



Gesundheitsamt  
Landeshauptstadt Düsseldorf

Illegale Drogen  
Aktuelle Situation  
und Entwicklung

Gesundheitsbericht  
Düsseldorf



---

Kontakt:

Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf

Drogenkoordination

André Withalm

Telefon 0211.89-9 37 86

Telefax 0211.89-2 93 84

e-mail:andre.withalm@stadt.duesseldorf.de

Ortsnahe Koordinierung

Renate Hoop

Telefon 0211.89-9 69 50

e-mail:renate.hoop@stadt.duesseldorf.de

Gesundheitsberichterstattung

Regina Behrendt

Telefon 0211.89-9 60 22

e-mail:regina.behrendt@stadt.duesseldorf.de

Kölner Straße 180

40227 Düsseldorf

Postanschrift:

40200 Düsseldorf

<b>Inhaltsverzeichnis</b>		3.3	Konsum	21	
	Einleitung	1	3.3.1	Wesentliche Entwicklungen und Trends	21
1	Weltweite Drogensituation	2	3.3.2	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKhD)	23
1.1	Handel	2	3.3.3	Behandlungsfälle	24
1.1.1	Heroin	2	3.3.4	Drogenbedingte Todesfälle	24
1.1.2	Kokain	2	3.3.5	Drogenkonsum bei Jugendlichen	24
1.1.3	Cannabis	3	3.3.6	Drogenprobleme bei Migranten	24
1.1.4	Synthetische Drogen	3	3.4	Maßnahmen	25
1.2	Konsum	4	3.4.1	Reduzierung des Angebots	25
1.3	Maßnahmen	5	3.4.2	Reduzierung der Nachfrage	26
1.3.1	Reduzierung des Angebots	6	4	Nordrhein-Westfalen	28
1.3.2	Reduzierung der Nachfrage	8	4.1	Handel	28
2	Europa	9	4.2	Kriminalität	29
2.1	Handel	9	4.3	Konsum	31
2.1.1	Heroin	9	4.3.1	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen	31
2.1.2	Kokain	10	4.3.2	Behandlungsfälle	32
2.1.3	Cannabis	10	4.3.3	Drogenbedingte Todesfälle	33
2.1.4	Synthetische Drogen	10	4.4	Maßnahmen	33
2.2	Kriminalität	12	4.4.1	Das Landesprogramm gegen Sucht des Landes NRW	33
2.3	Konsum	12	5	Düsseldorf	35
2.3.1	Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung	12	5.1	Handel	35
2.3.2	Problematischer Drogenkonsum	13	5.2	Kriminalität	36
2.3.3	Behandlungsfälle	13	5.3	Konsum	36
2.3.4	Drogenbedingte Todesfälle	14	5.3.1	Erstauffällige Konsumenten harter Drogen	36
2.4	Maßnahmen	15	5.3.2	Behandlungsfälle	37
2.4.1	Die Drogengesetzgebung in der EU	15	5.3.3	Drogenbedingte Todesfälle	37
2.4.2	Reduzierung des Angebots	16	5.3.4	Drogenkonsum bei Jugendlichen	37
2.4.3	Reduzierung der Nachfrage	16	5.3.5	Einschätzung der Situation durch die Hilfeanbieter	39
3	Bundesrepublik Deutschland	20	5.4	Maßnahmen	39
3.1	Handel	20			
3.2	Kriminalität	21			

5.4.1	Eckpunkte der Drogenpolitik für und in Düsseldorf	39	6.9.2	Empfehlungen	49
5.4.2	Neuere Entwicklungen	41	7	Zusammenfassung	50
6	Handlungsempfehlungen	43	7.1	Entwicklung der Drogenmärkte	50
6.1	Prävention	43	7.1.1	Heroin	50
6.1.1	Aktuelle Entwicklungen	43	7.1.2	Kokain	50
6.1.2	Empfehlungen	43	7.1.3	Cannabis	50
6.2	Niedrigschwellige Angebote	44	7.1.4	Synthetische Drogen	50
6.2.1	Aktuelle Entwicklungen	44	7.2	Kriminalität	51
6.2.2	Empfehlungen	44	7.3	Drogenkonsum	51
6.3	Beratung, Therapie und Rehabilitation	45	7.3.1	Konsumenten harter Drogen	51
6.3.1	Aktuelle Entwicklungen	45	7.3.2	Behandlungsfälle und drogenbedingte Todesfälle	51
6.3.2	Empfehlungen	46	7.4	Maßnahmen	52
6.4	Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA)	47	7.4.1	Vereinte Nationen	52
6.4.1	Aktuelle Entwicklungen	47	7.4.2	Europäische Union	52
6.4.2	Empfehlungen	47	7.4.3	Bundesrepublik Deutschland	52
6.5	Migranten	47	7.4.4	Nordrhein-Westfalen	53
6.5.1	Aktuelle Entwicklungen	47	7.4.5	Düsseldorf	53
6.5.2	Empfehlungen	47	7.5	Handlungsempfehlungen	53
6.6	Geschlechtsspezifische Angebote	48	7.5.1	Prävention	53
6.6.1	Aktuelle Entwicklungen	48	7.5.2	Niedrigschwellige Angebote	53
6.6.2	Empfehlungen	48	7.5.3	Beratung, Behandlung und Rehabilitation	53
6.7	Kinder und Jugendliche	48	8	Literaturverzeichnis	55
6.7.1	Aktuelle Entwicklungen	48	9	Anhang	56
6.7.2	Empfehlungen	49			
6.8	Ältere Menschen	49			
6.8.1	Aktuelle Entwicklungen	49			
6.8.2	Empfehlungen	49			
6.9	Drogensüchtige im Strafvollzug	49			
6.9.1	Aktuelle Entwicklungen	49			

## Einleitung

Der Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Rates der Landeshauptstadt Düsseldorf hat in seiner Sitzung am 13.05.2003 die Gesundheitsverwaltung beauftragt, den Bericht "Suchtprävention - Sucht- und Drogenhilfe in der Landeshauptstadt Düsseldorf" mit dem Schwerpunkt "Illegale Drogen" zu aktualisieren.

Mit dem vorliegenden Bericht wurde eine aktuelle Bestandsaufnahme und Bewertung im Bereich illegale Drogen vorgenommen.

Dazu wurden alle in Düsseldorf in der Sucht- und Drogenhilfe tätigen Einrichtungen und Institutionen, die Daten zu diesem Bereich erfassen, angeschrieben und um Ihre Einschätzung und Stellungnahme gebeten. Die bis zum 15.09.03 eingegangenen Rückmeldungen, die teilweise auch konkrete Handlungsempfehlungen enthalten, konnten noch in den Bericht eingearbeitet werden und sind ungekürzt im Anhang abgedruckt. Außerdem ist eine vollständige Liste der angeschriebenen Institutionen beigefügt.

Den Schwerpunkt für diesen Bericht bildet die Situation in Düsseldorf, die aber nicht losgelöst von regionalen, überregionalen und weltweiten Einflüssen betrachtet werden kann. Diese sind daher ebenfalls in diesem Bericht enthalten.

Daten, die zur Beschreibung der Situation vorliegen und insbesondere für Düsseldorf relevant sind, wurden für diesen Bericht herangezogen. Der Bericht ist so strukturiert, dass auch Vergleiche zwischen den jeweiligen Berichtsteilen möglich sind. Auf jeder Betrachtungsebene (weltweite Situation, Europa, BRD, NRW und Düsseldorf) werden Angaben zur Entwicklung der Drogenmärkte, zum Konsum und zu politischen Maßnahmen gemacht. In der weiteren Gliederung dieser Unterkapitel variiert der Aufbau je nach Verfügbarkeit relevanter Daten und Quellen.

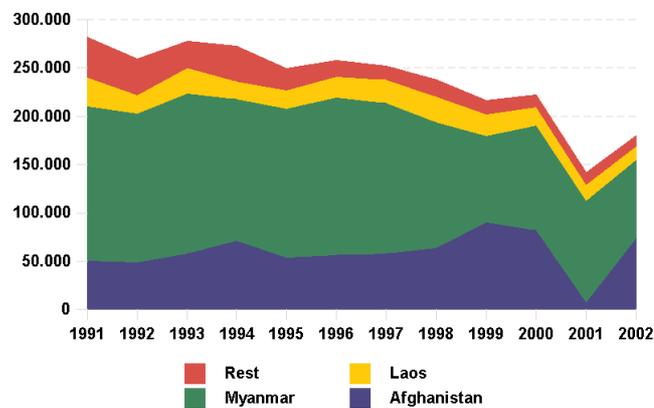
Das Gesundheitsamt Düsseldorf dankt allen, die durch ihre Beiträge an diesem Bericht mitgewirkt haben. Der vorliegende Bericht ist somit eine wesentliche Grundlage für weitere Planungen im Bereich der Suchtprävention und Sucht- und Drogenhilfe in Düsseldorf.

# 1 Weltweite Drogensituation

## 1.1 Handel

### 1.1.1 Heroin

Der weltweite Anbau und die Herstellung von Opium konzentriert sich auf drei Länder: Afghanistan, Myanmar (Burma) und Laos. Länder mit geringerer Anbaufläche sind Kolumbien, Mexico, Pakistan, Thailand und - mittlerweile kaum noch - Vietnam. Im letzten Jahrzehnt ist die Herstellung von Opium zurückgegangen. Bis Mitte der 90er Jahre wurden weltweit 270.000 Hektar Opium angebaut, 2002 waren es noch 180.000 Hektar. Die Produktion verlagert sich zunehmend von Südostasien auf Südwestasien. Heute stellt Afghanistan 76 Prozent des weltweiten Opiums her. An zweiter Stelle folgt Myanmar mit 18 Prozent und an dritter Laos mit 2 Prozent. Flächenmäßig ist Myanmar immer noch das Hauptanbauland. Die Felder in Afghanistan werden aber bewässert und erbringen einen viermal höheren Ernteertrag als die regenbewässerten Felder in Myanmar.

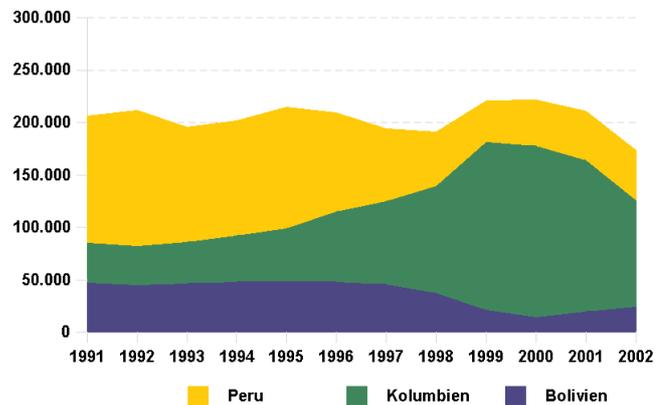


**Opiumanbaufläche in Hektar (Quelle: UNDCP, Global Illicit Drug Trends, 2003, Seite 16).**

Der Heroinmarkt weitet sich nach Zentralasien, Russland und Osteuropa aus. Im Jahr 2001 ist die weltweite Opiumproduktion stark eingebrochen. Der Rückgang betrug weltweit 65 Prozent und in Afghanistan 94 Prozent. Der Grund dafür war, dass die Talibanregierung den Anbau von Opium verboten hatte, die Nachfolgeregierung konnte das Verbot jedoch nicht weiter durchsetzen. Als direkte Folge davon war das im Handel erhältliche Heroin

gestreckt, daraufhin sank in einigen westeuropäischen Ländern die Zahl der Drogentoten. Derzeit wird die dem weltweiten Handel zur Verfügung stehende Menge Opium auf 4.500 Tonnen geschätzt. Das entspricht ungefähr 450 Tonnen Heroin.

### 1.1.2 Kokain



**Kokaanbaufläche in Hektar (Quelle: UNDCP, Global Illicit Drug Trends, 2003, Seite 23).**

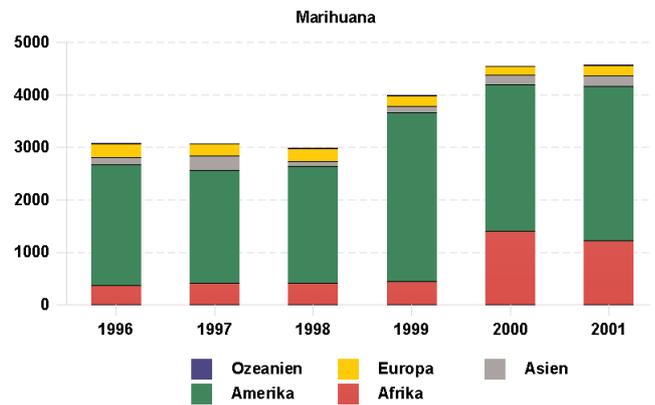
Der Kokabusch wird ausschließlich in Südamerika angebaut, die führenden Produktionsländer sind Kolumbien, Peru und Bolivien. Kleinere Anbauggebiete gibt es in Brasilien, Guayana und Venezuela. Anfang der 90er Jahre war Peru das Hauptanbauggebiet. Seit Mitte der 90er Jahre bis heute hat das Land seinen Anbau um 60 Prozent reduziert. Dafür hat Kolumbien von 1993 bis 2000 seine Anbaufläche vervierfacht. Im Jahr 2002 lässt sich für Kolumbien das zweite Mal in Folge ein Rückgang der Anbaufläche verzeichnen, die zur Zeit bei 100.000 Hektar liegt. Die Anbaufläche in Bolivien ist insgesamt in den 90er Jahren gesunken, steigt aber seit 2001 wieder an. Die weltweite Anbaufläche betrug 2002 ungefähr 173.000 Hektar, während sie in den 90er Jahren zwischen 190.000 und 220.000 Hektar schwankte. Die UNO schätzt, dass weltweit 800 Tonnen Kokain im Umlauf sind, der größte Anteil wird von Kolumbien hergestellt (72%), 20 Prozent von Peru und 8 Prozent von Bolivien. Während der Kokainkonsum in Nordamerika zu sinken scheint, steigt er in Südamerika und in Westeuropa an.

