



E . B . D . D .

**Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht**

Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union

1999

Rechtlicher Hinweis

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) sowie natürliche oder juristische Personen, die im Auftrag der Behörde handeln, übernehmen weder direkt noch indirekt Verantwortung für die Art und Weise, wie die in diesem Dokument enthaltenen Informationen genutzt werden. Der Inhalt dieser Veröffentlichung gibt nicht die Meinung der EBDD in bezug auf den rechtlichen Status eines Landes, Gebiets, einer Stadt oder eines Kreises oder deren Behörden einschließlich des Grenzverlaufs wieder.

Wenn nicht anders angegeben, spiegelt diese Veröffentlichung einschließlich etwaiger Empfehlungen oder Meinungsäußerungen nicht die Politik der EBDD, ihrer Partner, eines EU-Mitgliedstaates bzw. eines Organs oder einer Einrichtung der Europäischen Union oder der Europäischen Gemeinschaften wider.

Informationen über die EBDD können über ihre Website eingeholt werden (<http://www.emcdda.org>).

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

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

Bibliographische Daten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 1999

ISBN 92-9168-077-X

© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 1999
Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Printed in Belgium



Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lissabon

Tel. (351) 21 811 30 00

Fax (351) 21 813 17 11

E-Mail: info@emcdda.org

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

Vorwort

Ich freue mich, den vierten Jahresbericht der EBDD vorstellen zu können. Der Jahresbericht 1999, der vierte, den die Beobachtungsstelle herausgibt, weist gegenüber dem des Vorjahres einige kleine Änderungen in Form und Inhalt auf. Diese sind vorgenommen worden, um den schnellen Entwicklungen bei den Trends und Mustern des Drogenkonsums in Europa deutlicher Rechnung zu tragen und ein breiteres Lesepublikum zu erreichen. Unser Ziel ist es, aktuelle Informationen hoher Qualität als Grundlage für solide Entscheidungsfindungen bereitzustellen. Die Sammlung und Zusammenstellung objektiver, vergleichbarer und zuverlässiger Informationen ebenso wie die Errichtung der lokalen, nationalen und europäischen Netze, über die diese Informationen eingeholt werden können, erfordern viel Zeit und Mühe.

Den Aktivitäten zur Suchtprävention und zur Drogenproblematik kommt nach wie vor ein hoher Rang zu, in Europa ebenso wie in anderen Teilen der Welt. Im Verlauf des Jahres 1998 wurden beträchtliche Fortschritte gemacht. Auf der Drogenondersitzung der UN-Vollversammlung (8.-10. Juni 1998) hat die Weltgemeinschaft ihre Entschlossenheit bekräftigt, sich dem weltweiten Drogenproblem in einem Geist der Zusammenarbeit und der Ausgewogenheit zu widmen. Die Annahme einer politischen Erklärung über die Grundsätze der Reduzierung der Drogennachfrage durch 185 teilnehmende Staaten bedeutete einen erheblichen Fortschritt in der internationalen Drogendebatte. Mit dieser Erklärung wurde die Reduzierung der Drogennachfrage erstmals auf dieser Ebene als unverzichtbarer Bestandteil jedes globalen Konzepts zur Lösung des weltweiten Drogenproblems anerkannt. Die Vollversammlung forderte die Suchtstoff-Kommission („Commission on Narcotic Drugs“) auf, einen auf der Grundlage dieser Erklärung erstellten Aktionsplan zu prüfen. Das Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP) legte dazu einen vorläufigen Entwurf vor, der im Dezember 1998 von einer zwischenstaatlichen Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit Fachorganisationen, darunter der EBDD, diskutiert und überarbeitet wurde.

Die 42. Sitzung der Suchtstoff-Kommission (1) endete mit der Annahme einer Resolution zum ersten Aktionsprogramm der Vereinten Nationen zur Reduzierung der Drogennachfrage. Zentrale Punkte des Programms sind die Ermittlung, Bewertung und Verbreitung von Informationen über die Ursachen und Folgen des Drogenkonsums, Mechanismen zur Koordinierung und Teilnahme aller einschlägigen Behörden und Bereiche der Gesellschaft, die Durchführung von Forschungsprojekten und die Verbreitung der Ergebnisse, die Entwicklung zielgruppenorientierter Programme, die von der Warnung vor einem Einstieg in den Drogenkonsum bis zur Linderung der negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen des Drogengebrauchs reichen, die Verbesserung des Informations- und Leistungsangebots für die Öffentlichkeit und insbesondere die Drogenkonsumenten sowie die Entwicklung von Evaluationsstrategien.

Maßnahmen gegen den Drogenhandel und den Drogenmißbrauch hatten auch innerhalb der Europäischen Union hohe Priorität. Mit dem Europol-Übereinkommen, das nach Abschluß des Ratifizierungsverfahrens durch die Mitgliedstaaten (Juni 1998) am 1. Oktober 1998 in Kraft getreten ist, verfügt die EU nunmehr über ein weiteres Instrument zur Verhütung und Bekämpfung des illegalen Drogenhandels. Die Koordinierung und Realisierung einer dritten Europäischen Woche der Suchtprävention während der österreichischen EU-Präsidentschaft war ein wichtiger Schritt zur Implementierung des ersten Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Verhütung von Drogenabhängigkeit.

Das Vereinigte Königreich und Österreich spielten während ihrer jeweiligen Ratspräsidentschaft eine zentrale Rolle bei der Entwicklung eines breiten Spektrums von Initiativen. Zu Beginn des Jahres 1998 forderte die britische Präsidentschaft die Mitglieder der Horizontalen Drogengruppe (HDG) auf, ihre voraussichtlichen Prioritäten für eine europäische Drogenstrategie für die Zeit nach 1999 zu skizzieren. Die HDG (2) wirkte

(1) Wien, 16.-25. März 1999.

(2) Die Horizontale Drogengruppe (HDG) wurde im Februar 1997 vom Ausschuß der Ständigen Vertreter (ASTV) als Forum zur Koordinierung der Aktivitäten der Union auf dem Gebiet der Drogenbekämpfung, insbesondere ihrer säulenübergreifenden Aspekte, ins Leben gerufen. Im Jahre 1998 ist die HDG 11mal zusammengekommen.

als Koordinator für die Beiträge der Europäischen Union zur Drogenondersitzung der UN-Vollversammlung. Der Europäische Rat von Cardiff ⁽³⁾ bestätigte eine Reihe von Schlüsselementen für eine Strategie der Europäischen Union für den Zeitraum 2000-2004 zur Behandlung des Problems in allen seinen Aspekten ⁽⁴⁾. Die österreichische Präsidentschaft knüpfte an diese Arbeiten an, und der Europäische Rat von Wien ⁽⁵⁾ forderte – nach Prüfung des Berichts der österreichischen Präsidentschaft über Drogen und mit Drogen zusammenhängende Probleme – die Europäischen Organe auf, unter Nutzung der vom Vertrag von Amsterdam eröffneten neuen Möglichkeiten weiter an einem integrierten und ausgewogenen Konzept für die Zeit nach 1999 zu arbeiten. Der Rat forderte ausdrücklich, dabei die Fachkompetenz der EBDD in vollem Umfang zu nutzen.

Das Europäische Parlament hat den Bericht des Rates geprüft und dazu eine Entschließung abgegeben ⁽⁶⁾. Darin verwies es insbesondere auf die Notwendigkeit, ein Höchstmaß an Synergie zwischen allen diesbezüglichen Aktivitäten der Gemeinschaft sicherzustellen, und forderte die Kommission und den Rat auf, alle Initiativen zur Drogenproblematik in einem einzigen Dokument zusammenzufassen. In seiner Entschließung zum Jahresbericht 1997 der EBDD ⁽⁷⁾ unterstrich das Europäische Parlament die Forderung nach zuverlässigen und vergleichbaren Daten über den Drogenkonsum.

Die Drogenstrategie der Europäischen Union für die Zeit nach 1999 sieht ein multidisziplinär ausgerichtetes Vorgehen auf der Grundlage eines integrierten und ausgewogenen Ansatzes vor. Sie umfaßt eine Reihe von Maßnahmen zur Reduzierung von Nachfrage und Angebot mit internationaler Zusammenarbeit in allen drei Säulen der EU. Sowohl das Europäische Parlament als auch der Rat haben auf die zentrale Bedeutung der Verbesserung der Zusammenarbeit mit den EU-Beitrittskandidaten und der Unterstützung dieser Länder bei der Übernahme des *gemeinschaftlichen Besitzstandes* im Drogenbereich hingewiesen.

Die Kommission hat bei der Erarbeitung ihres Vorschlags für einen EU-Aktionsplan zur Drogenbekämpfung (2000-2004) auf die Arbeiten der Beobachtungsstelle im Zeitraum 1995-1999 und auf die Stellungnahmen des Europäischen Parlaments und des Rates zurückgegriffen. Der Aktionsplan weist der EBDD eine wichtige Rolle bei der Beschaffung einschlägiger Informationen für die Europäischen Organe und die Mitgliedstaaten zu und merkt an, daß das Ausmaß und die Größenordnung des Drogenphänomens dank der wertvollen Arbeit der EBDD jetzt besser bekannt ist.

Hier ist auch auf das 1998 angelaufene Fünfte Forschungsrahmenprogramm der Kommission hinzuweisen. Dieses schließt Forschungsarbeiten zu den psychologischen und sozioökonomischen Faktoren ein, die beim Drogenkonsum eine Rolle spielen, um so zu einem besseren Verständnis der gesundheitlichen und sozialen Langzeitfolgen und zur Anwendung effektiverer Behandlungsstrategien zu kommen.

Im Rahmen des Programms Phare sind Anstrengungen zur Entwicklung von Informationssystemen zur Sammlung, Aufbereitung und Verbreitung von Daten zum Drogenkonsum und zur Herstellung von Konvergenz zwischen den von den mittel- und osteuropäischen Ländern (MOEL) erhobenen Daten und den derzeitigen Aufgaben des von der EBDD betriebenen Netzes der nationalen Reitox-Knotenpunkte unternommen worden. Hier bleibt noch viel zu tun, und die Beobachtungsstelle und ihre Partner sind sich bewußt, daß sie vor einer wichtigen neuen Herausforderung stehen.

Die EBDD wird in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Knotenpunkten des Reitox-Netzes ihre Anstrengungen auch weiterhin auf die regelmäßige Sammlung, Analyse und Verbreitung von Daten auf europäischer Ebene, auf die Verbesserung der Methoden für den Datenvergleich, auf die Implementierung harmonisierter epidemiologischer Schlüsselindikatoren, auf die systematische und wissenschaftliche Evaluation von

⁽³⁾ 15. und 16. Juni 1998 — Schlußfolgerungen des Vorsitzes.

⁽⁴⁾ Auf der Grundlage des Berichts des Rates an den Europäischen Rat über die Tätigkeit unter britischer Präsidentschaft in bezug auf Drogen und mit Drogen zusammenhängende Probleme, einschließlich der Hauptkomponenten einer EU-Drogenstrategie für die Zeit nach 1999 (7930/2/98 rev. 2).

⁽⁵⁾ 11. und 12. Dezember 1998.

⁽⁶⁾ Entschließung des Europäischen Parlaments zum Bericht des Rates – einschließlich der Hauptkomponenten einer EU-Strategie für die Zeit nach 1999 – an den Europäischen Rat über die Tätigkeit unter britischer Präsidentschaft in bezug auf Drogen und mit Drogen zusammenhängende Probleme (7930/2/98 – C4-0409/98).

⁽⁷⁾ Entschließung zu dem Jahresbericht 1997 der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union (C4-0552/97).

Vorwort

Initiativen zur Reduzierung der Nachfrage und auf die Zusammenarbeit mit europäischen und internationalen Einrichtungen und Organisationen konzentrieren.

Zu den Hauptaufgaben der Beobachtungsstelle gehören im Bereich der Epidemiologie die Implementierung von fünf harmonisierten Schlüsselindikatoren (Behandlungsnachfrage seitens der Drogenkonsumenten; drogenbedingte Sterblichkeit, Mortalität und Todesursachen bei den Drogenkonsumenten; Inzidenz von drogenbedingten Infektionskrankheiten; Vergleichbarkeit von Erhebungen zum Drogenkonsum, zu den Konsumgewohnheiten und zu den Einstellungen einer breiten Öffentlichkeit; Vergleichbarkeit der Schätzwerte zur Prävalenz des problematischen Drogenkonsums). Die Erweiterung der Europäischen Datenbank zu Nachfragereduzierungsmaßnahmen EDDRA ist das wichtigste Projekt für die Ermittlung, Bewertung und Propagierung von Routinemethoden für die wissenschaftliche Evaluation im Bereich der Nachfragereduzierung. Die wissenschaftlichen Arbeiten und die Zusammenarbeit mit den

Partnereinrichtungen bei der Implementierung der gemeinsamen Maßnahme zu den neuen synthetischen Drogen werden ebenso fortgesetzt wie die Arbeiten zur Erstellung und Veröffentlichung dieses Jahresberichts und einer Serie von wissenschaftlichen Monographien und anderen Studien.

Ich bin davon überzeugt, daß dieser Bericht die bedeutenden Fortschritte, die die Beobachtungsstelle seit ihrer Gründung gemacht hat, widerspiegelt. Diese waren nur möglich durch das Engagement und die harte Arbeit allerer, die auf allen Ebenen überall in der Europäischen Union an diesem Entwicklungsprozeß mitgewirkt haben. Ich bin zuversichtlich, daß die EBDD jetzt eine Position erreicht hat, von der aus sie sich den Herausforderungen, die das nächste Jahrtausend unweigerlich bringen wird, stellen kann.

Georges Estievenart

Direktor
EBDD

Danksagungen

Die EBDD dankt folgenden Institutionen und Personen, die mit ihren Beiträgen diesen Bericht erst möglich gemacht haben:

den Leitern der nationalen Knotenpunkte des Reitox-Netzes und deren Mitarbeitern,

den Dienststellen der einzelnen Mitgliedstaaten, die die Rohdaten für den Bericht gesammelt haben,

dem Vorsitzenden, stellvertretenden Vorsitzenden und den Mitgliedern des Verwaltungsrats
und des Wissenschaftlichen Beirats der EBDD,

dem Europäischen Parlament, dem Rat der Europäischen Union –
insbesondere seiner Horizontalen Drogengruppe –
und der Europäischen Kommission,

der Pompidou-Gruppe des Europarates,
dem Internationalen Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen,
der Weltgesundheitsorganisation, Europol,
Interpol und der Weltzollorganisation,

dem Übersetzungszentrum für die Einrichtungen der Europäischen Union und
dem Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften,

Nicholas Dorn, Harry Shapiro, Margie Lindsay,
Andrew Haig, Lynda Durrant und Ian Roberts

Inhaltsverzeichnis

KAPITEL 1	9
Trends beim Drogenkonsum – Probleme und Antworten	9
Prävalenz und Muster des problematischen Drogenkonsums	9
Therapeutische Antworten	10
Antworten der Gemeinschaft	11
Herausforderungen für die Gesundheitssysteme	12
Drogenkonsumenten und Strafvollzug	13
Prävention und Gesundheitserziehung	13
Entwicklungen in der Drogenpolitik	13
Information, Evaluation und Forschung	16
KAPITEL 2	17
Prävalenz, Muster und Auswirkungen des Drogenkonsums	17
Prävalenz des Drogenkonsums	17
Indikatoren für die Auswirkungen auf die Gesundheit	20
Indikatoren für die Verfolgung von Straftaten	25
Indikatoren für den Drogenmarkt	26
KAPITEL 3	28
Bewährte Initiativen gegen Drogenmißbrauch in der EU	28
Europäische Woche der Suchtprävention	28
Prävention und politische Veranstaltungen	28
Follow-up	30
Cannabis: Trends und Antworten	30
Konsummuster	31
Sicherstellungen	32
Wirkstärke	32
Behandlung	32
Prävention	33
Debatten und Diskussionen	33
Synthetische Drogen: Entwicklungen und Antworten	34
Was sind synthetische Drogen?	34
Was ist Ecstasy?	34
Prävalenz des Konsums synthetischer Drogen	36
Neueste Trends	36
Maßnahmen zur Nachfragereduzierung	37

Trends beim Drogenkonsum – Probleme und Antworten

Die nationalen, regionalen und lokalen Politiken zur Prävention des Drogenmißbrauchs und der Drogensucht sowie die Unterstützung und Behandlung von Drogenkonsumenten sind überall in der Europäischen Union (EU) im Wandel begriffen. Auf allen Ebenen und in allen Sektoren werden verstärkte Anstrengungen unternommen, um die Kooperation und die Koordination zwischen den Bereichen Bildungswesen, Gesundheitswesen, Sozialhilfe und Justiz effektiver und effizienter zu gestalten.

Trotz der zwischen den einzelnen EU-Mitgliedstaaten, zwischen den Drogenkonsumenten und in den Mustern des Drogenkonsums bestehenden großen Unterschiede zeichnen sich innerhalb der Union einige klare Trends beim Drogenkonsum, aber auch die Auswirkungen dieses Phänomens ab. Nähere Angaben zu den Mustern und Auswirkungen des Drogenkonsums werden in Kapitel 2 gemacht.

Prävalenz und Muster des problematischen Drogenkonsums

Die Hauptsubstanz ist nach den Indikatoren für den problematischen Drogenkonsum in den meisten Mitgliedstaaten Heroin. In einigen nördlichen Ländern spielen bei den Konsumenten, die eine Therapie aufnehmen, Amphetamine eine signifikante Rolle, obgleich bei Fällen einer Überdosierung und bei drogenbedingten Infektionskrankheiten häufig auch Heroin im Spiel ist. Die Schätzwerte zur Gesamtzahl (Prävalenz) der Konsumenten problematischer Drogen betreffen deshalb in hohem Maße den problematischen Konsum von Opiaten.

Erhebungen – auch wenn diese im allgemeinen als Instrument zur Messung des problematischen Drogenkonsums unzuverlässig sind – haben ergeben, daß bis zu

1 % der Gesamtbevölkerung und 1 bis 2 % der Schüler oder Jugendlichen in der EU Heroin oder ein anderes illegales Opiat schon einmal ausprobiert haben. Die Gesamtzahl der Menschen, die zumindest einmal Heroin ausprobiert haben, könnte somit in der Größenordnung von 3 bis 5 Millionen liegen.

Die Gesamtprävalenz des problematischen Drogenkonsums scheint in den meisten EU-Mitgliedstaaten im großen und ganzen konstant zu sein, obwohl nach wie vor neue Fälle hinzukommen, die aber durch andere, die abstinent werden oder versterben, wieder kompensiert werden. Die Schätzung für die EU als Ganzes (1 bis 1,5 Millionen bei einer Gesamtbevölkerung von etwa 375 Millionen) liegt aufgrund neuer oder verbesserter Schätzungen aus einer größeren Zahl von Ländern höher als in den vorausgegangenen Jahresberichten. Da die meisten der zur Schätzung der Prävalenz verwendeten Indikatoren eher für die Aufspürung von intravenös Drogenabhängigen konzipiert sind, ist die Anzahl der Heroinraucher hier möglicherweise zu niedrig angegeben.

Die bekannte oder in einer Therapie befindliche Population ist vorwiegend männlich und hat ein Durchschnittsalter von etwa 30 Jahren. Die Anzahl steigt in den meisten Mitgliedstaaten leicht an, doch ist dieser Trend möglicherweise zum Teil das Ergebnis einer verlängerten Substitutionstherapie. Für diese Population werden auch schwere

Definition des Begriffs „problematischer Drogenkonsum“

„Problematischer Drogenkonsum“ wird definiert als ein Drogenkonsum, der das Risiko schwerer physischer, psychologischer oder sozialer Folgen für den Konsumenten signifikant erhöht. Diese Definition schließt Drogenabhängigkeit mit ein, umfaßt aber auch Muster eines nicht abhängigen Konsums, die den Konsumenten veranlassen können, Hilfe zu suchen, oder die mit einer erhöhten Mortalität oder Morbidität verbunden sind, wie z. B. Überdosierungen oder Infektionskrankheiten.

