesamtbevölkerung. Tabelle 3 (*Lebenszeitprävalenz von Kokain in Zielgruppenerhebungen*) veranschaulicht den erheblichen Unterschied zwischen der relativ hohen Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter jugendlichen „Tanzlokal-/Club-Besuchern“ und den wesentlich niedrigeren Raten unter jungen Erwachsenen aus der Allgemeinbevölkerung. Die relativ hohen Kosten von Kokain in Verbindung mit seiner kurz anhaltenden Wirkung wirken sich mäßigend auf den regelmäßigen Konsum in

**Tabelle 3**

Land	Lebenszeitprävalenz (LZP) von Kokain in Zielgruppenerhebungen verglichen mit Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung					
	Clubber			Junge Erwachsene aus der Allgemeinbevölkerung		
	% LZP	Größe der Stichprobe	(Jahr) und Quelle	% LZP	Größe der Stichprobe	Jahr und Altersbandbreite
Belgien	45	154	(1998) Rock Festival, Französischsprachige Gemeinschaft	–	–	–
Dänemark	–	–	–	3,1	14 228	2000 16-34 J.
Finnland	–	–	–	1,2	2 568	1998 15-34 J.
Frankreich	56	896	(1999) Techno-Rave-Partys, Médecins Du Monde	1,9	2 003	1999 15-34 J.
Deutschland Ehem. West	–	–	–	2,2	6 380	1997 18-39 J.
Deutschland Ehem. Ost	–	–	–	0,4	1 620	1997 18-39 J.
Niederlande	48	456	(1998) Amsterdam-Clubbers-Fragebogen (23 % Antworten)	3,7	22 000	1997/98 15-34 J.
Österreich	42	50	(1999) Österreichische Raver	–	–	–
Spanien	–	–	–	4,8	12 488	1999 15-34 J.
Vereinigtes Königreich	62	517	(1997) Release drugs and dance <sup>(1)</sup>	6,4	10 293	1998 16-34 J.
	18 Crack					
	50	100	(1999) Clubber in Liverpool <sup>(2)</sup>			
Nordirland	45	106	(2000) Ecstasy-Konsumenten in Nordirland			

<sup>(1)</sup> Release, *Release Dance and Drugs Survey: an insight into the culture*, London 1997.

<sup>(2)</sup> Henderson, S., *Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool. An information campaign evaluation and Market Research Project 1999-2000*, 2000.

Quellen: Nationale Knotenpunkte und Literaturangaben wie unten angegeben.

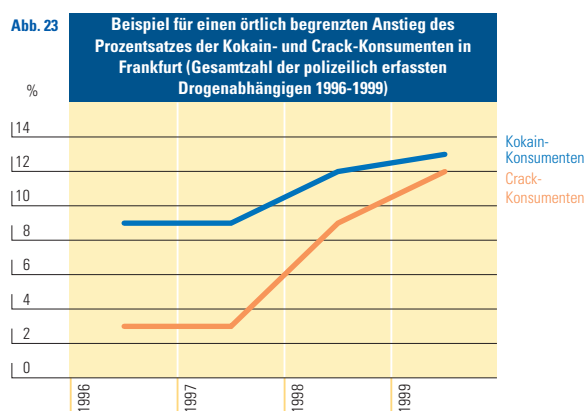
der Freizeit aus, und ein höheres Einkommen kann für den regelmäßigen Konsum ein wesentlicher Faktor sein. In Nachtclubs wurde beobachtet, dass manche Besucher, die Kokain genommen haben, wesentlich mehr Alkohol als gewöhnlich trinken. Kokain macht den Menschen geselliger und mildert die unerwünschten Wirkungen des Alkohols ab.

### Probleme

Im Zeitraum von 1994 bis 1999 ist die Zahl der Konsumenten, die wegen Problemen im Zusammenhang mit Kokain als Hauptdroge eine Therapie beantragt haben – gemessen an der Gesamtzahl der Abhängigen, die die Aufnahme in eine Therapie beantragt haben – in Spanien und in den Niederlanden erheblich gestiegen. Deutschland, Griechenland und Italien melden ebenfalls einen entsprechenden Anstieg von Therapien wegen Kokainkonsum, und Irland wies bis 1998 einen Anstieg aus <sup>(22)</sup>. Das Vereinigte Königreich sowie die französische und die flämische Sprachgemeinschaft Belgiens berichten ebenfalls über eine Zunahme. Da in der EU jedoch keinerlei vergleichbare Untersuchungen zu Kokainkonsumenten vorhanden sind, die sich in Behandlung begeben haben, kann der verhältnismäßige Anstieg von Personen, die wegen ihrer Kokainprobleme eine Therapie beantragen, entweder auf eine tatsächliche Zunahme der Kokainprobleme hindeuten oder aber die Folge der abnehmenden Zahl von Personen sein, die wegen ihrer Abhängigkeit von Opiaten Hilfe suchen, oder auch daraus resultie-

ren, dass ehemalige Opiatabhängige jetzt Kokain als Hauptdroge konsumieren. Die Einrichtung von Hilfsdiensten, die für Kokainkonsumenten zunehmend attraktiv sind, könnte die Behandlungszahlen ebenfalls beeinflussen. Einige Drogenbehandlungsdienste berichten, dass unter den Patienten, die wegen ihrer Heroinabhängigkeit behandelt werden, der Konsum von Kokain gestiegen ist, das vor allem als „Base/Crack“ geraucht oder intravenös mit Heroin injiziert wird.

Abbildung 23 veranschaulicht den örtlich begrenzten Anstieg der Zahl der „Base/Crack“-Konsumenten, der sich auf nationaler Ebene nicht widerspiegelt. In Frankfurt ist der prozentuale Anteil der Crack-Konsumenten unter den



Quelle: PPF, „Rauschgift und Kriminalität“, verschiedene Jahrgänge in L. Paoli, 2000.

<sup>(22)</sup> Abbildung 15 OL: Kokain: Entwicklung der Zahl neu zur Behandlung aufgenommener Patienten (nur Online-Fassung).

von der Polizei insgesamt registrierten Drogenabhängigen im Zeitraum von 1996 bis 1999 um das Vierfache gestiegen.

Von Gesundheitsdiensten und Kokainkonsumenten werden selten Todesfälle oder gesundheitliche Beschwerden als direkte Folge des Schnupfens von Kokainpulver gemeldet, und da Freizeitkonsumenten Kokain häufig in Verbindung mit großen Mengen von Alkohol oder anderen Drogen einnehmen, sind die Ursachen für negative Erfahrungen schwierig zu bestimmen. Luxemburg, die Niederlande und Italien melden jedoch einen Anstieg der Zahl der Drogentoten, und Spanien berichtet über eine steigende Zahl von Notfällen in Krankenhäusern, bei denen Kokain zusätzlich zu anderen Drogen eine Rolle spielt. Dieser Anstieg könnte aber auch auf ein geschärftes Bewusstsein des Krankenhauspersonals in der Notaufnahme über die potenzielle Rolle von Kokain zusätzlich zu anderen Drogen als Auslöser für Herz-Kreislaufstörungen zurückzuführen sein (4).

Bei Rauchern von „Base/Crack“ wurden erhebliche gesundheitliche, soziale und psychische Probleme festgestellt, insbesondere in Randgruppen wie problematischen Opiatkonsumenten, Obdachlosen und weiteren sozial benachteiligten Jugendlichen sowie bei Angehörigen des Sex-Gewerbes. Nicht geklärt ist jedoch, inwieweit diese Probleme eine direkte Folge des Konsums von Kokain in dieser Form oder der Häufigkeit oder Menge des Konsums oder bereits vorhandener sozialer/psychischer Probleme sowie Drogenprobleme sind.

### Markt

Im Jahr 1999 ist die Zahl der Sicherstellungen von Kokain in Luxemburg und Schweden deutlich gestiegen, während Belgien, Dänemark und Österreich einen Rückgang meldeten. Die Verkaufspreise von Kokain reichten von 24 EUR pro Gramm bis 170 EUR, wobei der Preis in Städten wie Amsterdam und Frankfurt am niedrigsten und in Mitgliedstaaten wie Finnland und Schweden am höchsten war. Im Vereinigten Königreich und in Frankreich sind die Verkaufspreise gesunken, doch die Reinheit ist mit 55 bis 70 % bis Ende 1999 generell sehr hoch geblieben. Ende 1999 ist die Reinheit von Crack im Vereinigten Königreich im Durchschnitt erheblich zurückgegangen (10). Die Preisschwankungen zwischen den einzelnen geografischen Regionen der Mitgliedstaaten sind erheblich. Geringe Mengen von Kokain, in Grambruchteilen oder in Form von „Balls“ oder „Rocks“, gibt es in einigen Städten schon für weniger als 15 EUR, insbesondere in Städten mit einer offenen Drogenszene, wobei die Kokainkonzentrationen erheblich sinken können (z. B. Frankfurt, Mailand, Paris, London, Manchester und Liverpool). Die Verbreitung von Kokain erfolgt hauptsächlich im Freundes- und Bekanntenkreis, doch in einigen Städten wird mit Kokain in

Nachtlokalen und bestimmten Straßenvierteln offen gehandelt. Haustürgeschäfte und Zustelldienste wurden durch die Verbreitung von Mobiltelefonen erheblich vereinfacht, von deren Komfort und Schutz (d. h. Anonymität) die Händler profitieren (4)(5)(6)(7).

Eine Reihe von europäischen Städten (Amsterdam, Rotterdam, London, Liverpool, Manchester, Frankfurt, Mailand und Paris) melden eine höhere Verfügbarkeit von rauchfertig aufbereitetem Kokain („Base/Crack“), doch die Herstellungsverfahren (und die sich daraus ergebenden Kokainkonzentrationen, die bis zu 100 % reichen können) sind unterschiedlich und sorgen für Verwirrung in den Drogeninformationssystemen, und das Fehlen einer wissenschaftlichen Definition für Straßennamen wie „Crack“ und „Base“ wirft Probleme bei der Erarbeitung von Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen auf. Mitunter wird auf der Straße Kokain verkauft, das bereits mit Heroin gemischt ist.

Spanien, Belgien und die Niederlande gelten als wichtige Transitländer für Kokain aus Lateinamerika (insbesondere Kolumbien, Brasilien und Venezuela), das für die Märkte in der EU bestimmt ist. 1999 wurden Berichten zufolge in Spanien sechs Kokainlabors ausgehoben, was als Grund für den Anstieg der Großhandelspreise für Kokain in Spanien angesehen wurde.

### Interventionsprojekte und neue Ansätze

Die EU hat auf den gestiegenen Kokain- und Crack-Konsum reagiert und im Bereich der Reduzierung der Nachfrage drei wesentliche Maßnahmen eingeleitet. In den 90er Jahren haben einige Städte spezielle Hilfsdienste eingerichtet, die sich mit den primär aus dem Kokainkonsum resultierenden Problemen befassen und sich um besonders gefährdete Gruppen kümmern, so z. B. die Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. in Frankfurt und „Take Five“ in Rotterdam. Einige Mitgliedstaaten berichten über Anstrengungen zur Anpassung der vorhandenen Strukturen an die Bedürfnisse von problematischen Kokain- und Crack-Konsumenten. So werden beispielsweise in Frankreich und im Vereinigten Königreich von Fachkräften interdisziplinäre Strategien mit dem Ziel entwickelt, Informationen über die Bedürfnisse von Kokain- und Crack-Konsumenten zu sammeln und auszutauschen, um auf dieser Grundlage geeignete Schulungsangebote zu entwickeln und bestehende Modelle und Behandlungsdienste anzupassen, die dadurch auf die Bedürfnisse von Kokain- und Crack-Konsumenten wesentlich besser zugeschnitten sind. Drittens betonen einige Mitgliedstaaten die Notwendigkeit, sich mit der Strafbarkeit und den gesundheitlichen Folgen des Drogenmischkonsums allgemein intensiver auseinander zu setzen.

## Ausgewählte Themen

Generell ist es schwierig, Daten über Maßnahmen bei Kokainproblemen aus dem privaten Sektor zu erhalten, jedoch dürfte dieser Sektor eine wichtige Rolle bei der Behandlung von problematischen Kokainkonsumenten aus höheren Einkommensschichten spielen.

### Beispiele für Therapien wegen Kokainproblemen

In den Berichten der Mitgliedstaaten werden nur wenige therapeutische Maßnahmen beschrieben. Lediglich in den Berichten aus Deutschland und den Niederlanden werden spezifische Therapieansätze für Patienten mit Kokainproblemen geschildert.

In Frankfurt bietet die Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. eine Therapie für Kokainabhängige an, die auf die individuellen Bedürfnisse jedes Patienten zugeschnitten ist. Die erste „Phase des Zusammenbruchs“, die gewöhnlich einige Tage dauert, findet entweder ambulant mit psychosozialer Unterstützung oder in Form einer Entgiftung in einem Krankenhaus statt. In der nächsten Phase ist der Patient sechs Wochen in stationärer Behandlung, wo er einen täglichen Behandlungsplan erhält und an Gruppen- und Einzelsitzungen teilnimmt. Die Rekonvaleszenzphase findet entweder in ambulanter oder stationärer Umgebung statt und zielt auf eine Wiederaufnahme oder Verbesserung der Kontakte und Beziehungen zur Familie, zu Verwandten oder Partnern.

In Rotterdam läuft seit 1996 das Behandlungsprogramm „Take Five“ für starke „Base/Crack“-Konsumenten. Das von kommunalen Gesundheitsdiensten betreute Programm funktioniert wie ein niedrigschwelliger Hilfsdienst. In der ersten Phase stellen Streetworker den Kontakt zu „Base/Crack“-Konsumenten an verschiedenen Orten her, z. B. an Drogenumschlagplätzen, in Drogenkonsumräumen oder Krisenzentren. In der zweiten Phase sucht der Patient eine so genannte „Time-out Location“ auf, die rund um die Uhr Unterstützung bietet und in der auf Anforderung ein praktischer Arzt und Psychologen anwesend sind. Ziel der dritten Phase ist die Stabilisierung der Gesundheit des Patienten und der Beginn der Rehabilitation. Aus Rotterdam wird berichtet, dass Akupunktur zur Entspannung von den Patienten sehr gut angenommen wird.

### Politische Aspekte

In der EU ist ein Markt für Freizeitdrogenkonsumenten höherer Einkommensklassen vorhanden, die sich entweder der fragwürdigen inhaltlichen Bestandteile von „Ecstasy“-Pillen und der damit verbundenen akuten und langfristigen gesundheitlichen Risiken bewusst sind oder von ihren bisherigen Erfahrungen mit MDMA und deren unangenehmen Nachwirkungen zu Anfang bis Mitte der Woche ernüchert sind. Untersuchungen zeigen, dass aus

Sicht der Freizeitkonsumenten Kokain als vorhersehbarer, vielseitiger und unaufdringlicher als Ecstasy gilt und die Nachwirkungen von Kokain als weniger gravierend oder unangenehm und kürzer als die Nachwirkungen von Ecstasy oder Amphetaminen empfunden werden (3).