### 1.1.3 Cannabis

Cannabis ist die am häufigsten angebaute, gehandelte und konsumierte illegale Droge weltweit. Da entsprechende Überwachungssysteme fehlen, lässt sich die Anbaufläche nur grob schätzen. Die UNO geht davon aus, dass weltweit auf bis zu 1.800.000 Hektar Land Cannabis angebaut wird oder wild wächst. Von der Cannabispflanze werden die Blätter getrocknet und als Cannabiskraut (Gras, Marihuana) geraucht. Aus dem Öl der Blüten wird Cannabisharz (Haschisch) gewonnen, dass auf verschiedene Arten konsumiert werden kann (rauchen, essen).

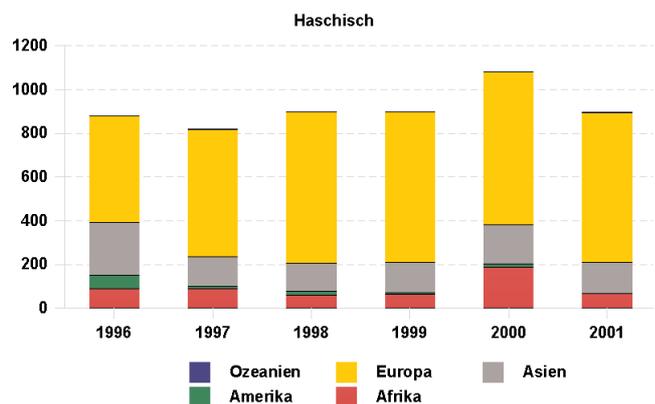
Marihuana wird meist dort angebaut, wo es später auch gehandelt und konsumiert wird. Eine Ausnahme bildet hier Europa: Rund 40 Prozent der hier angegebenen Herkunftsländer sind nicht europäisch. Weltweit sind die am häufigsten genannten Herkunftsländer Albanien, Kolumbien, Südafrika, GUS-Staaten, Jamaica und die Niederlande. Bezieht man die Menge der gehandelten Mengen mit ein, kommen noch Mexico, Kanada und die USA hinzu. Die US Regierung schätzt, dass in den Vereinigten Staaten jährlich 10.000 Tonnen für den inländischen Handel hergestellt und weitere 5.000 Tonnen aus Mexico importiert werden. Haschisch wird hauptsächlich in Marokko, Afghanistan und Pakistan produziert. Weitere wichtige Herkunftsgebiete sind Zentralasien, Russland, Libanon, Afrika, Albanien, Nepal und Jamaica. In Westeuropa geben 60 Prozent der Länder Marokko als Hauptherkunftsland an, ein Drittel Afghanistan und Pakistan. Der illegale Handel in Europa wird vor allem in den Niederlanden und Spanien betrieben.

Die beschlagnahmte Menge von Cannabisprodukten steigt seit 1998 kontinuierlich an. Auch der Konsum nimmt weiter zu, 2001 berichteten zwei Drittel aller Länder weltweit, dass mehr Cannabis konsumiert wird als im Jahr zuvor. In Amerika und Afrika wird hauptsächlich Marihuana konsumiert, 60 Prozent der beschlagnahmten Menge wurde 2001 in Amerika sichergestellt, 25 Prozent in Afrika.



**Sichergestellte Mengen Marihuana in Tonnen (Quelle: UNDCP, Global Illicit Drug Trends, 2003, Seite 263-276).**

In Europa wird hauptsächlich mit Haschisch gehandelt, drei Viertel der beschlagnahmten Mengen werden in Westeuropa entdeckt.



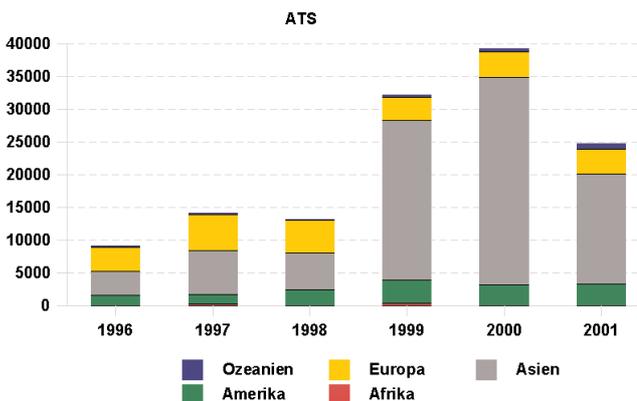
**Sichergestellte Mengen Haschisch in Tonnen (Quelle: UNDCP, Global Illicit Drug Trends, 2003, Seite 263-276).**

### 1.1.4 Synthetische Drogen

Amphetaminartige Aufputschmittel werden seit Mitte der 90er Jahre zunehmend mehr produziert, gehandelt und konsumiert. Im Jahr 2000 wurden 41 Tonnen beschlagnahmt, die bislang größte Menge, im Jahr 2001 waren es 26 Tonnen. Der Rückgang ist hauptsächlich durch die striktere Kontrolle des Ephedrinhandels in China begründet. Die Gruppe der amphetaminartigen Aufputschmittel teilt sich auf in -Methamphetamine, die weltweit 72 Prozent aller beschlagnahmter ATS ausmachen, -Substanzen aus der Ecstasy-Gruppe (MDA, MDEA, MDMA), 12 Prozent,

-Amphetamine, 9 Prozent, und  
-andere ATS, 7 Prozent. ATS sind vor allem in Ost- und Süd-Ostasien, in Nordamerika und Westeuropa sehr verbreitet. Methamphetamine dominieren den asiatischen und amerikanischen Markt, 84 Prozent der weltweit gesicherten Mengen wurden in China, Thailand und den USA gefunden. Im Jahr 2001 lag Thailand an der Spitze der weltweiten Funde.

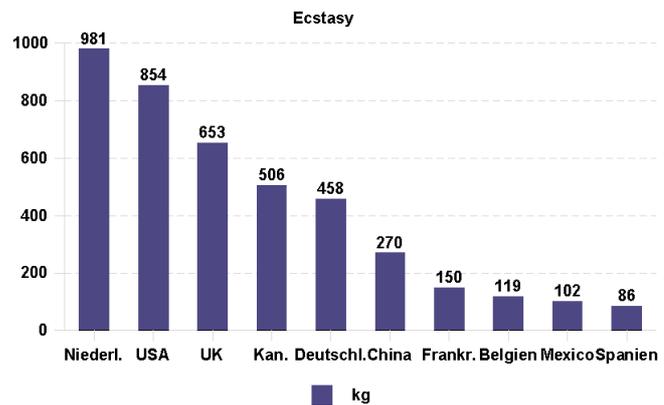
Der Amphetaminhandel konzentriert sich auf Europa, zwei Drittel der weltweit konfiszierten Mengen wurden in Westeuropa sichergestellt, die größten Mengen wurden im Vereinigten Königreich, gefolgt von den Niederlanden, Deutschland und Schweden gefunden, in Osteuropa wurden in Polen die größten Mengen sichergestellt. Im Export liegen die Niederlande an der Spitze. Ein Großteil des in Polen hergestellten Amphetamins ist für den deutschen Markt bestimmt. Der Amphetaminhandel sank nach einem Höhepunkt 1997/1998 ab und hat sich um die Jahrtausendwende stabilisiert.



**Sichergestellte Mengen ATS (2001) in Kilogramm (Quelle: UNDCP, Global Illicit Drug Trends, 2003, Seiten 297-303).**

Auch der Handel mit Ecstasy ist seit den 90ern auf dem Vormarsch. Die jährlichen Sicherstellungen stiegen im Jahr 2000 auf über 5 Tonnen. Seitdem sind die Funde rückläufig, was vermutlich auf eine strengere Strafverfolgung in den Niederlanden zurückzuführen ist. Mitte der 90er Jahre konzentrierte sich der Handel auf Europa, zum Anfang des neuen Jahrtausends verbreitet sich die Droge zunehmend auch in Nordamerika. Drei Viertel aller Länder weltweit nennen die Niederlande als Herkunftsland ihrer sichergestellten Mengen, damit sind die Niederlande in der Herstellung und

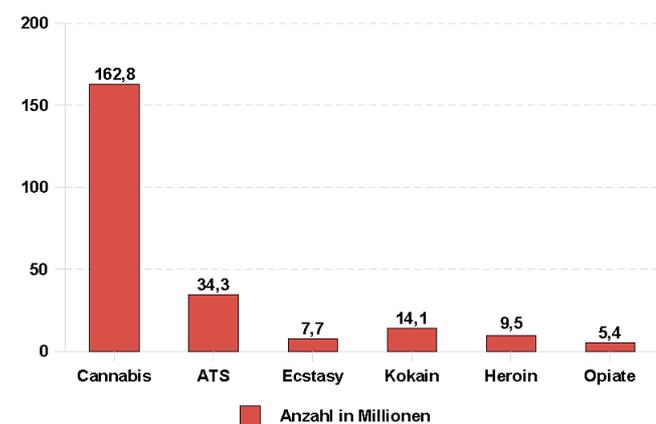
im Export führend. Weitere wichtige Exportländer sind Belgien, Deutschland, Vereinigtes Königreich, Spanien und die USA. Obwohl seit 2001 die sichergestellten Mengen insgesamt rückläufig sind, gibt es große regionale Unterschiede, in Deutschland ist weiterhin eine Zunahme zu verzeichnen.



**Sichergestellte Mengen Ecstasy (2001) in Kilogramm (Quelle: UNDCP, Global Illicit Drug Trends, 2003, Seite 98).**

## 1.2 Konsum

Die UNO schätzt, dass derzeit 4,7 Prozent der Weltbevölkerung über 15 Jahren Drogen missbraucht, das sind rund 200 Millionen Menschen.

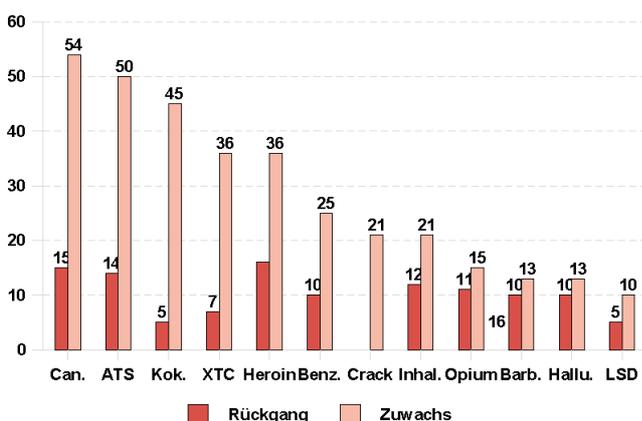


**Drogenkonsumenten 2000 bis 2001 (Quelle: UNDCP, Global Illicit Drug Trends, 2003, Seite 101).**

Die einzelnen Länder schätzen neben der Anzahl der Konsumenten auch den "Trend" ein, d.h. ob der Missbrauch für verschiedene Drogen eher zunimmt, gleich bleibt oder abnimmt. Dies ist die

zur Zeit umfassendste Erhebung der weltweiten Situation. Insgesamt melden mehr Länder einen Anstieg des Drogenmissbrauchs als einen Rückgang an das UNO-Büro für Drogen und Kriminalität. Der Anteil der Länder, in denen der Drogenkonsum steigt, fiel aber 2001 geringer aus als im Jahr 2000. 54 Prozent der Länder berichteten einen Anstieg beim Cannabis-, 50 Prozent beim Amphetaminkonsum. Es folgen Kokain, Ecstasy und Heroin.