Die von der EBDD zum Vergleich der Prävalenzschätzwerte zum problematischen Drogenkonsum verwendete Arbeitsdefinition ist auf den intravenösen Drogenkonsum oder den längeren/ regelmäßigen Konsum von Opiaten, Kokain oder Amphetaminen begrenzt. Aus praktischen Gründen werden Ecstasy und Cannabis in den Vergleich der Schätzwerte für verschiedene Länder nicht einbezogen, obgleich – wie an anderer Stelle in diesem Bericht dargestellt – der Konsum dieser Drogen durchaus auch mit persönlichen oder sozialen Problemen verbunden sein kann.

gesundheitliche und soziale Probleme (als Folge von Drogenmischkonsum), psychiatrische Begleiterkrankungen, Infektionskrankheiten, Straftaten, Haft und soziale Ausgrenzung angegeben.

Soziale Verteilung und Verbreitung

Der problematische Drogenkonsum ist innerhalb der einzelnen Länder und zwischen ihnen ungleich verteilt; große Unterschiede sind dabei in und zwischen den Städten festzustellen. Eine höhere Prävalenz besteht in der Regel in sozial vernachlässigten Gebieten, doch ist die Beziehung zwischen der Prävalenz und sozioökonomischen Faktoren komplexer Natur. Die Beziehung zwischen Heroinkonsum und dem Wohnen in verwahrlosten Stadtvierteln sollte nicht zu stark simplifiziert werden. Während Heroin im allgemeinen in Großstädten eine höhere Prävalenz hat, breitet es sich inzwischen

auch auf Kleinstädte und auf ländliche Gebiete aus. Es gibt auch Berichte über Heroinkonsum durch neue Gruppen, so z. B. Jugendliche aus sozial integrierten Verhältnissen, Konsumenten hoher Dosen von Ecstasy, Amphetaminen und anderen Drogen „zur Steigerung des Lebensgenusses“, Personen aus einigen Minderheitengruppen und ältere Menschen mit einem problematisch hohen Konsum von Alkohol und/oder Medikamenten.

Therapeutische Antworten

Herausforderungen für die Behandlungsdienste

Drogenmischkonsum, Begleiterkrankungen und eine alternde Bevölkerung sind Herausforderungen für die Behandlungsdienste. Diese Entwicklungen sind bei der Suche nach dem besten Konzept für eine Therapie von

Die französische Alternative

In Frankreich sind die ärztlichen Verordnungen von Buprenorphin seit Beginn dieser Behandlungsmethode im Jahre 1996 schnell angestiegen. Die französischen Allgemeinärzte verschreiben Buprenorphin etwa jedem dritten Heroinkonsumenten, der in ihre Sprechstunde kommt. Nach einer Evaluationsstudie läßt das soziale Umfeld dieser zumeist älteren Patienten (45 % dieser Patienten sind älter als 30 Jahre) in der Regel zu wünschen übrig.

Etwa 69 % dieser Patienten stehen auch nach einem Jahr noch unter der Kontrolle ihres behandelnden Arztes. Von diesen nehmen 9 von 10 Personen weiterhin Buprenorphin. Obwohl der Heroinkonsum insgesamt um 43 % zurückgegangen ist, hängt mehr als ein Fünftel der

Konsumenten weiter an der Heroinnadel, viele von ihnen holen sich zusätzlich ihre Buprenorphinspritze. Es wird vermutet, daß die Betroffenen sich weiter spritzen, weil sie von dem Ritual selbst und dessen sozialem Kontext („sich in Gemeinschaft spritzen“) abhängig sind und weil die Wirkung des Mittels bei oraler Anwendung unzureichend ist.

Zu Todesfällen ist es – so scheint es – vor allem nach einem Mischen von Buprenorphin und Benzodiazepinen gekommen, insbesondere in den Ländern, in denen die Substitutionstherapie in hohem Maße angewendet wird und in denen die Kombination mit Benzodiazepinen ebenfalls verbreitet ist.

hoher Qualität zu berücksichtigen. Mit den Veränderungen in den Mustern des Drogenkonsums steigt auch die Anzahl der Fälle, in denen eine Kombination von Maßnahmen angezeigt ist.

Grundversorgung

Überall in der EU wächst der Anteil des Systems der medizinischen Grundversorgung an der Betreuung von Drogenkonsumenten, vermutlich wegen der sich in vielen Ländern immer stärker verbreitenden Substitutionstherapie und knapper werdender Sozialbudgets. Gleichzeitig ist ein Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung festzustellen.

Heroinabhängigkeit und Substitutionstherapie

Die Substitutionstherapie für Opiatabhängige verbreitet sich in raschem Tempo und bezieht häufig Allgemeinärzte in die Behandlung mit ein. Es wird geschätzt, daß in der EU derzeit etwa 300 000 Personen eine Substitutionstherapie erhalten, meist mit Methadon. An die 20 % aller problematischen Opiatkonsumenten und 30 % der abhängigen Konsumenten in der EU befinden sich in einer Substitutionstherapie. Im Jahre 1998 ist in den Niederlanden ein Versuch angelaufen, aus einer streng medizinischen Indikation heraus Heroin einzusetzen. Heroin auf Rezept – dies war auch in Dänemark, Deutschland, Spanien und Luxemburg ein Diskussionsthema. Die EBDD wird 1999 eine eingehende Studie zur Substitutionstherapie in der EU herausbringen.

Auf dem Wege zu einigen Antworten?

Derzeit liegen Angaben zur Forschung und Evaluation der Behandlungsprozesse, deren Nutzen und zu den mit einer ordentlichen Behandlung zusammenhängenden Faktoren nur in begrenztem Umfang vor. Dazu gehören Angaben zur Qualität des Managements und der Organisation der Dienste, der Mitarbeiter sowie der multidisziplinären und institutionsübergreifenden Arbeit zur Gewährleistung funktionierender Beziehungen und Verbindungen zwischen den verschiedenen Einrichtungen vor Ort.

Methadon ist die in der EU weitaus am häufigsten angewendete Ersatzdroge, und es herrscht inzwischen weitgehende Einigkeit über den Nutzen einer Methadon-Erhaltungstherapie. Eine solche Therapie kann das psychologische und soziale Wohlbefinden verbessern, den illegalen Heroinkonsum und die Kriminalität senken sowie die Übertragungshäufigkeit des HIV-Virus verringern. Um die Rolle dieser Therapie bei der Senkung der Hepatitis-C-Infektionen zu bestimmen, sind jedoch noch

weitere Untersuchungen erforderlich. Im Laufe der letzten fünf Jahre hat die Anzahl der Arbeiten zur Evaluation dieser Therapie beachtlich zugenommen.

Antworten der Gemeinschaft

Viele der in der EU anzutreffenden Drogenkonsummuster gehen über den gelegentlichen oder intermittierenden Partykonsum hinaus, finden aber gewöhnlich keinen Niederschlag in solchen Indikatoren für den problematischen Konsum wie Therapienachfrage und gehen auch nicht in die Schätzungen zur Prävalenz des problematischen Drogenkonsums ein. Maßnahmen gegen den Drogenkonsum von Jugendlichen konzentrieren sich vor allem auf Fälle des Konsums synthetischer Drogen. Allerdings sind eine Reihe von Initiativen für „Gelegenheitskonsumenten“ verschiedener Drogen aus Belgien, Dänemark, Griechenland, Spanien, Frankreich und Österreich gemeldet worden. Dort wird in vielen Fällen versucht, die Jugendlichen in alternative Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Schulen einzubinden, sie für die Problematik des Griffs nach der Droge zu sensibilisieren und für andere Lebensentwürfe zu gewinnen sowie Peer-Gruppen, Eltern und Lehrer in die Aktionen einzubeziehen.

Soziale Ausgrenzung

Soziale Ausgrenzung und Drogenprobleme sind häufig Phänomene marginalisierter Gruppen und Einzelpersonen mit sich verschlechternden gesundheitlichen und sozialen Bedingungen der (häufig älteren) Betroffenen. Dies bedeutet, daß sowohl strukturelle als auch gezielte Maßnahmen erforderlich sind. Obwohl die Zunahme des Drogenkonsums bei relativ wohlhabenden Jugendlichen in den Medien eine gewisse Aufmerksamkeit gefunden hat, wissen die Drogenhilfsdienste, daß die Probleme vorwiegend in sozial marginalisierten Gruppen und benachteiligten Gebieten entstehen. In benachteiligten Gebieten wird mehr und mehr die Notwendigkeit eines koordinierten Vorgehens vor Ort unter Beteiligung von Schulen, Gesundheitseinrichtungen, der Sozialhilfe, Gerichten, Arbeitgebern und Nichtregierungsorganisationen (NRO) erkannt.

Aufsuchende Sozialarbeit und frühzeitiges Handeln

In einer Pilotstudie der EBDD wird die Frage untersucht, über welchen Zeitraum in Behandlung befindliche Heroinkonsumenten vor Behandlungsbeginn Erfahrungen mit der Droge hatten. Die Studie kommt zu dem Ergebnis,

Roma und Drogen

In Spanien verstärkt die Drogensucht bei den Roma, bei denen einige Gruppen besonders betroffen sind, die soziale, familiäre und kulturelle Fragmentierung und Entfremdung in einer ohnehin schon gefährdeten Gemeinschaft. Der Handel mit Drogen durch einige Angehörige dieser Bevölkerungsgruppe gibt zudem dem Stereotyp von den Roma als Dealern Auftrieb.

Drogenabhängige Roma kommen in der Regel nicht in den Genuß der ansonsten bereitstehenden Behandlungsmöglichkeiten und Hilfen zur Schadensminimierung. Die Folge ist eine höhere HIV-Infektionsrate in dieser Bevölkerungsgruppe. Immerhin gibt es inzwischen Methadon-Erhaltungsprogramme, die eine Lösung dieses Problems bringen könnten.

daß die Dauer der Drogenerfahrung vor der Behandlung um so länger ist, je niedriger das Alter beim Erstkonsum von Heroin war. Jüngere Heroinverbraucher suchen eine Behandlung erst nach 7 bis 8 Jahren oder noch später auf. Deshalb sind neu auftretende epidemische

Ausbreitungen unter jüngeren Menschen in den Indikatoren für eine Therapienachfrage nicht enthalten und haben die Behandlungsstellen nur wenig Kontakt mit dieser Gruppe. Aus diesem Umstand ergeben sich Fragen zur Verfügbarkeit, zu den Zugangsmöglichkeiten und zur Attraktivität der Behandlung und die Notwendigkeit, Hindernisse für den Zugang zu einer Behandlung, insbesondere bei jüngeren Konsumenten, zu untersuchen.

Herausforderungen für die Gesundheitssysteme

Mortalität und Morbidität

In den letzten Jahren werden in der EU offiziell jährlich 6 000 bis 7 000 drogenbedingte Todesfälle (Überdosis) registriert. Diese Zahl ist über die Jahre relativ konstant geblieben, obwohl innerhalb einzelner Länder Verschiebungen festzustellen sind. Bei der großen Mehrheit dieser Todesfälle geht es um Opiate, vor allem Heroin, obwohl häufig auch andere Substanzen wie z. B. Benzodiazepine und Alkohol beteiligt sind. Die tatsächliche Zahl der direkt auf eine akute Vergiftung zurückführbaren Todesfälle

Analyse der Behandlungsdaten mittels statistischer und mathematischer Modelle

Ein EBDD-Projekt hat die „Latenzzeit“ zwischen dem Erstkonsum von Opiaten (vor allem Heroin) und dem ersten Wunsch nach Behandlung in Amsterdam, Lissabon, London und Rom untersucht. Die nachstehende Tabelle mit den Ergebnissen für Rom zeigt, daß die mittlere Latenzzeit in Abhängigkeit vom Alter sehr unterschiedlich ist; sie ist bei Personen, die bereits in jungen Jahren mit dem Drogenkonsum begonnen haben, sehr viel länger. Auch innerhalb der einzelnen Altersgruppen gibt es große Unterschiede: von denjenigen, bei denen der Ersteinstieg vor ihrem 16. Geburtstag lag, beginnen 25 % die Behandlung innerhalb von sechs Jahren, 50 % (die erste Gruppe eingeschlossen) innerhalb von acht Jahren und 75 % (die beiden

vorgenannten Gruppen eingeschlossen) innerhalb von 13 Jahren. Diese Ergebnisse sind wichtig für die Behandlungsstellen, sagen sie doch auch etwas über die „Anziehungskraft“ der Behandlung aus.

Inzwischen ist klar, daß die Behandlungsstellen keine Anziehungskraft auf junge Drogenkonsumenten ausüben. Dies kann zum einen daran liegen, daß diese Gruppe eine Behandlung nicht für nötig hält, zum anderen aber auch daran, daß diese Stellen für eine Behandlung dieses Personenkreises weniger geeignet sind. Dies sollte auf lokaler Ebene weiter untersucht werden, z. B. durch Befragung von Drogenkonsumenten auf der Straße oder in den Behandlungsstellen zu den Gründen, warum sie sich einer Behandlung unterziehen bzw. warum nicht.

Latenzzeit zwischen dem Erstkonsum von Opiaten und der Erstnachfrage nach einer Behandlung (Angaben für Rom – in Jahren)

Alter bei Erstkonsum	Umfang der Stichprobe	Mittelwert	25 %	Medianwert (50 %)	75 %
unter 16	555	9,2	6	8	13
16-21	2 675	7,0	3	6	10
über 21	1 426	4,7	1	3	7

dürfte noch etwas höher liegen, da nicht alle Fälle als solche erfaßt werden. HIV-Infektionen sowie Hepatitis B und C stellen auch weiterhin bedeutende Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit intravenösem Konsum dar.

Vorhandene Dienste

Inzwischen gibt es in allen EU-Mitgliedstaaten leicht zugängliche („niedrigschwellige“) Hilfen, die sich allerdings nach dem Grad ihrer Verfügbarkeit und nach ihrer Art unterscheiden. Diese leisten im allgemeinen individuelle Hilfe – medizinische, psychologische und soziale Betreuung – in der Hauptsache für sozial stark verelendete Abhängige, zumeist ältere Personen mit langandauernder Abhängigkeit. Ausgabestellen für Nadeln gibt es, wenn auch in unterschiedlichem Maße, in allen Ländern, in einigen Ländern sind Nadeln kostenlos oder zu einem geringen Preis in Apotheken erhältlich. Umstritten sind die in einigen Mitgliedstaaten eingerichteten Fixerstuben.

Drogenkonsumenten und Strafvollzug

Zwischen 15 und 50 % oder mehr der Strafgefangenen in der EU haben oder hatten Drogenprobleme. Mehrere Mitgliedstaaten geben an, daß Fortschritte bei der sachgemäßen Betreuung von Drogenabhängigen häufig an der Überbelegung der Haftanstalten scheitern. Möglichkeiten zum Tausch gebrauchter gegen neue Injektionsnadeln gibt es in einigen Gefängnissen in Deutschland und Spanien, während im Vereinigten Königreich an intravenös abhängige Häftlinge in jüngster Zeit Sterilisierbestecke ausgegeben werden. Ein weiteres Problem ist die mangelnde Ausbildung der Justizvollzugsbeamten.

Eine von der EBDD herausgegebene Studie „Alternatives to prison in cases of drug addiction“ (Alternativen zum Strafvollzug bei Drogensucht) gibt einen Überblick über die in den beteiligten Mitgliedstaaten vorhandenen Optionen, die von einem Aufschub des Strafvollzugs über eine bedingte Aussetzung bis hin zur Straffreiheit reichen.

Einen Behandlungszwang geben nur die Niederlande und Schweden an, obwohl die verwendete Terminologie möglicherweise die Tatsache überdeckt, daß ein solcher Zwang mehr oder weniger in den meisten EU-Mitgliedstaaten besteht, wenn Süchtige zwischen den Alternativen Haft oder Therapie wählen müssen oder können.

Der Grundsatz Therapie statt Bestrafung ist inzwischen in immer mehr Ländern in den allgemeinen Richtlinien zur

Drogenpolitik verankert. In einigen Mitgliedstaaten gibt es Angebote einer kombinierten sozialen und medizinischen Unterstützung für drogenabhängige Straftäter, die ihren ersten Kontakt mit den Strafvollzugsbehörden als Tür zu Therapie oder Beratung nutzen.

Prävention und Gesundheitserziehung

Suchtprävention ist eine Aufgabe, der sich Familien, Eltern und Schulen stellen müssen. Die Schule ist nach wie vor der wichtigste Ort für Präventivmaßnahmen und möglicherweise einer der besten Kanäle, um die Mehrheit der Kinder zu erreichen. Eine entsprechende Ausbildung der Lehrer und die Einbindung der Eltern – beides entscheidende Faktoren – werden EU-weit gefördert, auch wenn die Rolle der Familie, und dabei insbesondere die der Eltern, unterschiedlich ausgeprägt ist.

Entwicklungen in der Drogenpolitik

Auf dem Weg zu einem ausgewogenen Konzept

Eine Ausgewogenheit zwischen Nachfrage- und Angebotsreduzierung zu erreichen muß ein wichtiges Ziel der Drogenpolitik sein. Europa entfernt sich nach und nach von der Politik der Repression und konzentriert sich mehr auf Prävention und Therapie sowie auf die Notwendigkeit, die durch den Drogenkonsum verursachten Schäden zu minimieren.