Untersuchungen über Kokainkonsumenten zeigen klare soziale Unterschiede und streng voneinander getrennte Subkulturen zwischen den Konsumenten von Kokainpulver (Hydrochlorid) und Rauchern von „Base/Crack“ – doch die Trennlinien könnten sich im Zuge der jüngsten Veränderungen auf dem Markt und der neuen Tendenz des Rauchens von „Base/Crack“, das mit Tabak zu „Joints“ vermischt und in Freizeiteinrichtungen und in Clubs geraucht wird, zunehmend verwischen. Diese Veränderungen könnten das Tabu schwächen, mit dem das „Base/Crack“-Rauchen bislang belegt war und das eine informelle Barriere gegen die Ausbreitung von Crack in der Freizeitdrogenkultur darstellte. Aufgrund dieser Anzeichen für eine Aushöhlung dieser informellen sozialen Schranke gegen den Konsum von „Base/Crack“ erscheint die frühzeitige Einleitung von Gegenmaßnahmen umso dringender geboten.

Ein positives Image von Kokainpulver und vielleicht sogar auch von „Base/Crack“ als einem zweckdienlichen und prestigeträchtigen Mittel könnte in der EU bei Vorhandensein zahlreicher potenzieller Konsumenten zu einer Verbreitung des Kokainkonsums – einschließlich „Base/Crack“ – führen. An dieses Verbreitungspotenzial sollte mit Vorsicht herangegangen werden, da eine einseitige Nachrichtenverbreitung über „Base/Crack“ zum Entstehen von Mythen über den Kokainkonsum beitragen kann, wodurch die Aufmerksamkeit von andauernden Strukturproblemen in einigen innerstädtischen Gebieten abgelenkt werden könnte (9).

### Quellen

(Berichte der Nationalen Knotenpunkte 2000)

1. The Forensic Science Service, *Drug Abuse Trends*, Nr. 9, Metropolitan Forensic Science Laboratory, London 1999.
2. *The 1999 ESPAD Report*, siehe vollständige Angaben Seite 11.
3. Boys, A. u. a., *Cocaine Trends: A Qualitative Study of Young People and Cocaine Use*, National Addiction Centre, London 2001.
4. Ghuran, A. und Nolan, J., *Recreational drug misuse: issues for the cardiologist Heart*, Bd. 83, 2000, S. 627-633.
5. Brain, K., Parker, H. und Bottomley, T., *Evolving Crack Cocaine Careers: New Users, Quitters and Long Term Combination Drug Users in NW England*, University of Manchester 1998.
6. Paoli, L., *Pilot Project to Describe and Analyse Local Drug Markets: First-year report to the EMCDDA*, Max-Planck-Institut, Freiburg 2000.
7. Blanken, P., Barendregt, C., Zuidmulder, L., „Retail level drug dealing in Rotterdam“, in *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, Reihe *Wissenschaftliche Monografien der EBDD*, Nr. 4, 2000.
8. *Drug Abuse Trends*, Ausgabe 10 Neue Reihe Okt./Dez. 1999.
9. Hartman, D., Golub, A., „The Social Construction of the Crack Epidemic“, in *The Print Media Journal of Psychoactive Drugs*, Bd. 31 (4) 1999.
10. Home Office, *Statistical Bulletin*, 2000.

## Infektionskrankheiten

### Prävalenz und Tendenzen

#### HIV

Die Prävalenz der HIV-Infektion ist zwischen den einzelnen Ländern sowie auch innerhalb der Länder, zwischen Regionen und Städten sehr unterschiedlich. Obwohl unterschiedliche Quellen und Datenerfassungsmethoden den Vergleich erschweren, deuten die verfügbaren Daten auf durchschnittliche Infektionsraten in verschiedenen Untergruppen von injizierenden Drogenkonsumenten hin, die von 1 % im Vereinigten Königreich bis 32 % in Spanien reichen (siehe Abbildung 8, Kapitel 1).

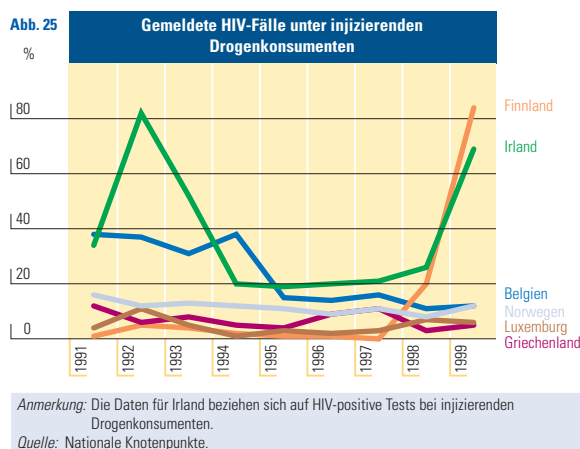
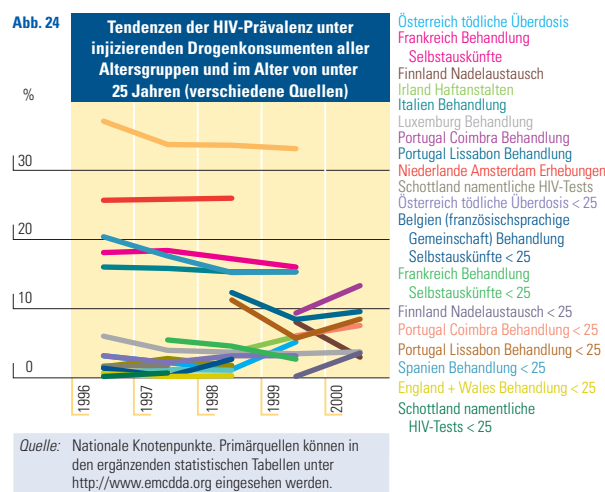
Seit Mitte der 90er Jahre scheint die HIV-Prävalenz in den meisten Mitgliedstaaten nach dem deutlichen Rückgang im Anschluss an den ersten größeren epidemischen Ausbruch in den 80er Jahren unter injizierenden Drogenkonsumenten stabil geblieben zu sein (siehe Abbildung 24). In einigen Mitgliedstaaten (Österreich, Luxemburg, Irland, den Niederlanden, Portugal und Finnland) scheint die HIV-Übertragung in bestimmten Gruppen von injizierenden Drogenkonsumenten jedoch wieder zu steigen (siehe Kasten auf Seite 17, Kapitel 1).

Der jüngste Anstieg der HIV-Übertragungsrates wird möglicherweise klarer, wenn man insbesondere die Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten unter 25 Jahren betrachtet. Die HIV-Infektion scheint in dieser Gruppe noch nicht lange zurückzuliegen, da die meisten injizierenden Konsumenten im Alter von 16 bis 20 Jahren beginnen, sich die Drogen zu spritzen (1)(2). Die verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass die Tendenzen in dieser Altersgruppe ausgeprägter sind als die allgemeine Prävalenz, mitunter sogar in umgekehrter Richtung. In Finnland kam es – wie aus den HIV-Melddaten ersichtlich – 1998-1999 beispielsweise zu einem beträchtlichen Ausbruch (Abbildung 25). Nach 1999 ging die Prävalenz insgesamt zurück, wie die Daten aus Spritzenaustauschprogrammen belegen (Abbildung 24), doch die Prävalenz unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten stieg von 0 % 1999 auf 4 % im Jahr 2000. Dies könnte darauf hindeuten, dass mit dem Rückgang neuer Infektionen bei älteren injizierenden Konsumenten aufgrund von Sättigungseffekten (d. h., dass die meisten Risikopersonen bereits infiziert sind) und/oder Änderung der Konsummuster von Risikogruppen Neuansteckungen hauptsächlich unter jüngeren injizierenden Konsumenten mit riskanteren Verhaltensmustern auftraten.

In einer Reihe von Ländern ist die HIV-Prävalenz unter weiblichen injizierenden Konsumenten durchweg höher als unter männlichen. Mögliche Ursachen dafür können andere oder verstärkte Praktiken der gemeinsamen Nadelbenutzung und/oder höhere sexuelle Risiken sein, denen weibliche injizierende Konsumenten ausgesetzt sind.

#### Aids

Die Länder mit der höchsten Aids-Quote unter injizierenden Drogenkonsumenten finden sich hauptsächlich im Südwesten der EU, insbesondere Portugal, Spanien, Frankreich und Italien (23). Bei der Aids-Inzidenz gibt es ebenso wie bei der HIV-Inzidenz eine erhebliche Schwankungsbreite zwischen den Mitgliedstaaten, doch allgemein ist die Tendenz fallend (Abbildung 6). Dieser Rückgang ist wahrscheinlich bedingt durch die Wirkung neuer Behandlungen von injizierenden Konsumenten, die den Ausbruch von Aids verzögern. Daher wird die Aids-Inzidenz inzwischen als ein weniger verlässlicher



(23) Abbildung 16 OL: 1999 bei injizierenden Drogenkonsumenten diagnostizierte Aids-Fälle je Million Einwohner (Online-Fassung).

## Ausgewählte Themen

Indikator für die HIV-Übertragung angesehen als noch im Jahr 1996. Spanien, das bisher die höchste jährliche Aids-Inzidenz unter Drogenkonsumenten verzeichnete, wurde vor kurzem von Portugal überholt, dem einzigen Land, in dem kein Rückgang beobachtet wurde. Dies kann auf eine nur in begrenztem Maße erfolgende Aufnahme der Behandlung gegen das HIV-Virus (wie in einer jüngeren Studie nachgewiesen) und/oder auf eine höhere HIV-Übertragungsrate in den 90er Jahren hindeuten. Dennoch gab es in Portugal im Laufe des Jahres 2000 Anzeichen für eine abnehmende Häufigkeit.

### Hepatitis C

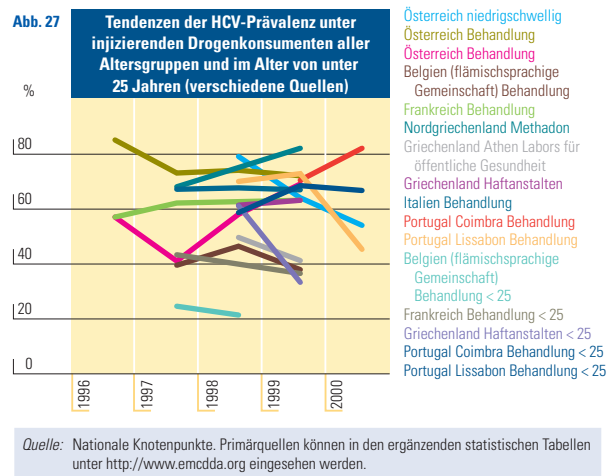
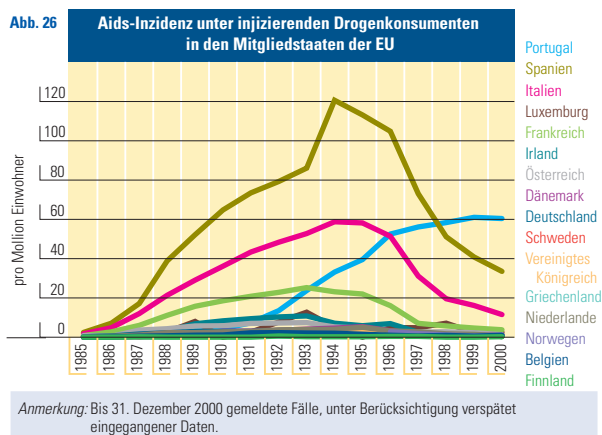
Die Prävalenz der Hepatitis-C-Infektion ist höher und verteilt sich gleichmäßiger in der EU als die HIV-Prävalenz. Die Zahl der mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infizierten injizierenden Drogenkonsumenten reicht von 40 % bis über 90 %, sogar in Ländern mit niedrigen HIV-Infektionsraten wie Griechenland (siehe Abbildung 9, Kapitel 1). Eine chronische HCV-Infektion birgt das Risiko erheblicher gesundheitlicher Probleme und kann langfristig (nach Jahrzehnten) zu schweren gesundheitlichen Schäden führen, darunter schwere Leberschäden und vorzeitiger Tod. Über den Anteil chronischer Infektionen, die schwere gesundheitliche Schäden nach sich ziehen, herrscht noch weitgehend Unklarheit, doch neuere Daten deuten darauf hin, dass der Anteil bei injizierenden Drogenkonsumenten niedriger ist (vielleicht bis 10 %) als bislang vermutet (20 bis 30 %) (3)(4). Die extrem hohen HCV-Infektionsraten unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa dürften das Gesundheitssystem aufgrund der Leberschäden unter (ehemaligen) injizierenden Drogenkonsumenten in den nächsten Jahrzehnten allerdings noch stark belasten.

Nur wenige Länder konnten Daten zu Tendenzen der Hepatitis-C-Infektion vorlegen. Diese lassen – abhängig von der Quelle (geografischer Standort) und Altersgruppe (Abbildung 27) – sowohl erhebliche Rückgänge als auch

Anstiege in Österreich, Portugal und Griechenland erkennen. Möglicherweise spiegeln sie unterschiedliche Populationen von injizierenden Drogenkonsumenten mit einer unterschiedlichen Epidemiologie von Infektionen wider. Möglich ist aber auch, dass die Tendenzen Testmethoden widerspiegeln, die mit der kürzlich erfolgten Einführung von HCV-Tests im Zusammenhang stehen. Beispielsweise könnte es sein, dass Personen mit dem höchsten Risiko an solchen freiwilligen HCV-Tests zuerst teilnehmen, so dass die Prävalenz in den Folgejahren zurückzugehen scheint. Solche Tendenzen können nur durch Beobachtungen über einen längeren Zeitraum hinweg bestätigt werden. Diese potenzielle Verzerrung ist bei HIV-Tests möglicherweise geringer, da sie schon seit vielen Jahren angeboten werden.

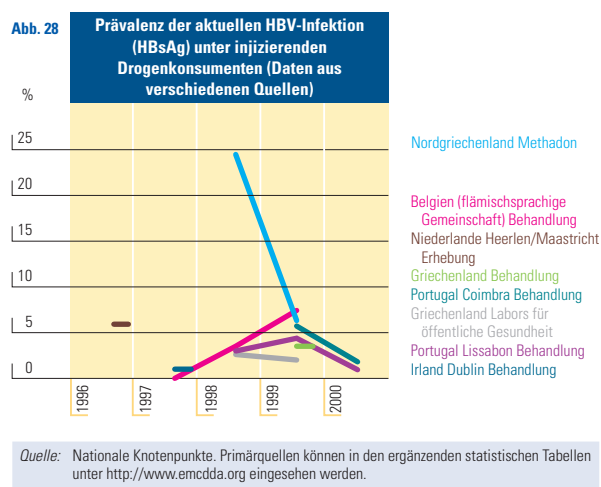
### Hepatitis B

Die Prävalenz von Antikörpern gegen das Hepatitis-B-Virus (HBV) ist ebenfalls hoch, scheint jedoch nicht genauso gleichmäßig in der EU verteilt zu sein wie im Falle von HCV. Der Nachweis von Antikörpern gibt im Falle von Hepatitis B an, ob eine Person jemals infiziert gewesen ist, während bei HCV und HIV der Nachweis von Antikörpern zumeist auf eine aktuelle Infektion hinweist. Der Nachweis von Antikörpern gegen HBV kann aber auch auf eine Impfung hinweisen. Das bedeutet, dass die Impfmethode, die in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich sein können, bei der Interpretation der Prävalenz von HBV-Antikörpern ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Der Anteil der injizierenden Drogenkonsumenten, bei denen keine Hepatitis-B-Antikörper nachgewiesen werden, stellt auf jeden Fall eine gefährdete Gruppe dar und sollte deshalb geimpft werden. Eine Impfung der injizierenden Drogenkonsumenten ist besonders wichtig, weil Hepatitis-B- (sowie Hepatitis-A- oder Hepatitis-D-)Infektionen sehr gefährlich und sogar tödlich verlaufen können, wenn eine Person bereits mit einem anderen Hepatitis-Virus wie HCV infiziert ist. In der EU wurden bei rund 20 bis 60 % der



injizierenden Drogenkonsumenten Antikörper gegen Hepatitis B nachgewiesen. Von einigen Ländern gemeldete, auf Selbstaussagen beruhende Daten aus Studien deuten darauf hin, dass nur 10 bis 30 % der injizierenden Drogenkonsumenten voll geimpft wurden (5)(6)(7)(8). Somit würde eine Impfung dieser Gruppe erhebliche gesundheitliche Vorteile bringen (24).