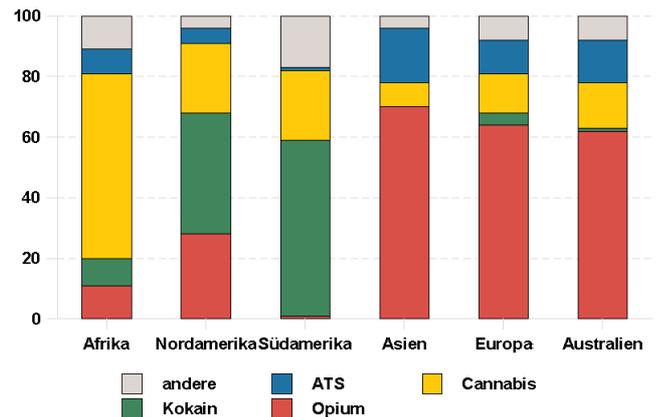
Heroin wird zunehmend in Russland und Osteuropa konsumiert, aber auch in Südwest- und Südasiens, Ostafrika und in Teilen Südamerikas. In Australien und Südostasien ist der Konsum rückläufig. In Westeuropa und Nordamerika bleibt er relativ unverändert. Kokain ist zunehmend ein Problem in Südamerika, aber auch in Westeuropa. Auch in Arabien, Indien und Teilen Afrikas steigt der Konsum. Amphetaminartige Aufputschmittel gewinnen vorwiegend in Osteuropa, Ecstasy in ganz Europa an Bedeutung, auch in Nordamerika wird verstärkt zu Aufputschmitteln, besonders Ecstasy, gegriffen. Darüber hinaus berichten weltweit nahezu alle Länder, aus denen Erkenntnisse zu ATS und Ecstasy vorliegen, einen steigenden Konsum, darunter vor allem Argentinien, das südliche Afrika, Indien, China und umliegende Länder sowie Australien. Der Cannabiskonsum steigt in Europa, Südwestasien, weiten Teilen Afrikas und Süd- und Mittelamerika deutlich an. Lediglich in Australien wird weniger konsumiert.



**Drogenkonsumtrends in Prozent von 92 Staaten 2000/2001 (Quelle: UNDCP, Global Illicit Drug Trends, 2003, Seite 105).**

Neben dem Verbreitungsgrad einer Droge spielt der Behandlungsbedarf eine wichtige Rolle bei der Einschätzung des Problems. Obwohl Cannabis die

meist konsumierte Droge ist, ergibt sich daraus nicht der höchste Interventionsbedarf. Nach wie vor ist hier Heroin die "Problemdroge" Nummer eins. In Asien fallen 70 Prozent des gesamten Behandlungsbedarfs auf den Opiumkonsum einschließlich Heroin. Auch in Europa (64%) und Australien (62%) ist dies die größte Herausforderung. In Nord- und Südamerika ist dagegen Kokain die behandlungsintensivste Droge, in Afrika Cannabis.



**Behandlungsbedarf einzelner Drogen am Gesamtbehandlungsbedarf für den Kontinent 1998-2001 (Quelle: UNDCP, Global Illicit Drug Trends, 2003, Seite 103).**

### 1.3 Maßnahmen

Das führende Gremium im Kampf gegen den weltweiten Drogenmarkt ist das Internationale Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP). Es wird durch das UNDCP-Sekretariat geleitet. Das Programm leitet internationale Drogenkontrollmaßnahmen, beobachtet die Entwicklung im Anbau und Handel, fördert die Durchführung der Drogenkontrollverträge und die internationale Zusammenarbeit und unterstützt Staaten, die sich noch nicht den Verträgen angeschlossen haben. Deutschland hat alle Verträge unterzeichnet.

Diese Verträge sind:

- Die Einheitliche Konvention über Suchtstoffe (1961), Grundlage für die Einrichtung des Suchtstoffkontrollrates (INCB);
- das Zusatzprotokoll von 1972 zur Einheitlichen Konvention;
- die Konvention über psychotrope Substanzen (1971);

· die Konvention der Vereinten Nationen gegen den illegalen Handel mit Drogen und psychotropen Substanzen (1988).

Die Verträge regeln den Drogenhandel dahingehend, dass Substanzen nur für medizinische und wissenschaftliche Zwecke hergestellt, gehandelt und verwendet werden dürfen. Die Kanalisierung von Substanzen in den illegalen Drogenhandel soll unterbunden werden. Die Beitrittsstaaten verpflichten sich, über die entsprechenden Substanzen ein landesweites Kontrollsystem zu etablieren und dem Internationalen Suchtstoffkontrollrat (INCB) jährlich zu berichten. Die Einheitliche Konvention über Suchtstoffe von 1961 ersetzt alle vorherigen Vereinbarungen zur Überprüfung von Suchtstoffen und umfasst mehr als 116 Substanzen, die hauptsächlich auf pflanzlicher Basis hergestellt werden. Darunter fallen als Drogen bekannte Stoffe wie Opium, Kokain und Cannabis sowie damit verwandte Substanzen, aber auch chemische Verbindungen wie Methadon. Die Konvention über psychotrope Substanzen von 1971 regelt die Herstellung, den Handel und Verbrauch von 111 pharmazeutischen Substanzen, darunter vor allem Stimulantien, Beruhigungsmittel und Schmerzmittel. Während die illegalen Drogen meist auch aus illegalem Anbau und Handel stammen, werden psychotrope Substanzen, die missbräuchlich verwendet werden, oft legal hergestellt. Das liegt daran, dass genaue Angaben über medizinisch notwendige Mengen nicht verfügbar waren. Der INCB hat ein System entwickelt, mit dem die Länder ihren Bedarf an legal verwendeten Mengen schätzen können. Exportierende Länder können so ihre Lieferungen mit dem tatsächlichen Bedarf in dem Importland abgleichen. Damit soll verhindert werden, dass legal hergestellte Substanzen in den illegalen Markt abwandern. Die Konvention der Vereinten Nationen gegen den illegalen Handel mit Drogen und psychotropen Substanzen von 1988 erstreckt sich darüber hinaus auf 22 Substanzen, die für die Herstellung illegaler Drogen benötigt werden, ansonsten aber legal, mitunter "harmlos" sind. Das Drogenkontrollprogramm überprüft die Kontrollprogramme und stellt bei Bedarf technische und finanzielle Hilfen bereit bzw. organisiert diese. Außerdem werden Drogenkontrolleure in geeigneter Weise geschult, um die Auflagen der Verträge in dem jeweiligen Land erfüllen zu können.

Vom 8. bis 10. Juni 1998 fand die 20. Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen in New York statt. Auf dieser Sondertagung wurden weltweite Absprachen zur Senkung des Angebots und der Nachfrage illegaler Drogen getroffen.

### **1.3.1 Reduzierung des Angebots**

#### **Zusammenarbeit der Justizbehörden zur Förderung der Drogenkontrolle**

Die internationalen Vertragsbestimmungen gegen den illegalen Drogenhandel bedürfen einer intensiven zwischenstaatlichen Zusammenarbeit. Im Focus der Sondertagung standen die folgenden Punkte: das Auslieferungsverfahren, die gegenseitige Rechtshilfe, die Übertragung von Strafverfahren, überwachte Lieferungen, unerlaubter Handel auf See, sowie weitere Schulungs- und Kooperationsmaßnahmen. Bei den Auslieferungsverfahren und der gegenseitigen Rechtshilfe geht es darum, diese zu vereinfachen und die Kommunikation und den Informationsaustausch zwischen den Staaten zu verbessern, u.a. durch Benennung von Ansprechpartnern, Vergabe von Informationsmaterialien, Nutzung von Musterverträgen und modernen Kommunikationstechnologien. Die Übertragung von Verfahren dient z.B. dazu, verschiedene Fälle zusammenzulegen, in denen die gleichen Personen angeklagt sind, obwohl die Drogenvergehen auch in einem oder mehreren anderen Staaten begangen wurden. Dazu müssen entsprechende Gesetze geschaffen und Abkommen mit anderen Staaten vereinbart werden. Außerdem sollen Kooperations- und Schulungsmaßnahmen initiiert werden, die den Wissenstransfer zwischen dem Vollzugspersonal verschiedener Länder erleichtern und die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen (Zoll, Küstenwache, Polizei, Justizbehörden) ermöglicht. Überwachte Lieferungen sind sinnvoll, um die Empfänger zu identifizieren und größere Erkenntnisse über den illegalen Drogenhandel zu erzielen. Dazu bedarf es spezieller gesetzlicher Regelungen und Absprachen mit anderen Ländern. Der internationale Austausch von Wissen und technischen Hilfsmitteln soll gefördert werden. Der unerlaubte Handel auf See stellt ein besonders schwer zu kon-

trollierendes Problem dar. Auch hier besteht die Notwendigkeit zum Erlass entsprechender Gesetze, notwendige Absprachen sind zu treffen und die materiellen und personellen Ressourcen bereitzustellen.

### **Kontrolle von chemischen Vorläufersubstanzen**

Hier wurden verbesserte Maßnahmen zur Umsetzung des Vertrags von 1988 angegangen, die bereits große Erfolge verbuchen konnten. Allein in Amerika konnte durch bessere Kontrollen jährlich die Abzweigung von 250 Tonnen Ephedrin und Pseudoephedrin für den illegalen Markt verhindert werden, die zur Produktion von 160 Tonnen Metamphetamin ausgereicht hätten. Viele Länder haben aber weiterhin Schwierigkeiten bei den Kontrollen. Daher gilt es, den Informationsaustausch zwischen Export, Import- und Transitländern zu verbessern, kommerzielle Transaktionen zu prüfen, gesetzliche Grundlagen für schärfere Kontrollen zu schaffen, eine Datengrundlage über die legale Produktion zu schaffen, den Austausch von Wissen und technischen Hilfsmitteln zwischen Ermittlungsbehörden zu erleichtern, illegale Abzweigungen strafrechtlich zu verfolgen und den INCB über bisher nichtkontrollierte Chemikalien zu unterrichten, die für die illegale Drogenherstellung genutzt werden.

### **Geldwäsche**

Die Geldwäsche soll strafrechtlich verfolgt werden. Ziel soll sein, die illegalen Erlöse zu identifizieren, sie zu beschlagnahmen und einzufrieren sowie die zu Grunde liegenden Verbrechen zur Anklage zu bringen. Die Geldwäsche verläuft in drei Phasen: In der Plazierung wird das Geld aus einem illegalen Geschäft in das Finanzsystem eingebracht, z.B. durch die Einzahlung auf dafür eingerichtete oder bereits bestehende Konten. Hier ist die Chance am größten, die Herkunft zurückzuverfolgen und das Geld bei Bedarf einzufrieren. In der Umschichtung wird das Geld in andere Länder oder in Teilbeträgen in andere Geschäfte transferiert, so dass die Herkunft langsam verwischt. In der Integrationsphase ist das Geld gänzlich in die legale Wirtschaft eingeflossen. Maßnahmen zur Vermeidung der Geldwäsche sind:

- Gelder aus kriminellen Handlungen identifizie-

- ren, beschlagnahmen und für verfallen erklären,
- Geldwäsche als Tatbestand in die gegenseitigen Rechtshilfeabkommen aufnehmen,
- Kunden identifizierbar und überprüfbar machen,
- Buchführung über verdächtige Transaktionen führen,
- Meldung verdächtiger Aktivitäten,
- Lockerung des Bankgeheimnisses,
- Durchführung von Zwangsmaßnahmen zur strafrechtlichen Verfolgung von Kriminellen,
- Verbesserung des Informationsaustausches bei Auslieferungsverfahren.

### **Amphetaminartige Aufputschmittel (ATS)**

Die Bekämpfung von Amphetaminen und ähnlichen Drogen stellt eine weltweite Herausforderung dar. Die Staaten bekommen daher den Auftrag, das Problembewusstsein der Öffentlichkeit für die Gefahren dieser Drogen zu schärfen. Als einzelne Maßnahmen sollen seriöse Gesundheitsinformationen durch gezielte Aufklärungs- und Bildungsarbeit verbreitet werden, auch private Organisationen sollen mobilisiert werden. Telekommunikationsanbieter sollen sich einer freiwilligen Selbstkontrolle ihrer Informationen unterziehen und gezielt für eine gesunde Lebensweise werben. Gerade bei Jugendlichen gilt es, auf die Gefahren hinzuweisen, da die Drogen meist als unbedenklich eingeschätzt werden. Weiterhin sollten die Gründe für die Beliebtheit und die langfristigen Folgen des Konsums erforscht werden. Erfolgreiche Beispiele von Prävention und Therapie müssen veröffentlicht werden und sollten Schule machen. Außerdem müssen die technischen Abläufe bei der Herstellung der Drogen überwacht und nicht nur die benötigten Substanzen, sondern auch der Verkauf von Laborausrüstungen kontrolliert werden. Dazu bedarf es einer verbesserten Zusammenarbeit und Kommunikation in der Industrie und beim Import und Export von Substanzen. Die Abzweigung von Vorläufersubstanzen in den illegalen Handel muss strafrechtlich verfolgt werden. Insgesamt haben sich die Kontroll-Listen für den Markt der Designerdrogen als zu starr erwiesen, so dass nicht schnell genug auf Veränderungen in der Herstellung und im Handel reagiert werden kann. Darum muss die Wissensbasis verbessert und der Informationsaustausch bei allen beteiligten

Institutionen verbessert werden.