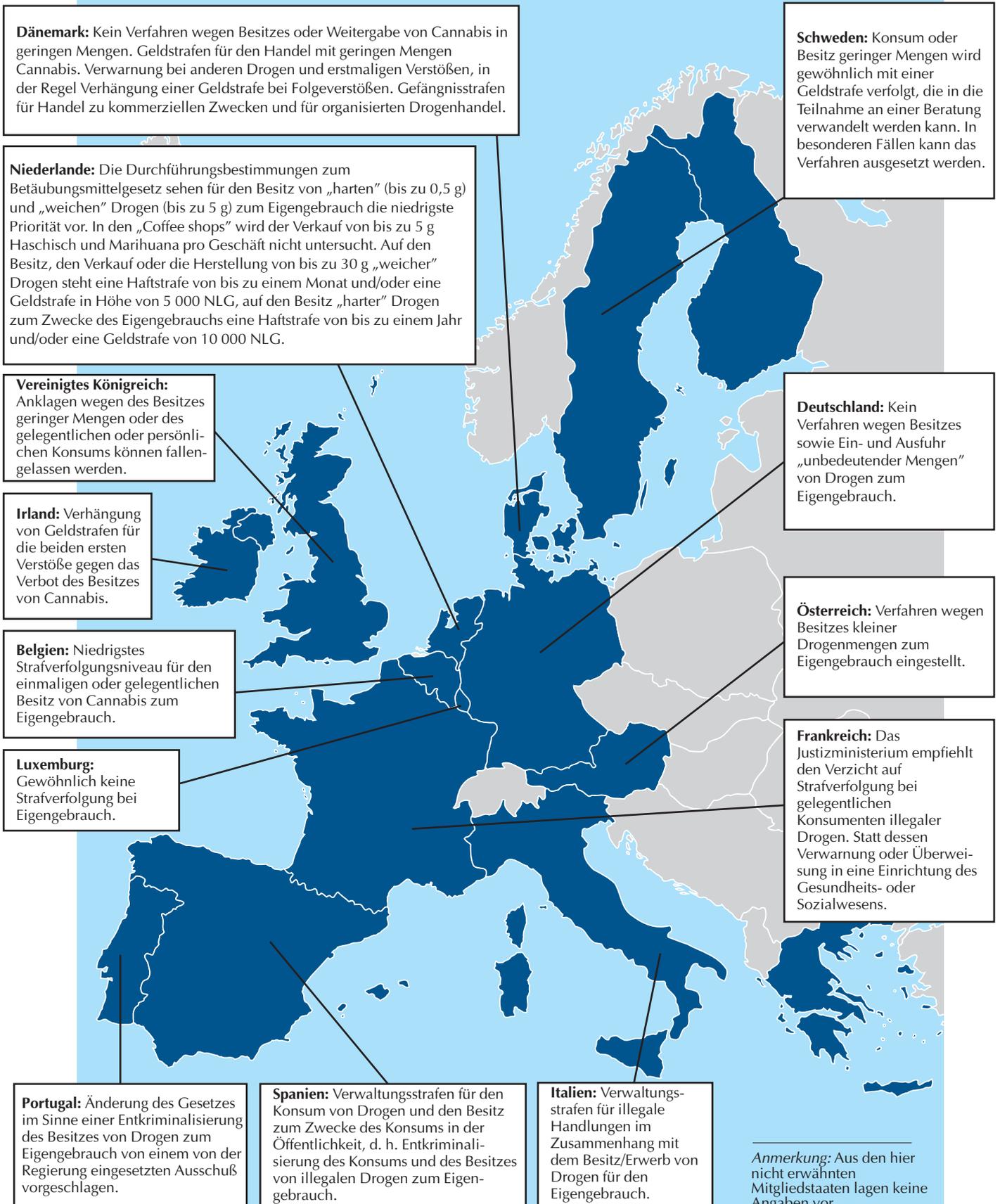
Schadensminimierung

Nachdem der Grundsatz der Schadensminimierung in vielen Ländern über Jahre hinweg mehr oder weniger im Abseits gestanden hat, wird er nun zunehmend als gewichtiges Instrument der nationalen und lokalen Drogenpolitik anerkannt. Im Mittelpunkt der Diskussion stehen heute zumeist Fragen der wissenschaftlichen Nachweisbarkeit. Es laufen Projekte, die einer Reihe von Maßnahmen wie dem Tausch von Injektionsnadeln, der Einrichtung von Fixerstuben oder der Substitutionstherapie – alles Versuche, die durch die Drogenabhängigkeit verursachten gesundheitlichen und sozialen Schäden zu minimieren – zu einer rechtlichen, fachlichen und politischen Anerkennung verhelfen sollen.

Entkriminalisierung

Das Verbot des Besitzes und/oder des Konsums von Drogen ist als allgemeines Konzept in allen EU-Mitgliedstaaten gültig. Kein Mitgliedstaat sieht in einer

Maßnahmen zur Verfolgung kleinerer drogenbedingter Straftaten in den EU-Mitgliedstaaten (Übersicht)



Legalisierung eine Option, doch sind sich alle der Tatsache bewußt, daß eine Strafverfolgung und Inhaftierung von Personen mit Drogenproblemen diese Probleme nur noch vergrößert.

Als Folge der neuen Drogenpolitik, die ihr Hauptaugenmerk auf Fragen wie Prävention, Hilfe und Behandlung für die Drogenkonsumenten – auch wenn es sich dabei um verurteilte Straftäter handelt – und Bestrafung der Drogenhändler – auch wenn sie gleichzeitig Konsumenten sind – richtet, ist die Trennungslinie zwischen beiden Kategorien in Europa breiter geworden. Drogenkonsum als solcher scheint in den meisten EU-Mitgliedstaaten strafrechtlich nicht verfolgt zu werden. Die Diskussionen um die Frage, wie mit Konsumenten verfahren werden soll, die im Besitz kleiner Mengen von Drogen für den Eigengebrauch sind oder die kleinere Straftaten aus dem Bereich der Beschaffungskriminalität begehen, halten jedoch an.

Die Entwicklungen in der europäischen Drogenpolitik und neue rechtliche Ansätze im Hinblick auf illegale Drogen lassen eine Veränderung in Richtung auf eine Entkriminalisierung bestimmter Tatbestände im Zusammenhang mit dem Konsum und dem Besitz von Drogen für den Eigengebrauch erkennen. Die meisten Mitgliedstaaten lehnen extreme Lösungen – wie die völlige Legalisierung oder eine scharfe Repression – ab, halten aber am Verbot des Drogenkonsums bei gleichzeitiger Veränderung der Strafen sowie der angewendeten Maßnahmen fest.

Obwohl der Trend in vielen Mitgliedstaaten dahin geht, den Stellenwert der Strafverfolgung und der Inhaftierung von Drogenkonsumenten zurückzunehmen, so zeigen doch die Anzeigen durch die Polizei und die Indikatoren für den Drogenkonsum in den Haftanstalten einen gewissen Widerspruch zwischen Theorie und Praxis in einigen Bereichen der Justiz.

Legale und illegale Drogen

Die Trennung zwischen legalen und illegalen Drogen ist nicht scharf. Die Diskussion konzentriert sich auf das Ausmaß, bis zu dem es angezeigt ist, die traditionellen Unterscheidungen zwischen illegalen Drogen (Cannabis oder Kokain), legalen Genußmitteln (Alkohol und Tabak) und legalen Psychopharmaka (Tranquilizer oder Schmerzmittel) beizubehalten. Eine weitere Dimension bietet der Status anderer Substanzen (Lösungsmittel oder Steroide).

Illegale Drogenkonsummuster enthalten häufig auch legale Substanzen, vor allem Alkohol, Tabak und Tranquilizer (für andere als medizinische Zwecke eingenommen). In einer Zeit, in der die Therapiezentren eine Zunahme der Fälle von Drogenmischkonsum melden, sind vor allem die Fälle von Mischkonsum von legalen und illegalen Substanzen ein Problem. Die Prävention ist im allgemeinen auf die Verhütung jedweden Drogenkonsums – ob illegal oder legal – gerichtet. Dieser Trend findet zunehmend auch Anerkennung im Bereich der Therapie, wo man mehr und mehr dazu übergeht, die Betreuung von Personen mit Drogen-, Alkohol- und Medikamentenproblemen zusammenzulegen.

Zusammenarbeit auf allen Ebenen

Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen, Sozialhilfe, Bildungswesen und Justiz scheint in Europa auf allen Ebenen – national, regional und kommunal – zuzunehmen. Diese Entwicklung wird auch zwischen den Mitgliedstaaten gefördert.

In dem Maße, in dem die Grenzen zwischen Prävention und Therapie unschärfer werden, bedürfen die Drogenkonsumenten auf den verschiedenen Stufen der Abhängigkeit unterschiedlicher Hilfestrukturen. Die Höhen und Tiefen im Verlauf einer Drogenabhängigkeit finden ihr Gegenstück in der Art und Weise, wie Prävention und Therapie umgesetzt werden. In den meisten Ländern ist ein schneller Ausbau der aufsuchenden Sozialarbeit und der niedrigschwelligen Angebote zu beobachten. Ebenso entwickelt sich die Zusammenarbeit zwischen der Justiz und dem Gesundheits- und Sozialwesen zur Realisierung von Alternativlösungen für drogenabhängige Straftäter und Projekten für Drogenkonsumenten im Strafvollzug.

Ein klarer Trend ist die Entwicklung horizontaler Gruppen zur Koordinierung der Drogenpolitik in den Ministerien der Mitgliedstaaten. Diese Gruppen koordinieren die nationalen Strategien zur Drogenbekämpfung und stärken die lokalen Behörden, die die nationalen politischen und rechtlichen Leitlinien umzusetzen haben. Die Europäischen Wochen der Suchtprävention (siehe Kapitel 3) haben ohne Frage zur Verstärkung der Zusammenarbeit zwischen den europäischen Staaten im Bereich der Suchtprävention beigetragen. Aber Europa ist auch dabei, seine Zusammenarbeit in anderen Bereichen zu verbessern, darunter auch bei grenzüberschreitenden Partnerschaften und im Erfahrungsaustausch.

Information, Evaluation und Forschung

Harmonisierung der Schlüsselindikatoren

Eine zentrale Aufgabe der EBDD ist die Verbesserung der Vergleichbarkeit der Daten. Die Beobachtungsstelle erarbeitet zusammen mit wissenschaftlichen Experten und Partnern aus verschiedenen nationalen Knotenpunkten fünf epidemiologische Schlüsselindikatoren zur Prävalenz des Drogenkonsums und zu dessen Auswirkungen auf die Gesundheit:

- Umfrageergebnisse zu Drogenkonsum und -verhalten sowie zur Einstellung gegenüber Drogen in einer breiten Öffentlichkeit;
- Prävalenzschätzwerte zum problematischen Drogenkonsum;
- Nachfrage nach Behandlung seitens der Drogenkonsumenten;
- drogenbedingte Sterblichkeit, Mortalität und Todesursachen bei Drogenkonsumenten;
- drogenbedingte Infektionskrankheiten (HIV, Aids, Hepatitis B und C).

Obwohl die einzuhaltenden Standards von einem Indikator zum anderen unterschiedlich sind, wird es für jeden Indikator eine Anzahl von Kerndaten, Definitionen sowie methodischen Leitlinien für die Datensammlung, die Datenanalyse und die Meldepraxis geben.

Da die Strukturen für die Datengewinnung für die einzelnen Indikatoren zwischen den Mitgliedstaaten unterschiedlich sind und auch die nationalen Knotenpunkte

selbst in sehr unterschiedlichem Maße über Expertenwissen und über Möglichkeiten zur Einflußnahme auf die Umsetzung der Standards verfügen, wird es die erste Aufgabe eines jeden Knotenpunktes sein, realistische Ziele festzulegen und konkrete Arbeitspläne aufzustellen, um diese Ziele Schritt für Schritt zu erreichen. Für die Knotenpunkte ist es wichtig, für die Arbeiten zu den einzelnen Indikatoren nationale Referenzgruppen zu bilden.

Evaluation und Forschung

Die Evaluationspraxis in der EU hat sich verbessert, auch wenn weiterhin zahlreiche Lücken klaffen. Die von der EBDD herausgegebenen „Guidelines for the evaluation of drug prevention“ (Leitfaden für die Evaluation von Maßnahmen zur Suchtprävention) und die Förderung des wechselseitigen Informationsaustauschs über Maßnahmen zur Nachfragereduzierung mit Hilfe der Europäischen Datenbank EDDRA sollten die Evaluation in allen EU-Mitgliedstaaten auf die Tagesordnung der Regierungen wie der Organisationen der verschiedenen an der Drogenbekämpfung beteiligten Berufe stellen.

Die EU widmet inzwischen auch der Drogenforschung mehr Aufmerksamkeit. Das Fünfte Rahmenprogramm (1998-2002) der Generaldirektion Wissenschaft, Forschung und Entwicklung spricht die Drogenproblematik erstmals speziell an. Dadurch bietet sich eine ausgezeichnete Gelegenheit, den Stand der wissenschaftlichen Kenntnisse mit dem Ziel eines besseren Verständnisses der Drogenproblematik zu erweitern und die Wirkung und Wirksamkeit der im Gesundheitswesen eingeschlagenen Wege zur Drogenbekämpfung wissenschaftlich zu untersuchen.

Prävalenz, Muster und Auswirkungen des Drogenkonsums

Dieses Kapitel enthält aktualisierte Daten zu den Indikatoren für die Prävalenz des Drogenkonsums, für die Auswirkungen auf die Gesundheit, für die Verfolgung von Straftaten und für die Märkte für illegale Drogen in der EU. Hauptquelle für die Daten sind die Berichte der nationalen Knotenpunkte, die durch Ergebnisse aus veröffentlichten Forschungsarbeiten oder wissenschaftlichen Studien der EBDD ergänzt werden.

Prävalenz des Drogenkonsums

Drogenkonsum in der Bevölkerung generell

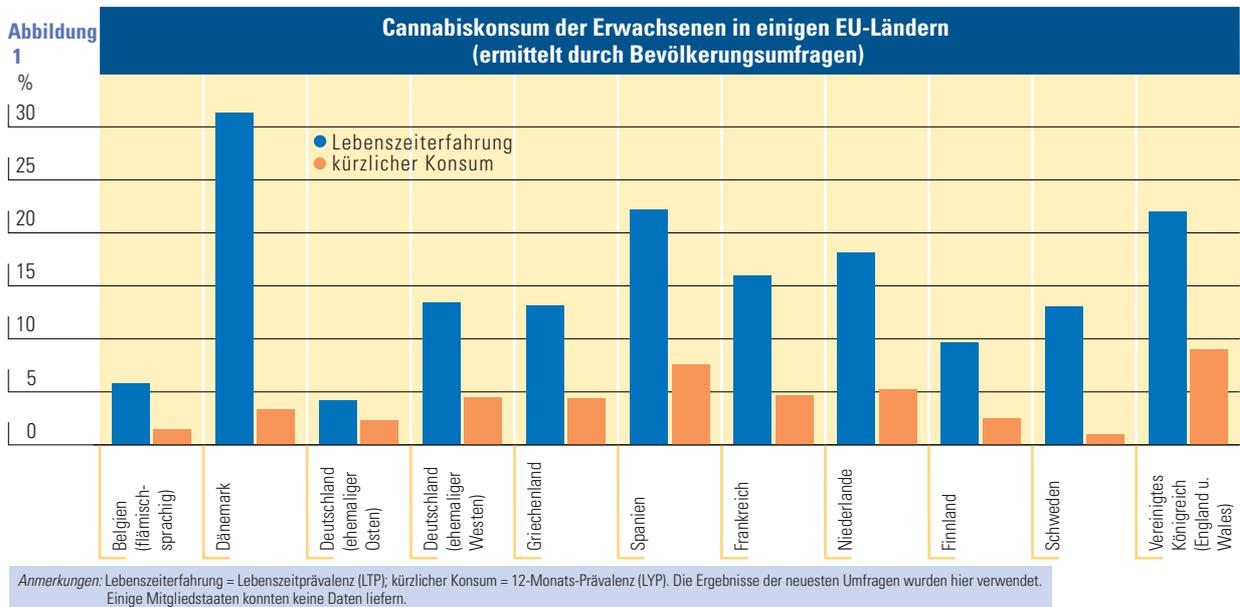
Das Ausmaß und die Muster des Konsums verschiedener illegaler Drogen in der Bevölkerung generell und die Merkmale und das Verhalten der Konsumenten sowie die Einstellungen verschiedener Schichten der Bevölkerung gegenüber Drogen lassen sich durch allgemeine Bevölkerungsumfragen ermitteln. Diese Methode ist für solche Substanzen von Nutzen, deren Genuß relativ verbreitet ist und die nicht gesellschaftlich stigmatisiert sind, kommt aber nur begrenzt für eine Untersuchung von stärker marginalen Formen des Drogenkonsums in Frage.

Bei der Prävalenz des Drogenkonsums bestehen natürlich Unterschiede zwischen den Ländern, doch sollten direkte Vergleiche mit Vorsicht angestellt werden, da sich unterschiedliche Ergebnisse auch aus methodischen Faktoren wie den Methoden der Datensammlung, dem jeweiligen Erhebungsrahmen, der bei der Meldung der Ergebnisse verwendeten Altersgruppeneinteilung sowie aus sozialen und kulturellen Unterschieden beim Drogenkonsum ergeben. Auch das Verhältnis ländliche/städtische Bevölkerung kann die Gesamtdaten zur Prävalenz in einem Land beeinflussen. In dem Versuch, diese Unterschiede

zu verringern, hat die EBDD gemeinsame europäische Leitlinien für Bevölkerungsumfragen zur Drogenproblematik entwickelt.

Trotz der zwischen einzelnen Ländern bestehenden Unterschiede und unterschiedlicher Methoden bei der Meldung der Ergebnisse zeichnen sich doch gewisse Muster ab. Die in allen Ländern am häufigsten konsumierte illegale Substanz ist Cannabis; die Prävalenzraten für die anderen Drogen liegen weit unter der für Cannabis. Die Lebenszeitprävalenz für Cannabis unter Erwachsenen (der Prozentsatz der Bevölkerung, der irgendwann in seinem Leben Cannabis konsumiert hat) liegt zwischen 10 % in Finnland und 20 bis 30 % in Dänemark, Spanien und dem Vereinigten Königreich. Für junge Erwachsene liegen die Raten noch über diesen Werten: 16 bis 17 % in Finnland und Schweden und 35 bis 40 % in Dänemark, Spanien und dem Vereinigten Königreich.

Die Lebenszeitprävalenz für Amphetamine, die in der Regel den zweiten Platz einnehmen, wird für die EU mit etwa 1 bis 4 % aller Erwachsenen bzw. mit 1 bis 5 % der jungen Erwachsenen angegeben. Ecstasy-Erfahrungen haben in Europa 0,5 bis 3 % aller Erwachsenen und 1 bis 5 % der jungen Erwachsenen. Im Vereinigten Königreich



liegen die Raten sowohl für Amphetamine als auch für Ecstasy signifikant höher.

Kokain haben 1 bis 3 % aller Erwachsenen und 1 bis 5 % der jungen Erwachsenen in Europa ausprobiert. In Spanien und Frankreich sind die Prävalenzraten für Kokain höher als die für Amphetamine.

Bei der Frage nach Drogenerfahrungen in den vergangenen zwölf Monaten werden in Europa für Cannabis Werte von 1 bis 9 % (aller Erwachsenen) bzw. von 2 bis 20 % (in den meisten Ländern von 6 bis 10 %) der jungen Erwachsenen angegeben. Andere Substanzen haben für diesen Zeitraum im europäischen Durchschnitt sehr niedrige Raten: nicht über 1 % für alle Erwachsenen und unter 2 % für die jungen Erwachsenen. Höhere Werte werden für Kokain in Spanien und für Amphetamine und Ecstasy im Vereinigten Königreich angegeben.

Durchgängige Daten zu den Trends liegen nur zum Teil vor, doch zeigen die Ergebnisse, daß der Cannabiskonsum in den 90er Jahren in den meisten Ländern zugenommen hat. In Ländern mit mittleren bis hohen Prävalenzzahlen scheint ein Rückgang auf mittlere Werte eingetreten zu sein, während in Ländern mit niedrigen Prävalenzzahlen ein Anstieg zu verzeichnen ist.

Drogenkonsum bei Schülern

Die meisten EU-Mitgliedstaaten haben in den letzten Jahren landesweite Schülerbefragungen durchgeführt, einige im Rahmen des europäischen Schülerbefragungsprojekts zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). Dabei ist jedoch zu beachten, daß Unterschiede bei den ausgewählten Schulen, bei den Altersgruppen und im sozialen Kontext die Ergebnisse stark beeinflussen können.