Einfacher zu interpretieren als HBV-Antikörper ist die Prävalenz von HBsAg (der serologische Marker, der darauf hinweist, dass das Hepatitis-B-Virus noch im Körper ist). Dieser weist auf eine aktuelle Hepatitis-B-Infektion entweder infolge einer kürzlich erfolgten Ansteckung oder infolge einer bereits chronischen Infektion hin. Der HBsAg-Gehalt gibt somit Aufschluss über die Wahrscheinlichkeit des Auftretens schwerer langfristiger Komplikationen und der Ansteckung anderer durch riskante Injektionspraktiken oder durch Geschlechtsverkehr. Über die HBsAg-Prävalenz liegt nur eine verhältnismäßig geringe Datenmenge aus einer begrenzten Zahl von Ländern vor, doch es scheint hier große Abweichungen und in einigen Fällen eine hohe Prävalenz zu geben (Abbildung 28). Im Norden Griechenlands ist vor 1998 unter injizierenden Konsumenten in Methadon-Programmen vermutlich eine heftige Hepatitis-B-Epidemie ausgebrochen, da der HBsAg-Gehalt 1998 sehr hoch war, im Zeitraum von 1998 bis 1999 jedoch wieder stark gesunken ist. In Belgien deuten Daten über in Behandlung befindliche injizierende Drogenkonsumenten auf einen stetigen Anstieg der aktuellen HBV-Infektionsraten (HBsAg) zwischen 1997 und 1999 hin. In Portugal weisen die jüngsten Daten auf einen Rückgang der derzeitigen HBV-Infektionsrate hin. In Norwegen lassen die vorliegenden Meldedaten einen starken Anstieg von HBV- (und HAV-) Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten erkennen.



### Andere sexuell übertragbare Krankheiten, Tuberkulose, Endokarditis und Clostridien

Weitere unter injizierenden Drogenkonsumenten häufig verbreitete Infektionskrankheiten sind Tuberkulose (TB), die nicht über den injizierenden Drogenkonsum übertragen wird, jedoch unter Drogenkonsumenten in Spanien und Portugal besonders stark verbreitet ist, da sie häufig in Verbindung mit HIV-Infektionen und Aids auftritt. Sexuell übertragbare Krankheiten wie Syphilis und Gonorrhöe können unter Drogenkonsumenten, insbesondere Drogen konsumierenden Prostituierten vom Straßenstrich, ebenfalls weit verbreitet sein, wenn sie keinen Zugang zu niedrigschwelligen medizinischen Diensten haben. Dadurch steigt die Gefahr der Ansteckung von Personen, die keine Drogen nehmen, und zudem ist bei der Übertragung dieser Krankheiten das Risiko einer HIV-Infektion besonders hoch. Bei injizierenden Drogenkonsumenten findet sich häufig eine hohe Prävalenz anderer potenziell lebensbedrohender Infektionen, wie z. B. Abszesse an Einstichstellen oder Endokarditis (Infektion der Herzklappen), die sich häufig einfach behandeln lassen, sofern entsprechende medizinische Dienste verfügbar sind.

Zwischen April und August 2000 hat sich eine Clostridium-Infektion (*Clostridium novyi*) in Schottland, Irland, England und Wales stark ausgebreitet, an der 104 Jugendliche schwer erkrankten und 43 Jugendliche starben. Der Ausbruch stand vermutlich im Zusammenhang mit verunreinigtem Heroin in Kombination mit spezifischen Verabreichungsmethoden (intramuskulär oder subkutan statt intravenös). Diese Infektionswelle machte auf dramatische Weise deutlich, wie hoch bei injizierenden Drogenkonsumenten das Potenzial schwerer gesundheitlicher Probleme ist, die weitaus gravierender und lebensbedrohender sein können als gesundheitliche Probleme aufgrund von anderen und gängigeren Drogenkonsummustern.

## Entscheidende Faktoren und Folgen

### Injizierender Drogenkonsum

Unter Drogenkonsumenten werden Infektionen wie HIV und Hepatitis B und C hauptsächlich durch den injizierenden Drogenkonsum übertragen. Dies ist überwiegend darauf zurückzuführen, dass das Drogenbesteck wie Nadeln und Spritzen sowie Zubehör wie Watte, Wasser und Löffel geteilt werden. Es ist davon auszugehen, dass sich in Zeiten des steigenden injizierenden Drogenkonsums HIV und Hepatitis unter injizierenden Drogenkonsumenten besonders rasch verbreiten.

(24) Abbildung OL 17: Prävalenz von Antikörpern gegen das Hepatitis-B-Virus bei injizierenden Drogenkonsumenten in den EU-Mitgliedstaaten, 1996-2000 (Online-Fassung).

## Ausgewählte Themen

Zeitpunkt und Ausmaß der Aids-Epidemien in den einzelnen Ländern scheinen überwiegend vom Zeitpunkt und Ausmaß der Epidemien von injizierendem Drogenkonsum bestimmt worden zu sein. Diese traten in den nordeuropäischen Ländern wie den Niederlanden (70er und 80er Jahre) möglicherweise früher auf, blieben jedoch relativ begrenzt, in südeuropäischen Ländern wie Spanien, Italien und Portugal (80er und 90er Jahre) erst später und in größerem Umfang. Das Auftreten von HIV-Epidemien scheint somit von einem empfindlichen Gleichgewicht zwischen Zeitpunkt und Ausmaß der Epidemien von injizierendem Drogenkonsum, dem Bewusstsein über die Aids-Problematik (das es in den Anfangsjahren nicht gab) und dem Zeitpunkt und der breit angelegten Einführung präventiver Maßnahmen abhängig zu sein.

Das Ausmaß des injizierenden Konsums unter Drogenkonsumenten (in Europa hauptsächlich Heroin oder Kokain in Verbindung mit anderen Substanzen) kann ferner von den Präferenzen und kulturellen Gewohnheiten der Drogenkonsumenten oder der Art des auf dem Markt erhältlichen Heroins abhängig sein (wasserlöslich und injizierbar oder nicht). Auch der Preis und die Reinheit können eine Rolle spielen, da die Wirkung von injiziertem Heroin stärker ist und der injizierende Konsum somit billiger ist als das Rauchen von Heroin. Die Angst vor Aids spielt bei der Entscheidung, ob ein Konsument Heroin injiziert oder nicht, vermutlich eher eine untergeordnete Rolle.

Gegenwärtig ist nicht bekannt, wie sich der injizierende Drogenkonsum am besten verhindern lässt. Das Injizieren von Drogen oder das Konsumieren von Heroin auf beliebigem Wege kann von vielen persönlichen und gesellschaftlichen Faktoren abhängig sein, wie z. B. von Verhaltensproblemen und/oder familiären Problemen und Arbeitslosigkeit. Substitutionstherapien können allerdings einen sehr wirksamen Beitrag zur Reduzierung des injizierenden Konsums unter Heroinkonsumenten und von riskanten Verhaltensmustern beim Injizieren leisten (9).

In den meisten, wenn auch nicht in allen Ländern ist der injizierende Drogenkonsum in den 90er Jahren erheblich zurückgegangen. Folglich sind erhebliche Abweichungen bei den Anteilen des injizierenden Drogenkonsums (gemessen unter Opiatkonsumenten, die sich in Behandlung begeben) festzustellen, die von 10 % in den Niederlanden bis zu 70 % in Griechenland reichen. Daten über neue Tendenzen liegen außer für Irland nicht vor, das einen stetigen Anstieg – gleich verlaufend mit dem

jüngsten Anstieg in der Zahl HIV-positiver Tests unter injizierenden Drogenkonsumenten – meldet.

### **Riskante Verhaltensmuster beim injizierenden Drogenkonsum**

Unter injizierenden Drogenkonsumenten verbreiten sich Infektionen hauptsächlich über riskante Verhaltensmuster beim Injizieren, wozu insbesondere die gemeinsame Benutzung von Nadeln zählt (dabei wird eine bereits benutzte Nadel von anderen Personen benutzt). Eine Ansteckung ist auch bei gemeinsamer Benutzung von Injektionszubehör wie Wasser, Watte und Löffeln möglich, wobei die Ansteckungsgefahr für Hepatitis B und C hier vielleicht noch größer ist. Unter unhygienischen Injektionsbedingungen kann Hepatitis sogar ohne gemeinsame Benutzung des Drogenbestecks übertragen werden, zum Beispiel über Blut an den Händen, auf Tischen oder sonstigen Oberflächen.

Weitere Beispiele für riskante Verhaltensmuster sind das so genannte „Front- oder Backloading“ (Aufziehen von Heroin in eine Spritze und Umfüllen aus dieser Spritze in andere Spritzen). Vorläufige Daten über die gemeinsame Benutzung von Nadeln deuten darauf hin, dass diese Praxis unter injizierenden Drogenkonsumenten immer noch sehr verbreitet ist und von 10 bis 17 % in den Niederlanden (Ausleihen benutzter Nadeln in jüngster Zeit) bis 64 % in Irland (gemeinsame Benutzung von Nadeln in den letzten vier Wochen) und 75 % in England und Wales (gemeinsame Benutzung von Nadeln und Zubehör) reicht (25). Möglicherweise wird bei den meisten Daten das Ausmaß der Risiken unterschätzt, die mit der indirekten gemeinsamen Benutzung beim Front- oder Backloading, der gemeinsamen Benutzung von Zubehör usw. verbunden sind. Andererseits erfolgt die gemeinsame Nadelbenutzung oft unter festen Partnern, die beide wissen, dass sie nicht infiziert sind, was als relativ sicher angesehen werden kann.

### **Risiken beim Sexualverkehr**

Die Gefahr der Übertragung von HIV und HBV beim Sexualverkehr ist deutlich geringer als bei der gemeinsamen Nadelbenutzung, und durch Sexualkontakte verursachte HCV-Infektionen gelten als sehr selten. Bei einer hohen Infektionsrate (Prävalenz) unter injizierenden Drogenkonsumenten kann sich die Übertragung beim Sexualverkehr und die Übertragung von HIV und HBV von der Mutter auf das Kind jedoch zu einem erheblichen Problem auswachsen. Die injizierenden Konsumenten können folglich so genannte Kerngruppen oder Infektionszellen bilden, über die die Infektion immer wieder in

(25) Tabelle 6 OL: Gemeinsame Nadelbenutzung unter injizierenden Drogenkonsumenten (IDK) in einzelnen EU-Mitgliedstaaten (Online-Fassung).

der Allgemeinbevölkerung verbreitet wird. Durch die Benutzung von Kondomen kann eine Übertragung beim Sexualverkehr jedoch wirksam verhindert werden. Seit den 80er Jahren ist die Benutzung von Kondomen unter Drogenkonsumenten erheblich gestiegen, insbesondere unter Prostituierten, die berichten, dass die meisten ihrer Kunden Kondome benutzen. Beim Verkehr mit privaten Partnern werden Kondome jedoch nur selten benutzt, und bei ihnen ist die Gefahr einer Infektion nach wie vor sehr groß.

### Folgen und Kosten

Eine HIV-Infektion hat weitreichende Folgen. Eine HIV-Infektion führt im Durchschnitt nach zehn Jahren zum Ausbruch von Aids, was mit erheblichen Kosten für die betroffene Person und die Gesellschaft aufgrund von chronischen Infektionen, Krankenhausaufenthalten und vorzeitigem Tod verbunden ist.

Infektionen mit Hepatitis B heilen in der Mehrzahl der Fälle spontan aus, doch in verhältnismäßig vielen Fällen (2 bis 8 % der Erwachsenen, 10 bis 15 % der Jugendlichen und einem erheblich höheren Anteil von Kindern) führt das Virus zu chronischen Infektionen, die langfristig schwere Leberschäden und vorzeitigen Tod zur Folge haben können. Da Hepatitis B und HIV bei Sexualkontakten oder zwischen Mutter und Kind leicht übertragen werden, stellen diese Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten eine erhebliche Gefahr für die Allgemeinbevölkerung dar.

Hepatitis C verläuft in den meisten Fällen (vermutlich 70 bis 80 %) chronisch, und daher stellen injizierende Konsumenten immer noch eine Hauptinfektionsquelle dar. Hepatitis-C-Infektionen können ebenso wie Hepatitis B langfristig (nach Jahrzehnten) schwere Lebererkrankun-

gen nach sich ziehen und zu vorzeitigem Tod führen. Die gleichzeitige Infektion mit verschiedenen Hepatitis-Erregern (einschließlich Hepatitis A) kann besonders gefährlich sein und führt häufig zu akutem Leberversagen und Tod.

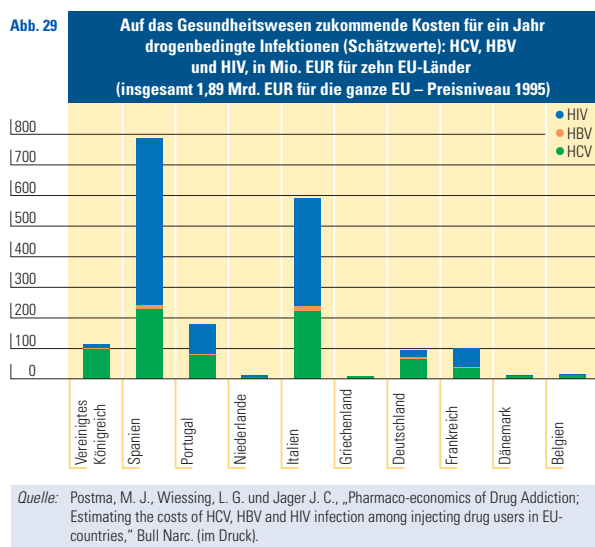
Einer vorläufigen Schätzung zufolge belaufen sich die dem Gesundheitswesen zukünftig entstehenden einjährigen Behandlungskosten infolge drogenbedingter Infektionen mit HIV, HBV und HCV in der EU auf 0,5 % des gesamten EU-Budgets für das Gesundheitswesen (Abbildung 29).