### **Vernichtung illegaler Suchtstoffpflanzen und alternative Entwicklungsprogramme**

Ein wichtiges Ziel zur Senkung des Drogenproblems ist die Beseitigung oder zumindest die wesentliche Reduzierung des Anbaus von Kokablättern, Mohn und Cannabis. Dazu müssen Programme entwickelt werden, die nachhaltig soziale und wirtschaftliche Erträge sicherstellen. Die Gemeinden vor Ort und deren Sachkenntnis muss bei der Entwicklung solcher Programme einbezogen werden. Die Programme sollen an bestehende Gegebenheiten angepasst werden, demokratische Werte fördern, Umweltfragen berücksichtigen und geschlechtsspezifische Entwicklungsmöglichkeiten beinhalten. Begleitend sollen sowohl präventive als auch repressive Maßnahmen durchgeführt werden. Wenn das organisierte Verbrechen beteiligt ist, sollen illegale Ernten vernichtet werden. Die Staatengemeinschaft soll ein internationales Überwachungssystem einrichten, das auf allgemein akzeptierten Grundsätzen und Zielen beruht. Dabei sollen moderne Fernerkundungstechnologien zum Einsatz kommen.

### **1.3.2 Reduzierung der Nachfrage**

Unter Reduktion der Nachfrage werden alle Aktivitäten subsumiert, die sich an die (potenziellen) Konsumenten richten. Wichtigstes Ziel ist dabei, die Betroffenen zu erreichen. Die empfohlenen Maßnahmen decken die gesamte Bandbreite der Gesundheitsförderung und Prävention ab. Zur Gesundheitsförderung zählen Aufklärung, Stärkung des Selbstbewusstseins, Werbung für gesunde Lebensweise, eine unterstützende Umwelt für Heranwachsende schaffen und die Erziehung zu einer als sinnvoll empfundenen Lebensplanung. In der Primärprävention werden gefährdete Personen gezielt angesprochen (hier z.B. Jugendliche), in der Sekundärprävention geht es darum, Alternativen zum Drogenkonsum aufzuzeigen und riskante Verhaltensweisen zu vermeiden. Die Tertiärprävention zielt darauf ab, vor Rückfällen zu schützen und Folgekrankheiten, wie z.B. AIDS oder Hepatitis zu vermeiden. Ein weiterer Baustein ist die Behandlung und Rehabilitation

von Süchtigen mit dem Ziel, ein drogenfreies und sozial eingebundenes Leben zu führen.

Um diese Ziele zu erreichen bedarf es einer systematischen und kontinuierlichen Problemanalyse. Anschließend müssen Strategien genau geplant, überwacht und abschließend beurteilt werden. Maßnahmen sollten auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und bereits gemachter Erfahrung fußen. Als wichtiger Baustein sollte die Gemeinwesenarbeit genutzt werden. Alle Akteure im Gesundheitswesen sollten einbezogen werden, allen voran die Betroffenen selbst. Weiterhin müssen Entscheidungsträger, Programmplaner und Praktiker besser ausgebildet werden. Programme zur Senkung der Nachfrage sollten in die sozialen Wohlfahrtsprogramme, in die Gesundheitsvorsorge und die Bildung integriert werden, um eine allgemein förderliche Umwelt zu schaffen. Die jeweiligen Programme müssen zielgruppengerecht sein, d.h. Geschlecht, Kultur und soziale Lage berücksichtigen. Außerdem sollen realistische und gesundheitsförderliche Informationen vermittelt werden, um das Vertrauen in entsprechende Maßnahmen zu stärken und die Öffentlichkeit für die Gefahren von Drogen zu sensibilisieren.

## 2 Europa

Beim folgenden Kapitel handelt es sich um eine Zusammenfassung des Jahresberichtes über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen 2002 der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

Die EBDD ist eine von 12 dezentralen Einrichtungen, die von der Europäischen Union zur Bewältigung spezieller technischer und wissenschaftlicher Aufgaben eingerichtet worden sind. Das Hauptziel der EBDD besteht darin, "objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen über Drogen und Drogensucht und deren Folgen auf europäischer Ebene" verfügbar zu machen.

Die EBDD arbeitet im Verbund mit einem Netz von 15 einzelstaatlichen Informationszentren, den nationalen Knotenpunkten. Gemeinsam mit dem Knotenpunkt der Europäischen Kommission bilden diese Zentren das Europäische Informationsnetz für Drogen und Drogensucht, REITOX genannt. Auf Grund seiner persönlichen Kontakte unter den Partnern und mit Hilfe eines unabhängigen Computersystems stellt REITOX eine Verbindung zwischen den Institutionen der Europäischen Union, den mittel- und osteuropäischen Ländern, internationalen Organisationen, nationalen Fachzentren und Drogeninformationsnetzen her. Im Zuge der Vorbereitung des Jahresberichts über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union tragen die nationalen Knotenpunkte jährlich Daten aus den Drogenüberwachungsstellen in ihren eigenen Ländern wie auch aus ausgewählten regierungsamtlichen oder nicht-regierungsamtlichen Fachstellen zusammen und sind die tragende Struktur für die Tätigkeit der Beobachtungsstelle.

In Deutschland übernimmt diese Aufgabe die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) und das IFT Institut für Therapieforschung. Seit 1999 führen diese drei Institutionen ihre Aktivitäten als nationaler Knotenpunkt unter dem Namen "Deutsche Referenzstelle der EBDD" (DBDD) durch. Die Geschäftsführung und Koordination der Arbeiten

liegt beim IFT. Die Arbeit der DBDD wird zu gleichen Teilen durch das Bundesministerium für Gesundheit und die EBDD finanziell gefördert.

### 2.1 Handel

Sicherstellungen von Drogen werden gewöhnlich als indirekter Indikator für das Angebot und die Beschaffbarkeit von Drogen betrachtet. Beeinflusst werden diese Daten aber durch die unterschiedlichen strafverfolgungsrechtlichen Möglichkeiten, Prioritäten und Strategien.

Herkunft und Bestimmungsort der sichergestellten Drogen können möglicherweise Aufschluss über die Routen des Drogenhandels und die Anbaugebiete geben.

Es folgen entsprechende Angaben zu einzelnen Substanzen:

#### 2.1.1 Heroin

Das in der EU sichergestellte Heroin kommt hauptsächlich aus den Ländern des Goldenen Halbmonds (Südwestasien: Afghanistan, Pakistan), gefolgt von den Ländern des Goldenen Dreiecks (Südostasien: Myanmar, Laos, Thailand), über die Türkei, die Balkan-Route und die Niederlande. In jüngster Zeit wird jedoch über einen zunehmenden Drogenhandel über osteuropäische Länder (Russland, Estland, Bosnien, Slowenien) und die ehemaligen zentralasiatischen Sowjetrepubliken berichtet.

Im Jahr 2000 wurden in der EU fast 9 Tonnen Heroin sichergestellt, über ein Drittel davon im Vereinigten Königreich.

Auch der Verkaufspreis von Heroin schwankt in der EU stark: So lag der Straßenpreis im Jahr 2000 zwischen 25 und 330 Euro pro Gramm Heroin.

Verglichen zum Stand von 1985 hat die Menge des EU-weit beschlagnahmten Heroins zugenommen. Im Zeitraum 1991-1998 hat sie sich stabilisiert, seither ist sie aber wieder angestiegen. Mit Ausnahme von Dänemark, Deutschland, Spanien, Italien und Schweden meldeten alle Länder eine Zunahme der sichergestellten Heroinmenge im Jahr 2000.

Die Straßenpreise für Heroin sind generell stabil oder rückläufig.



**Sichergestellte Menge Heroin in Europa von 1990-2000 in Kilogramm (Quelle: <http://annualreport.emcdda.eu.int/pdfs/tab37-en.pdf>).**

## 2.1.2 Kokain

Das in Europa konsumierte Kokain stammt aus Lateinamerika (vor allem aus Kolumbien, Brasilien und Venezuela) und gelangt über Zentralamerika und die Karibik nach Europa. Für mehrere Länder ist Spanien das wichtigste Zugangsland zur restlichen EU, Kokain wird aber auch über die Niederlande vertrieben.

Der Verkaufspreis von Kokain schwankte 2000 zwischen 45 und 170 Euro pro Gramm.

Die Gesamtzahl der Sicherstellungen von Kokain ist in der EU seit Mitte der 80er Jahre stetig gestiegen und erreichte im Jahr 2000 einen stabilen Wert. Die Preise sind in den meisten Ländern konstant oder rückläufig.



**Sichergestellte Menge Kokain in Europa von 1990-2000 in Kilogramm (Quelle: <http://annualreport.emcdda.eu.int/pdfs/tab35-en.pdf>).**

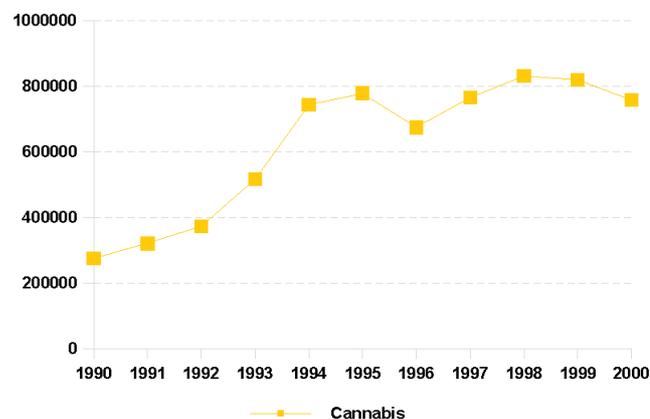
## 2.1.3 Cannabis

In allen Mitgliedsstaaten (Ausnahme: Portugal) ist Cannabis die am häufigsten beschlagnahmte Droge.

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

Im Jahr 2000 schwankte der Verkaufspreis von Cannabis in der EU relativ stark: zwischen 1 und 20 Euro pro Gramm Cannabisharz und zwischen 2 und 8 Euro pro Gramm Marihuana.

Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabis ist in der EU seit 1985 bis 2000 kontinuierlich gestiegen und scheint sich in den letzten drei Jahren stabilisiert zu haben. Der Preis von Cannabis ist relativ stabil.



**Sichergestellte Menge Cannabis in Europa von 1990-2000 in Kilogramm (Quelle: <http://annualreport.emcdda.eu.int/pdfs/tab34-en.pdf>).**

## 2.1.4 Synthetische Drogen

Die Niederlande sind ein wichtiger Standort für die Herstellung von Ecstasy, Amphetaminen und ähnlichen Drogen, doch auch aus anderen Mitgliedsstaaten (Belgien, Vereinigtes Königreich)

und osteuropäischen Ländern (Tschechische Republik, Estland) wird über Anzeichen für die Herstellung synthetischer Drogen berichtet.

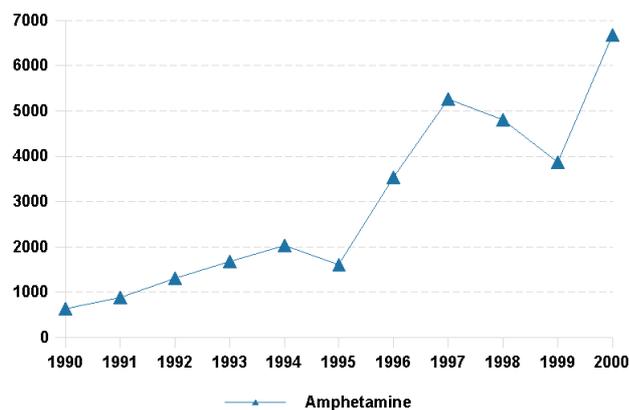
In Finnland, Norwegen und Schweden sind Amphetamine, nach Cannabis, die am zweithäufigsten sichergestellte Droge. Der überwiegende Anteil der Sicherstellungen von Amphetaminen, Ecstasy und LSD innerhalb der EU entfällt auf das Vereinigte Königreich.

Amphetamine werden für durchschnittlich 5 bis 35 Euro pro Gramm verkauft, der Preis für Ecstasy schwankt zwischen 5 und 15 Euro pro Pille. Die Sicherstellungen von Amphetaminen haben seit 1985 sowohl zahlen- als auch mengenmäßig zugenommen. Im Jahr 2000 sind die sichergestellten Mengen, nach Rückgängen in den Jahren 1998 und 1999, vor allem in Deutschland wieder gestiegen.

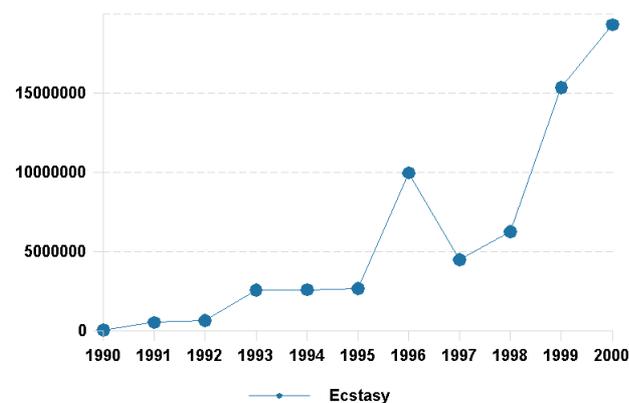
Sicherstellungen von Ecstasy nahmen seit 1985 fast überall in der EU zu, ganz besonders im Jahr 2000.

Sicherstellungen von LSD kommen seltener vor. Sie stiegen sowohl zahlen- als auch mengenmäßig bis 1993 an und nahmen danach ab, im Jahr 2000 sind sie hingegen wieder leicht gestiegen. Neben anderen Ländern berichtet Deutschland über bedeutende Zuwächse bei den im Jahr 2000 sichergestellten LSD-Mengen.