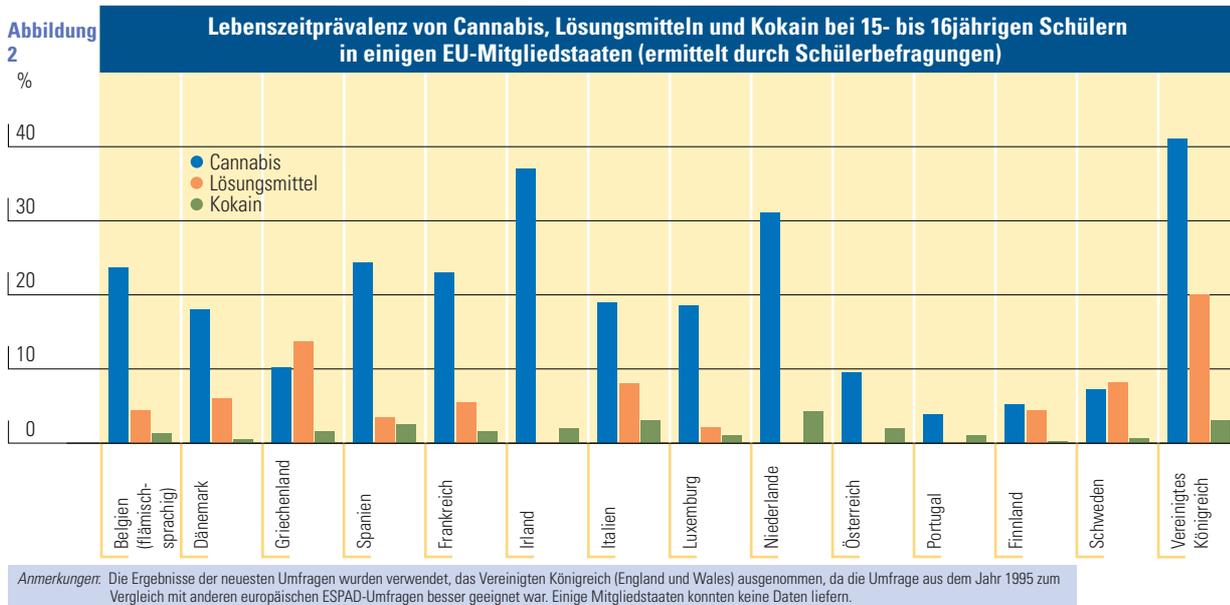
In den meisten Mitgliedstaaten ist Cannabis die am stärksten verbreitete illegale Substanz. Die Lebenszeitprävalenz unter den 15- bis 16jährigen schwankt zwischen etwa 5 % (Portugal und Finnland) und 40 % (Irland und Vereinigtes Königreich).

Die Werte für den Konsum von Lösungsmitteln sollten mit Vorsicht interpretiert werden. Im Durchschnitt nehmen Lösungsmittel bei den 15- bis 16jährigen den zweiten Platz ein: Die Werte reichen von etwa 3 bis 4 % (flämische Gemeinschaft in Belgien, Spanien und Luxemburg) bis 20 % (Vereinigtes Königreich). In Griechenland und in Schweden liegen die Lösungsmittel noch vor Cannabis.

Erfahrungen mit Amphetaminen werden von 1 bis 13 % der 15- bis 16jährigen (in den meisten Ländern von 2 bis 8 %), solche mit Ecstasy von 1 bis 9 % und solche mit LSD und Halluzinogenen von 1 bis 10 % (in den meisten Ländern von 2 bis 5 %) angegeben. Irland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich melden in dieser Altersgruppe vergleichsweise höhere Prävalenzwerte für Amphetamine, Halluzinogene und Ecstasy als andere Länder.

Kokain ist schon einmal von 1 bis 3 % und Heroin von unter 1 % der Schüler (in Dänemark, Irland, Italien und dem Vereinigten Königreich von 2 %) ausprobiert worden.

Im allgemeinen ist der Cannabiskonsum bei jungen Menschen in den letzten Jahren weiter angestiegen, ebenso wie der von Amphetaminen und von Ecstasy, dieser aber auf niedrigerem Niveau. In Finnland und dem Vereinigten Königreich dagegen hat sich der Cannabiskonsum stabilisiert bzw. ist sogar zurückgegangen.



Schätzwerte zum problematischen Drogenkonsum

Trotz des großen Gewichts, das den problematischen Drogenkonsumenten zukommt, ist deren Zahl im Vergleich zu der der meist gelegentlichen Konsumenten von Cannabis oder Ecstasy relativ klein. Eine Opiat-abhängigkeit oder intravenöser Opiatkonsum ist bei Erwachsenen in der Regel selten und bei Schülern fast nicht existent. Allerdings vollzieht sich der Genuß „harter“ Drogen normalerweise nicht in der Öffentlichkeit, und die Konsumenten fürchten eine Stigmatisierung, wenn sie einen solchen zugeben. Daher sind allgemeine Bevölkerungsumfragen und Schülerbefragungen keine probaten Mittel, um zu zuverlässigen Prävalenzangaben zu kommen.

Aus methodischen Gründen, wegen großer Schwankungen innerhalb einiger Länder oder wegen fehlender Daten sind nationale Schätzwerte schwer zu erhalten. Die hier angegebenen Prävalenzwerte sollten daher nur als ungefähre Angaben oder „beste Schätzungen“ interpretiert werden.

Aktualisierte nationale Schätzungen werden hier für die Länder angegeben, die an einer EBDD-Studie zur Verbesserung der Prävalenzschätzungen teilgenommen haben (siehe Abb. 3). Bis vor kurzem wurden die unterschiedlichsten Methoden und Definitionen verwendet – in einigen Ländern wurden die Begriffe „Opium-abhängige“ oder „Heroinabhängige“ verwendet, während in anderen Ländern weiter gefaßte Begriffe wie „Personen, die schweren Drogenmißbrauch betreiben“ oder „Drogenkonsumenten mit hohem Risiko“ benutzt wurden.

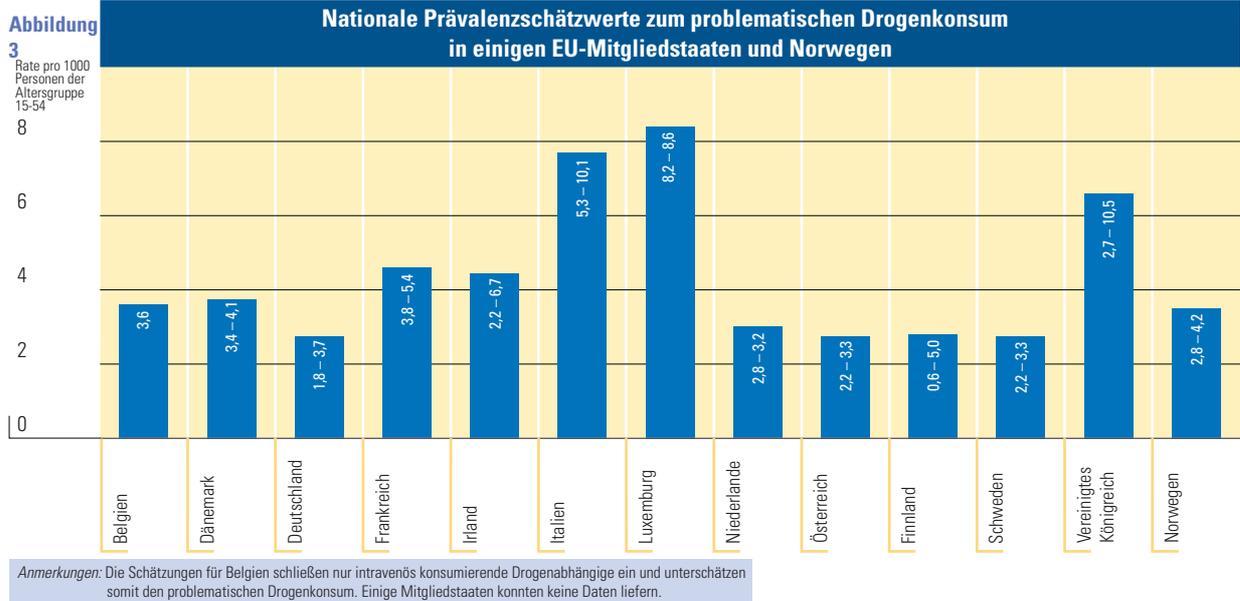
Die für die genannte Studie von den einzelnen Ländern gelieferten Daten bezogen sich alle auf ein und dieselbe Definition des problematischen Drogenkonsums: intravenöser Drogenkonsum oder langzeitiger/regelmäßiger Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen. Nicht in dieser Definition enthalten sind Ecstasy- und Cannabiskonsumenten und solche Personen, die Opiate, Kokain oder Amphetamine nicht regelmäßig nehmen.

Die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums scheint am niedrigsten in Deutschland, Österreich, Finnland und Schweden und am höchsten in Italien, Luxemburg und dem Vereinigten Königreich zu sein. In Ländern mit mittlerer Prävalenz bewegen sich die Schätzungen zwischen drei und fünf problematischen Drogenkonsumenten pro 1 000 Personen zwischen 15 und 54 Jahren.

Eine neue EBDD-Studie untersucht zur Zeit soziale Indikatoren zur Schätzung der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums anhand statistischer Modelle. Zu den dafür in Frage kommenden Indikatoren gehören Arbeitslosigkeit, Eigentumsdelikte, Migration, Belegungsgrad der Wohnungen und sozioökonomischer Status.

Eine weitere EBDD-Studie hat Möglichkeiten untersucht, wie anhand der beobachteten Inzidenz von Drogen-einsteigern, die behandelt werden, auf die tatsächliche Inzidenz problematischer Drogenkonsumenten geschlossen werden kann.

Ein drittes EBDD-Projekt hat schließlich die Möglichkeiten der Verwendung geographischer Informationssysteme (GIS) zur Kartierung von Drogenkonsumdaten und Schätzwerten und zur Entwicklung von Modellen der



geographischen Verteilung zwischen größeren und kleineren Städten untersucht.

Indikatoren für die Auswirkungen auf die Gesundheit

Nachfrage nach Behandlung

Die Anzahl der Personen, die eine Behandlung beginnen, ist ein weiterer nützlicher indirekter Indikator für Trends in der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums, obwohl hier Veränderungen im Behandlungsangebot, in den Behandlungsmodalitäten oder in den Meldeverfahren zu berücksichtigen sind. Angaben dieser Art können von besonderem Nutzen für die Beschreibung der Merkmale und Muster des Drogenkonsums (Injektion, Drogenmischkonsum) unter Problemkonsumenten und für die Ermittlung von Mustern des Behandlungsbeginns sein und somit dazu beitragen, den Behandlungsbedarf richtig einzuschätzen.

Fast alle EU-Mitgliedstaaten stellen Daten zur Drogen-therapie bereit, doch bestehen Unterschiede bei der Datenerhebung und im Grad der Erfassung der verschiedenen Arten von Behandlungsstellen. Neue Therapieangebote können neue Interessenten anziehen, die Anzahl der Therapieeinsteiger erhöhen oder Profile wie die nach Alter, Geschlecht und Art der Anwendung verändern. Andere Merkmale, insbesondere der Anteil der intravenös Drogenabhängigen an den behandelten Patienten, sind von Land zu Land unterschiedlich. Auf der Grundlage früherer Arbeiten der Pampidou-Gruppe hat die EBDD ein neues einheitliches europäisches

Protokoll zur Verbesserung der Qualität und Vergleichbarkeit der Daten zur Behandlungsnachfrage erarbeitet. Dieses Protokoll wird von beiden Organisationen angenommen, die sich auch gemeinsam für die Umsetzung einsetzen.

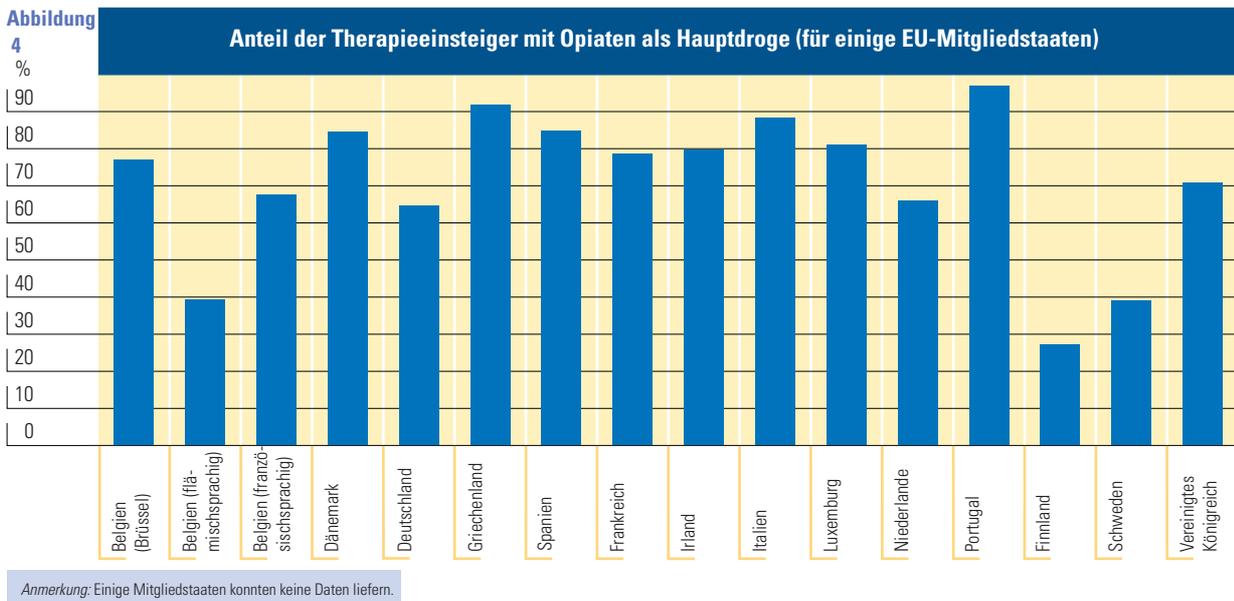
Die Mehrheit (70 bis 95 %) der Therapieeinsteiger sind Opiatkonsumenten (vor allem Heroin): In der flämischen Gemeinschaft in Belgien sowie in Finnland und Schweden allerdings stellen die Opiatfälle weniger als 40 % der Therapieeinsteiger. Diese niedrigere Zahl geht möglicherweise auf eine unterschiedliche Methodik zurück.

Kokain wird in den meisten Ländern von weniger als 10 % der Therapieeinsteiger als Hauptdroge angegeben; nur Luxemburg (15 %) und die Niederlande (18 %) melden höhere Werte. Heroinkonsumenten geben Kokain häufig als Zweitdroge an.

Cannabis wird als Hauptdroge von 2 bis 10 % der in Behandlung befindlichen Patienten angegeben; höhere Werte (13 bis 22 %) werden von Belgien, Deutschland und Finnland gemeldet.

Amphetamine, Aufputschmittel vom Amphetamin-Typ (wie Ecstasy) und Halluzinogene sind Hauptdrogen bei durchschnittlich weniger als 1 bis 2 % der behandelten Fälle. Höher ist dieser Anteil jedoch in der flämischen Gemeinschaft in Belgien (19 %), in Finnland (48 %), Schweden (20 %) und dem Vereinigten Königreich (9 %).

Die Prävalenz des intravenösen Drogenkonsums ist unter den Opiatkonsumenten größer. Die Werte reichen von etwa 14 % (Niederlande) bis über 80 % (Griechenland und Luxemburg). Injektionen von Amphetaminen sind



häufig in den skandinavischen Ländern und dem Vereinigten Königreich – eine Abweichung von den in der Mehrzahl der Länder üblichen Mustern.

In allen EU-Mitgliedstaaten sind 70 bis 85 % der Therapieeinsteiger Männer. Das durchschnittliche Alter der in Behandlung befindlichen Patienten liegt in den meisten Fällen zwischen 25 und 35 Jahren. Einige Länder melden für dieses Durchschnittsalter einen Anstieg.

Die vorliegenden Daten zeigen, daß der Anteil der Therapieeinsteiger für Opiate im Durchschnitt abnimmt, während die Anzahl der Behandlungen für Kokain und Cannabis im Anstieg begriffen ist, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau als für die Opiate. In neuerer Zeit verweisen einige Länder auf eine steigende Anzahl der in Behandlung befindlichen Cannabispatienten, insbesondere solcher, die zum ersten Mal behandelt werden. Dieser Trend erfordert jedoch noch eingehendere Untersuchungen, da hier auch andere Faktoren zu berücksichtigen sind. Die meisten EU-Mitgliedstaaten melden einen Rückgang des Anteils der intravenös Abhängigen bei den behandelten Opiatkonsumenten.

Drogenbedingte Todesfälle und die Mortalität bei Drogenkonsumenten

Einige Formen des Drogenkonsums können zum Tode führen, obwohl das Risiko je nach Substanz und Konsumverhalten unterschiedlich ist. Die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle (nach Überdosis) wird häufig vereinfachend als Marker für die Drogensituation in einem Land verwendet.

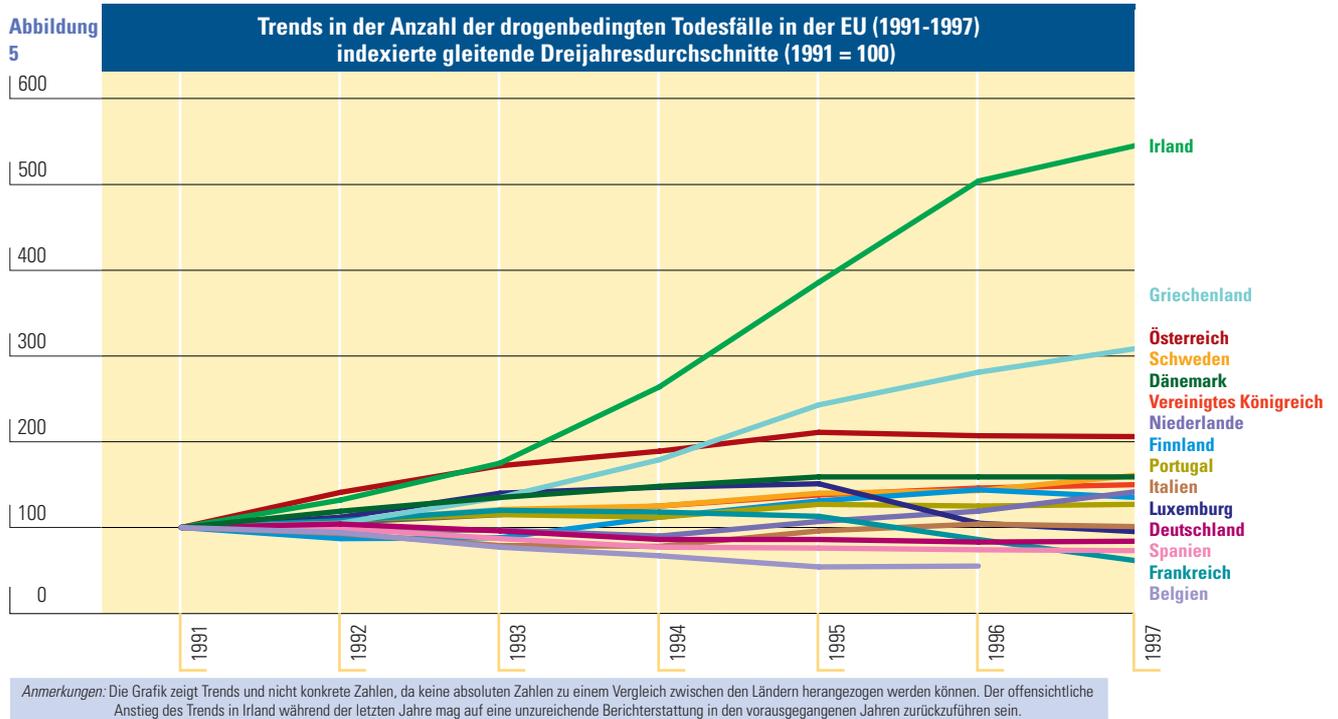
Die EU-Statistik zu drogenbedingten Todesfällen erfaßt in der Regel die Fälle, in denen der Tod kurz nach einer

Drogenanwendung eintritt (auch als akute Intoxikation, Überdosis, Vergiftung oder drogeninduzierte Todesfälle bezeichnet), obwohl hier auch andere Todesursachen nicht außer acht gelassen werden sollten. Direkte Vergleiche zwischen den nationalen Statistiken sind wegen der unterschiedlichen Prävalenz des Drogenkonsums und wegen der Unterschiede bei den für die Meldung der Prävalenz verwendeten Methoden und Definitionen nicht möglich. Die EBDD arbeitet derzeit zusammen mit Eurostat und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an Standardleitlinien für die Meldung von Ergebnissen aus allgemeinen Sterberegistern und Unterlagen der Gerichtsmedizin/der Polizei.