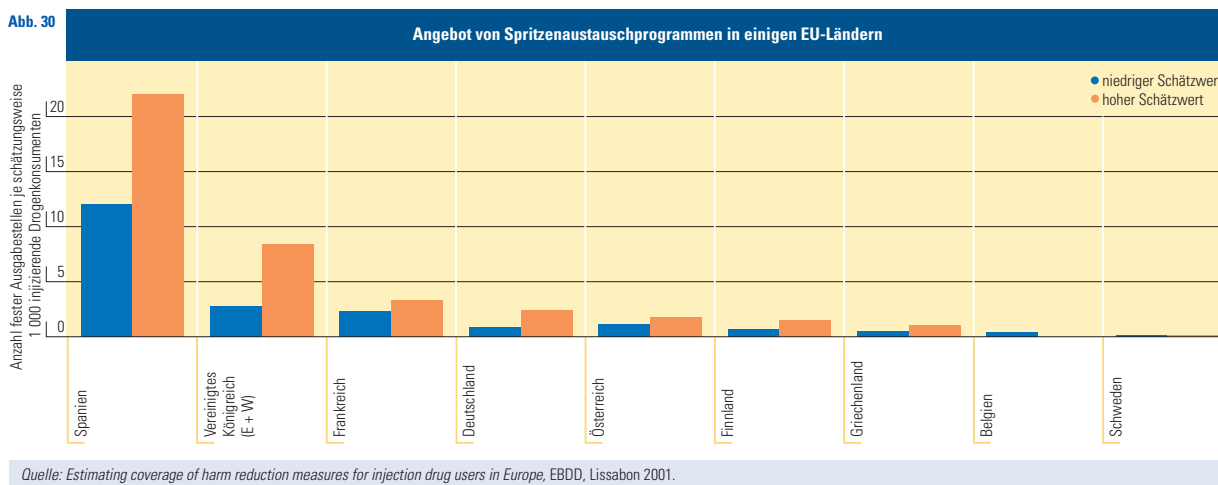
### Maßnahmen zur Schadensminimierung

In den meisten Ländern der EU hat die Einführung von Maßnahmen zur Schadensminimierung wie der verbreitete Zugang zu sterilen Nadeln und Spritzen, die größere Verfügbarkeit von Kondomen, die HIV-Beratung und HIV-Tests einen Beitrag zur Eindämmung der HIV-Übertragung unter injizierenden Drogenkonsumenten geleistet. Auch die Substitutionstherapie, die zumeist mit oral verabreichtem Methadon erfolgt und die Häufigkeit des injizierenden Konsums erheblich verringern kann, ist inzwischen in allen Mitgliedstaaten verbreitet, doch in den meisten Ländern sind noch erhebliche Verbesserungen in Richtung auf ein flächendeckendes Angebot möglich (siehe Kapitel 2, Reduzierung der Nachfrage, Behandlung, Substitutionstherapie).

Obwohl die Maßnahmen zur Schadensminimierung nachweislich einen Beitrag zur Reduzierung der Prävalenz von Hepatitis C unter injizierenden Drogenkonsumenten geleistet haben, wurde die Ausbreitung dadurch nicht eingedämmt (10). Die Fortdauer der Hepatitis-C-Infektion unter jungen injizierenden Drogenkonsumenten verlangt neue innovative Ansätze zur Schadensminimierung. Die Einführung medizinisch überwachter Drogenkonsumräume und die kontrollierte Verteilung von Heroin sind nur zwei Beispiele für Ansätze, die von einigen Ländern der EU erwogen werden. Beide Maßnahmen werfen jedoch ethische und rechtliche Probleme auf und erfordern möglicherweise eine Änderung der Drogengesetze. In Ländern, in denen Drogenkonsumräume eingerichtet wurden (die Vereinigten Staaten, Australien, Deutschland, die Schweiz und die Niederlande) steht die Bewertung ihres Nutzens noch aus.

Wichtige Aspekte für die Bewertung der Verfügbarkeit von Maßnahmen zur Schadensminimierung sind die Bereitstellung von Diensten und die flächendeckende Erfassung der injizierenden Drogenkonsumenten. In den Ländern der EU wurde eine vorläufige Schätzung der Größe der injizierenden Population durch Rückschlüsse ausgehend von Schätzungen des problematischen





Drogenkonsums und des Anteils von injizierenden Drogenkonsumenten unter den in Behandlung befindlichen Opiatkonsumenten durchgeführt. Auf der Grundlage dieser Schätzungen ergibt sich ein grobes Bild vom Angebot an Spritzenaustauschprogrammen (Ausgabestellen) pro Land (siehe Abbildung 30) und der Zahl der ausgetauschten Nadeln im Rahmen der Spritzenaustauschprogramme pro 1 000 injizierende Drogenkonsumenten pro Jahr <sup>(26)</sup>. Obwohl die länderspezifischen Schätzungen möglicherweise nicht verlässlich sind, scheint es, als würde im Rahmen der Spritzenaustauschprogramme in den meisten Ländern, für die Daten vorliegen, immer noch keine ausreichende Zahl sauberer Nadeln für injizierende Drogenkonsumenten bereitgestellt, möglicherweise mit Ausnahme des Vereinigten Königreiches (England und Wales) und Spaniens.

Eine französische Studie veranschlagt die durchschnittliche Zahl der Injektionen bei einem (im Vormonat) täglich injizierenden Drogenkonsumenten auf 3,6 pro Tag, d. h. auf mehr als 1 300 Injektionen pro Jahr und pro täglich injizierenden Drogenkonsumenten (93 % der Stichprobe von Teilnehmern an einem Nadelaustauschprogramm gehörten dieser Kategorie an.) <sup>(11)</sup>. Dieser Durchschnittswert kann jedoch von den injizierten Substanzen (Opiatkonsumenten, die auch Kokain injizieren, dürften einen viel häufigeren Konsum haben) oder vom Einkommen abhängig sein (injizierende Drogenkonsumenten mit wenig Geld injizieren die Droge unter Umständen wesentlich seltener). Bessere und landesspezifische Schätzungen der Größe der injizierenden Population und der Zahl von Injektionen werden benötigt, um den Erfas-

sungsbereich der Spritzenaustauschprogramme und somit ihr Potenzial für eine wirksame Prävention drogenbedingter Infektionen zu bewerten <sup>(27)</sup> <sup>(28)</sup>.

### Quellen

- (1) Darke, S., Kaye, S., Ross, J., „Transitions between the injection of heroin and amphetamines“, *Addiction*, Bd. 94, 1999, S. 1795-1803.
- (2) Doherty, M. C., Garfein, R. S., Montoroso, E., „Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults“, *J Urban Health*, Bd. 77, 2000, S. 396-414.
- (3) Thomas, D. L., Strathdee, S. A., Vlahov, D., „Long-term prognosis of hepatitis C virus infection“, *JAMA*, Bd. 284, 2000, S. 2592.
- (4) Freeman, A. J., Dore, G. J., Law, M. G. u. a., „Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C virus infection“, *Hepatology*, 2001 (im Druck).
- (5) *European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons, second annual report, 1998.*
- (6) Lamagni, T. L., Davison, K. L., Hope, V. D. u. a., „Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996“, *Comm Dis Public Health*, Bd. 2, 1999, S. 174-177.
- (7) Fitzgerald, M., Barry, J., O’Sullivan, P., Thornton, L., „Blood-borne infections in Dublin’s opiate users“, *Ir J Med. Sc.i*, Bd. 170, 2001, S. 32-34.
- (8) Italienischer nationaler Knotenpunkt (Nationaler Bericht 2000 an die EBDD).
- (9) Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., Alcabes, P., „Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV“, *AIDS*, Bd. 12 (Supplement A), 1998, S. S217-S223.
- (10) Taylor, A., Goldberg, D., Hutchinson, S. u. a., „Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990–96: are current harm reduction strategies working?“, *J Infect*, Bd. 40, 2000, S. 176-183.
- (11) Valenciano, M., Emmanuelli, J., Lert, F., „Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France“, *Addiction*, Bd. 4, S. 597-606.

<sup>(26)</sup> Abbildung 18 OL: Anzahl der im Rahmen von SAP verteilten oder ausgetauschten Spritzen je geschätzten injizierenden Drogenkonsument und Jahr (Online-Fassung).

<sup>(27)</sup> Tabelle 7 OL: Bereitstellung, Nutzung und Erfassungsbereich der Spritzenaustauschprogramme für injizierende Drogenkonsumenten (IDK) und Verfügbarkeit von Apotheken in einzelnen europäischen Ländern nach Berichten der nationalen Knotenpunkte für das Jahr 2000 (Online-Fassung).

<sup>(28)</sup> Tabelle 8 OL: Verfügbarkeit von HIV-Beratung und HIV-Tests, HIV-Behandlung und HBV-Impfung für injizierende Drogenkonsumenten (IDK) in einzelnen europäischen Ländern nach den Angaben der nationalen Knotenpunkte für das Jahr 2000 (Online-Fassung).

### Synthetische Drogen

Dieser Abschnitt dient der Ergänzung der in den anderen Kapiteln des Jahresberichtes aufgeführten Daten und Analysen und fasst abschließend die wichtigsten Fragen, Probleme und Herausforderungen im Bereich der synthetischen Drogen zusammen.

#### Ausbreitung des Konsums

Während das allgemeine Bild im Jahr 2000 bestätigt, dass die Ausbreitung des Konsums synthetischer Drogen in der EU im Großen und Ganzen konstant geblieben ist, wird beim Ecstasy-Konsum immer noch eine steigende Tendenz in Regionen verzeichnet, in denen Städte oder Urlaubsorte für junge europäische Touristen wegen ihrer Lage und ihres größeren Angebots an Veranstaltungen für Jugendliche besonders attraktiv sind. Allgemein ist davon auszugehen, dass städtische Gebiete, in denen Jugendkulturen entstanden sind, auch in Zukunft ein Milieu

bieten werden, in dem sich der Konsum von „Freizeitdrogen“ etablieren und ausbreiten wird.

Kreuzanalysen von qualitativen Erhebungen deuten darauf hin, dass sich der Konsum synthetischer Drogen über die „Techno-Szene“ hinaus auf Diskotheken, Nachtclubs und auch auf das private Umfeld ausgeweitet hat. Es wird auch von anderen Bereichen berichtet. In einer Studie aus dem Jahr 1998 wurde festgestellt, dass in Griechenland 35 % der Ecstasy-Konsumenten unter den Schülern die Droge während Fußballspielen eingenommen haben.

#### Verhalten und Konsummuster

Bei der Analyse der Konsummuster ist festzustellen, dass weniger eine bestimmte Droge gegenüber einer anderen bevorzugt wird, sondern vielmehr verschiedene Drogen abhängig von der jeweiligen Situation und den jeweiligen Bedürfnissen konsumiert werden.

### Was sind synthetische Drogen?

Der Begriff „synthetische Drogen“ bezeichnet psychoaktive Substanzen, die durch einen chemischen Prozess hergestellt werden, bei dem die wesentlichen psychoaktiven Bestandteile nicht aus natürlich vorkommenden Substanzen gewonnen werden. Der Begriff „synthetische Droge“ wurde zunächst als Synonym für Party- und Freizeitdrogen verwendet, nachdem die synthetische Droge Ecstasy (MDMA) und andere ringsubstituierte Amphetamine in der Freizeit- und Tanzdrogenszene auftauchten, obwohl nichtsynthetische Drogen wie Cannabis, Kokain und Zauberpilze („Magic Mushrooms“) ebenfalls in dieser Umgebung konsumiert werden. Synthetische Drogen, die bereits eine lange Geschichte des illegalen Konsums besitzen, sind Amphetamine und LSD (Lysergsäurediethylamid), während der illegale Konsum von Ecstasy (MDMA) und anderen Drogen, die Alexander Shulgin in seinem Pihkal-Bericht (1) beschrieben hat, eine wesentlich kürzere Vergangenheit hat. Weltweit wächst die Besorgnis über die mögliche Herstellung anderer und neuerer synthetischer Drogen, die als Alternative zu MDMA verkauft oder MDMA-Pillen beigemischt werden. Da viele „synthetische Drogen“ relativ einfach hergestellt werden können, ist die Eindämmung des Drogenangebotes schwierig, zumal sich entsprechende Labors mühelos einrichten und an einen anderen Standort verlagern lassen.

Einige, jedoch nicht alle synthetische Drogen haben eine halluzinogene Wirkung und können das Zentralnervensystem (ZNS) entweder stimulieren oder sedieren; Letzteres ist bei GHB der Fall. Außerdem gibt es synthetische

Opiate wie Methadon, Pethidin (MPPP, MPTP), Fentanyl, 3-Methyl-Fentanyl usw.

„Designerdrogen“ sind chemische Verbindungen, die mit kontrollierten Drogen verwandt sind. Illegale Hersteller nehmen eine geringfügige Modifikation der molekularen Struktur einer verbotenen Substanz vor, um eine ähnliche oder stärkere pharmakologische Wirkung zu erzielen, wodurch sie sich der Strafverfolgung entziehen. Ziel der im Juni 1997 verabschiedeten Gemeinsamen Maßnahme betreffend neue synthetische Drogen (siehe Kasten Seite 55) ist es, die Ausbreitung solcher Praktiken zu verhindern und/oder einzudämmen.

Amphetamine sind synthetische Drogen. Sie können injiziert werden, wie dies in Schweden und Finnland praktiziert wird, oder in Pillen- oder Pulverform eingenommen werden. Amphetamine werden häufig in Ecstasy-ähnlichen Pillen mit MDMA oder Ecstasy-Analogen vermischt.

Methamphetamine sind Methyl-derivate von Amphetaminen (die hauptsächlich, jedoch nicht ausschließlich, in nichtsubstituierter Ringform vorliegen). Zu dieser Gruppe gehören „Methedrin“ sowie „Crystal“ und „Ice“, d. h. Methamphetamine, die in dieser Form geraucht werden können.

(1) Shulgin, A. und A., *Pihkal: a chemical love story*, Transform Press, 1991.

## Ausgewählte Themen

Einige Mitgliedstaaten machen auf die sich verändernden Verhaltensmuster bei Jugendlichen und die Notwendigkeit umfassenderer Untersuchungen aufmerksam.

- Die meisten Länder bestätigen das Phänomen der sich rasch verändernden Konsummuster in weiten Kreisen und der Bereitschaft, mit verschiedenen Substanzen zu experimentieren und/oder diese zu kombinieren, um „high“ zu werden und/oder die jeweiligen Wirkungen auszugleichen.
- In den Niederlanden wird zurzeit das Phänomen der „Ecstasy-Müdigkeit“ bewertet. Für diese Tendenz lassen sich verschiedene Gründe anführen, z. B. dass keine genauen Inhaltsstoffe auf dem Logo ausgewiesen sind oder die Konsumenten inzwischen über die Begleitscheinungen und nachteiligen Auswirkungen auf die Stimmung und Gefühlslage (durch die Medien) besser informiert sind. Außerdem wird die Frage aufgeworfen, ob auch Kokain als Basisstimulans mit zuverlässiger und bekannter Wirkung eine Rolle spielt. Die Kombination von Kokain und Alkohol ist unter erfahrenen Konsumenten als eine „gute Mischung“ bekannt, während die Kombination von Ecstasy und Alkohol als schwieriger eingestuft wird.
- In Bezug auf problematische Ecstasy-Konsumenten weisen einige Suchtstudien darauf hin, dass das Abhängigkeitspotenzial der eigentlichen Substanz möglicherweise eine geringere Rolle spielt als die mit ihr verbundenen nichtchemischen und verhaltensbezogenen Abhängigkeitsmuster.

Alle Mitgliedstaaten legen bei der Ausarbeitung ihrer Strategien Wert auf die Unterscheidung zwischen verschiedenen Gruppen, die synthetische Drogen konsumieren. In einer ersten und sehr allgemeinen Differenzierung werden Ecstasy-Konsumenten in folgende Gruppen eingeteilt.