Seit den 90er Jahren sind die Preise für Amphetamine und Ecstasy in der EU stabil geblieben. In Deutschland wurde bei Amphetaminen ein Preisanstieg beobachtet.



**Sichergestellte Menge Amphetamine in Europa von 1990-2000 in Kilogramm (Quelle: <http://annualreport.emcdda.eu.int/pdfs/tab33-en.pdf>).**



**Sichergestellte Menge und Ecstasy in Europa von 1990-2000 in Tabletten (Quelle: <http://annualreport.emcdda.eu.int/pdfs/tab36-en.pdf>).**

## 2.2 Kriminalität

Im Jahresbericht der EBDD wird drogenbedingte Kriminalität wie folgt definiert:

- Strafbare Handlungen im Sinne der Drogengesetzgebung,
- unter dem Einfluss illegaler Drogen begangene Delikte,
- Straftaten aus wirtschaftlichen Gründen, die Konsumenten zur Finanzierung ihrer Drogensucht begehen, und
- systembedingte Gewalttaten, die im Rahmen funktionierender illegaler Märkte begangen werden.

Mit Ausnahme von Verstößen gegen die Drogengesetze werden diese Kategorien jedoch nicht in routinemäßig verfügbare Daten umgesetzt.

Soweit möglich werden die Tendenzen in den einzelnen Ländern durch die Erfassung der Festnahmen auf Grund von Verstößen gegen die jeweiligen nationalen Drogengesetze (Konsum, Besitz, Handel usw.) verglichen.

Die Mehrheit der gemeldeten Drogendelikte bezieht sich auf Drogenkonsum oder Drogenbesitz für den eigenen Gebrauch.

Wie schwierig ein Ländervergleich anhand der Daten zu den Festnahmen ist, zeigt sich schon an der Tatsache, dass in Italien, den Niederlanden und Spanien der Drogenkonsum nicht als Straftat gilt, in diesen Ländern beziehen sich alle Drogendelikte auf den Handel mit Drogen, die von dort gemeldeten Daten lassen sich also z.B. mit Deutschland nur schwer vergleichen.

In der EU steigen die Festnahmen wegen Drogendelikten seit 1985 insgesamt stetig an. Im Jahr 2000 waren die Niederlande und das Vereinigte Königreich die einzigen Länder, in denen die Zahl der drogenbedingten Festnahmen zurückging.

Cannabis war im Jahr 2000 die am häufigsten mit drogenbedingten Festnahmen in Verbindung stehende Substanz.

## 2.3 Konsum

### 2.3.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

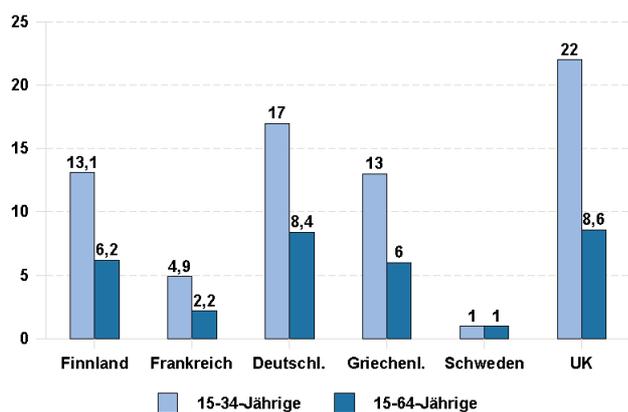
In allen EU-Ländern ist Cannabis die am meisten konsumierte illegale Substanz. Dabei greift nur ein geringer Anteil der Konsumenten täglich zu dieser Droge - dies lässt sich aus dem Vergleich der Lebenszeiterfahrung mit Cannabis (Lebenszeitprävalenz), d.h. aus den Angaben zum Konsum während des bisherigen Lebens der befragten Person und dem "jüngsten oder aktuellen Konsum", (die Art des Konsums während der letzten 12 Monate bzw. der letzten 30 Tage), ableiten.

10 bis 30 Prozent der Erwachsenen in den europäischen Ländern verfügen über Lebenszeiterfahrung mit Cannabis. Der Cannabiskonsum hat sich in den 90er Jahren in den meisten EU-Ländern besonders unter jungen Menschen erheblich erhöht, jedoch in den letzten Jahren auf ein bestimmtes Niveau eingependelt.

Auch bei den anderen Substanzen schlägt die Lebenszeiterfahrung viel stärker zu Buche als der jüngste Konsum. Die anderen Substanzen werden von erheblich kleineren Bevölkerungsteilen konsumiert, wobei es zwischen den einzelnen Ländern große Unterschiede gibt.

0,5 bis 6 Prozent der jungen Erwachsenen (damit wird die Altersgruppe zwischen dem 15. und dem 34. Lebensjahr bezeichnet) gaben an, in den letzten 12 Monaten Amphetamine, 0,5 bis 3,5 Prozent Kokain und 0,5 bis 5 Prozent Ecstasy konsumiert zu haben.

Im Jahr 2000 haben 1 bis 22 Prozent der jungen Erwachsenen in Europa während der letzten 12 Monate vor der Befragung Cannabis konsumiert. In Deutschland waren es 17 Prozent, in Norwegen 8,1 Prozent, in Frankreich 4,9 Prozent und in Schweden lediglich 1 Prozent.



**Prävalenz des Cannabiskonsums in den letzten 12 Monaten in einigen Ländern Europas, Erhebungsjahr 2000 (Quelle: <http://annualreport.emcdda.eu.int/pdfs/tab02-en.pdf>).**

Dagegen wurde Kokain in Deutschland und Frankreich von 0,5 Prozent der Befragten, in Norwegen von 1 Prozent und in Schweden von 0 Prozent konsumiert.

Der Konsum von Kokain ist in einigen Ländern etwas angestiegen, diese Tendenz ist aber nicht sehr ausgeprägt.

Unter den jungen Erwachsenen ist die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen doppelt so hoch wie unter den Erwachsenen insgesamt. Dabei sind die Männer in der Überzahl.

Der Konsum konzentriert sich auf die städtischen Gebiete, obgleich es Anzeichen für eine gewisse Ausweitung auf kleinere Städte und ländliche Gebiete gibt.

### 2.3.2 Problematischer Drogenkonsum

Die EBDD definiert "problematischen Drogenkonsum" als "injizierenden Drogenkonsum oder andauernden/regelmäßigen Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen".

In Finnland und Schweden stellen jene, die Amphetamine als Hauptdroge konsumieren, die Mehrheit der problematischen Drogenkonsumenten. In den anderen Ländern handelt es sich bei den problematischen Drogenkonsumenten zumeist um überwiegend Opiate konsumierende Abhängige (die gleichzeitig

zu den Mehrfach-Drogenkonsumenten zu zählen sind).

Verlässliche Aussagen über die Tendenzen in der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums in der EU lassen sich nicht treffen - dies ist mit den gegenwärtigen verfügbaren Schätzungsmethoden und bei der heutigen Datenqualität und -verfügbarkeit in den meisten Ländern noch immer nicht möglich.

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

Mögliche Zunahmen werden aus Belgien und Norwegen (Daten nur für den injizierenden Konsum verfügbar), Deutschland, Italien, Luxemburg, Schweden und dem Vereinigten Königreich gemeldet.

Die höchsten Zahlen werden dabei mit 6 bis 9 problematischen Drogenkonsumenten je 1000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren aus Luxemburg (9,3), Portugal (9,0), Italien (7,8) und dem Vereinigten Königreich (6,7) gemeldet. Die niedrigsten Ziffern kommen aus den Niederlanden (2,6), Deutschland (3,2) und Österreich (3,2).

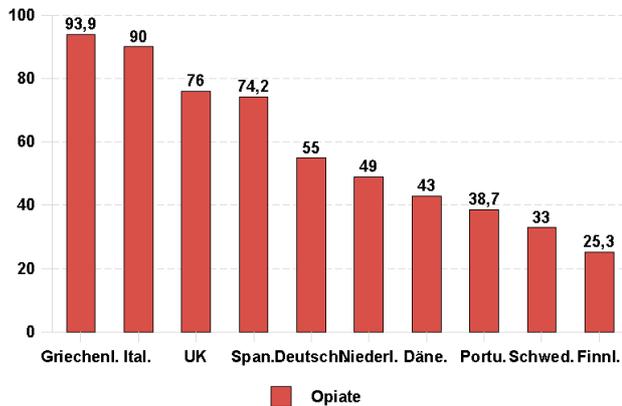
Als Unterkategorie des gesamten problematischen Drogenkonsums liegen für den injizierenden Drogenkonsum Schätzwerte von zwischen 2 und 5 Fällen je 1000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren vor.

### 2.3.3 Behandlungsfälle

Die Untersuchung der Behandlungsnachfrage ist ein guter Indikator für die Tendenzen des problematischen Drogenkonsums.

Im Jahr 2002 meldeten die Länder eine höhere Gesamtzahl der wegen Drogenproblemen behandelten Personen als im Vorjahr, dies scheint jedoch auf verbesserte Methoden der Datenerfassung und auf eine Zunahme der Behandlungseinrichtungen zurückzuführen zu sein.

Opiate sind nach wie vor die Hauptdrogen der sich in Behandlung gebenden Personen, gefolgt von Cannabis, Kokain und Amphetaminen. Zwischen den Ländern gibt es jedoch erhebliche Unterschiede.



**Anteil der Klienten mit Behandlungsbedarf für Opiate in Europa im Jahr 2000 (Quelle: <http://annualreport.emcdda.eu.int/pdfs/tab06-en.pdf>).**

In einigen Ländern beantragen immer mehr Personen eine Therapie wegen Cannabisabhängigkeit. Dabei wird der höchste Anstieg von Patienten, die sich erstmals wegen Cannabis in Behandlung begeben, aus Deutschland gemeldet (von 16,7 Prozent im Jahr 1996 auf 42,6 Prozent (n=14906) im Jahr 2000 - diese Daten beziehen sich jedoch nur auf ambulante Behandlungszentren).

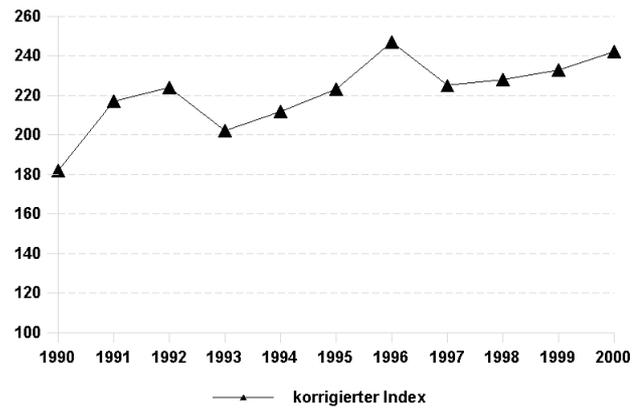
Die Zahl der sich in Behandlung gebenden Heroinkonsumenten ist stabil oder rückläufig.

Stieg die Zahl der Kokainkonsumenten noch bis zum Jahr 2001, scheint sie jetzt gleich zu bleiben.

### 2.3.4 Drogenbedingte Todesfälle

Die nationalen Statistiken über Drogentote beziehen sich in der Regel auf akute Todesfälle, die unmittelbar im Zusammenhang mit Drogenkonsum oder Überdosierungen stehen.

In der EU werden jedes Jahr 7.000 bis 8.000 drogenbedingte Todesfälle gemeldet, die meisten Länder gehen aber davon aus, dass nicht alle Fälle gemeldet werden, mitunter kann es sich dabei um eine beträchtliche Dunkelziffer handeln.



**Drogensterblichkeit in Europa von 1990 bis 2000, Sterblichkeit im Jahr 1985=100 (Quelle: <http://annualreport.emcdda.eu.int/pdfs/tab21-en.pdf>).**

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

Die Sterblichkeitsrate bei Opiatkonsumenten, besonders bei injizierenden Konsumenten, ist bis zu 20fach höher als in der Allgemeinbevölkerung derselben Altersgruppe.

Es liegen genügend Informationen vor um festzustellen, dass ein erheblicher Teil der Überdosierungen (mit und ohne Todesfolge) vermieden werden könnte.

Todesfälle als Folge von Vergiftungen durch Kokain, Amphetamin oder Ecstasy ohne Beimischung von Opiaten sind gegenwärtig in Europa selten.

Todesfälle im Zusammenhang mit Methadon sind eher Folge des illegalen als des ärztlich verschriebenen Konsums.

Die meisten Opfer einer Überdosis sind junge Männer im Alter von 20 bis 40 Jahren, die bereits seit mehreren Jahren Opiate konsumiert hatten.

## 2.4 Maßnahmen

Der Drogenaktionsplan der EU aus dem Jahr 2003 sieht die folgenden sechs Hauptziele vor:

- Die Prävalenz des Drogenmissbrauchs soll in den nächsten fünf Jahren signifikant reduziert werden, insbesondere, was minderjährige Drogenkonsumenten betrifft.
- Die Inzidenz gesundheitlicher Schäden, die in Verbindung mit Drogenmissbrauch stehen (HIV, Hepatitis, TBC) und die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle soll in den kommenden fünf Jahren wesentlich gesenkt werden.
- Die Anzahl erfolgreich behandelter Abhängiger soll wesentlich ansteigen.
- Die Verfügbarkeit illegaler Drogen soll in den nächsten fünf Jahren wesentlich reduziert werden.
- Die Anzahl der Drogenstraftaten soll in den nächsten fünf Jahren erheblich verringert werden.
- Die Geldwäsche und der illegale Handel mit zur Herstellung von Drogen notwendigen Grundsubstanzen soll in den nächsten fünf Jahren wesentlich reduziert werden.