In zahlreichen EU-Mitgliedstaaten hat sich die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle nach einer starken Zunahme in den späten 80er und frühen 90er Jahren stabilisiert bzw. ist sogar rückläufig. In einigen Ländern hielt diese Zunahme bis in die letzte Zeit an.

Bei den meisten Todesfällen nach akuter Intoxikation spielen Opiate eine Rolle, obwohl häufig auch Alkohol und Benzodiazepine daran beteiligt sind. Plötzliche Todesfälle allein nach Konsum von Kokain oder Amphetaminen sind selten. Todesfälle im Zusammenhang mit Ecstasy oder ähnlichen Substanzen, obwohl in den Medien mit großem Aufwand publiziert, spielen zahlenmäßig eine geringere Rolle.

Das mit einigen Formen des Drogenkonsums verbundene Mortalitätsrisiko kann – außer anhand der nationalen Statistiken zu den drogenbedingten Todesfällen – auch durch Beobachtung von Gruppen von Drogenkonsumenten und Registrierung ihrer Mortalität gemessen werden (Kohortenstudien). Problematische Drogenkonsum-

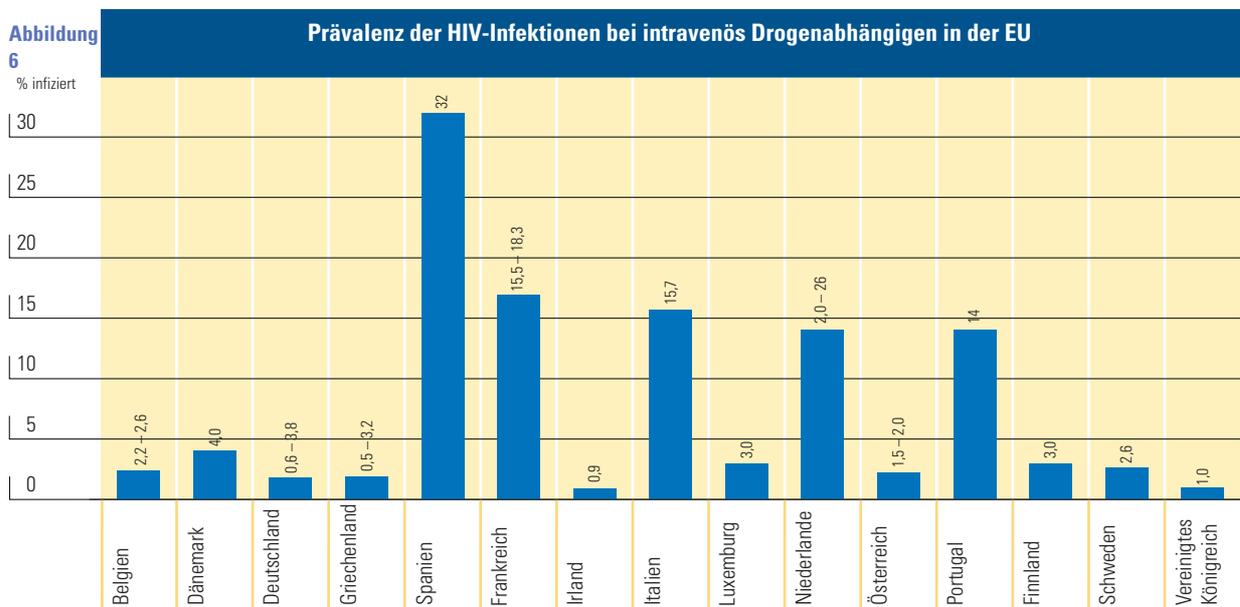


menten haben ein viel höheres Sterberisiko als die Bevölkerung im allgemeinen; die Todesursachen können dabei vielfältig sein und müssen sich nicht auf akute Intoxikationen beschränken. Untersuchungen zufolge ist das Risiko, an einer Überdosierung zu sterben, einer HIV-Infektion, eines Unfalls oder das Suizidrisiko bei Opiatabhängigen 20- bis 30mal höher als bei gleichaltrigen Nicht-Drogenkonsumenten. Die Mortalität bei intravenös Drogenabhängigen hat sich mit der Ausbreitung der HIV-Infektionen erhöht, wohingegen das Todesrisiko für Konsumenten, die nicht spritzen oder andere psychoaktive Substanzen konsumieren, wesentlich niedriger ist.

Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse aus unterschiedlichen Orten in der EU zu verbessern, hat die EBDD mit Drogenkonsumenten aus Therapiezentren ein Standardprotokoll für die Durchführung von Kohortenstudien zur Mortalität entwickelt.

Drogenbedingte Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis B und C haben bei den intravenös Abhängigen hohe Prävalenzraten erreicht. In den Prävalenzraten für HIV-Infektionen bestehen zwischen den einzelnen Ländern jedoch große Unterschiede; die Werte reichen von 1 % in England und



HIV, Hepatitis C und riskante Injektionspraktiken bei intravenös Drogenabhängigen im Strafvollzug (%)

Standort der Haftanstalt	Intravenös Drogenabhängige mit HIV-Infektion	Intravenös Drogenabhängige mit HCV-Infektion	Intravenös Drogenabhängige, die Nadeln oder dgl. bei der letzten Injektion außerhalb der Haftanstalt innerhalb der letzten vier Wochen mit anderen gemeinsam benutzt haben	Intravenös Abhängige, die sich schon einmal in der Haftanstalt gespritzt haben	Intravenös Drogenabhängige, die in der Haftanstalt mit dem Spritzen begonnen haben
Belgien (ein Standort)	0	38,5	47	35 (10) (*)	15
Deutschland (ein Standort)	1,4	14,4	n.a.	36 (18) (*)	9
Spanien (ein Standort)	23,4	n.a.	32	79	10
Frankreich (drei Standorte)	13,3	53,2	34	37 (29) (*)	7
Italien (drei Standorte)	16,1	64,2	32	25	6
Portugal (drei Standorte)	28,1	61,9	49	57	5
Schweden (neun Standorte)	2,6	57,6	30	64	5

n. a. = es liegen keine Daten vor.
 (*) Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf den prozentualen Anteil derjenigen, die sich in den letzten vier Wochen gespritzt haben.
 Quelle: European network on HIV/Aids and hepatitis prevention in prison, „Annual report to the European Commission“, May 1998.

Wales sowie Irland bis 32 % in Spanien (siehe Abb. 6). Unterschiede in der Prävalenz bestehen auch innerhalb der Länder, zwischen einzelnen Regionen und Städten. In einigen Ländern (Frankreich, Italien) scheinen die Prävalenzraten langsam zurückzugehen, in anderen (Spanien) dagegen nicht. Doch auch in Ländern, in denen die Prävalenzraten konstant bleiben, kommt es wahrscheinlich unter intravenös Abhängigen zur Übertragung des Virus. Die HIV-Epidemie ist inzwischen in den meisten westeuropäischen Ländern in eine stabile (endemische) Phase eingetreten.

Auch die Inzidenzraten für Aids zeigen zwischen den Ländern große Unterschiede und gehen im Durchschnitt weiter zurück. Dies ist wahrscheinlich auf eine stetige Zunahme bei der Aufnahme neuer kombinierter Behandlungen durch intravenös Abhängige zurückzuführen, durch die der Ausbruch der Krankheit verzögert wird. In manchen Ländern (Portugal) geht die Zahl der Aids-Fälle nicht zurück, was auf den fehlenden Zugang zu HIV-Behandlungen hinweisen könnte. Der Anteil der intravenös Abhängigen an allen kumulativen Aids-Fällen schwankt zwischen den einzelnen Ländern signifikant und zeigt Unterschiede in der relativen Beteiligung dieser Gruppe an den Aids-Kranken. Das Aids-Monitoring verliert als Indikator für das Ausmaß der HIV-Infektionen an Bedeutung und verwandelt sich statt dessen in einen Indikator für die Aufnahme einer Behandlung. Zur Zeit wird in Europa über eine zentrale Meldung der bekannten

HIV-Fälle in Ergänzung des bestehenden Aids-Meldesystems nachgedacht.

Um Infektionen vorzubeugen, sind in den meisten Ländern (abgesehen von Finnland und Schweden) Spritzen leicht erhältlich. Auch Kondome sowie HIV-Tests und -Beratungsstellen scheinen weithin vorhanden zu sein. Eine Substitutionstherapie, die eine Reduzierung von Injektionen mit sich bringt, gibt es ebenso in allen Ländern, zumeist in Form von oralen Methadongaben.

Eine große Zahl von Studien unter intravenös Drogenabhängigen zeigt eine höhere Prävalenz von Infektionskrankheiten bei ehemaligen Strafgefangenen.

Die Prävalenzraten von Hepatitis-C-Infektionen zeigen in allen EU-Mitgliedstaaten höhere und einander ähnlichere Werte als die von Hepatitis B. Sie liegen im allgemeinen zwischen etwa 50 % und über 90 %, selbst in Ländern mit niedrigen Raten von HIV-Infektionen wie Griechenland (siehe Abb. 8). Über Jahre hinweg schien die HCV-Prävalenz dem Rückgang der HIV-Infektionen nicht zu folgen. In jüngster Zeit scheint die HCV-Prävalenz im Vereinigten Königreich rückläufig zu sein – möglicherweise ein Hinweis darauf, daß die ergriffenen Maßnahmen zur Schadensminimierung bei HCV zu greifen beginnen. Andererseits wird vom Drogennotdienst in Frankfurt (Deutschland) ein lokaler Anstieg von 89 % auf 95 % gemeldet.

Abbildung 7
Inzidenzrate pro Million

Aids-Inzidenz bei intravenös Drogenabhängigen in der EU bis zum 31. Dezember 1998

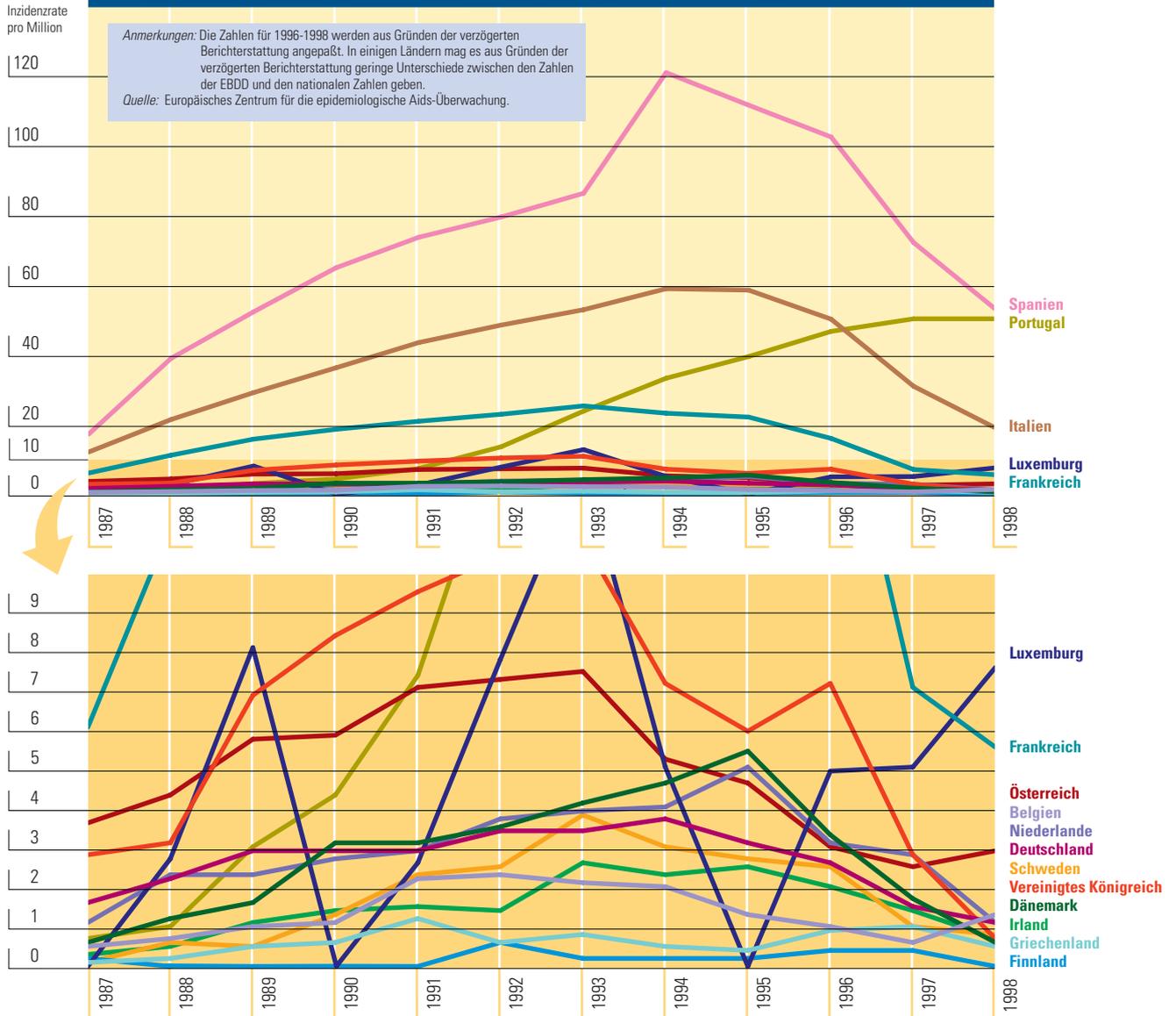
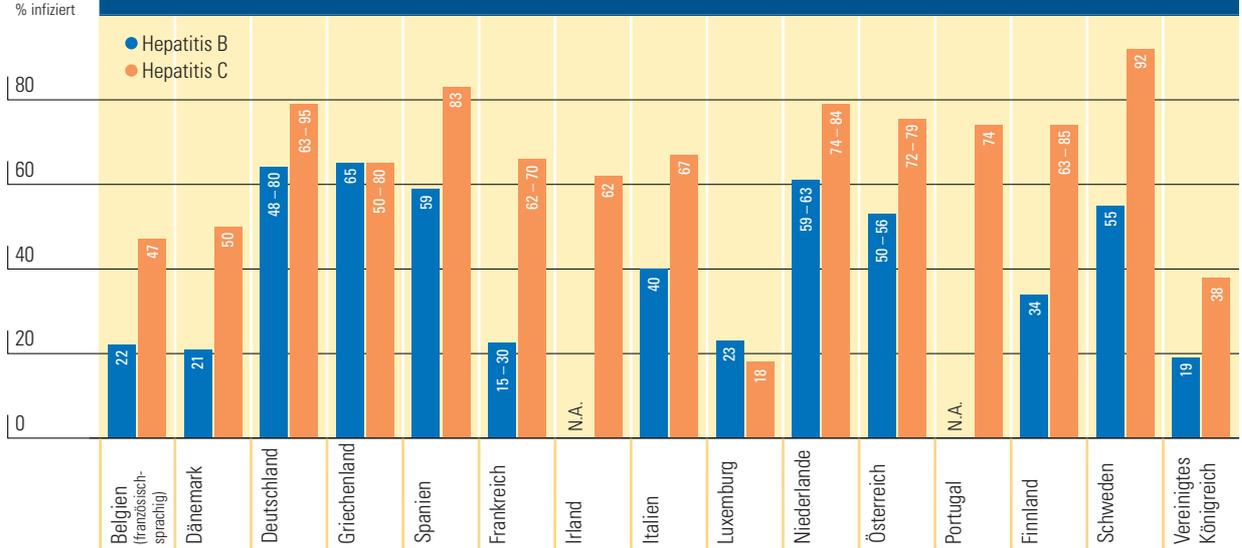


Abbildung 8
% infiziert

Antikörper gegen Hepatitis-B- und -C-Erreger bei intravenös Drogenabhängigen in der EU



Indikatoren für die Verfolgung von Straftaten

Polizeiliche Anzeigen wegen Drogendelikten

Die einzigen verfügbaren regelmäßigen Daten zu diesem Komplex beziehen sich auf Verstöße gegen die jeweiligen nationalen Drogengesetze (Handel, Besitz, Konsum u. a.). In ihnen spiegeln sich die jeweilige nationale Rechtslage, die Aufzeichnungsverfahren sowie die Ressourcen und Prioritäten der Polizeidienststellen. Wegen der Schwierigkeit eines direkten Vergleichs wird hier der Akzent auf die Entwicklungen im Zeitverlauf gelegt.

Die Anzahl der Anzeigen wegen Drogendelikten hat sich in der EU seit Mitte der 80er Jahre ständig erhöht, auf das Doppelte in Dänemark, Italien, Luxemburg und Schweden, auf mehr als das Sechsfache in Belgien, Griechenland, Spanien, Portugal und Finnland (vgl. die Definitionen von Anzeigen wegen Drogendelikten in den einzelnen Mitgliedstaaten in der Vollversion dieses Berichts). In den zuletzt genannten Ländern sowie in Italien und den Niederlanden hat sich dieser Trend in den letzten Jahren beschleunigt. In Dänemark, Irland und Luxemburg hat sich die Anzahl der Drogendelikte stabilisiert.

In zehn Mitgliedstaaten ist bei 46 bis 85 % der Anzeigen Cannabis als Hauptdroge im Spiel. In Luxemburg und Portugal ist die dominierende Droge Heroin, in den

Niederlanden sind es „harte Drogen“, während in Schweden vor allem Amphetamine eine Rolle spielen.

Die Delikte betreffen an erster Stelle den Konsum: hier liegt der Bereich zwischen 61 % in Portugal und über 85 % in Österreich und Schweden. Der Anteil dieser Delikte ist mit Ausnahme von Belgien und Irland (fallende Tendenz) konstant oder nimmt zu.