- **Starke Konsumenten:** Obwohl MDMA ein geringes Suchtpotenzial besitzt, weist eine Minderheit der Konsumenten ein zwanghaftes Konsummuster auf. Kennzeichnend dafür ist der Konsum mehr als einmal in der Woche, mehr als jeweils eine Pille, der Konsum verschiedener anderer Substanzen, intensive Partybesuche am Wochenende und Schlafmangel. Diese Konsumenten gehören häufig Kreisen an, in denen der Drogenkonsum weit verbreitet ist.
- **Vorsichtige Konsumenten** mit einem weniger exzessiven Konsummuster.
- **Gelegenheitskonsumenten**, die über die möglichen Risiken schlechter informiert sind.

Der kombinierte Konsum verschiedener legaler und ein illegaler Substanzen ist ein unter Jugendlichen häufig zu beobachtendes Verhaltensmuster, bei denen der Besuch von Bars, Diskotheken, „Raves“, Techno-Partys und privaten Feiern zum „Lifestyle“ gehört. Dabei zeichnet sich eine zunehmende Tendenz zum Mischkonsum ab, bei dem viele verschiedene synthetische oder nichtsynthetische Substanzen gemischt oder im Wechsel konsumiert werden, wobei das „Selbstmanagement“ beim Mischkonsum in einem sich verändernden Umfeld das vorherrschende Muster ist.

Der Wechsel von einem Produkt zu einem anderen sowie Mischkonsummuster sind bis zu einem gewissen Grad mit der Beschaffbarkeit der verschiedenen Substanzen verbunden, und Opportunismus kommt dabei ebenfalls zum Tragen. Zur Beschaffung einer bestimmten Substanz werden häufig persönliche/Ingroup-Strategien angewandt, und die Gruppendynamik spielt hier eine wichtige Rolle.

Eine Unterscheidung muss ferner zwischen Substanzen gemacht werden, die für Musikveranstaltungen angeblich besser geeignet sind, und anderen Drogen (wie z. B. After-dance-Drogen oder Not-dance-Drogen) oder Substanzen, die in einem Initiationskreis probiert werden, der von erfahrenen Konsumenten mit einem Mindestmaß an empirischen Kenntnissen der Dosen und Nebenwirkungen geleitet wird. Bei bestimmten synthetischen Drogen können die Risiken höher sein, wenn der Erstkonsum nicht in einer solchen Umgebung stattfindet.

### Beschaffbarkeit der Substanzen

MDMA ist immer noch das bevorzugte Produkt auf dem Ecstasy-Markt und wird unter vielen verschiedenen Logos und Bezeichnungen vermarktet. So hat das deutsche Kriminalpolizeilabor in Wiesbaden, das Pillen mit dem „Mitsubishi“-Logo mit seinen drei sternförmig zusammengesetzten Rhomben überwacht hat, eine Liste mit mehr als 200 verschiedenen Endprodukten herausgegeben.

Überdosierte MDMA-Pillen wurden bei Sicherstellungen und toxikologischen Analysen oder bei vor Ort durchgeführten Pillentests durch Präventionsteams auf Musikveranstaltungen entdeckt. Dank des Frühwarnsystems der EU können Informationen zu ihren Merkmalen in allen EU-Mitgliedstaaten rasch verbreitet werden.

Eine neue Tendenz, die in Zukunft genau beobachtet werden muss, ist die steigende Zahl psychotroper Medikamente, wie Ketamin, die aus legalen Quellen abgezweigt werden.

Bei Amphetaminen (oder „Speed“: Amphetaminsulfat) wird über eine geringere Reinheit und Beschaffbarkeit berichtet. Die skandinavischen Länder sind immer noch der Hauptmarkt für injizierte Amphetamine und das Vereinigte Königreich für nichtinjizierte Amphetamine.

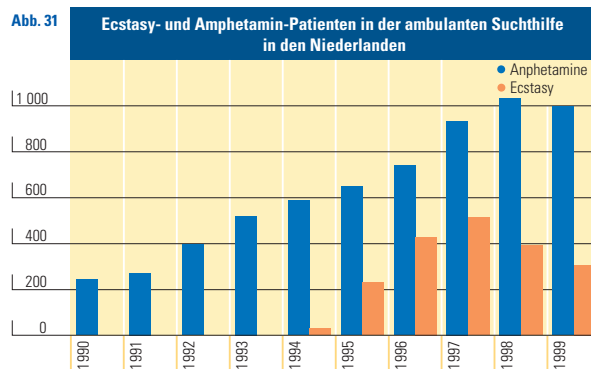
In der EU ist der durchschnittliche Konsum von Methamphetaminen immer noch sehr gering. Laut dem Bericht von Europol (29) wurde jedoch nachgewiesen, dass diese Droge auch in Deutschland und den Niederlanden produziert wird (ausgehobene Labors). Estland und insbesondere die Tschechische Republik werden im Zusammenhang mit der Herstellung und dem Handel ebenfalls genannt. Methamphetamin, das vermutlich in der Tschechischen Republik hergestellt wird, tritt bei deutschen Konsumenten in den Bundesländern Bayern und Sachsen an der Grenze zur Tschechischen Republik zunehmend an die Stelle von Amphetaminen. Die Strafverfolgungsbehörden von Deutschland, Finnland, Schweden und den Niederlanden haben Europol im Jahr 1999 mehrere Sicherstellungen dieser Substanz gemeldet.

Obwohl LSD und andere Halluzinogene in der Drogenzene immer noch eine Rolle spielen, hat sich der Markt für diese Substanzen in den meisten EU-Ländern auf dem gleichen Stand gehalten oder abgenommen.

### Behandlungsdaten

Die vorliegenden Behandlungsdaten bieten zwar Aufschluss über den problematischen Drogenkonsum, doch sie enthalten – abgesehen von injizierten Amphetaminen – nur sehr wenig Informationen über synthetische Drogen. Ecstasy wird kaum jemals als Primärdroge in der Therapienachfrage genannt, da die Patienten neben Ecstasy gewöhnlich auch andere Drogen konsumieren. Eine mögliche Erklärung für die höhere Therapienachfrage bei Amphetaminen als Primärdroge in Finnland und Schweden ist die Tradition des Injizierens von Amphetaminsulfat in diesen Ländern.

In den Niederlanden sind aufgrund des seit 1994 eingeführten speziellen Eintrags für Ecstasy-Konsum seit 1995 alle solche Patienten in ambulanter Suchtbehandlung registriert. In den Zahlen zeigt sich eine abnehmende Tendenz bei der Therapienachfrage wegen Ecstasy seit 1997, wobei zu berücksichtigen ist, dass der anfängliche Anstieg in den beiden Jahren zuvor möglicherweise – zumindest teilweise – auf eine verbesserte Registrierung zurückzuführen ist. Dennoch sind nicht mehr als 1 % aller Drogenpatienten Ecstasy-Konsumenten, hingegen 3,1 % Amphetamin-Konsumenten. 1999 war die Zahl der



Patienten, die Ecstasy als Sekundärdroge angaben, doppelt so hoch wie die Zahl der Patienten mit Ecstasy als Hauptdroge. Diese Zahl spiegelt die Tatsache wider, dass bei Ecstasy-Konsumenten der Mischkonsum vorherrscht.

### Gesundheitliche Risiken

Obwohl die Nebenwirkungen von Ecstasy nur selten und schlecht dokumentiert sind, entfalten Ecstasy-ähnliche Substanzen eine potenziell akute Wirkung, insbesondere wenn sie in Verbindung mit anderen legalen oder illegalen Drogen (wie GHB und Alkohol) eingenommen oder mit anderen Drogen mit weniger akuten Nebenwirkungen gemischt werden, oder wenn die Pillen stark überdosiert und/oder wiederholt über einen kurzen Zeitraum eingenommen werden.

Nach Auffassung von Klinikern spielen riskante Verhaltensmuster (wie die zwanghafte Suche nach einem „High“-Erlebnis und die Unkenntnis der Zusammensetzung und/oder Wirkungen) eine größere Rolle als die Toxizität einer bestimmten Substanz, unabhängig von ihrem Umfeld und den jeweiligen Konsummustern. Die gesundheitliche Verfassung des Konsumenten kann ebenfalls ein entscheidender Faktor sein.

In den meisten Fällen lautet die Diagnose Polyintoxikation, da es unmöglich ist, eine bestimmte Substanz als Ursache zu isolieren.

Um die Charakteristika und die möglichen langfristigen Risiken und neuropsychischen Aspekte besser zu verstehen, die bei akuten Vergiftungen häufig auftreten, hat für Kliniker mittlerweile die Beobachtung des Verlaufs von Vergiftungen ohne tödlichen Ausgang unter jugendlichen Konsumenten, die Ecstasy zumeist mit anderen Drogen mischen, Priorität.

Bei einem langfristigen Konsum können sich schädliche Nebenwirkungen einstellen. In Fachkreisen ist man sich

(29) Europol 2000 Report, Den Haag, Niederlande.

## Ausgewählte Themen

in der Frage, inwieweit die vermuteten Hirnschäden reparabel und/oder irreparabel sind, immer noch nicht einig. Bei Patienten mit starkem Ecstasy-Konsum wird zunehmend eine Schädigung der Serotonin produzierenden Neuronen nachgewiesen. Klinische Untersuchungen deuten auf kognitive Defizite hin, jedoch sind Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet (wie sie zurzeit im Vereinigten Königreich und in den Vereinigten Staaten durchgeführt werden) immer noch selten.

### Durch synthetische Drogen bedingte Todesfälle

Infolge der aufsuchenden Drogenarbeit und weiterer präventiver Maßnahmen auf Techno/House-Veranstaltungen und -Partys ist die Zahl der Todesfälle im Vergleich zu den frühen 90er Jahren zurückgegangen, zumindest in Ländern, in denen entsprechende Notfälle erfasst und dokumentiert worden sind.

In 50 % der Todesfälle in den Niederlanden im Zeitraum 1994-1997 aufgrund offensichtlicher Überdosierung von Amphetamin- oder Phenylpropanolaminderivaten gelten diese Derivate als die Haupttodesursache. In den übrigen Fällen wurden im Befund zwar Amphetaminderivate ausgewiesen, doch als Todesursache wurden andere Drogen und/oder Alkohol oder unbekannte Ursachen angeführt.

Eine neue synthetische Droge mit der Bezeichnung 4-Methylthioamphetamin (4-MTA mit dem Straßennamen „Flatliner“) wurde mit einer Reihe von Todesfällen in der EU in Verbindung gebracht (vier Todesfälle im Vereinigten Königreich, ein Todesfall in den Niederlanden). Eine weitere „neue“ synthetische Droge mit dem Namen GHB (Gamma-Hydroxybutyrat) wurde ebenfalls mit Todesfällen in Verbindung gebracht, die sich zumeist in Verbindung mit Alkohol und/oder anderen Drogen ereignet haben. Diese beiden Substanzen werden im Rahmen der Gemeinsamen Maßnahme der EU betreffend neue synthetische Drogen beobachtet und einer Risikobewertung unterzogen (siehe Kasten Seite 55).

### Maßnahmen

Maßnahmen gegen den Konsum synthetischer Drogen werden auf vier Ebenen eingeleitet:

**Primäre Prävention:** Sie konzentriert sich auf die Verbreitung von Informationen über synthetische Drogen und schließt gewöhnlich öffentliche Kampagnen und Maßnahmen in Schulen ein.

**Schadensminimierung/aufsuchende Drogenarbeit in Freizeiteinrichtungen:** Dazu gehören Chill-out-Bereiche, Pillentests, Informationsblätter und Informationsstände

vor Ort. Außerdem gibt es „Selbsthilfe“-Initiativen in der Techno-Szene, die die Aufklärung über synthetische Drogen und entsprechende Substanzen zum Bestandteil von Musikveranstaltungen machen wollen.

Der Aufklärung von Konsumenten über die Risiken beim Mischen von Substanzen (insbesondere in Verbindung mit Alkohol) und dem frühzeitigen Erkennen neuer Risikogruppen unter Jugendlichen wird inzwischen hohe Priorität eingeräumt.

Der Zweck von gesundheitlichen Sofortmaßnahmen ist die Vermittlung spezifischer suchtpreventiver Informationen, damit Fachkräfte in Notaufnahmen und toxikologischen Abteilungen, Allgemeinmediziner, Mitarbeiter von Gesundheitsdiensten im Außeneinsatz usw. akute Vergiftungen besser erkennen und angemessen darauf reagieren können. In Frankreich sorgen die Médecins du Monde seit 1998 dafür, dass auf Raves und vergleichbaren (nicht organisierten) Partyveranstaltungen medizinisches Bereitschaftspersonal anwesend ist. Erschwert werden die Gegenmaßnahmen jedoch dadurch, dass keine klinische Literatur über akute Vergiftungserscheinungen vorhanden ist und keine Informationen über die Krankengeschichte der behandelten Person bekannt sind.

Auch wenn ihr Drogenkonsumprofil weniger problematisch ist, können „neue“ Drogenkonsumenten (d. h. neue oder auch erfahrene Konsumenten, die bei den Behandlungsdiensten noch nicht bekannt sind) besser darüber aufgeklärt werden, wie sie Anzeichen für einen problematischen Drogenkonsum erkennen und wann sie Hilfe benötigen. Die Selbstwahrnehmung der eigenen gesundheitlichen Verfassung, die Erkenntnis, dass man über den „selbstbestimmten“ Konsum irgendwann die Kontrolle verliert, und das Wissen über den Zugang zu Beratungsdiensten sind mögliche Indikatoren, die sich mit präventiver aufsuchender Drogenarbeit kombinieren lassen. Aufgrund der geringen Vielfalt und/oder Relevanz der existierenden Behandlungsangebote können solche Anstrengungen möglicherweise jedoch nur eine begrenzte Wirkung entfalten.

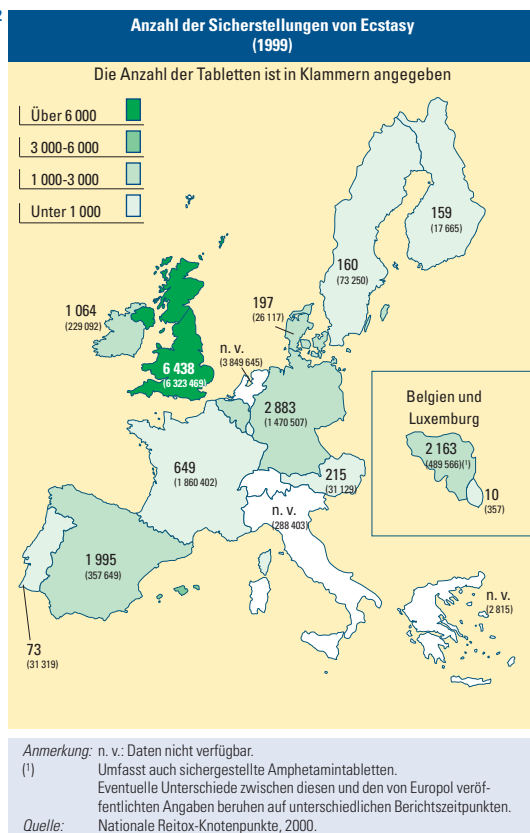
### Reduzierung des Angebots

Nach dem Jahresbericht 2000 von Europol sind die Niederlande immer noch der Hauptproduzent und das wichtigste Exportland von Ecstasy: 1999 wurden 36 Produktionsstandorte ausfindig gemacht. Im selben Jahr wurden vier Labors in Belgien, zwei in Spanien und eines in Deutschland ausgehoben. Eines der bisher größten Amphetamin-Labors wurde im Februar 2000 in Griechenland ausgehoben. Von der Produktion und dem Export sind auch verschiedene osteuropäische Länder (die Tschechische Republik, Polen und Bulgarien) und das Baltikum betroffen.