Der Drogenaktionsplan der EU hat zu einer Sensibilisierung hinsichtlich der Notwendigkeit beigetragen, die Aktivitäten der Mitgliedsstaaten im Drogenbereich stärker zu koordinieren. So sollen sich die nationalen Drogenbeauftragten regelmäßig treffen, um Informationen über einzelstaatliche Entwicklungen auszutauschen und Möglichkeiten im Hinblick auf eine verstärkte Zusammenarbeit prüfen zu können.

Was einzelstaatliche Strategien betrifft, setzt sich der Trend fort, die drogenpolitischen Rahmenbedingungen in einem Aktionsplan, einer Drogenstrategie oder einem Politikdokument festzulegen, es klafft allerdings eine Lücke zwischen der Strategie auf dem Papier und ihrer Umsetzung.

Ferner ist eine Bewertung der Auswirkungen der jeweiligen nationalen Strategie (Evaluierung) noch nicht allgemein üblich.

Bei den nationalen Drogenpolitiken richtet sich eine erhöhte Aufmerksamkeit auf Präventions- und Behandlungsmaßnahmen hinsichtlich illegaler und legaler Substanzen. So betont z.B. der im

April 2001 erschienene Bericht der neuen Drogenbeauftragten der Bundesregierung die Absicht, Präventionsmaßnahmen vor allem auch auf legale Drogen, Alkohol und Tabak, auszudehnen.

### 2.4.1 Die Drogengesetzgebung in der EU

Im Mai 2001 verabschiedete die Europäische Kommission den Vorschlag für einen Rahmenbeschluss des Rates zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels. Dies beinhaltet eine gemeinsame Definition des illegalen Drogenhandels sowie einheitliche Strafen für schwerwiegenden länderübergreifenden Drogenhandel.

Auf nationaler Ebene sind Entwicklungen auf den drei folgenden Ebenen zu beobachten:

#### Rechtliche Ansätze im Hinblick auf Drogen und Drogenkonsum

Im Jahr 2001 gab es in einigen Mitgliedsstaaten der EU die Tendenz, Gesetzesänderungen vorzuschlagen und in Kraft zu setzen, die auf eine deutlichere Unterscheidung zwischen Drogenkonsum und anderen Drogendelikten sowie zwischen Cannabis und anderen illegalen Drogen abzielen.

So stellt der Konsum und der Besitz von Drogen für den eigenen Gebrauch in Portugal keinen Straftatbestand mehr dar. In Luxemburg wurden die Strafen für Cannabis-Delikte vermindert. Dort wird, wie auch in Belgien, von Rechts wegen zwischen Cannabis und anderen Substanzen unterschieden. In Irland werden nicht gewalttätige drogenabhängige Straftäter an ein spezielles Drogengericht überwiesen.

Im Gegensatz zu diesen Entwicklungen wurde z.B. in Finnland mit einer Änderung des Strafgesetzbuches die Möglichkeit eines Verzichts auf die Strafverfolgung bei Drogendelikten, die als für die Gesetzestreue nicht schädlich eingestuft wurden, aufgehoben.

## Drogen am Steuer

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

## Substitutionsbehandlung

In den einzelnen Mitgliedsstaaten wird an Gesetzen zur Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger gearbeitet. Diejenigen Länder, in denen die Substitutionsbehandlung schon angewandt wird, arbeiten an einer Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen, in anderen Ländern müssen diese erst geschaffen werden.

### 2.4.2 Reduzierung des Angebots

Die Aktivitäten der kriminellen Gruppen in der Europäischen Union konzentrierten sich in den Jahren 2000 und 2001 weiterhin auf die Drogenherstellung und den Drogenhandel.

Für die Mitgliedsstaaten hat die Bekämpfung des organisierten Drogenhandels Vorrang. Dies geschieht durch

- Verbesserung der Datenbanksysteme
- Verbesserung der Techniken der Kriminalitätsanalyse
- Verstärkung der internationalen Zusammenarbeit

Die verstärkte internationale Zusammenarbeit führt zur Schaffung spezieller Arbeitsgruppen, z.B. zur Überwachung des Drogenhandels entlang der "Balkan-Route". An den Arbeitsgruppen sind z.B. Interpol, Europol oder die Weltzollorganisation beteiligt.

Einen wichtigen Teil dieser verstärkten internationalen Zusammenarbeit stellt der Kampf gegen die Abzweigung chemischer Produkte und für die Kontrolle der Vorläufersubstanzen dar. So konnten bislang etwa 230 Tonnen Essigsäureanhydrid, welches für die Heroinherstellung notwendig ist, sichergestellt werden. Als weitere Substanz ist Kaliumpermanganat zu nennen - von dieser Chemikalie konnten 1100 Tonnen beschlagnahmt werden.

Die Reduktion des illegalen Handels mit zur Drogenherstellung notwendigen Grundsubstanzen ist als Hauptziel im Drogenaktionsplan der EU (s.o.) verankert. Ein weiteres, dort festgeschriebenes Ziel ist die Unterbindung der Geldwäsche. Im Zusammenhang mit dem Drogenhandel sind Bargeldströme von hoher Bedeutung.

Was diesen Punkt betrifft, spielen die internationale Zollzusammenarbeit und die Aktivitäten der Task-Force "Finanzielle Maßnahmen gegen die Geldwäsche" eine wichtige Rolle.

### 2.4.3 Reduzierung der Nachfrage

Die nationalen Strategien zur Reduzierung der Nachfrage umfassen sehr vielfältige Maßnahmen. Als Schwerpunkttendenzen kann man erkennen, dass entweder bestimmte Arten von Maßnahmen verstärkt und/oder effizientere Strukturen entwickelt werden:

- In zehn Mitgliedsstaaten liegt der Schwerpunkt auf der Prävention an Schulen.
- Sieben Staaten konzentrieren sich auf den Präventionsbereich Gemeinde.
- In neun Ländern hat die Prävention und Frühintervention für gefährdete Jugendliche einen besonderen Stellenwert.
- Schadensminimierung und medikamentengestützte Behandlung bilden in sechs Mitgliedstaaten den Schwerpunkt, in Italien und Schweden wird hingegen besonders die drogenfreie Behandlung unterstützt.
- Sieben Länder nennen Maßnahmen in Strafvollzugsanstalten als besondere Schwerpunkte.
- Sechs Mitgliedsstaaten halten die Wiedereingliederung in die Gesellschaft für besonders wichtig.

Die Umsetzung der Maßnahmen geschieht in den meisten Ländern dezentral. Während in einigen Ländern die Praxis, nicht selten auf regionaler Ebene, die Politik beeinflusst, scheint in anderen Ländern die innerstaatliche Politik einen größeren Einfluss auf die Praxis zu haben.

Die Qualität der Maßnahmen zur Nachfragereduzierung wird in einigen Ländern durch die Einführung nationaler Standards, Anerkennungsverfahren oder Leitlinien durchge-

setzt. Für die Behandlung gelten in vielen Ländern verbindliche Qualitätsstandards, für die Prävention gilt dies noch nicht.

## Prävention in Schulen, Freizeitsettings und Gemeinden

In einigen Mitgliedsstaaten zeigt sich zunehmend eine erhebliche Diskrepanz zwischen den politischen Zielen, der Realität und der Qualität der Präventionsmaßnahmen.

### Prävention in Schulen

Das Spektrum der Prävention an Schulen reicht von der Entwicklung sozialer bzw. persönlicher Fähigkeiten bis zur Förderung der Identität bzw. Persönlichkeit. Den Kern von Drogenpräventionsprogrammen bilden meist Sensibilisierung und Information. Auf diesem Gebiet gibt es kein gemeinsames europäisches Präventionsprinzip, das auf Nachweisen oder Forschungsergebnissen beruht.

Ein Problem ist ferner der logistische und administrative Aufwand, den eine großflächige Umsetzung bewährter Modellprogramme innerhalb eines Landes mit sich bringt. Neben den Niederlanden bezieht sich insbesondere Deutschland auf diese Herausforderung.

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

### Prävention in den Kommunen

Was Programme auf Gemeindeebene angeht, gibt es unter den Mitgliedsstaaten kein einheitliches Konzept.

Die Maßnahmen in den Gemeinden beschränken sich nicht allein auf die Prävention. Auch die Reduzierung drogenbedingter Gefahren ist häufig ein Ziel.

Die Massenmedien spielen eine unterschiedlich wichtige Rolle in den verschiedenen Präventionsmaßnahmen, Gleiches gilt für Peer-Gruppen-Ansätze (Peer-Gruppe = Gruppe von Gleichaltrigen, die der Orientierung dient) - sie sind ebenfalls heftig umstritten.

### Prävention in Freizeitsettings

In den Mitgliedsstaaten der EU schwankt die Zuordnung der Prävention in Freizeitsettings zwischen den Bereichen "Sekundärprävention" und "Schadensminimierung". Diese Art der Prävention basiert weitgehend auf drei

Interventionsstrategien:

- Erstellung von Informationsmaterial zu Drogen und Gesundheit sowie damit verbundenen rechtlichen und emotionalen Fragen. Die Herstellung und Verteilung von Informationsmaterial in Freizeitsettings ist am weitesten verbreitet - über die Wirksamkeit dieser Maßnahmen ist aber wenig bekannt.
- Individuell zugeschnittene Maßnahmen in Diskotheken oder bei Raves (Veranstaltungen, bei denen die ganze Nacht über zu Technomusik getanzt wird). Peer-Gruppen-Ansätze, zu einer interaktiven und persönlichen präventiven Information, werden nur in wenigen Ländern, u.a. Deutschland und den Niederlanden, genutzt.
- Strukturelle Maßnahmen - zu diesen gehören z.B. grundlegende Sicherheitsregeln oder Maßnahmen, wie das Bereitstellen von Trinkwasser oder die Schaffung von Chill-Out-Bereichen (Erholungsbereichen), um eine Überhitzung zu vermeiden, aber auch Schulung von Mitarbeitern in erster Hilfe. Solche Leitlinien existieren in mehreren Ländern, doch ist ihre Umsetzung durch die Betreiber von Diskotheken oder die lokalen Behörden in den Mitgliedsstaaten uneinheitlich und sporadisch. Es gibt jedoch bereits Initiativen zur europaweiten Einführung einheitlicher Leitlinien für die Sicherheit in Klubs.

## **Prävention drogenbedingter Todesfälle**

Zur Prävention drogenbedingter Todesfälle verfolgen die Mitgliedsstaaten der EU mehrere Ansätze:

Forschungsergebnisse belegen, dass Methadonsubstitution die Gesamtmortalität stark reduziert.

Einige Länder, u.a. Deutschland und Belgien, berichten über innovative Ansätze für die Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen, z.B. durch die Schulung von Drogenkonsumenten sich selber vor Überdosierungen zu schützen, den Heroinantagonisten Naloxon zu verabreichen oder Wiederbelebungsstechniken anzuwenden. Ein weiterer Ansatz ist die Entwicklung von speziellem präventivem Informationsmaterial.

Drogenkonsumräume wurden bisher in Deutschland, in den Niederlanden und in Spanien eingerichtet. In anderen Ländern ist ihre Einrichtung vorgesehen (z.B. Portugal und Luxemburg) bzw. wurde von Seiten der Politik befürwortet (Norwegen). In weiteren Mitgliedsstaaten wird das Thema ausführlich diskutiert, andere Staaten sind strikt dagegen.

Die EBDD arbeitet an einer Zusammenfassung der Erfahrungen, Herausforderungen und Erkenntnisse in Bezug auf Drogenkonsumräume.

## **Verfügbarkeit von Behandlungseinrichtungen**

In den letzten fünf Jahren hat die Verfügbarkeit von Therapieeinrichtungen in der EU und in Norwegen deutlich zugenommen. Insgesamt ist bei der medikamentengestützten Behandlung (Substitutionsbehandlung) offensichtlich ein rascherer Anstieg als bei der abstinenzorientierten Behandlung zu beobachten. Der Grad der Zunahme ist aber von Land zu Land sehr unterschiedlich.

Die medikamentengestützte Behandlung, z.B. mit Methadon, hat sich als wirksam zur Reduzierung des Konsums illegaler Drogen, des Risikoverhaltens und der Kriminalität erwiesen. Um positive Ergebnisse zu erzielen, sind neben einer ausreichenden Dosierung begleitende

psychosoziale Maßnahmen erforderlich, die aber noch nicht überall ausreichend entwickelt sind.

Die Wirksamkeit abstinenzorientierter Behandlungsmaßnahmen ist durch Evaluation bewiesen. Die Ergebnisse weisen Schwankungen auf, im Allgemeinen schließen 30 bis 50 Prozent der Klienten die abstinenzorientierte Behandlung erfolgreich ab.