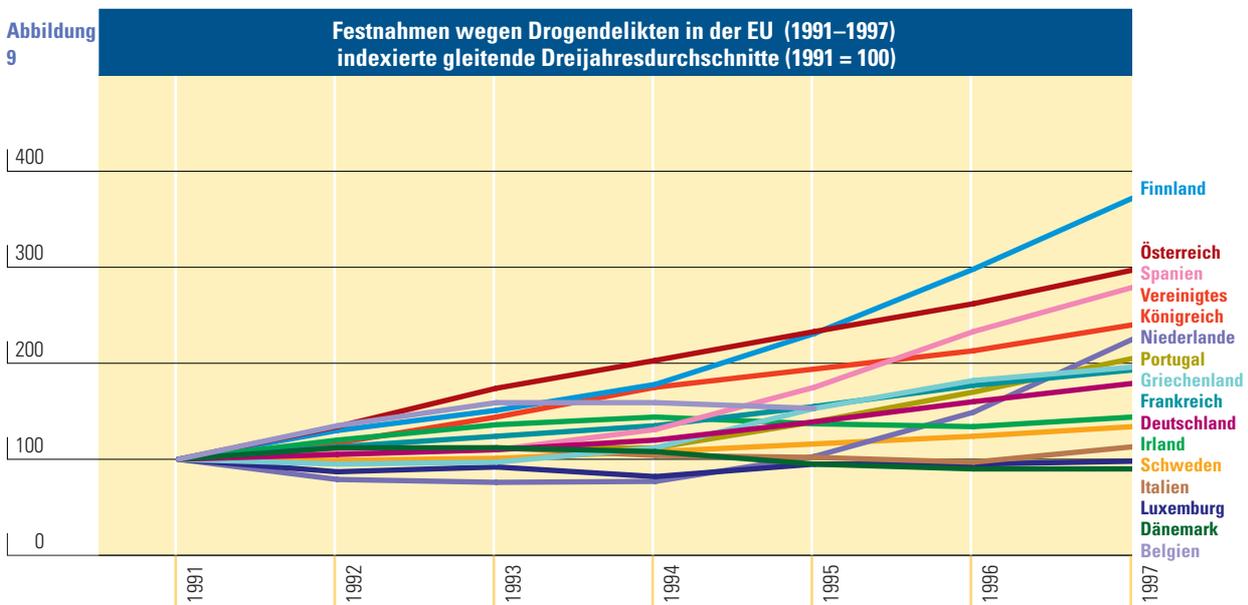
Die Rate der Drogendelikte pro 1 000 Einwohner liegt zwischen 0,4 und über 2,5. Vergleiche sollten mit Vorsicht angestellt werden, da die statistische Einheit (Straftatbestand, Person, Festnahme) zwischen den Ländern unterschiedlich ist.

Daten zum Drogenkonsum im Strafvollzug

Für die nationale Ebene stehen Daten zum Drogenkonsum im Strafvollzug nur sehr begrenzt zur Verfügung, zuverlässige Daten sind selten.

Wegen Drogendelikten verurteilte Straftäter machen in den Haftanstalten in der EU zwischen 15 % und 50 % aller Insassen der jeweiligen Anstalt aus. In über 75 % dieser Fälle geht es bei solchen Delikten um Drogenhandel.

Die Daten zu den Drogenkonsumenten in den Haftanstalten beruhen auf unterschiedlichen Definitionen und erlauben keinen direkten Vergleich. Der Anteil der Drogenkonsumenten unter den Häftlingen wird mit 30 bis 90 % angegeben, der Anteil der problematischen Drogenkonsumenten liegt zwischen 10 und 45 %.

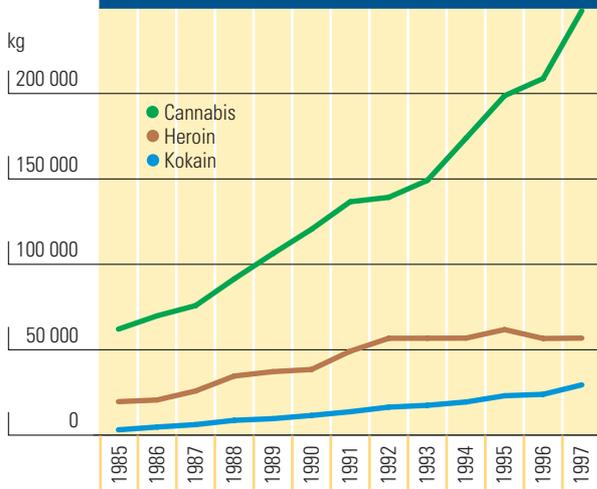


Indikatoren für den Drogenmarkt

Beschlagnahmeaktionen, Preis und Reinheit der Drogen

Die Substanz, die am häufigsten Gegenstand von Sicherstellungen ist, ist Cannabis. Die sichergestellte Gesamtmenge von Cannabis ist bis 1995 rapide angestiegen, hat sich jedoch seitdem stabilisiert. Zur größten Beschlagnahmeaktion kam es 1998 in Spanien. In den meisten Ländern nimmt die Anzahl der Aktionen – im Unterschied zu den dabei sichergestellten Mengen – noch weiter zu. Der Preis von Cannabis scheint inzwischen konstant oder rückläufig zu sein.

Abbildung 10 In den EU-Mitgliedstaaten sichergestellte Mengen von Cannabis, Heroin und Kokain (1985-1997)

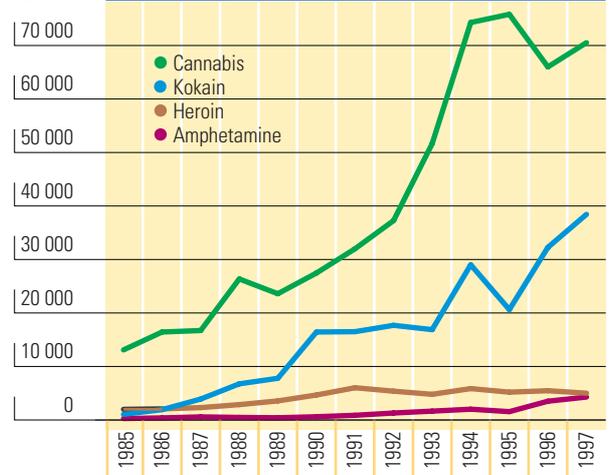


Anmerkungen: Für die Niederlande und Griechenland stehen keine Daten zur Verfügung. Da für Belgien für die Jahre 1996 und 1997 Daten fehlen, ist die Schätzung der sichergestellten Menge zu gering.

Die sichergestellten Mengen an Heroin liegen nach dem Rekordwert des Jahres 1991 zwischen 5 und 6 t. Seit 1995 sind die größten Mengen im Vereinigten Königreich beschlagnahmt worden: 1997 waren dies fast 50 % der in der EU sichergestellten Gesamtmenge. Die Gesamtzahl der Aktionen, die bis 1992 eine steigende Tendenz hatte, hat sich inzwischen stabilisiert, obwohl in den letzten drei Jahren in einigen Ländern deutliche Rückgänge verzeichnet wurden, die aber durch Zunahmen in anderen Ländern wieder ausgeglichen wurden. Die durchschnittliche Heroinmenge pro Zugriff ist auf EU-Ebene seit Mitte der 80er Jahre mit etwa 60 bis 80 g stabil. Der Straßenpreis für Heroin ist in den meisten Ländern konstant, der Reinheitsgrad wird mit 10 bis 50 % angegeben.

Die sichergestellten Mengen an Kokain erreichten 1997 mit 38 t eine Rekordhöhe, wobei die größten Mengen im

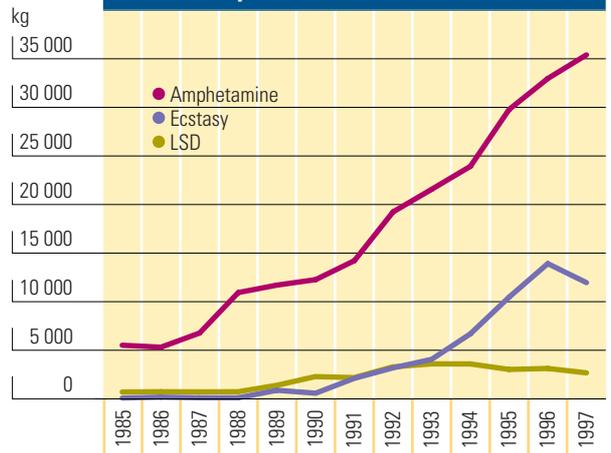
Abbildung 11 In den EU-Mitgliedstaaten sichergestellte Mengen von Cannabis, Kokain, Heroin und Amphetaminen (1985-1997)



Anmerkung: Da für Belgien und die Niederlande keine Daten zur Verfügung stehen, ist die Schätzung der 1997 sichergestellten Menge an Amphetaminen zu gering.

selben Jahr in Spanien konfisziert wurden. Die verfügbaren Daten für 1998 scheinen auf einen Rückgang der sichergestellten Kokainmenge in der EU, dabei insbesondere in Spanien, hinzudeuten. Die Anzahl der Sicherstellungen ist dagegen stetig gestiegen. Die durchschnittliche Menge des in der EU sichergestellten Kokains ist sehr viel höher als die von Heroin und ist von etwa 250 g pro Zugriff (1985) auf über 1 kg (1997) angestiegen. Der Straßenpreis von Kokain ist in den meisten Ländern, aus denen Meldungen vorliegen, relativ konstant, und der Reinheitsgrad der an den Konsumenten gelangenden Substanz liegt zwischen 50 und 70 %; abweichend davon sind die Werte für Griechenland, die auf der Konsumentenebene bei 5 bis 10 % liegen.

Abbildung 12 Sichergestellte Mengen von Amphetaminen, Ecstasy und LSD in der EU (1985-1997)



Anmerkungen: Für Griechenland und die Niederlande stehen keine Daten zur Verfügung. Da für Belgien keine Daten vorhanden sind, ist die Zahl der Sicherstellungen für die Jahre 1996 und 1997 zu gering eingeschätzt. Die Zahl der Sicherstellungen von Ecstasy in den Jahren 1985-1994 ist zu hoch eingeschätzt, da die spanischen Daten auch die Sicherstellung von LSD enthalten.

Prävalenz, Muster und Auswirkungen des Drogenkonsums

Die Anzahl der Sicherstellungen von Amphetaminen und die dabei sichergestellten Mengen nehmen in der EU seit 1985 zu, wobei seit Beginn der 90er Jahre sogar noch eine Beschleunigung zu beobachten ist. Die sichergestellten Ecstasy-Mengen sind im Zeitraum 1987-1996 stark angestiegen, um dann 1997 um die Hälfte zurückzugehen. Mehr als 75 % dieser Mengen wurden im Vereinigten Königreich sichergestellt. Die Anzahl der Sicherstellungen von Ecstasy zeigte 1997 und 1998 in den meisten Ländern nach einem ständigen Anstieg wieder eine sinkende oder zumindest gleichbleibende Tendenz. Die Daten über die Sicherstellungen im Jahre 1998 scheinen zu bestätigen, daß der Markt für synthetische Drogen – trotz der in den letzten Jahren zunehmenden Beunruhigung in der Öffentlichkeit wegen Ecstasy –

in zunehmendem Maße von den Amphetaminen beherrscht wird.

Sowohl für Amphetamine als auch für Ecstasy wird in letzter Zeit von einem Rückgang der Preise berichtet. Der Reinheitsgrad der Amphetamine schwankt zwischen 10 und 100 %. Reinheit und Zusammensetzung der sogenannten Ecstasy-Pillen weisen beträchtliche Unterschiede auf.

Sicherstellungen von LSD sind weniger häufig als solche von Amphetaminen oder Ecstasy. Seit 1993-1994 sind die entsprechenden Zahlen in allen Mitgliedstaaten außer Österreich, wo sie bis 1997 ständig stiegen, entweder konstant geblieben oder zurückgegangen.

Bewährte Initiativen gegen Drogenmißbrauch in der EU

Europäische Woche der Suchtprävention

Cannabis: Trends und Antworten

Synthetische Drogen: Entwicklungen und Antworten

Europäische Woche der Suchtprävention

Der Kampf gegen Drogen, der auf der Agenda der EU bereits bisher einen der vorderen Ränge einnahm, erhielt mit der unter österreichischer Präsidentschaft veranstalteten dritten Europäischen Woche der Suchtprävention (EWS) vom 16. bis 22. November 1998 zusätzliche Schubkraft. Anlässlich dieser Europäischen Woche fanden in allen EU-Mitgliedstaaten ebenso wie in den beteiligten Nicht-EU-Mitgliedstaaten wie Norwegen vielfältige Initiativen und Projekte statt.

Hauptziele der EWS sind die Stärkung der europäischen Zusammenarbeit bei den gesundheitlichen Aspekten der Drogensucht, die Darstellung einer langfristig angelegten suchtpreventiven Arbeit in den Mitgliedstaaten und eine verstärkte Sensibilisierung der Öffentlichkeit in dieser Frage.

Seit ihrem erstmaligen Stattfinden im Jahre 1992 hat die EWS dazu beigetragen, die Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften der Suchtprävention, insbesondere aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen, der Jugendarbeit und dem Strafvollzug, in und zwischen den Mitgliedstaaten zu festigen.

Prävention und politische Veranstaltungen

Die dritte Europäische Woche der Suchtprävention wurde im Kontext des EU-Aktionsprogramms zur Prävention von Drogenabhängigkeit (1996-2000) organisiert und durchgeführt. Zum ersten Mal nahmen die

neuen Mitgliedstaaten Österreich, Finnland und Schweden zusammen mit dem Nichtmitgliedstaat Norwegen an der Woche teil. Die gewählte Thematik ging über die einzelnen Disziplinen hinaus: gemeinsames Anliegen war es, die Sensibilität der Öffentlichkeit weiter zu schärfen und die Anzahl funktionierender Partnerschaften zu erhöhen.

Die EWS, die in die Zeit der österreichischen EU-Präsidentschaft fiel, wurde mit einer Konferenz in Wien eröffnet, an der 300 Fachleute und Politiker aus allen Mitgliedstaaten sowie Vertreter aus Liechtenstein, Norwegen sowie den mittel- und osteuropäischen Ländern teilnahmen. Die Konferenz, die als Forum für den Austausch von Informationen und empfehlenswerter Praxis angelegt worden war, debattierte über Wege der Kooperation bei und der Koordinierung von Suchtpreventionsstrategien auf lokaler, nationaler und europäischer Ebene und beschäftigte sich mit der Gesundheits- und Sozialpolitik, Bildungs- und Jugendfragen, Fragen der Sicherheit der Bevölkerung, regional- und lokalpolitischen Fragestellungen und Problemen der Öffentlichkeitsarbeit.

In den Schlußfolgerungen der Konferenz stellten die Delegierten fest, daß weitere Arbeiten zur Verbesserung der Qualität und Vergleichbarkeit der Daten zur Drogenproblematik in der EU und weltweit erforderlich sind. Entsprechende Statistiken wären eine substantielle Hilfe bei der Entwicklung von Strategien für Gegenwart und Zukunft.

Eine EU-weite Kampagne unter dem Motto „Miteinander reden ist der erste Schritt“ lenkte die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung, die der Dialog in der Suchtprävention hat. Diese Kampagne richtete sich in erster Linie an Erwachsene, die in ständigem Kontakt mit jungen Menschen stehen, darunter Eltern, Lehrer, Jugendarbeiter, Ausbilder und Sporttrainer.

Die Medienkampagne bestand aus einem TV-Spot in 18 Sprachen, einem Hörfunkspot in 6 Sprachen, einem in 19 Sprachversionen produzierten Poster, einem Infoblatt in 13 Sprachen, einer Zeitungsanzeige in 12 Sprachen und einer Pressemitteilung in 18 Sprachen.

Auf EU-, nationaler, regionaler und lokaler Ebene wurden über 1 000 Initiativen gestartet, die die Kommission mit Mitteln in Höhe von ca. 950 000 EUR bezuschußt hat. Die einzelnen Staaten haben die Veranstaltungen der EWS in den meisten Fällen in ihre jeweiligen nationalen Jahrespläne integriert und dabei die Gelegenheit wahrgenommen, die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf langfristige Projekte zu richten. In einigen Mitgliedstaaten fanden während der EWS Debatten über die vorhandenen nationalen Suchtpräventionsstrategien und über neue Präventionskonzepte statt.

Zielgruppen der Veranstaltungen waren Jugendliche, Jugendarbeiter, Familien, Suchtpräventionsfachkräfte, Politiker und die Medien. In einigen Mitgliedstaaten wurden darüber hinaus weitere Gruppen wie z. B. ethnische Minderheiten, Drogenkonsumenten und Kinder angesprochen. So erreichten in Frankreich 39 der 46 Projekte mit Zielgruppe „Jugendliche“ 18 000 Personen. In Österreich diskutierten während der „Sommergespräche '98“ österreichische, deutsche und ungarische Sachverständige über eine Reihe von Möglichkeiten der Suchtprävention für Kinder zwischen drei und sechs Jahren. Schließlich wurde vom Wiener Informationszentrum für Suchtprävention eine Konferenz zur Suchtprävention in Kindergärten durchgeführt.

In allen Mitgliedstaaten wurden neben Konferenzen, Seminaren und Schulungskursen Veranstaltungen organisiert, die den Dialog mit Jugendlichen voranbrachten, die Teilnehmer für die Problematik sensibilisierten und das Selbstwertgefühl der Teilnehmer stärkten. In der gesamten EU fanden eine Vielzahl künstlerischer und kultureller Veranstaltungen statt, so z. B. Konzerte, Theater, Tanz, Spiele, Photoausstellungen, Film- und Videovorführungen.

Lehren aus der Europäischen Woche der Suchtprävention

Obwohl die abschließende Evaluation der Veranstaltungen der Europäischen Woche der Suchtprävention 1998 in den beteiligten Ländern durch die Europäische Kommission noch aussteht, lassen sich einige Feststellungen auch schon heute treffen. Die folgende Auflistung einiger der herausragenden Elemente dieser Woche stützt sich auf die Länderberichte der im Reitox-Netz zusammengeschlossenen nationalen Knotenpunkte:

- Die Europäischen Wochen der Suchtprävention sind wirksame Instrumente in dem Bemühen, die suchtpräventive Arbeit sowohl auf EU-Ebene als auch in den Mitgliedstaaten weiter voranzubringen. Sie tragen dazu bei, den Austausch von Informationen über die beste Präventionspraxis auf europäischer Ebene zu ermutigen und zu fördern.
- Die Durchführung der EWS 1998 hat die Vorteile der Koordinierung auf EU-Ebene deutlich gemacht und den Partnern in den Mitgliedstaaten geholfen, in einem größeren europäischen Kontext zusammenzuwirken.
- Die europaweite Medienkampagne hatte ihre Wirkung, doch wäre der Nutzen noch größer gewesen, wenn sie – wie das bereits bei den Europäischen Wochen gegen Krebs geschieht – eine spezielle und gemeinsame Botschaft gehabt hätte.
- Angesichts der Schwierigkeiten, die einige Projektleiter mit der Entwicklung der europäischen Komponente ihrer Initiativen hatten, sollte für die nächste EWS Unterstützung bereits in einer frühen Phase vorgesehen werden, um der Entwicklung von Projekten mit einer EU-weiten Dimension und einem auf Europa orientierten Motto den Weg zu ebnet.
- Die Verwendung der von der EBDD entwickelten Berichtsbögen wird eine standardisierte Darstellung der Aktivitäten der EWS ermöglichen. Dessen ungeachtet hat der Evaluationsprozeß nicht früh genug begonnen, so daß es noch einige Zeit dauern wird, bis der abschließende Bericht fertiggestellt ist.

In den meisten Mitgliedstaaten kam es zu Treffen unter dem Motto „Von der Jugend für die Jugend“, bei denen Jugendliche untereinander über Themen wie Alkohol und Drogen diskutierten.

Auch die neuen Medien, insbesondere das Internet, aber auch CD-ROM, Chaträume und Videofilme, wurden während der EWS für die Zwecke der Schadensminimierung und der präventiven Aufklärung sowie der Einschätzung des Wissensstandes und der Einstellungen gegenüber Drogen eingesetzt.

Jeder Mitgliedstaat stellte sich auf seine Weise der Herausforderung, die partnerschaftliche Zusammenarbeit und interdisziplinäre Projekte zu fördern. Die Niederlande setzten einen nationalen Lenkungsausschuß aus Vertretern der Regierung und in der Suchtprävention tätigen Nichtregierungsorganisationen (NRO) mit dem Auftrag ein, auf der Grundlage der Leitlinien der Europäischen Kommission nationale Programme aufzustellen und umzusetzen. Andere Mitgliedstaaten starteten Initiativen, mit denen versucht werden soll, den Bekanntheitsgrad laufender suchtpreventiver Maßnahmen gezielt bei den in der Jugendarbeit Tätigen, den bestehenden Suchtpräventionsstrukturen und in der breiten Öffentlichkeit zu erhöhen und eine Zusammenarbeit zwischen diesen Zielgruppen zu fördern.