Beispielsweise werden nur 10 bis 20 % der synthetischen Drogen für den Markt des Vereinigten Königreiches im Vereinigten Königreich selbst hergestellt, während der Rest vermutlich auf dem Kontinent (vorwiegend in den Niederlanden und in Belgien) hergestellt und über die Häfen am Ärmelkanal oder über die Flughäfen in das Vereinigte Königreich geschleust wird.

Der Großhandelspreis (Umsatz pro Kilogramm) für Pillen, die als Ecstasy auf den Markt kommen, schwankt im Durchschnitt zwischen vier und fünf EUR auf die Pille umgerechnet, wobei der Preis in Portugal mit 1 EUR am niedrigsten und in Dänemark mit 13 EUR am höchsten ist<sup>(30)</sup>. Der durchschnittliche Preis im Wiederverkauf reicht im Durchschnitt von 4 bis 28 EUR pro Gramm, wobei der Preis in den Niederlanden mit 4 EUR am niedrigsten und in Dänemark mit 34 EUR am höchsten ist.

Abb. 32



### Neue Initiativen und politische Herausforderungen

Trotz der nur in begrenztem Umfang vorhandenen wissenschaftlichen Nachweise über die Gefährdung der Volksgesundheit stehen synthetische Drogen im politischen Rampenlicht. Der hohe Konsum synthetischer Drogen in sozial integrierten Gruppen, ihr Stellenwert in der Jugendkultur und die Tatsache, dass die Produktion und der Handel (sowohl für interne als auch externe Märkte) in Europa stattfinden, zwingen die EU zu verantwortungsvollem Handeln.

Bei synthetischen Substanzen und deren Risikobewertung verschiebt sich der Blickwinkel zunehmend in Richtung auf eine allgemeinere Sicht, in die die sich verändernden Muster und Verhaltensweisen, Subkulturen und Entwicklungen einbezogen werden. Aus diesem Grund wurden die folgenden Maßnahmen beschlossen:

- Einrichtung effizienter Kommunikationskanäle zwischen allen Akteuren, die an Sofortmaßnahmen beteiligt sind;
- besserer Informationsaustausch zwischen wissenschaftlicher Aufklärung und politischen Maßnahmen;
- besserer Zugang zu spezifischen Informationen über synthetische Drogen und allgemein über neue Tendenzen des Drogenkonsums im Wege nationaler und lokaler Prävalenzschätzungen, Aufzeichnungen über die Therapienachfrage sowie unter Berücksichtigung der Hauptausrichtung der Behandlungsdienste auf Opiatkonsumenten.

<sup>(30)</sup> Letzte Daten: Juli 1999. Die Preise richten sich in den einzelnen Mitgliedstaaten nach der Reinheit, der gekauften Menge und dem Ort, an dem die Droge gekauft wird (Quelle: Europol, Annual Report 2000).

### Gemeinsame Maßnahme der EU betreffend neue synthetische Drogen

Im Zeitraum 1998-2000 wurden mit Hilfe des „Frühwarnsystems“, das im Rahmen der Gemeinsamen Maßnahme der EU zur raschen Sammlung und Weitergabe von Informationen über neue synthetische Drogen errichtet wurde, eine Reihe von Substanzen ausfindig gemacht, die auf dem illegalen Markt der Europäischen Union aufgetaucht sind. Die EBDD und Europol haben der Horizontalen Gruppe „Drogen“ des Rates der EU gemeinsame Fortschrittsberichte vorgelegt, in denen die in dieser frühen Phase gesammelten Informationen zusammengefasst sind. In einer zweiten Phase haben der Wissenschaftliche Beirat der EBDD und hinzugezogene Sachverständige auf Antrag des Rates für vier dieser Substanzen – MBDB, 4-MTA, GHB und Ketamin – eine Risikobewertung vorgenommen.

Infolge dieses Berichtes über die Risikobewertung und einer Stellungnahme der Europäischen Kommission verabschiedete der Rat am 13. September 1999 einen Beschluss über Kontrollmaßnahmen für die neue synthetische Droge 4-MTA in allen EU-Mitgliedstaaten.

Im Rahmen des „Frühwarnsystems“ der Gemeinsamen Maßnahme wurden vor kurzem weitere neue synthetische Drogen wie PMMA, 2-CT-5 und 2-CT-7 ausfindig gemacht, die gegenwärtig von der EBDD und Europol in enger Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und der EMEA (Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln) überwacht werden.

Die Gemeinsame Maßnahme ist ein nützliches Instrument für die Entscheidung der Frage, ob eine bestimmte Substanz in der EU kontrolliert werden soll oder nicht. Außerdem vermittelt sie den Mitgliedstaaten und europäischen Institutionen regelmäßig Erkenntnisse über den Drogenkonsum in Freizeiteinrichtungen und zeigt frühzeitig Tendenzen des Handels mit synthetischen Drogen auf. Die durchgeführten Risikobewertungen enthalten wertvolle Informationen für politische Entscheidungsträger, die auf der Grundlage dieser Informationen ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Strafverfolgung und präventiven Maßnahmen sicherstellen können.



# Das Drogenproblem in Mittel- und Osteuropa

Dieses Kapitel basiert auf den jüngsten Informationen, die im Rahmen des Phare-Mehrländerprogramms zur Drogenbekämpfung (Multi-Beneficiary Drugs Programme) veröffentlicht wurden. Die Partnerschaft zwischen der EBDD und den Beitrittskandidaten befindet sich zurzeit in einer Übergangsphase, in der die direkte technische Zusammenarbeit mit dem Ziel ausgebaut wird, die institutionelle Grundlage für nationale Drogeninformationssysteme weiterzuentwickeln, die Beziehungen zu vertiefen und dauerhafte strukturelle Verbindungen zu schaffen.

## Situation und Tendenzen

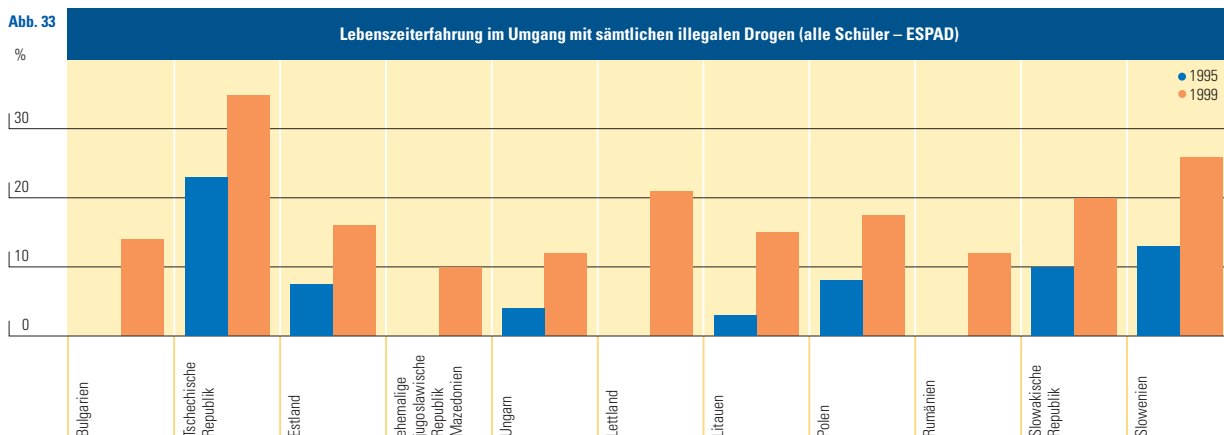
Insgesamt haben sich die im Jahr 2000 ermittelten allgemeinen Tendenzen bestätigt.

- Der prozentuale Anteil der Allgemeinbevölkerung, insbesondere der Schüler, der illegale Drogen mindestens einmal eingenommen hat, ist steigend.
- Die Therapienachfrage steigt, hauptsächlich bei Opiatabhängigen.
- Die Drogenkonsummuster ändern sich, wobei importiertes Heroin zunehmend an die Stelle der lokal produzierten Opiate tritt.

- Der Drogenkonsum weitet sich von den größeren Städten auf alle Regionen aus.
- Die Probleme im Zusammenhang mit dem Drogenhandel und der Durchschleusung illegaler Drogen nehmen zu.

## Prävalenz und Drogenkonsummuster

Laut den im Rahmen des Europäischen Projektes zum Konsum von Alkohol und Drogen an Schulen (ESPAD) im Zeitraum 1995-1999 erfassten Daten ist die Lebenszeiterfahrung im Umgang mit illegalen Drogen bei Schülern im Alter von 15 bis 16 Jahren in diesem Zeitraum in allen mittel- und osteuropäischen Ländern (MOEL) deutlich gestiegen. Eine Ausnahme bildet die Tschechische



Republik, in der die Prävalenz bereits zuvor recht hoch war und in diesem Zeitraum lediglich um das Anderthalbfache gestiegen ist (siehe Abbildung 33).

Dieser Anstieg ist hauptsächlich auf den gestiegenen Konsum von Cannabis zurückzuführen, das unter Teenagern immer noch am häufigsten konsumiert wird.

Gleichzeitig wurde ein signifikanter, jedoch geringerer Anstieg des Konsums von Drogen wie Ecstasy, Amphetaminen oder LSD beobachtet (Tabelle 4).

Einige in Städten oder in spezielleren Zielgruppen erfasste Daten deuten jedoch darauf hin, dass der Konsum synthetischer Drogen möglicherweise höher ist als in den nationalen Zahlen angegeben, obwohl keine genauen Daten über die Zahl der Konsumenten in der Bevölkerung vorliegen.

– In Litauen liegt die Lebenszeitprävalenz von illegalen Drogen unter Schülern gemäß der 1999 durchgeführten ESPAD-Studie bei 22,7 % in Wilna und bei 23,9 % in Klaipeda, während der nationale Durchschnittswert bei 15,5 % liegt.

– In der Tschechischen Republik wurde in einer in der „Techno“-Partyszene in Prag in den Jahren 1998 und 1999 durchgeführten Studie eine Lebenszeitprävalenz von 44,5 % bei Amphetaminen, 35,7 % bei Ecstasy und 47,7 % bei Halluzinogenen ermittelt (gegenüber 5 %, 4 % und 7 % gemäß der auf nationaler Ebene durchgeführten ESPAD-Studie).

### Therapienachfrage

Die Nachfrage – hauptsächlich nach Therapien wegen Opiatkonsums – scheint immer noch zu steigen (Tabelle 5).

**Tabelle 4** Lebenszeiterfahrung mit Ecstasy, Amphetaminen und LSD bei Schulkindern, ESPAD 1995-1999

	Ecstasy		Amphetamine		LSD	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Bulgarien	–	1	–	1	–	1
Tschechische Republik	0	4	2	5	2	7
Estland	0	3	0	7	1	3
ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	–	1	–	0	–	1
Ungarn	1	3	0	2	1	4
Lettland	0	6	0	4	0	4
Litauen	0	4	0	2	0	2
Polen	0	3	2	7	1	5
Rumänien	–	0	–	0	–	0
Slowakische Republik	–	2	0	1	0	4
Slowenien	1	4	0	1	1	3

**Tabelle 5** Anzahl der Therapieanträge in den MOEL seit 1993

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albanien	n. v.	n. v.	27	63	334	523	615
Bulgarien	n. v.	n. v.	254	449	582	974	1 071
Tschechische Republik (1)	n. v.	n. v.	2 470	3 252	3 132	3 858	3 889
Estland	n. v.	246	366	755	n. v.	n. v.	n. v.
FYROM	82	116	242	301	431	n. v.	n. v.
Ungarn (2)	n. v.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957	12 765
Lettland	n. v.	781	804	904	992	1 080	1 512
Litauen (3)	n. v.	n. v.	n. v.	1 804	2 871	2 862	3 082
Polen	3 783	4 107	4 223	4 772	n. v.	n. v.	n. v.
Rumänien	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	646	650	n. v.
Slowakei	n. v.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199	2 236
Slowenien (1)	141	187	125	309	n. v.	n. v.	n. v.

Anmerkung: n. v. = Daten nicht verfügbar.  
 (1) Indikator „erste Nachfrage“.  
 (2) Anzahl der behandelten Fälle (nicht harmonisierter Indikator).  
 (3) Anzahl der registrierten Drogenkonsumenten.

In diesem Zusammenhang ist jedoch zu betonen, dass sich die Konsummuster sowie die eigentlichen problematischen Substanzen von Land zu Land und von Region zu Region erheblich voneinander unterscheiden können.

### Beschaffbarkeit

Größere Sicherstellungen in den Jahren 1999 und 2000 entlang der Balkan-Route und in Mitteleuropa bestätigen die Rolle, die die Region für den Transit und die Lagerung von Heroin spielt. Beispielsweise haben die bulgarischen Behörden im Jahr 2000 insgesamt 2 079 kg Heroin sichergestellt. Diese Menge lag deutlich über der sichergestellten Gesamtmenge der sechs vorhergehenden Jahre. Die meisten Sicherstellungen erfolgen an dem wichtigsten Kontrollpunkt an der türkischen Grenze. Entsprechend hohe Anstiege werden an keinem anderen Ort entlang der Balkan-Route verzeichnet. Da der Heroinkonsum jedoch steigt, ist davon auszugehen, dass die MOEL ebenfalls zunehmend zu Zielen werden.

Mittel- und Osteuropa ist nach wie vor eine Transitregion für Cannabis, das für die Mitgliedstaaten der EU bestimmt ist. Die meisten MOEL meldeten 2000 entsprechende Sicherstellungen. Studien zeigen, dass Cannabis die am häufigsten konsumierte Droge in den MOEL ist, und es gibt Anzeichen dafür, dass – wie auch in der EU – nicht nur der illegale Handel, sondern auch der Anbau von Cannabis in der Region deutlich zugenommen hat.

Die Transitrolle Mittel- und Osteuropas im Kokainhandel scheint in den Jahren 1999 und 2000 weiter gestärkt worden zu sein. Größere Sicherstellungen von Kokain wurden von Ungarn, der Tschechischen Republik und Rumänien berichtet. Der Konsum scheint jedoch auf bestimmte Bevölkerungsgruppen beschränkt zu sein, die

## Das Drogenproblem in Mittel- und Osteuropa

anhand der vorhandenen Beobachtungssysteme zahlenmäßig schwer zu schätzen sind.

Synthetische Drogen erfreuen sich bei Jugendlichen zunehmender Beliebtheit (Tabelle 4), und es gibt besorgniserregende Anzeichen dafür, dass eine zunehmende Zahl Jugendlicher am Handel und Verkauf von Drogen beteiligt ist. Die Herstellung synthetischer Drogen ist gestiegen, und ihr Konsum beeinflusst das Leben von immer mehr jungen Menschen. In den meisten MOEL gibt es illegale Labors, die Amphetamine herstellen, und Vorläufersubstanzen für die Drogenherstellung werden aus anderen MOEL, der EU oder Drittländern eingeschmuggelt.

In fast allen MOEL wurden bereits illegale Labors ausgehoben. Insbesondere in Polen, der Tschechischen Republik, Ungarn, Bulgarien und im Baltikum scheinen Drogen in großem Maßstab hergestellt zu werden. Obwohl in Polen Anfang 2000 sieben illegale Labors ausgehoben wurden, dürfte Schätzungen zufolge mindestens noch die gleiche Zahl in Betrieb sein. Die weltweite Prävalenz des Ecstasy-Konsums hat dazu geführt, dass die Droge aus der EU in die Märkte in Mittel- und Osteuropa exportiert wird. Strafverfolgungsbehörden berichten, dass das in den MOEL konsumierte Ecstasy zu einem erheblichen Anteil aus den Niederlanden stammt.