## **Maßnahmen im Bereich der Strafverfolgung**

### Überweisung in die Suchtbehandlung

Eines der Hauptziele der EU-Drogenstrategie ist es, eine erhebliche Verringerung der Anzahl der Drogenstraftaten in den nächsten fünf Jahren zu erreichen (s.o.). Deshalb besteht die Notwendigkeit, die Zahl der Drogenkonsumenten, die erneut straffällig werden oder in den Drogenkonsum zurückfallen, zu senken.

Die Justizbehörden in den EU-Ländern verfügen über vielfältige Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen des Strafverfolgungssystems, um straffällig gewordene Drogenkonsumenten in Therapieeinrichtungen zu überweisen. So werden im Vereinigten Königreich Programme genutzt, mit deren Hilfe die Betroffenen bereits auf Initiative der Polizei Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten erhalten. Erfolge mit Programmen zur Überweisung straffällig gewordener Drogenkonsumenten in Therapiemaßnahmen werden auch aus den Niederlanden und Frankreich gemeldet.

In Irland wurde im Januar 2001 versuchsweise ein Drogengericht eingesetzt, das eine Möglichkeit zur Rehabilitation und strukturierten Überwachung von Personen bietet, die kleinere Drogendelikte begangen haben (vergl. oben).

### Strafvollzug

Drogen und Drogenkonsum haben die Realität des Strafvollzugs in den letzten zwei Jahrzehnten grundlegend verändert. Alle europäischen Länder stehen vor Problemen, die sich aus dem Drogenkonsum im Strafvollzug ergeben.

Die derzeitigen Maßnahmen zur Reduzierung der

Drogennachfrage im Strafvollzug umfassen hauptsächlich die Verhinderung des Drogenkonsums durch Kontrolle und entsprechende Sanktionen.

Angesichts der wachsenden Zahl von Drogenabhängigen haben die Strafvollzugssysteme spezielle Suchtbetreuungssysteme geschaffen, in bestimmten Strafvollzugsanstalten einen zentralen Drogenhilfsdienst eingerichtet (in Irland und Österreich), oder sie greifen auf die Fachkompetenz externer Drogenberatungsstellen zurück.

In den meisten europäischen Strafvollzugsanstalten spielen externe Drogenspezialisten eine wichtige Rolle. Dennoch weisen Umfang und Niveau der Hilfsdienste in den Vollzugsanstalten zwischen den einzelnen Ländern und innerhalb dieser erhebliche Unterschiede auf.

#### Bewährung

In allen EU-Ländern können verurteilte Straftäter unter bestimmten Bedingungen auf Bewährung aus der Haft entlassen werden, in manchen Ländern sind dabei besondere Bedingungen für Drogenkonsumenten vorgesehen. Erfolgsanalysen dieser "Therapie-statt-Strafe"-Maßnahmen sind bisher selten.

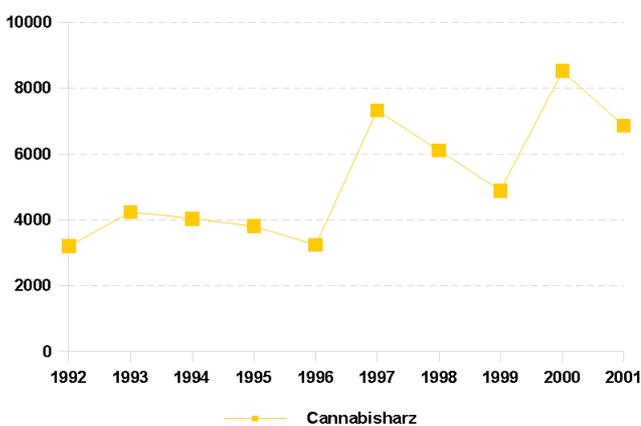
## 3 Bundesrepublik Deutschland

Eine entscheidende Rolle für die Beschreibung und Bewertung der Situation im Bereich Drogenhandel und -konsum spielt die geografische Lage der Bundesrepublik Deutschland. Deutschland gilt auf Grund seiner Lage in Mitteleuropa als Durchgangsland für den Drogenhandel. Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) nimmt Deutschland durch seine geografische Lage in Zentraleuropa eine bedeutende Funktion als Transitland im internationalen Drogenhandel ein (DHS, Jahresbericht 2003, S. 79). Es ist also davon auszugehen, dass vielfach Drogen nach Deutschland eingeschleust werden, die dann hier weiter gehandelt und verbreitet werden.

### 3.1 Handel

Deutschland dient in vielen Fällen nicht nur als Ziel, sondern als Transitstaat. 2000 waren 42 Prozent der sichergestellten Menge nicht für den Verbleib in Deutschland bestimmt (vgl. DBDD, S. 74). Bei synthetischen Drogen sind die Niederlande Hauptherkunftsland. Mehr als 80 Prozent der Sicherstellungen mit bekannter Herkunft stammen bei synthetischen Drogen aus den Niederlanden.

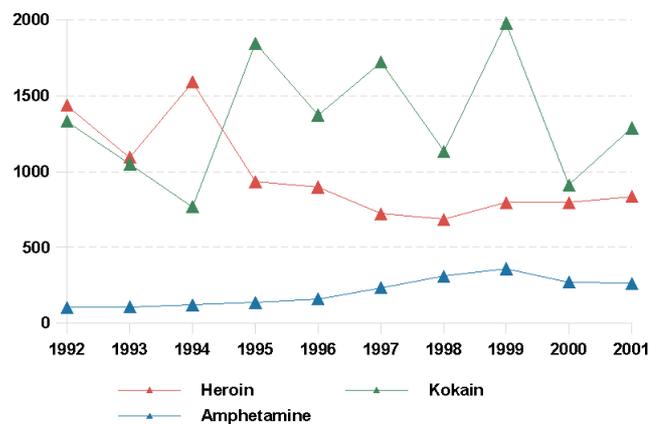
Rund 65 Prozent aller Rauschgiftsicherstellungsfälle im Jahr 2000 bezogen sich auf Cannabisprodukte.



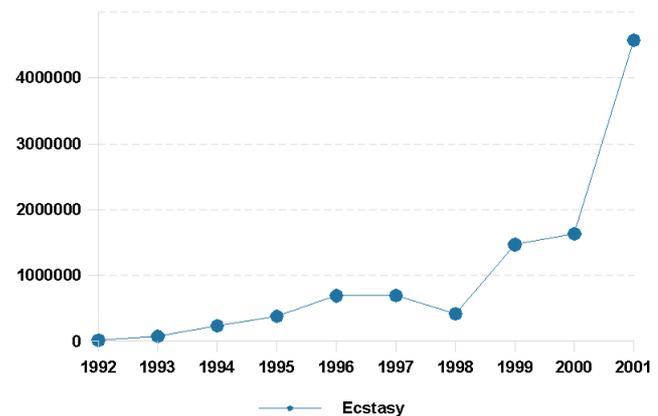
**Sichergestellte Mengen von Cannabisharz in der Bundesrepublik Deutschland von 1992 - 2001 (Quelle: DHS, 2003, S. 82-87).**

Bei insgesamt 31.564 Einsätzen konnten rund 14.400 Kilogramm Cannabis konfisziert werden. Die sichergestellten Mengen Cannabisharz stiegen über die Jahre an, bei Marihuana schwanken die Zahlen erheblich.

Beim Heroin sind die Zahlen seit Ende der 90er Jahre relativ stabil, beim Kokain ist kein eindeutiger Trend zu erkennen. Während im neuen Jahrtausend die beschlagnahmten Mengen von Amphetaminen etwas zurückgehen, haben sie sich bei Ecstasy fast verdreifacht.



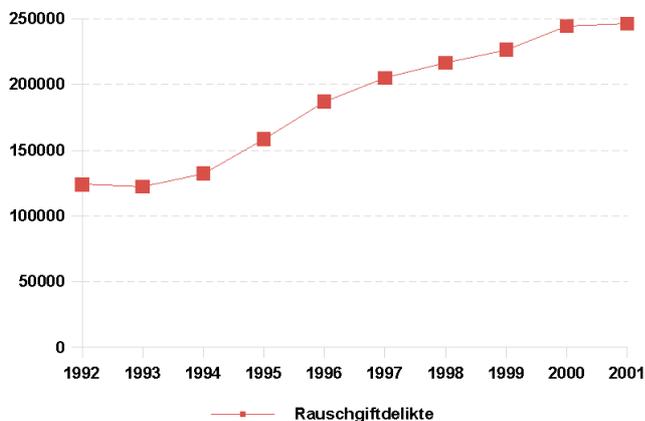
**Sichergestellte Mengen von Heroin, Kokain und Amphetaminen in der Bundesrepublik Deutschland von 1992-2001 (Quelle: DHS, 2003, S. 82-87).**



**Sichergestellte Mengen von Ecstasy in der Bundesrepublik Deutschland von 1992-2001 (Quelle: DHS, 2003, S. 82-87).**

## 3.2 Kriminalität

Im Jahr 2000 wurden in der Bundesrepublik 244.336 Rauschgiftdelikte registriert. 2001 waren es 246.518.



**Entwicklung der Rauschgiftdelikte in der Bundesrepublik Deutschland von 1992-2001 (Quelle: DHS, 2003, S. 80).**

Der größte Anteil der Delikte (67%) entfällt auf Konsumentendelikte (163.541 im Jahr 2000 und 162.740 im Jahr 2001).

Die Anzahl der ermittelten Tatverdächtigen bei Konsumentendelikten stagnierte 2001 zwar mit 141.361, in den 10 Jahren davor war jedoch ein stetiger Anstieg zu verzeichnen.

Das Durchschnittsalter der Tatverdächtigen bei Konsumentendelikten ist rückläufig.

Neben den Konsumentendelikten beziehen sich 76.600 Delikte, das sind 29 Prozent, auf illegalen Handel und Schmuggel (in geringen Mengen), 3 Prozent auf illegale Einfuhr von nicht geringen Mengen und 2 Prozent auf sonstige Verstöße. Von allen Delikten wurden am häufigsten Delikte im Zusammenhang mit Cannabis (37.030), gefolgt von Heroin (16.216), Kokain (10.488) und Amphetamin sowie Amphetaminderivate einschließlich Ecstasy (9.362), registriert (vgl. DBDD, Seite 74 ff).

Seit Beginn der 90er Jahre ist ein deutlich rückläufiger Trend bei der Beschaffungskriminalität zu verzeichnen. Diese Entwicklung geht einher mit stetig erweiterten Substitutionsangeboten und setzt sich 2001 fort. Das Bundeskriminalamt erklärt diese Entwicklung damit, dass sich die seit

1998 bestehende Möglichkeit Rauschgiftabhängigen Ersatzstoffe zu verschreiben, günstig auf die Fallzahlen ausgewirkt hat (vgl. BKA Jahresbericht 2001, S. 7).

Gemessen an der Entwicklung der Gesamtkriminalität haben Delikte von Konsumenten harter Drogen bei ermittelten Tatverdächtigen überproportional zugenommen (plus 9,3% 2001 im Vergleich zum Vorjahr) und weisen in den letzten Jahren eine steigende Tendenz auf. Der Grund dafür kann sein, dass die Zahl der Drogenkonsumenten zugenommen hat.

## 3.3 Konsum

### 3.3.1 Wesentliche Entwicklungen und Trends

In der Altersgruppe der 18- bis 59-jährigen Bundesbürger hatten 2001 29,5 Prozent in den alten und 19 Prozent in den neuen Bundesländern Erfahrungen mit illegalen Drogen, die sich meistens auf experimentellen Konsum beziehen. Am häufigsten wird Cannabis konsumiert, gefolgt von Kokain und synthetischen Drogen. Ecstasy ist nach Cannabis bei Jugendlichen die beliebteste illegale Droge (vgl. DBDD, S. 82).

### Heroin

In größerem Umfang begann der Konsum in Deutschland Mitte der 70er Jahre. Nach Angaben der Deutschen Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) ist er vor allem in den großstädtischen Bereichen verbreitet, während die Prävalenzraten und Beschlagnahmungen im ländlichen Gebiet deutlich niedriger liegen (vgl. DBDD, S. 25).

Etwa 0,5 Prozent der 18 bis 59-Jährigen haben Erfahrungen mit Heroin gemacht. Ca. 0,2 Prozent konsumieren diese Droge aktuell. Diese Zahlen sind jedoch nur grobe Anhaltspunkte, da die Konsumenten häufig nicht erreicht werden und somit nur zum Teil im Hilfesystem registriert sind.

Obwohl der Konsum von Opiaten in Deutschland in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu anderen Drogen weniger verbreitet ist, ist Heroin nach wie vor die Hauptursache für drogenbedingte

Behandlungen. 55,4 Prozent aller Hauptdiagnosen wurden 2000 für diese Gruppe gestellt (vgl. DBDD, S. 82). Riskante Konsumformen sind unter den Opiatkonsumenten verbreitet. Fast 70 Prozent injizieren die Droge, wodurch bei unsauberem Spritzen das Risiko für übertragbare Krankheiten wie AIDS erheblich steigt. Von den im Jahr 2000 registrierten Todesfällen stellt in 26 Prozent der Nennungen eine Überdosierung von Heroin und in weiteren 21 Prozent Heroin in Verbindung mit anderen Drogen die Todesursache dar.