Follow-up

Die Europäische Kommission nimmt derzeit eine Auswertung der EWS und anderer Aktivitäten im Rahmen des EU-Aktionsprogramms zur Prävention von Drogenabhängigkeit (1996-2000) vor. Die Gesamtauswertung des Aktionsprogramms findet mit Unterstützung der Association of Schools of Public Health in the European Region (Aspher) statt.

Um für die Auswertung von den Mitgliedstaaten standardisierte Informationen über die EWS zu erhalten, hatte die Kommission allen nationalen Koordinatoren einen von der EBDD vorbereiteten Berichtsfragebogen zum gegenseitigen Informationsaustausch über Maßnahmen zur Nachfragereduzierung mit Hilfe der Europäischen Datenbank EDDRA zugestellt. Die Kommission und die nationalen Koordinatoren hatten von der EBDD auch deren Richtlinien für die Evaluation von Projekten zur Suchtprävention erhalten, letztere zur Weitergabe an die einzelnen Projektleiter. Dieses Instrument soll die Evaluation suchtpreventiver Aktivitäten unterstützen und den Projektleitern bei der Konzipierung ihrer Aktivitäten und der nachfolgenden Evaluation orientierende Hilfe geben.

Cannabis: Trends und Antworten

Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Droge in Europa. Im Verlauf der 90er Jahre haben sich Ausmaß und Muster des Cannabiskonsums und die Verfügbarkeit dieser Droge verändert. Derzeit werden gesundheitliche und soziale Fragen im Zusammenhang mit dem Cannabisgebrauch einer erneuten Überprüfung unterzo-

gen. Die Debatte um den rechtlichen Status von Cannabis und mögliche medizinische Anwendungen hat sich verschärft.

Die Cannabisextrakte – Marihuana, Haschisch und Hasch-Öl – werden als Suchtstoffe gemäß Kategorie („Schedule“) I der UN-Suchtstoffkonvention aus dem Jahre 1961 klassifiziert. Diese Konvention sieht strikte Kontrollmaßnahmen für die Herstellung, den Vertrieb, den Besitz und auch den Konsum von Suchtstoffen vor; ausgenommen sind lediglich die für medizinische oder Forschungszwecke benötigten Mengen. Diese Auflagen werden von der 1988 verabschiedeten UN-Konvention gegen den unerlaubten Handel mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen noch verschärft.

Die EU-Mitgliedstaaten wenden die UN-Konventionen entsprechend ihren jeweiligen lokalen oder regionalen Gegebenheiten an. Einige Länder oder Regionen tolerieren bestimmte Formen des Besitzes und Konsums, andere wenden Ordnungsstrafen oder Bußgelder an, wieder andere strafrechtliche Maßnahmen.

Cannabis, Marihuana und Haschisch

Die Faserhanfpflanze (*Cannabis sativa*) enthält die psychoaktive Substanz Delta9-Tetra-hydro-cannabinol (THC), den wichtigsten psychoaktiven Wirkstoff der Cannabisdroge. Eine andere Bezeichnung für die gleiche Pflanze ist „Marihuana“, womit meist die getrockneten Blätter und Blüten gemeint sind. Das in der Blüte aus den Knospen und Blüten der Cannabispflanze extrahierte Harz wird als Haschisch bezeichnet, aus dem sich das Hasch-Öl gewinnen läßt. Die Begriffe „Cannabis“, „Marihuana“ und „Haschisch“ sind alles gängige Begriffe, die häufig unterschiedslos verwendet werden.

Cannabis und Fahrtüchtigkeit

Eine von der EBDD in Auftrag gegebene Übersichtsdarstellung über die wissenschaftliche Literatur zum Thema Drogen und Fahrtüchtigkeit hat ergeben, daß die Frage, ob Cannabis die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt und das Unfallrisiko im Straßenverkehr erhöht, bisher nicht eindeutig beantwortet werden kann.

Die Ergebnisse der vorliegenden experimentellen Studien stimmen nicht ganz überein: In einigen Untersuchungen wurden keine signifikanten Auswirkungen auf die Wahrnehmungsfähigkeit festgestellt, während andere auf eine gewisse Beeinträchtigung der Konzentration und des Kurzzeitgedächtnisses hinweisen, die allerdings in der Regel bei höheren Dosen beobachtet wird.

In einigen Feldstudien, bei denen die Körperflüssigkeiten von Fahrern nach Unfällen untersucht wurden, konnten eindeutig Cannabisspiegel nachgewiesen werden. Da diese Tests aber bis zu einem Monat nach Cannabisgenuß positiv sein können, sind sie für unseren Zweck möglicherweise kein zuverlässiges Instrument.

Die Interpretation eines Kausalzusammenhangs zwischen Cannabis und Straßenverkehrsunfällen wird weiter durch den gleichzeitigen Nachweis anderer Drogen, insbesondere Alkohol, kompliziert. Einige Studien kommen zu dem Ergebnis, daß Cannabis anscheinend kein hohes Risiko für Kraftfahrer darstelle, da festgestellt worden sei, daß Kraftfahrer unter dem Einfluß von Cannabis tatsächlich vorsichtiger fahren.

Trotz dieser unterschiedlichen ordnungsrechtlichen Antworten auf das Cannabisproblem läßt sich doch für die strafrechtliche Phase ein gemeinsamer Trend bei den Mitgliedstaaten erkennen: die Entwicklung einer Reihe alternativer Maßnahmen im Fall des Besitzes kleiner Cannabismengen zum persönlichen Gebrauch ohne erschwerende Umstände.

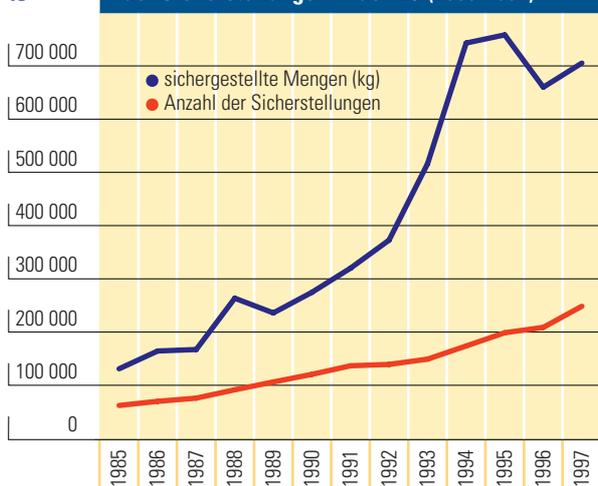
Bußgelder, Kautionen, Bewährungsstrafen, Straffreistellung und Beratung sind die gängigsten Antworten der europäischen Rechtssysteme auf Gesetzesverstöße im Zusammenhang mit Cannabis. Gleichzeitig steigt in mehreren Ländern bei solchen Verstößen – insbesondere im Zusammenhang mit Cannabis und Cannabiskonsum – die Anzahl der polizeilichen Anzeigen.

Ein genaueres Bild darüber, wie die Drogenpolitik in bezug auf Cannabis in die Praxis umgesetzt wird, kann nur durch spezielle Untersuchungen gewonnen werden, die die Daten von Polizeibehörden und Staatsanwaltschaften eingehender analysieren.

Konsummuster

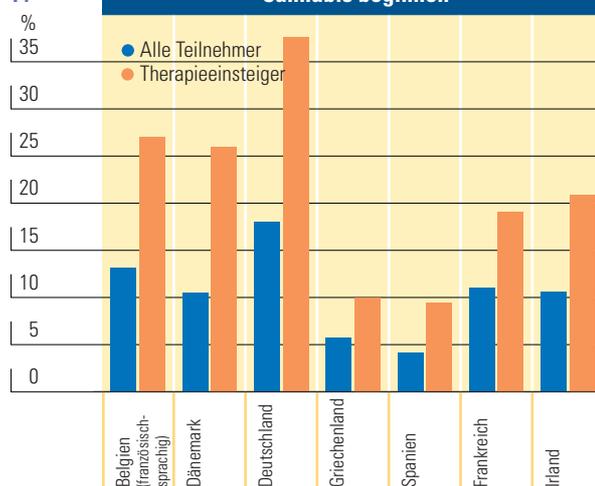
Aus neueren Erhebungen geht hervor, daß mehr als 40 Millionen Menschen in der EU Cannabis konsumiert haben. Durchschnittlich jeder Fünfte aus der Gruppe der 15- bis 16jährigen und mindestens jeder Vierte aus der Gruppe der 15- bis 34jährigen hat Cannabis ausprobiert.

Abbildung 13 Cannabis – sichergestellte Mengen und Anzahl der Sicherstellungen in der EU (1985-1997)



Anmerkungen: Für Griechenland und die Niederlande liegen keine Zahlen über die Sicherstellungen vor. Da für Belgien keine Daten vorhanden sind, ist die Zahl der Sicherstellungen zu gering eingeschätzt.

Abbildung 14 Anteil der Personen, die eine Behandlung wegen Cannabis beginnen



Anmerkungen: Im Falle Dänemarks stehen Therapieeinsteiger denen gegenüber, die bereits an einer Therapie teilnehmen.

Wenngleich zwischen den Ländern erhebliche Unterschiede im Ausmaß des Cannabiskonsums bestehen bleiben, gibt es Hinweise für eine Annäherung bei der Prävalenz. In Ländern mit höherer Prävalenz zeigt sich nach Zunahmen in den 90er Jahren jetzt eine Stabilisierung oder ein Rückgang, in Ländern mit zunächst geringerer Prävalenz dagegen ein Anstieg.

In großen Teilen der EU steht der Cannabiskonsum nicht im Zusammenhang mit einem bestimmten sozialen Kontext oder einer bestimmten sozialen Gruppe bzw. einem bestimmten Freizeitverhalten. In vielen Mitgliedstaaten scheint sich ein Trend dahin gehend abzuzeichnen, daß der Gebrauch von Cannabis eher als normal oder „cool“ denn als verwerflich angesehen wird. Die Cannabiskonsumenten können jedoch nicht als homogene Gruppe angesehen werden, und es werden unterschiedliche Konsummuster mitgeteilt. In Deutschland z. B. führen Cannabiskonsumenten häufig ein unauffälliges Leben ohne große Probleme, obwohl in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme in der Anzahl der Personen zu beobachten ist, die wegen Cannabisproblemen eine ambulante Behandlung beginnen.

Sicherstellungen

Die jährlich in der EU sichergestellten Cannabismengen sind seit 1994 stabil, obwohl die Anzahl der Sicherstellungen ständig zunimmt. Cannabis ist in den meisten Teilen der Union nach wie vor leicht zu beschaffen, und der Cannabismarkt scheint bei relativ stabilen Preisen „festgefügt“. Das in der EU sichergestellte Cannabis kommt in der Hauptsache aus Marokko, in kleineren Mengen aber auch aus Afghanistan, Libanon und Pakistan. Als Transitländer für das in die EU importierte Cannabis werden häufig Spanien und die Niederlande genannt.

Das in der EU sichergestellte Marihuana (Cannabiskraut) kommt zum größten Teil aus Kolumbien, Nigeria, Südafrika und Thailand. Daneben wird Cannabis auch in fast allen Mitgliedstaaten selbst angebaut, obwohl es wenig Anhaltspunkte für einen Handel in großem Stil gibt.

Wirkstärke

In einigen Ländern werden eine Vielzahl von Cannabis-indica-Abkömmlingen speziell für den Anbau in Räumen gezüchtet, die buschige Pflanzen und Blüten hoher Qualität ergeben. Viele der neueren Sorten scheinen aus

Himalaya-Pflanzen entwickelt worden zu sein, während früher Saaten, aus denen größere Pflanzen entstehen, aus Afrika, dem karibischen Raum und dem Fernen Osten verwendet wurden.

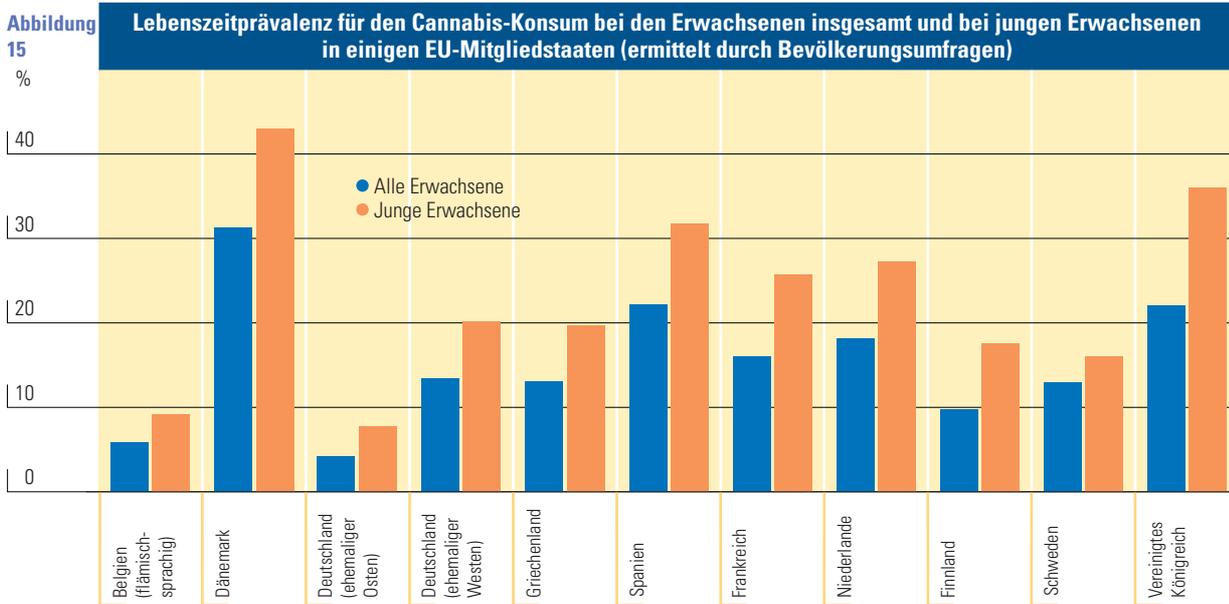
Einige Länder melden in den letzten Jahren eine Zunahme in der Wirkstärke von Cannabis, insbesondere von Cannabiskraut (Marihuana), und die Ordnungsbehörden (unter anderen) haben ihre Besorgnis darüber bereits zum Ausdruck gebracht. In dem vorliegenden begrenzten Datenmaterial der nationalen Knotenpunkte werden folgende durchschnittliche Bereiche für den THC-Gehalt von Cannabis genannt: vorwiegend 5 bis 11 % in Deutschland, 6 bis 9 % in den Niederlanden und 2 bis 14 % im Vereinigten Königreich. In einigen wenigen Fällen werden höhere Wirkstärken angegeben, wobei jedoch nicht immer klar ist, ob sich diese auf Haschisch, Marihuana oder Hasch-Öl beziehen. Anderen Quellen zufolge enthält Marihuana 0,5 bis 5,0 % THC, Haschisch 2 bis 20 % und Hasch-Öl 15 bis 50 %.

Klarheit herrscht weder darüber, welches der typische Gehalt der verschiedenen auf dem Markt befindlichen Cannabisformen ist, noch inwieweit sich die Wirkstärke tatsächlich erhöht hat. Auch das Verhalten und die Präferenzen der Konsumenten sind nicht bekannt. Eingehende, systematische Studien würden dazu beitragen, hier eine fundiertere Diskussionsgrundlage zu schaffen.

Behandlung

Cannabis wird bei Therapiebeginn nur von einer Minderheit der Konsumenten als Primärdroge angegeben, in der Regel von etwa 10 % oder weniger. Es ist häufiger Sekundärdroge bei Abhängigen, die wegen einer anderen Droge eine Behandlung aufnehmen. In mehreren Ländern ist eine gewisse Zunahme registriert worden, wobei der Anteil bei neuen Patienten, die sich zum ersten Mal in Behandlung begeben, höher ist. Die meisten Personen, die wegen Cannabis in eine Therapieeinrichtung kommen, sind sehr viel jünger als diejenigen, die als Primärdroge Heroin oder andere angeben.

Es gibt nur sehr wenige Einrichtungen, die sich speziell an Cannabiskonsumenten wenden. Deshalb suchen behandlungswillige Konsumenten mit Cannabisproblemen normalerweise Stellen auf, die zum größten Teil andere Suchtabhängige wie z. B. Heroin- oder Kokainverbraucher betreuen. Da Konsumenten mit Cannabisproblemen nur eine Minderheit der europaweit in Behandlung befindlichen Suchtkranken darstellen und da sie ein



anderes Profil als die übrigen behandelten Drogenkonsumenten zeigen, ist es schwierig herauszufinden, ob die angebotene Behandlung die richtige ist und welche alternativen Therapieansätze den größten Erfolg haben könnten.

Um Klarheit über die Art der Probleme zu erhalten, die mit dem Cannabisgenuß zusammenhängen, sind noch wesentlich mehr Informationen erforderlich. Da Personen, die Schwierigkeiten mit Cannabis haben, möglicherweise auch andere Stoffe konsumieren oder eine Reihe psychosozialer Probleme haben, muß geklärt werden, inwieweit cannabisspezifische Therapieeinrichtungen benötigt werden und bis zu welchem Grade die Unterstützung im Rahmen der anderen Suchthilfeangebote verbessert werden kann.

Prävention

Bei den meisten Präventivmaßnahmen wird versucht, die Betroffenen durch Gespräche vom Cannabisgebrauch abzuhalten. Wie im Bereich der Therapie gibt es auch in der Prävention nur wenige Maßnahmen speziell für Cannabisabhängige. Die telefonische Suchtberatung steht Cannabiskonsumenten offen,

ist aber in keinem Falle ausschließlich auf diese Zielgruppe ausgerichtet.

In allen Mitgliedstaaten wird die Bevölkerung über Drogen informiert, darunter auch über Cannabis. Einige haben spezielles Material über Cannabis herausgebracht. Einige Initiativen wenden sich mit allgemeinen Informationen über Cannabis und die Wirkungen von THC an eine breite Öffentlichkeit, während andere speziell auf Eltern abzielen.

Debatten und Diskussionen

Die Debatte darüber, ob Cannabis in Europa für medizinische Zwecke eingesetzt werden kann oder soll, hat an Intensität zugenommen. In den meisten Ländern wird diese Debatte informell geführt, in Dänemark, Deutschland, Spanien, den Niederlanden, Österreich und dem Vereinigten Königreich hat sie bereits einen offiziellen Charakter angenommen.

In anderen Regionen der Welt hat die Debatte über den therapeutischen Nutzen von Marihuana politische Diskussionen ausgelöst, in deren Mittelpunkt Initiativen zur Reform „prohibitiver Gesetze“ stehen, durch die die Ärzte die Möglichkeit erhalten sollen, Marihuana zu verschreiben.

Synthetische Drogen: Entwicklungen und Antworten

Die Beunruhigung von Politikern und der Öffentlichkeit über synthetische Drogen eskalierte in den 90er Jahren angesichts einer zunehmenden und offenbar weitverbreiteten Verwendung von Ecstasy durch „ganz normale“ Jugendliche aus allen Bevölkerungsschichten. Eine Bekämpfung dieser Droge, die innerhalb der EU zu niedrigen Kosten ohne Schwierigkeiten aus jederzeit verfügbaren Substanzen hergestellt wird, wurde zunehmend schwieriger.