### Politische und institutionelle Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenproblems

Seit Mitte der 90er Jahre sind für die Entwicklungen in der Drogenpolitik und -strategie in den mittel- und osteuropäischen Ländern (ähnlich wie die Mitgliedstaaten der EU) zwei Faktoren maßgeblich: 1. der sich verändernde Charakter der Drogenproblematik, von der immer mehr Gruppen in der Gesellschaft betroffen sind; und 2. die vielen Facetten des Problems, die eine nationale, multidisziplinäre Koordinierung der Gegenmaßnahmen erfordern. Die Tätigkeiten der verschiedenen internationalen Organisationen, insbesondere der Europäischen Kommission, wirken dabei als Katalysator für die Entwicklung nationaler Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenproblems.

Vor diesem Hintergrund haben die mittel- und osteuropäischen Länder wichtige Schritte in Richtung auf die Entwicklung der entsprechenden gesetzgeberischen

Maßnahmen und die Schaffung der erforderlichen Verwaltungs- und Koordinierungsstrukturen eingeleitet. Darüber hinaus haben die zehn MOEL-Beitrittskandidaten<sup>(31)</sup> im Rahmen des Erweiterungsprozesses der EU und der Heranführungsstrategie ihre Drogenkontrollmaßnahmen an die Übernahme und Umsetzung des gemeinschaftlichen Besitzstandes (*acquis communautaire*) angepasst bzw. daran ausgerichtet. Ein ähnlicher Prozess findet in der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien statt, obwohl Mazedonien noch keinen Antrag auf Aufnahme in die EU gestellt hat.

### Gesetzgeberische Maßnahmen

Von allen MOEL-Beitrittskandidaten wurden die drei Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Drogenkontrolle unterzeichnet und ratifiziert, die als unverzichtbar für die Verwirklichung der Ziele der EU-Drogenstrategie gelten. Im Jahr 2000 hat Estland das „Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen“ aus dem Jahr 1988 ratifiziert. Alle MOEL-Beitrittskandidaten haben das „Übereinkommen des Europarates über das Waschen, das Aufspüren, die Beschlagnahme und die Einziehung der Erträge aus Straftaten“ von 1990 (Straßburg-Konvention) unterzeichnet und ratifiziert.

Der Prozess der Anpassung der nationalen Gesetzgebung ist, was die Intensität sowie die Methoden angeht, von Region zu Region unterschiedlich und reicht von der Annahme mehrerer Gesetze zu spezifischen Drogenfragen – wie beispielsweise in Ungarn – bis hin zur Verabschiedung eines einzigen umfassenden „Rahmengesetzes“ für Drogen – wie beispielsweise das polnische „Gesetz zur Bekämpfung der Drogenabhängigkeit“ aus dem Jahr 1997. Dieses Gesetz wurde im Jahr 2000 abgeändert, wodurch die Bestimmungen für den Besitz geringfügiger Drogenmengen noch restriktiver wurden und der Reduzierung der Nachfrage eine höhere Priorität eingeräumt wurde. Ein ähnliches Gesetz wurde vor kurzem (1999) in Bulgarien verabschiedet. In den vergangenen zwei Jahren hat Slowenien drei wichtige Drogen-gesetze angenommen: das Gesetz über die Herstellung illegaler Drogen und den illegalen Drogenhandel (1999), das Gesetz zu Vorläufersubstanzen für illegale Drogen (2000) und ein Gesetz, das sich ausschließlich mit der Prävention des Drogenkonsums, der Behandlung und der Wiedereingliederung Drogenabhängiger (1999) befasst. Das rumänische Gesetz zur „Bekämpfung des illegalen Drogenhandels und Drogenkonsums“ (2000) ist relativ knapp gehalten und wird vermutlich eine beachtliche

<sup>(31)</sup> Beitrittskandidaten unter den MOEL sind Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, die Slowakei, Slowenien, die Tschechische Republik und Ungarn.

### Die slowenische Drogengesetzgebung

Das slowenische Gesetz zur „Prävention des Konsums illegaler Drogen und des Handels mit Konsumenten illegaler Drogen“ (1999) beinhaltet nicht nur Maßnahmen zur Vermeidung des Konsums illegaler Drogen, sondern auch Maßnahmen zu folgenden Aspekten: Information, medizinische, Aufklärungs- und Beratungsaktivitäten; therapeutische Behandlung; Sozialleistungen und Programme zur Linderung von sozialen Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen und Beobachtung des Konsums illegaler Drogen. In diesem Gesetz wird unter anderem die Notwendigkeit der Einbeziehung von Nichtregierungsorganisationen und die Koordinierung von deren Tätigkeit mit dem nationalen Programm betont. Die Mittel für die Kofinanzierung der Umsetzung der Präventionsprogramme und zur Beobachtung des Drogenkonsums sollen aus dem nationalen Haushalt bereitgestellt werden.

Anzahl von abgeleiteten gesetzgeberischen Maßnahmen nach sich ziehen. Alle Beitrittskandidaten haben spezielle Gesetze zur Kontrolle der Vorläufersubstanzen angenommen, die überwiegend mit den Verordnungen der EU im Einklang stehen. Beispielsweise wurden im Jahr 2000 in Slowenien und in der Slowakei entsprechende Gesetze verabschiedet und in Litauen, Polen und Bulgarien Verordnungen zu Vorläufersubstanzen eingeführt.

#### Nationale Koordinierung

Im Einklang mit den neuen Gesetzen wurden die nationalen Koordinierungs- und Entscheidungsstrukturen in den meisten MOEL-Kandidatenländern in den Jahren 1999 und 2000 erheblich verändert. Im Jahr 1999 hat die Nationale Drogenkommission der Tschechischen Republik die Satzung ihres Beratungsgremiums – das Gremium der Repräsentanten der Ministerien – angenommen und das Gremium mit der Ausarbeitung einer neuen nationalen Strategie beauftragt. Die ungarische Drogenkoordinierungskommission wurde zur Stärkung ihres Mandats und ihrer Einsatzfähigkeit reformiert. Mit den neuen in Slowenien und Bulgarien verabschiedeten Gesetzen wurden die interministeriellen Koordinierungsstellen in diesen Ländern fest verankert, wodurch ihre Rolle durch die Schaffung dauerhafter Unterstützungsstrukturen – die Staatliche Drogenstelle und das Sekretariat für den Nationalen Drogenrat – ähnlich wie in der Tschechischen Republik und der Slowakei weiter gestärkt wurde. Der rumänische „interministerielle Ausschuss zur Drogenbekämpfung“ wurde 1999 eingesetzt und ist noch nicht voll einsatzbereit, während eine solche Stelle in

Polen seit 1998 nicht recht funktioniert. Durch diese Neuordnung konnten diese Länder eine Struktur schaffen, die den spezifischen Bedürfnissen einer Gesellschaft im Wandel und den damit verbundenen Problemen gerecht werden kann.

Die interministerielle Koordinierungsstelle wird gewöhnlich von einem der darin vertretenen Ministerien geleitet. In den meisten Ländern ist dies ein Ministerium, das sich mit sozialen Angelegenheiten befasst – das Gesundheitsministerium in Bulgarien, Litauen und Slowenien, das Ministerium für Soziale Angelegenheiten in Estland und das Jugend- und Sportministerium in Ungarn. In anderen Ländern ist sie der Regierung direkt unterstellt – unter dem Vorsitz des Ministerpräsidenten in der Tschechischen Republik und des Stellvertretenden Ministerpräsidenten in der Slowakei – oder unter der Zuständigkeit des Innenministeriums, wie beispielsweise in Lettland. In Rumänien ist die interministerielle Koordinierungsstelle per Definition dem Ministerpräsidenten unterstellt, doch werden ihre Aktivitäten vom Innenministerium koordiniert.

Zur Umsetzung und Koordinierung der nationalen Politik auf lokaler Ebene wurden in der Tschechischen Republik im Jahr 1999 örtliche Drogenkommissionen gebildet und in Bulgarien im Jahr 2000 interdisziplinäre Drogenräte auf kommunaler Ebene eingesetzt, die ähnlich wie die 1997 in der Slowakei eingesetzten regionalen und kommunalen Drogenkommissionen organisiert sind.

#### Nationale Strategien und Aktionspläne

In Ländern, in denen die interministeriellen Drogenbekämpfungsstellen gut etabliert sind, wie z. B. in der Tschechischen Republik und in der Slowakei, werden interdisziplinäre nationale Strategien ausgearbeitet und im Wesentlichen einheitlich umgesetzt. Die Tschechische Republik beispielsweise hat bereits ihre dritte nationale Strategie verabschiedet. Die Ausarbeitung von strategischen Dokumenten und Aktionsplänen wurde in den Jahren 1999 und 2000 verstärkt, und in der Slowakei (1999), in Polen (1999), in Ungarn (2000) und in der Tschechischen Republik (2000) wurden nationale Drogenstrategien verabschiedet.

Das estnische „Präventionsprogramm gegen Alkohol- und Drogenmissbrauch“ (1997-2007), der lettische „Rahmenplan zur Drogenkontrolle und zur Vermeidung von Drogenmissbrauch“ (1999-2003) sowie das litauische „Nationale Drogenkontroll- und Drogenpräventionsprogramm“ (1999-2003) werden zurzeit überarbeitet. In Slowenien wurde in den vergangenen Jahren das 1992 angenommene „Nationale Programm zur Vermeidung

## Das Drogenproblem in Mittel- und Osteuropa

des Drogenmissbrauchs“ umgesetzt. Ein neues Programm soll auf der Grundlage der neuen Gesetze verabschiedet werden. In Rumänien und Bulgarien wurden noch keine umfassenden Drogenkontroll- und Präventionsstrategien verabschiedet. In Bulgarien wurde jedoch bereits ein nationales Programm für die Präventionsbehandlung und Rehabilitation Drogenabhängiger für den Zeitraum 2001-2005 verabschiedet.

Mit diesen neuen Strategien dokumentieren die Länder ihre Bereitschaft, sich mit dem Drogenproblem auf höchster Ebene von Politik und Exekutive auseinander zu setzen. Zudem bilden diese Strategien die Grundlage für interdisziplinäre Programme. Bei den meisten dieser kürzlich angenommenen Strategiepapiere handelt es sich um konkrete Aktionspläne mit Zielsetzungen, Zielvorgaben, Leistungsindikatoren usw., in denen häufig die Bereitstellung oder Sicherung weiterer finanzieller Mittel gefordert wird. Es wird zunehmend anerkannt, dass eine bessere Aufklärung über Drogen und eine Evaluation der Gegenmaßnahmen erforderlich ist, daher wird die Aufklärung als fester Bestandteil in die nationalen Maßnahmen aufgenommen. Mit der Bildung von Partnerschaften zwischen Regierungs- und Nichtregierungsstellen bei der Politikentwicklung und Programmumsetzung scheint zunehmend auf die individuellen und kollektiven Bedürfnisse der Allgemeinbevölkerung sowie der Drogenkonsumenten reagiert worden zu sein. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass alle neuen Strategien der Beitrittskandidaten darauf ausgerichtet sind, die nationalen Politiken mit den auf EU-Ebene geförderten Politiken und Strategien in Übereinstimmung zu bringen.

### Tschechische Republik

Ende 2000 hat die Regierung der Tschechischen Republik eine *Strategie für die nationale Drogenpolitik (2001-2004)* verabschiedet. In dieser Strategie werden 82 spezifische Aufgaben genannt und festgelegt, dass alle relevanten Ministerien mit einem Mandat im Drogenbereich sowie die für die Drogenpolitik zuständigen regionalen und kommunalen Behörden die Aufgabe haben, einen spezifischen Drogenaktionsplan für den Zeitraum 2001-2004 in Übereinstimmung mit dieser Strategie auszuarbeiten. Die Strategie trägt der administrativen Neuordnung und der Schaffung größerer administrativer und territorialer Einheiten Rechnung und sieht eine verbesserte regionale Koordinierung vor.

### Ungarn

Die vom Jugend- und Sportministerium ausgearbeitete *Nationale Strategie zur Bekämpfung der Drogenproblematik* wurde Ende 2000 vom Parlament angenommen. Dabei handelt es sich um das erste umfassende, offiziell

angenommene Strategiepapier, das sich mit der Drogenproblematik in Ungarn befasst. Zur Begründung des angewandten interdisziplinären Ansatzes mit seinen „Zielstellungen“ beruft sich die Strategie überwiegend auf die Analyse der verfügbaren Daten und der bisherigen Erfahrungen auf nationaler und internationaler Ebene. Die Strategie nennt langfristige (2009), mittelfristige (2002) und kurzfristige Ziele und Erfolgsindikatoren für die Fortschrittsüberwachung. Außerdem beschreibt sie den organisatorischen und finanziellen Rahmen, der für die Umsetzung der Maßnahmen notwendig ist. Dies sind die vier Hauptziele der Strategie: leistungsfähige Gemeinden und wirksame Zusammenarbeit, Schaffung präventiver Maßnahmen, Zugang zu therapeutischer Sozialarbeit und Rehabilitation und Reduzierung des Drogenangebotes.

### Polen

Obwohl keine interministerielle Koordinierungsstelle vorhanden ist, wurde Ende 1999 das *Nationale Programm zur Bekämpfung der Drogenabhängigkeit in Polen (1999-2001)* verabschiedet. Wie auch im Drogenaktionsplan der EU (2000-2004) sind in diesem Programm acht Ziele aufgeführt, die darauf ausgerichtet sind, Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage zu stärken, die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Bekämpfung des illegalen Handels mit Suchtstoffen und psychotropen Substanzen zu erhöhen und Maßnahmen zur Stärkung der nationalen Koordinierungsstrukturen und der internationalen Zusammenarbeit einzuleiten. Im Bereich der Reduzierung der Nachfrage legt das Programm besondere Betonung auf Ziele, die sich mit denen der EU-Strategie decken, wie z. B. präventive Maßnahmen zum Schutz Jugendlicher, Verbesserung verschiedener Maßnahmen zur Rehabilitation und gesellschaftlichen Wiedereingliederung, Linderung der gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums usw. Außerdem wird die Notwendigkeit betont, die Maßnahmen zu evaluieren und Überwachungsmechanismen einzurichten.

### Slowakei

Das *Nationale Programm zur Bekämpfung des Drogenproblems bis 2003 (mit Verlängerungsmöglichkeit bis 2008)* ist ein Dokument, das nach der Umsetzung des ersten nationalen Programms (1995-1999) verabschiedet wurde. Ziel dieses Programms ist es, ein Gleichgewicht zwischen den Maßnahmen zur Reduzierung des Angebots und der Nachfrage herzustellen. Dies soll durch folgende vier Zielsetzungen erreicht werden: primäre Prävention, Behandlung und gesellschaftliche Wiedereingliederung; Reduzierung des Drogenangebotes und Strafverfolgung bei der Drogenbekämpfung; Einsatz der

Massenmedien und internationale Zusammenarbeit, wobei die Vorbereitung auf den Beitritt und die Notwendigkeit einer ständigen Zusammenarbeit mit der EU und ihren Einrichtungen, einschließlich der EBDD, als Priorität angesehen wird. Im Programm wird auch die Notwendigkeit der Umsetzung der Beschlüsse angesprochen, die auf der 20. Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen gefasst wurden. Die Maßnahmen des Programms sollen hauptsächlich mit folgenden Mitteln finanziert werden: staatliche Mittel für das Gesundheitswesen, insbesondere zur Finanzierung von präventiven Maßnahmen; Mittel aus dem Antidrogenfonds, insbesondere für Maßnahmen von NRO im Bereich der Rehabilitation und Nachsorge; Mittel aus dem Staatshaushalt hauptsächlich für Ministerien oder für die Umsetzung der im Programm beschriebenen Projekte.