Verständnis von Tanzkultur

„Man kann Tanzkultur nicht verstehen, wenn man Ecstasy nicht versteht. Das ist so, als wollte man die Kneipenkultur verstehen, ohne etwas von Bier zu verstehen ... DJs und Musikproduzenten, die behaupten, sie hätten mit Drogen nichts zu tun, sind Heuchler. Sie verdanken ihre ganze Karriere den Drogen. Früher haben die Leute eine Ewigkeit getanzt, um ‚high‘ zu werden. Heute benutzt man den Aufzug, nicht mehr die Treppe.“

Irvine Welsh (Erfolgsautor von *Trainspotting* und *Ecstasy*): Interview in *Ministry Magazine*, April 1999.

Was sind synthetische Drogen?

Der Begriff „synthetische Droge“ bezeichnet psychoaktive Stoffe, die im Labor hergestellt und nicht mehr aus natürlichen Grundstoffen gewonnen werden, und schließt damit auch Tranquilizer, Methadon, Amphetamine, Ecstasy und LSD ein. Der Begriff wird aber auch für neue Stoffe verwendet, die auf dem Ecstasy-Markt aufgetaucht sind und von den geltenden gesetzlichen

Bestimmungen nicht erfaßt werden – einige werden gar eigens zu diesem Zweck produziert. Diese Verwendung des Begriffs verweist eher auf Besorgnisse wegen der besonderen Probleme bei der Kontrolle der Produktion und des Vertriebs synthetischer Drogen als auf deren Konsummuster.

Im Freizeitbereich gibt es viele Gelegenheiten dafür, daß Jugendliche nicht nur Ecstasy nehmen, sondern auch zu Amphetaminen, LSD und Benzodiazepinen – den „alten“ synthetischen Drogen – greifen, aber auch zu nichtsynthetischen Stoffen wie Alkohol, Cannabis, Kokain, Zauberpilze („magic mushrooms“), gelegentlich auch zu Heroin.

Was ist Ecstasy?

„Ecstasy“ steht für das ringsubstituierte Amphetamin MDMA. Die meisten Konsumenten meinen, die sogenannten „Ecstasy“-Pillen enthalten MDMA, obwohl dies nur eines aus einer Familie der Phenethylamine ist, zu der außerdem MDA, MDEA und MBDB gehören.

Anfang der 90er Jahre wurde Ecstasy unter jungen Leuten populär, die der Meinung waren, daß MDMA sicher ist und körperlich nicht abhängig macht. Dieser neue Trend beim Drogenkonsum bildete sich im Kontext einer bestimmten Massenkultur und Musikrichtung, für die Begriffe wie Rave, Acid house oder Techno stehen.

Im Vergleich zu anderen Aufputschmitteln erzeugt Ecstasy in der Regel nicht so extreme Stimmungsumschwünge, wie sie für Amphetamine kennzeichnend sind. Verglichen mit Kokain, halten die

Entaktogene Wirkung

Dr. David Nichols, Professor für Medizinische Chemie und Pharmakologie an der amerikanischen Purdue University, hat für Drogen wie MDMA (Ecstasy) den Begriff „entaktogen“ geprägt. Die entaktogene Wirkung einer Droge ist die einer emotionalen „Stütze“, die den Zugang zu den inneren Gefühlen, zu den unterdrückten und verdrängten Erfahrungen ermöglicht. Wie es Nichols selbst formuliert hat, bedeutet „entaktogene Wirkung“ im wesentlichen, daß eine „innere Berührung“ stattfindet. Nach den Worten eines MDMA-Konsumenten verleiht der Stoff einem das Gefühl, daß die Welt „in Ordnung ist“.

Andere Ecstasy-Konsumenten geben an, das Gefühl zu haben, keiner Bestätigung, Anerkennung oder Beurteilung zu bedürfen, wie dies in der folgenden Aussage zum Ausdruck kommt: „Ich hatte das Gefühl, als ob ich die ganze Welt erobern könnte, und verspürte gleichzeitig keinerlei Notwendigkeit, dies zu tun. Ich unterhielt mich, ohne dabei das Gefühl zu haben, in irgendeiner Art eingeschränkt oder verpflichtet zu sein oder mit meinem Gegenüber konkurrieren zu müssen.“

Gesundheitsrisiken bei Genuß von Ecstasy

Hochdosierter oder häufiger Genuß von Ecstasy führt dazu, daß die entaktogene Wirkung abnimmt oder völlig ausbleibt, wenngleich die stimulierende Wirkung anhält. Infolgedessen wird Ecstasy weitgehend als Wochenenddroge benutzt. Dadurch werden Probleme vermieden, die sich aus einer täglichen Einnahme oder aus der Anwendung hoher Dosen ergeben.

Akute Risiken

Nach konservativen Schätzungen wurden in Tanzclubs im Vereinigten Königreich Mitte der 90er Jahre jedes Wochenende mehr als eine Million Ecstasy-Trips konsumiert. Daraus wurde ein Todesfallrisiko nach Ecstasy-Konsum von etwa 1:6,8 Millionen errechnet. Das akute Gesundheitsrisiko steigt in dem Maße, in dem der Konsum intensiviert oder Ecstasy in Kombination mit Drogen mit sedativer Wirkung wie Alkohol, Heroin und Benzodiazepinen genommen wird.

positiven Wirkungen von Ecstasy wesentlich länger an. Diese Wirkungen werden i. a. als stimulierend, euphorisierend und entaktogen empfunden – eine Kombination, die die Rolle erklärt, die die Droge bei Musik- und Tanzveranstaltungen spielt. Mit dieser Kombination trug Ecstasy auch zum Erfolg kommerziell organisierter Partys bei, weil sie eine Atmosphäre der Zusammengehörigkeit schaffen und zum Tanzen anregen.

Was ist in einer Ecstasy-Pille?

Bei der Herstellung von Pillen für den Ecstasy-Markt verwenden die Hersteller generell Markennamen und

Chronische Risiken

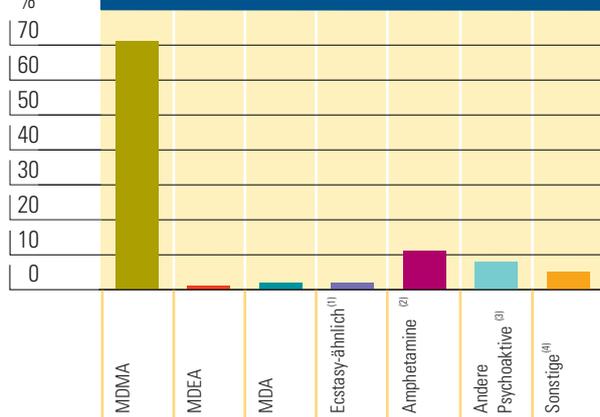
Wissenschaftliche Untersuchungen zu den chronischen Wirkungen des Ecstasy-Konsums sind wegen Vorurteilen und einem Mangel an Daten bisher nur in begrenztem Maße durchgeführt worden. Die bisher verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse deuten auf ein gewisses Maß an neurotoxischen Wirkungen nach Einnahme hoher Ecstasy-Dosen hin. Neuere Ergebnisse von Versuchen mit Affen haben ergeben, daß eine viertägige Exposition gegenüber MDMA gewisse Schädigungen in bestimmten Bereichen des Gehirns verursachte, die über sechs bis sieben Jahre anhielten. Die Folgen dieser Schädigungen sind noch nicht vollständig zu überblicken. Untersuchungen am Menschen haben eine Schädigung der serotoninproduzierenden Neuronen und eine Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung aufgrund der toxischen Wirkung von MDMA auf die entsprechenden Hirnzellen ergeben.

Logos, die verkaufsfördernd wirken und ihr Produkt von dem eines anderen Herstellers unterscheiden sollen. Trotz dieser Namen und Logos gibt es keine Garantie dafür, welche Pille man gerade kauft oder was sie enthält.

Die Schwierigkeit, den Gehalt einer Pille festzustellen, ist ein wesentliches Merkmal des Ecstasy-Marktes, und Laboranalysen haben gezeigt, daß auch erfahrene Ecstasy-Konsumenten bei ihrer persönlichen Einschätzung des Pilleninhalts falsch lagen.

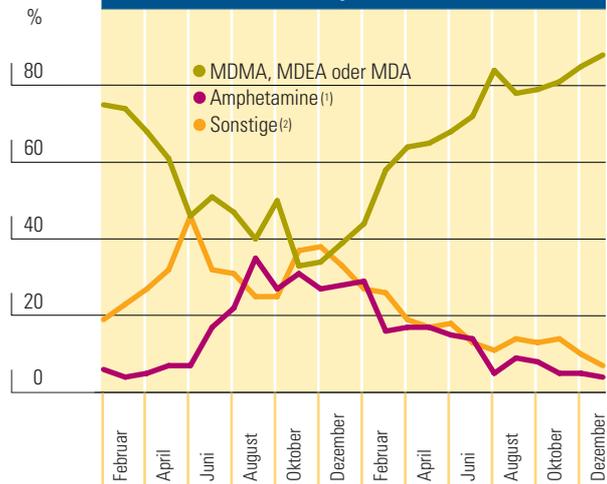
Neuere Analysen von Ecstasy-Pillen in einigen Mitgliedstaaten haben eine sehr unterschiedliche Zusam-

Abbildung 16
Zusammensetzung der Pillen nach Laboranalysen in den Niederlanden (1998)



(1) Kombination aus MDMA und/oder MDEA und/oder MDA mit oder ohne anderen Substanzen (ausgenommen Amphetamine).
 (2) Beinhalten Amphetamine oder Methamphetamine allein oder zusammen mit anderen Substanzen.
 (3) Beinhalten zum Beispiel 2-CB, MBMA, Cannabinoide, MBDB oder andere Ecstasy-ähnliche Substanzen (ausgenommen Amphetamine).
 (4) Koffeine, Paracetamol, Quinine, Yohimbine, andere Medikamente und unbekannte Substanzen.

Abbildung 17
Monatlicher Trend in der Zusammensetzung der in den Niederlanden analysierten Pillen (1997-1998)



(1) Beinhalten Amphetamine oder Methamphetamine, allein oder zusammen mit anderen Substanzen.
 (2) Alle anderen psychoaktiven, nichtpsychoaktiven und unbekanntenen Substanzen.

mensetzung ergeben. Einige enthielten reines MDMA, andere Amphetamine in hohen Konzentrationen und wieder andere eine Mischung aus Laktose und Koffein.

Berichten zufolge sollen synthetische Drogen vorwiegend in Geheimlabors in Spanien, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und Polen hergestellt werden. In einer Anzahl von Ländern ist das organisierte Verbrechen an der Herstellung und am Vertrieb Ecstasy-ähnlicher Drogen beteiligt. Es sind Fälle bekannt geworden, bei denen junge Drogenkonsumenten beim Vertrieb solcher Pillen von stärker organisierten Händlern bedroht worden sind.

Prävalenz des Konsums synthetischer Drogen

Wichtigste Informationsquelle über den Konsum synthetischer Drogen sind junge Leute auf Tanzveranstaltungen und Partys, wenngleich diese Drogen auch anderenorts eingenommen werden.

Schülerbefragungen geben den Anteil der 15- bis 16jährigen, die zugeben, schon einmal Amphetamine ausprobiert zu haben, im Durchschnitt mit 2 bis 4 % an, wobei sich der Gesamtbereich von unter 1 % in Finnland bis zu fast 8 % in den Niederlanden und 13 % im Vereinigten Königreich erstreckt. Beim Konsum von Ecstasy gibt es in dieser Altersgruppe ebenfalls große Unterschiede: hier reichen die Werte von unter 1 % über 5 bis 6 % in Belgien und Spanien bis zu 8 bis 9 % in Irland, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich.

Die Zahlen für die Lebenszeitprävalenz für LSD unter Schülern liegen bei etwa 13 bis 14 % in Irland und dem Vereinigten Königreich, bei 5 bis 6 % in Spanien und Italien und bei 2 % oder darunter in den anderen Mitgliedstaaten. Der Anteil junger Erwachsener mit Amphetamin- und Ecstasy-Erfahrung liegt i. a. bei 2 bis 5 %, in der Altersgruppe der 18- bis 25jährigen darüber.

Die auf die letzten zwölf Monate bezogenen Prävalenzraten für Amphetamine, Ecstasy und LSD bewegen sich meist im Bereich zwischen 1 und 2 % und sind nur im Vereinigten Königreich höher.

Neueste Trends

Neuere Berichte aus einigen Mitgliedstaaten deuten auf eine Stabilisierung oder gar einen Rückgang im Ecstasy-Konsum und auf eine gewisse Ernüchterung darüber, was

als Ecstasy verkauft wird, hin. Artikel in Musikzeitschriften beklagen den Verlust an Exklusivität bei den Tanzveranstaltungen der Ecstasy-Szene und kritisieren die physischen Manifestationen des Konsums von Substanzen vom Amphetamin-Typ wie „hängende Zungen, rote Gesichter, Grimassen“. Das heißt jedoch nicht, daß Ecstasy im Verschwinden begriffen ist, sondern nur, daß sich die Konsummuster diversifizieren.

Die Verfügbarkeit und der Konsum von Amphetaminen nehmen weiter zu. In der vielgestaltigen Jugendszene werden diese zumeist als Pulver geschnüffelt, als Pillen eingenommen oder Getränken zugesetzt.

Wie schon bei Ecstasy, schlägt sich der steigende Amphetamin-Konsum nicht in solchen Indikatoren wie der Behandlungsnachfrage nieder. Dies ist angesichts der wenigen Jugendlichen, die eine Therapieeinrichtung aufsuchen, nicht verwunderlich. Es kann bedeuten, daß der steile Anstieg beim Konsum keine Gesundheitsprobleme hervorruft oder daß die Probleme nicht erfaßt worden sind oder aber auch daß die Drogenhilfestellen nicht angemessen auf diesen Trend reagieren.

Neue Konsummuster, neue Drogen

In den letzten Jahren haben die Tanzdrogen wie die dazugehörige Musik auch die Nachtclubs außerhalb der Jugendszene erreicht, wo auch der Alkoholkonsum allmählich ansteigt. Der lukrative Musik-/Tanzmarkt scheint die Hersteller alkoholischer Getränke dazu bewogen zu haben, Alkohol speziell für den Tanzdrogen- oder Ecstasy-Markt zu sponsern oder dafür zu werben, wobei sie in ihren Strategien häufig auf die Bilderwelt der Drogen zurückgreifen.

Genauere Muster der Diversifizierung des Konsums synthetischer Drogen sind schwer auszumachen. Verschiedene Berichte verweisen auf den verstärkten Genuß von Alkohol und ein Interesse an Aufputzmitteln wie Amphetaminen und/oder Kokain und Halluzinogenen (wie LSD oder Pilze). Einige Einrichtungen der Drogenhilfe, die niedrigschwellige Hilfen anbieten, haben von einer zunehmenden Anzahl hilfesuchender Jugendlicher berichtet, die eine gewisse psychische Abhängigkeit von starkem Drogengenuß auf Partys und Diskos entwickelt haben. In einer Minderzahl dieser Fälle war auch Heroin im Spiel.

Ansonsten gibt es Berichte darüber, daß Viagra und verschiedene Steroide als Lifestyle-Drogen verkauft werden.

Maßnahmen zur Nachfragereduzierung

Die Hauptstrategien zur Reduzierung der Nachfrage nach synthetischen Drogen in der EU können nach der Art klassifiziert werden, wie sie die heterogene Zielgruppe der Konsumenten erreichen wollen. Informationen darüber liegen jedoch nur aus wenigen Ländern vor.

Nachdem eine wachsende Anzahl von Menschen den Konsum von Drogen zu einem Teil ihrer Alltags- oder Freizeitaktivitäten machen, muß man – wenn man gesundheitlichen Schaden abwenden will – über die Risiken eines exzessiven Genusses und der Einnahme verfälschter Pillen informieren.

Als Rahmen für suchtpräventive Maßnahmen werden nicht nur Rave-Partys genutzt, sondern es werden auch breiter angelegte Gemeinwesenkonzepte entwickelt, die über die Arbeit in bestimmten Stadtvierteln und über Jugendzentren die Techno-Clubs in die Prävention einbeziehen wollen.

Leitlinien lokaler Behörden und NGO zum „safer dancing“, wie sie zunächst im Vereinigten Königreich entwickelt worden sind, werden jetzt auch in Dänemark und Deutschland aufgegriffen. Diesen Ämtern bzw. Organisationen angeschlossenen Drogenberatungsstellen führen gleichzeitig Kampagnen durch, die sich mit verschiedenen Botschaften zum „safer use“ oder „clean use“ an unterschiedliche Zielgruppen wenden.

Analyse von Ecstasy-Pillen

Vor Ort vorgenommene toxikologische Pillentests gibt es nur in wenigen Ländern, so daß die entsprechenden Berichte unzureichend sind. Einige Länder – z. B. die Niederlande – sehen im anonymen, kostenlosen Testen von Tabletten, die auf großen Rave-Veranstaltungen als Ecstasy verkauft werden, im Verbund mit Aufklärung und Beratung vor Ort einen guten suchtpräventiven Ansatz. In Österreich werden Pillenanalysen für Forschungs- und Präventionszwecke durchgeführt.

Im Rahmen der Rave-Mission der „Médecins du Monde“ werden Pillen bei Rave-Veranstaltungen getestet. Die Organisation sammelt außerdem Informationen über den Konsum und die Konsumenten synthetischer Drogen, um

die Beteiligten in Diskussionen über den Drogengebrauch einzubinden.

Die Medien

Die Massenmedien werden in vielen Ländern als ein Mittel zur Sensibilisierung junger Menschen eingesetzt. Dabei geht es zumeist um Alkohol, doch in einigen Fällen stehen synthetische Drogen im Mittelpunkt. Andere Kampagnen sind an enger definierte Zielgruppen gerichtet.

Eines der jüngsten Medien zur Information über Drogen ist das Internet. Es sollte auch für Aktivitäten zur Nachfragereduzierung verwendet werden.

Unter der Bezeichnung „Drugsmart“ wendet sich eine vom schwedischen Ministerium für Gesundheit und Soziales betriebene Website speziell an jüngere Altersgruppen, enthält aber auch Informationen für Lehrer. Ziel dieser Initiative ist es, Schüler, die bisher keine Drogen genommen oder das Experimentieren mit Drogen eingestellt haben, in ihrer ablehnenden Haltung zu bestärken. Neben ausführlichen Informationen über verschiedene Stoffe gibt die Site Antworten auf per E-Mail gestellte Fragen und bietet einen Chat-Dienst für Internet-Teilnehmer, die an einer Diskussion über Drogenthemen interessiert sind. Ähnliche Websites werden zur Zeit überall in Europa entwickelt.

Evaluation

Eine Evaluation von Aktivitäten im Bereich synthetischer Drogen findet selten statt. Eine Ausnahme bildet die „SafeRave“-Kampagne in den Jahren 1997 und 1998 in Dänemark, die für alle sichtbar zeigte, daß innerhalb der Techno-Szene ein Interesse vorhanden ist, gegen Drogen Stellung zu beziehen – eine Position, die für die weitere Präventionsarbeit von Nutzen sein könnte.

In den Niederlanden hat die Evaluation von Peer-Group-Konzepten zur einer realistischeren, nicht moralisierenden Vorgehensweise bei der Suchtprävention beigetragen.

Die Evaluation der „safer dancing“-Kampagne in London hat das Verständnis der Wirkungen von Ecstasy, Cannabis und Amphetaminen generell verbessert.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union – 1999

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

1999 – 37 S. – 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-077-X



AMT FÜR AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN
DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-077-X



9 789291 680771 >