### Geldwäsche

Die meisten Beitrittskandidaten aus Mittel- und Osteuropa haben Maßnahmen zur Bekämpfung der Geldwä-

sche umgesetzt. Fast alle haben den rechtlichen, institutionellen und justiziellen Rahmen zur Verhinderung der Geldwäsche geschaffen und verfügen über Meldestellen für Geldwäsche (auch als „Finanzermittlungsdienststellen“ oder „FIU“ bezeichnet), die in den vergangenen zwei Jahren eingesetzt oder weiter gestärkt wurden. Die meisten dieser Meldestellen wurden als vollwertige Mitglieder der Egmont-Gruppe<sup>(32)</sup> offiziell anerkannt und können somit als Mitglieder angesehen werden, die in vollem Einklang mit den Normen und Verfahren der EU stehen und überwiegend in der Lage sind, ihren künftigen Verpflichtungen gegenüber der EU nachzukommen.

In Rumänien traten 1999 neue Gesetze zur Bekämpfung der Geldwäsche in Kraft, und im Jahr 2000 wurden entsprechende Gesetze in der Slowakei und Polen vom Parlament angenommen. Im Jahr 1999 wurde das bulgarische Bankengesetz abgeändert, und in der Tschechischen Republik trat im Jahr 2000 ein Nachtrag zum Geldwäschegesetz in Kraft.

## Zusammenfassung

Obwohl in den MOEL der rechtliche und institutionelle Rahmen geschaffen wurde, sind die Möglichkeiten für die wirksame Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen sowie die verfügbaren Mittel insgesamt immer noch sehr begrenzt. Die niedrige Einsatzbereitschaft der nationalen Koordinierungsmechanismen in einigen Ländern verhindert eine wirksame Umsetzung der politischen Maßnahmen, und zudem gibt es Mängel in der regionalen Zusammenarbeit. In den meisten Ländern können die entsprechenden Einrichtungen das Drogenproblem daher nicht effektiv bekämpfen und sich nicht wirksam an den Maßnahmen zur internationalen Zusammenarbeit beteiligen, die auf die Abwehr der Gefahr von jenseits der

Landesgrenzen zielen, mit denen sowohl die MOEL als auch die EU konfrontiert sind. Daher kommt es entscheidend darauf an, dass die betroffenen Länder ihre Politiken, Einrichtungen und Koordinierungsmechanismen stärken und die notwendigen Ressourcen dafür bereitstellen. Zur weiteren Verstärkung dieses Prozesses im Jahr 2000 hat die Europäische Kommission weitere 1 Mio. EUR für jeden Beitrittskandidaten zur Entwicklung einer spezifischen Drogenstrategie im Rahmen ihrer nationalen Phare-Programme bereitgestellt. Die meisten Projekte werden in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten der EU entwickelt.

<sup>(32)</sup> Die Egmont-Gruppe ist eine 1995 gegründete informelle Organisation, die das Ziel hat, ein Forum für die FIU bereitzustellen, das diesen dabei helfen soll, ihre eigenen nationalen Programme der Geldwäschebekämpfung zu verbessern. Zurzeit gehören dieser Gruppe 53 FIU an.

# Knotenpunkte des Reitox-Netzes

**Österreich** — Sabine Haas  
ÖBIG — Österreichisches  
Bundesinstitut für Gesundheits-  
wesen  
Stubenring 6  
A-1010 Wien  
Tel. (43-1) 515 61-160  
Fax (43-1) 513 84 72  
E-mail: HAAS@oebig.at

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

**Dänemark** — Thomas Clement  
National Board of Health  
Amaliegade 13 — Post Box 2020  
DK-1012 Copenhagen  
Tel. (45-33) 48 76 82  
Fax (45-33) 48 75 33  
E-mail: tcl@sst.dk  
Kari Grasaasen —  
Tel. (45-33) 48 76 54  
Fax (45-33) 48 75 33  
E-mail: kag@sst.dk

**Finnland** — Ari Virtanen  
National Research and  
Development Centre for Welfare  
and Health  
PO Box 220  
FIN-00531 Helsinki  
Tel. (358-9) 39 67 23 78  
Fax (358-9) 39 67 23 24  
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

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

**Deutschland** — Roland Simon  
Institut für Therapieforschung  
Parzivalstraße 25  
D-80804 München  
Tel. (49-89) 36 08 04-40  
Fax (49-89) 36 08 04-49  
E-mail: Simon@ift.de

**Griechenland** — Manina Terzidou  
*Official address*  
University of Mental Health  
Research Institute (UMHRI)  
Eginitou 12  
GR-11528 Athina  
Tel. (30-10) 653 69 02  
Fax (30-10) 653 72 73  
*Postal address*  
Greek Reitox Focal Point  
PO Box 66 517  
GR-15601 Papagou  
Tel. (30-10) 617 00 14/653 69 02  
Fax (30-10) 653 72 73  
E-mail: ektepn@hol.gr

**Irland** — Hamish Sinclair  
Drug Misuse Research Division  
Health Research Board  
73 Lower Baggot Street  
Dublin 2  
Ireland  
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 163  
Fax (353-1) 661 18 56  
E-mail: Hsinclair@HRB.ie

**Italien** — Franco Scarpino  
'Prevention and Rehabilitation  
Activities Coordination Unit' of  
the Department for Social Affairs of  
the Presidency of the Council  
of Ministers  
Via Veneto, 56  
I-00187 Rome  
Tel. (39) 06 48 16 14 95/16 16 30  
Fax (39) 06 482 49 34  
E-mail:  
puntofocale@minwelfare.it

**Luxemburg** — Alain Origer  
Direction de la santé —  
EMCDDA Focal Point  
Luxembourg  
Allée Marconi — Villa Louvigny  
L-2120 Luxembourg  
Tel. (352) 47 85 625  
Fax (352) 46 79 65  
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

**Portugal** — Elza Pais  
(Responsible Head FP)  
Maria Moreira  
(Operational contact person)  
Instituto Português da Droga e da  
Toxicoddependência (IPDT)  
Av. João Crisóstomo, 14  
P-1000 — 179 Lisboa  
Tel. (351) 213 10 41 00  
(M. Moreira/41 26)  
Fax: (351) 213 10 41 90  
E-mail: mmoreira@mail.ipdt.pt

**Spanien** —  
Elena Garzón  
Government Delegation to the  
National Plan on Drugs —  
(DGPND)  
C/Recoletos, 22  
E-28001 Madrid  
Tel. (34) 915 37 27 25  
Fax (34) 915 37 26 95  
Ana Andrés Ballesteros —  
direct tel. (34-91) 537 26 86  
E-mail: egarzon@pnd.mir.es

**Schweden** — Bertil Petterson  
National Institute of Public Health  
S-103 52 Stockholm  
Tel. (46-8) 56 61 35 13  
Fax (46-8) 56 61 35 05  
Mobile (46-70) 483 35 13  
E-mail: Bertil.Petterson@fhi.se

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

**Norwegen** — Knut Brofoss  
National Research Center (SIRUS) —  
SIFA  
Øvre Slottsgate 2B  
N-0157 Oslo  
Tel. (47-22) 34 04 00  
Fax (47-22) 34 04 01  
E-mail: postmaster@sirus.no

**Vereinigtes Königreich** —  
Nicholas Dorn  
DrugScope  
Waterbridge House  
32-36 Loman Street  
London SE1 OEE  
United Kingdom  
Tel. (44-20) 79 28 12 11  
Fax (44-20) 79 28 17 71  
E-mail: Nicholas@DrugScope.org.uk

---

**Europäische Kommission** — Timo Jetsu  
European Commission  
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit  
Rue de la Loi/Weststraat 200  
(Lx — 46 3/186)  
B-1049 Brussels  
Tel. (32-2) 29-95784  
Fax (32-2) 29-53205  
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

**Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union 2001**

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

2001 – 63 S. – 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-112-1

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

**BELGIQUE/BELGIË**

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

**La librairie européenne/  
 De Europese Boekhandel**

Rue de la Loi 244/Wetstraat 244  
 B-1040 Bruxelles/Brussel  
 Tél. (32-2) 295 26 39  
 Fax (32-2) 705 08 60  
 E-mail: mail@libeurop.be  
 URL: <http://www.libeurop.be>

**Moniteur belge/Belgisch Staatsblad**

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

**DANMARK**

**J. H. Schultz Information A/S**

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

**DEUTSCHLAND**

**Bundesanzeiger Verlag GmbH**

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

**ΕΛΛΑΔΑ/GREECE**

**G. C. Eleftheroudakis SA**

International Bookstore  
 Panepistimiou 17  
 GR-10564 Athina  
 Tel. (30-1) 351 41 80/1/2/3/4/5  
 Fax (30-1) 323 98 21  
 E-mail: elebooks@netor.gr  
 URL: <http://www.hellasnet.gr>

**ESPAÑA**

**Boletín Oficial del Estado**

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

**Mundi Prensa Libros, SA**

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

**FRANCE**

**Journal officiel**

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

**IRELAND**

**Alan Hanna's Bookshop**

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

**ITALIA**

**Licosa SpA**

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

**LUXEMBOURG**

**Messagerie du livre SARL**

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

**NEDERLAND**

**SDU Servicecentrum Uitgevers**

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

**ÖSTERREICH**

**Manz'sche Verlags- und  
 Universitätsbuchhandlung GmbH**

Kohlmarkt 16  
 A-1014 Wien  
 Tel. (43-1) 53 16 11 00  
 Fax (43-1) 53 16 11 67  
 E-Mail: manz@schwinge.at  
 URL: <http://www.manz.at>

**PORTUGAL**

**Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª**

Grupo Bertrand, SA  
 Rua das Terras dos Vales, 4-A  
 Apartado 60037  
 P-2700 Amadora  
 Tel. (351) 214 95 87 87  
 Fax (351) 213 94 57 50  
 E-mail: dlb@ip.pt

**Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA**

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

**SUOMI/FINLAND**

**Akateeminen Kirjakauppa/  
 Akademiska Bokhandeln**

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

**SVERIGE**

**BTJ AB**

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

**UNITED KINGDOM**

**The Stationery Office Ltd**

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

**ÍSLAND**

**Bokabud Larusar Blöndal**

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

**NORGE**

**Swets Blackwell AS**

Østenjoveien 18  
 Boks 6512 Etterstad  
 N-0606 Oslo  
 Tel. (47) 22 97 45 00  
 Fax (47) 22 97 45 45  
 E-mail: info@no.swetsblackwell.com

**SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA**

**Euro Info Center Schweiz**

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

**BÄLGARIJA**

**Europress Euromedia Ltd**

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

**ČESKÁ REPUBLIKA**

**ÚVIS**

odd. Publikaci  
 Havelkova 22  
 CZ-130 00 Praha 3  
 Tel. (420-2) 22 72 37 34  
 Fax (420-2) 22 71 57 38  
 URL: <http://www.uvis.cz>

**CYPRUS**

**Cyprus Chamber of Commerce and Industry**

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

**ESTI**

**Eesti Kaubandus-Tööstuskoda**

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

**HRVATSKA**

**Mediatrade Ltd**

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

**MAGYARORSZÁG**

**Euro Info Service**

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

**MALTA**

**Miller Distributors Ltd**

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

**POLSKA**

**Ars Polonia**

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

**ROMÂNIA**

**Euromedia**

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

**SLOVAKIA**

**Centrum VTI SR**

Nám. Slobody, 19  
 SK-81223 Bratislava  
 Tel. (421-7) 54 41 83 64  
 Fax (421-7) 54 41 83 64  
 E-mail: europ@ttb1.sltk.stuba.sk  
 URL: <http://www.sltk.stuba.sk>

**SLOVENIJA**

**Gospodarski Vestnik**

Dunajska cesta 5  
 SLO-1000 Ljubljana  
 Tel. (386) 613 09 16 40  
 Fax (386) 613 09 16 45  
 E-mail: europ@gvestnik.si  
 URL: <http://www.gvestnik.si>

**TÜRKIYE**

**Dünya Infotel AS**

100, Yil Mahallesi 34440  
 TR-80050 Bagcilar-Istanbul  
 Tel. (90-212) 629 46 89  
 Fax (90-212) 629 46 27  
 E-mail: infotel@dunya-gazete.com.tr

**ARGENTINA**

**World Publications SA**

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

**AUSTRALIA**

**Hunter Publications**

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

**BRESIL**

**Livraria Camões**

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

**CANADA**

**Les éditions La Liberté Inc.**

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

**Renouf Publishing Co. Ltd**

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

**EGYPT**

**The Middle East Observer**

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

**INDIA**

**EBIC India**

3rd Floor, Y. B. Chavan Centre  
 Gen. J. Bhosale Marg.  
 Mumbai 400 021  
 Tel. (91-22) 282 60 64  
 Fax (91-22) 285 45 64  
 E-mail: ebicindia@vsnl.com  
 URL: <http://www.ebicindia.com>

**JAPAN**

**PSI-Japan**

Asahi Sanbancho Plaza #206  
 7-1 Sanbancho, Chiyoda-ku  
 Tokyo 102  
 Tel. (81-3) 32 34 69 21  
 Fax (81-3) 32 34 69 15  
 E-mail: books@psi-japan.co.jp  
 URL: <http://www.psi-japan.co.jp>

**MALAYSIA**

**EBIC Malaysia**

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

**MÉXICO**

**Mundi Prensa México, SA de CV**

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

**PHILIPPINES**

**EBIC Philippines**

19th Floor, PS Bank Tower  
 Sen. Gil J. Puyat Ave. cor. Tindalo St.  
 Makati City  
 Metro Manila  
 Tel. (63-2) 759 66 80  
 Fax (63-2) 759 66 90  
 E-mail: eccpcom@globe.com.ph  
 URL: <http://www.eccp.com>

**SOUTH AFRICA**

**Eurochamber of Commerce in South Africa**

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

**SOUTH KOREA**

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

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

**SRI LANKA**

**EBIC Sri Lanka**

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

**UNITED STATES OF AMERICA**

**Bernan Associates**

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

**ANDERE LÄNDER/OTHER COUNTRIES/  
 AUTRES PAYS**

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

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

## Über die EBDD

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

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

Die wesentlichen Aufgaben der Beobachtungsstelle sind:

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

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

### Die EBDD online

Eine interaktive Online-Fassung des Jahresberichts 2001 ist auch unter <http://www.emcdda.org> abrufbar. Diese Fassung enthält Links zu Datenquellen, Berichten und Hintergrunddokumenten, auf deren Grundlage der vorliegende Bericht erstellt wurde.

Die EBDD bietet über ihre Webseite detaillierte Informationen über den Drogenkonsum in Europa, Publikationen in allen elf Amtssprachen der EU, die aus dem Internet heruntergeladen werden können, sowie Links zu spezialisierten Drogenberatungs- und Informationsstellen innerhalb und außerhalb Europas und den freien Zugang zu fachspezifischen Datenbanken an.



AMT FÜR AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN  
DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-112-1



9 789291 681129 >