Mit dem Heroinkonsum sind eine Vielzahl tiefgreifender gesundheitlicher und sozialer Probleme verbunden. Dazu gehören drogenbedingte Todesfälle, übertragbare Krankheiten sowie drogenbezogene Kriminalität.

### **Kokain**

Ein verstärkter Kokainkonsum wird seit Anfang der 80er Jahre verzeichnet. Seitdem steigt der Konsum gleichförmig und kontinuierlich an. Kokain wird sowohl als Beikonsum in Verbindung mit anderen Drogen, als auch als alleinige Droge konsumiert.

Eine Schätzung der Fallzahlen anhand des EBDD-Kernindikators für "problematischen Konsum" (problematischer Drogenkonsum definiert die EBDD als injizierenden Drogenkonsum oder andauernden/regelmäßigen Konsum von Opiaten, Kokain und/oder Amphetaminen) zeigt bei Kokain für Deutschland einen Anstieg von 1995 nach 2000 um rund ein Viertel. Einzelne Quellen, etwa die Polizeizahlen aus den letzten beiden Jahren, sprechen für eine stabile Entwicklung seit 1999. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht beschreibt die Situation wie folgt: "Während bis vor einigen Jahren Kokain fast ausschließlich bevorzugte Sekundärdroge von Heroinkonsumenten war, zeigt sich inzwischen auch eine Zunahme von primären Kokainkonsumenten. Ihre Zahl liegt heute höher als die Zahl der Heroinkonsumenten" (DBDD, S. 25).

Die somatischen oder sozialen Folgen sind zwar nicht ganz so schwer wiegend wie bei Heroin, jedoch sind auch mit dem Kokainkonsum erhebliche gesundheitliche Schäden verbunden. Kokainkonsum ist sehr viel stärker in städtischer und großstädtischer Umgebung verbreitet und

weniger in ländlichen Gebieten.

### **Cannabis**

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte Droge. Ihr Konsum stieg in den letzten Jahren rapide an.

Mehr als 10 Millionen Menschen in Deutschland, die meisten im Alter unter 40 Jahren, haben Cannabis mindestens einmal in ihrem Leben probiert. Im Jahr 2000 haben etwa 3,4 Millionen Menschen Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert. Dieser Wert liegt um mehr als 1 Million höher als 1997.

### **Amphetamine/Partydrogen**

Der Konsum dieser Drogen in größeren Mengen begann in Deutschland in den 80er Jahren.

Die Verbreitung von Ecstasy ist konstant hoch, bei Amphetaminen steigt der Konsum rapide an. Ecstasy ist nach Cannabis und Kokain die am dritthäufigsten gebrauchte Droge. Aktuelle Studien weisen auf den gleichzeitigen Gebrauch von Amphetaminen, Kokain und LSD hin (vgl. DBDD, S. 26).

Im Jahr 2000 haben 3,1 Prozent der Bevölkerung zwischen 18 und 39 Jahren mindestens einmal synthetische Drogen konsumiert, davon innerhalb der letzten 12 Monate 1,1 Prozent.

Da diese Zahlen durch repräsentative Umfragen ermittelt wurden, also auf Selbstauskünften basieren, spiegeln sie nur Trends wider. Tatsächlich ist von einer deutlich höheren Konsumentenzahl auszugehen.

Ecstasy und Amphetamine werden häufig von der gleichen Personengruppe konsumiert und spielen eine wichtige Rolle im Umfeld der Party- und Technoszene (vgl. DBDD, S. 27 ff).

### **Biogene Drogen**

Diese Form der Droge ist relativ neu und besonders bei jungen Erwachsenen verbreitet.

"Mehr als 6 Prozent der 21- bis 24-Jährigen haben Erfahrungen mit psilocybinhaltigen Pilzen, knapp 3 Prozent dieser Altersgruppe haben sie in den letzten 12 Monaten gebraucht und eine erhebliche Zahl von Giftnotfällen hatten im letzten Jahr solche Substanzen als Ursache" (DBDD, S. 28).

## Mischkonsum

Der Mischkonsum unterschiedlicher Drogen (polivalenter Drogenkonsum) ist weit verbreitet und nimmt zu. Der Mischkonsum wird zunehmend bei allen Drogen praktiziert und kann erhebliche gesundheitliche Auswirkungen nach sich ziehen. Dies gilt insbesondere für Opiate, die häufig mit großen Mengen von Alkohol und Kokain konsumiert werden. Akute Risiken von Ecstasy steigen aber auch erheblich, wenn diese in Kombination mit anderen Substanzen gebraucht werden (vgl. DBDD, S. XIII). Die Folgen dieses Mischkonsums sind unterschiedlich. Es können je nach Substanz additive, potenzierende oder entgegengesetzte Wirkungen eintreten.

"Drogenwirkungen sind jedoch nicht nur substanzabhängig, sondern sie werden durch die körperliche Konstitution des Konsumenten stark beeinflusst. Daneben spielen auch psychische Faktoren eine wichtige Rolle" (DBDD, S. 133).

## Ursachen für den Mischkonsum

Wegen begrenzter Verfügbarkeit einer Droge werden verschiedene Drogen gleichzeitig kombiniert, bei denen ähnliche Effekte erwartet werden.

Verschiedene Drogen werden zur gleichen Zeit verwendet, um die Gesamteffekte zu potenzieren oder zu moderieren.

Häufig wird der abwechselnde Einsatz von Drogen zum Aktivieren bzw. zum Beruhigen genutzt. Je nach Situation und persönlichen Bedürfnissen werden unterschiedliche Drogen dazu eingesetzt, einen bestimmten körperlichen und/oder psychischen Zustand zu erreichen. Die entgegengesetzten Effekte euphorisierender und dämpfender Drogen, z. B. Kokain und Heroin, sollen durch die Kombination dabei helfen, bestimmte Wirkungen hervorzurufen.

Als weitere Ursache gilt der Methadonhandel auf dem illegalen Markt. "Da dem Bundeskriminalamt keine Erkenntnisse über das professionelle, illegale Herstellen und Inverkehrbringen von Methadon vorliegen, ist davon auszugehen, dass der illegale Handel mit Methadon vorwiegend unter Konsumenten stattfindet und überwiegend aus ärztlicher Verschreibung gespeist wird" (DBDD, S. 8).

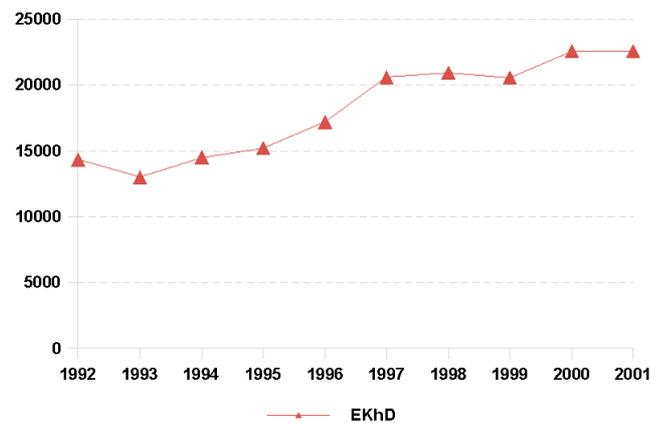
Die Mehrfachkonsumenten sind eine heterogene

Gruppe, die durch unterschiedliche Konsummuster gekennzeichnet sind.

Heroinabhängige mit einem Beikonsum unterscheiden sich deutlich von Menschen, die Rave-Partys besuchen und eine Mischung von Ecstasy, Cannabis und Kokain gebrauchen.

## 3.3.2 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD)

Die Anzahl von 22.551 erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKHD) ist im Jahr 2001 gegenüber dem Jahr 2000 relativ konstant geblieben (minus 0,1%), in den Jahren vor 2000 hat sie jedoch permanent zugenommen.



**Erstauffällige Konsumenten harter Drogen (EKHD) in der BRD von 1992 bis 2001 (Quelle: DHS, 2003, S.87).**

Ausgeprägt ist der Anstieg bei den erstauffälligen Konsumenten bei Ecstasy (plus 11%), während die Zahl der EKHD bei Heroin abgenommen hat (minus 6%). Bei Amphetaminen sind die erstauffälligen Konsumenten nahezu konstant geblieben (minus 0,9%). Bei Kokain ist ein leichter Rückgang festzustellen (minus 8,5%).

Prävalenzschätzungen zum Konsumverhalten zeigen, dass Ecstasy und Cannabis steigenden Zuspruch erfahren. Ferner zeigen die Ergebnisse von Umfragen, dass die Provierbereitschaft bei Jugendlichen zunimmt (vgl. BKA, Jahresbericht 2001 S. 7).

### 3.3.3 Behandlungsfälle

14.906 Personen waren 2000 im Zusammenhang mit illegalen Drogen in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen erfasst (vgl. DBDD, S. 55).

1.757 Personen (1.365 Männer und 392 Frauen) wurden in stationären Entwöhnungseinrichtungen wegen Problemen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen behandelt, davon 178 erstmals.

### 3.3.4 Drogenbedingte Todesfälle

Die Zahlen der Todesursachenstatistik zeigen, dass bis zum Jahr 2000 ein Anstieg der drogenbedingten Todesfälle zu verzeichnen war, in den letzten zwei Jahren ist eine leicht rückläufige Entwicklung festzustellen.

Nach Angaben der Bundesregierung wurden im Jahr 2000 im Sterberegister bundesweit 2.030 Todesfälle verzeichnet. 2001 sanken die Drogentodesfälle um 9,6 Prozent auf 1.835, 2002 ist ein weiterer Rückgang um 17,5 Prozent auf 1.513 festzustellen (vgl. Bundesregierung, Sucht- und Drogenbericht 2003, S. 97). Als Gründe für den Rückgang werden die stärkere Akzeptanz von niedrigschwelligen Hilfen sowie Veränderungen im Hilfesystem, z.B. substitutionsgestützte Behandlung, durch die mehr Drogenabhängige erreicht werden, angegeben (vgl. Bundesregierung Drogenbericht 2003 S. 5, BKA Jahresbericht 2001, S.7).

Der Anteil von Aussiedlern an den Drogentoten liegt in den letzten Jahren zwischen 7,7 und 8,7 Prozent.

Männer sterben häufiger an Drogenkonsum und dessen Folgen als Frauen.

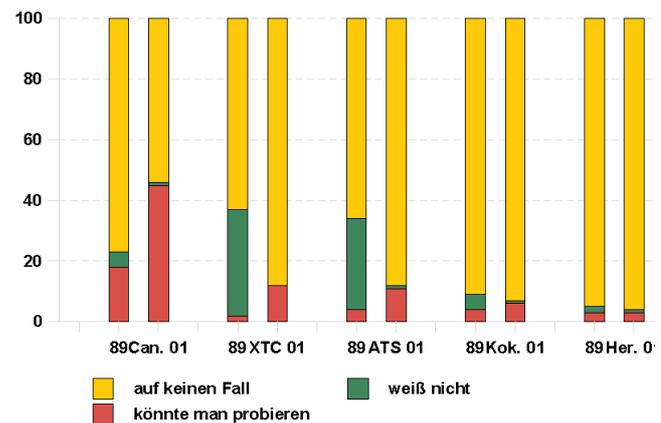
### 3.3.5 Drogenkonsum bei Jugendlichen

Drogenkonsum ist in allen Bevölkerungs- und Altersgruppen festzustellen. Es gibt jedoch Personengruppen, die besonders gefährdet sind.

Hierzu zählen vor allem Jugendliche und junge Erwachsene:

Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Jahr 2001 durchgeführte

Drogenaffinitätsstudie, die seit 1993 etwa alle drei Jahre bei Personen von 12 bis 25 Jahren durchgeführt wird, zeigt, dass sich die Probierbereitschaft insbesondere für Cannabis deutlich erhöht hat. Fast jede zweite befragte Person ohne bisherige Drogenerfahrung meint, Cannabis könnte man einmal versuchen. Heroin und Kokain wird dagegen von über 90 Prozent der Befragten abgelehnt.



### Probierbereitschaft illegaler Drogen bei 12- bis 25-Jährigen (Quelle: BzGA, Repräsentativerhebung zur Drogenaffinität Jugendlicher, 2001, S. 63).

Zu den gleichen Ergebnissen kommt auch die Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen (Altersgruppe 18 bis 59 Jahre), die regelmäßig vom Institut für Therapieforchung durchgeführt wird (vgl. DHS, Jahrbuch Sucht, 2003, S. 146 ff.).

Auch in dieser Untersuchung wurde in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg in der Probierbereitschaft von Cannabis, sowie geringfügige Veränderungen in der Einschätzung von Kokain und Heroin festgestellt.

### 3.3.6 Drogenprobleme bei Migranten

Da es sich bei Migranten um eine sehr heterogene Gruppe handelt, liegen kaum Daten und Aussagen zu deren Drogenkonsum vor.

"Bekannt ist derzeit, dass insbesondere die Gruppe der Spätaussiedler relativ stark durch drogenbezogene Todesfälle betroffen ist (s.o.). Sporadische Berichte über eine Häufung von Drogenproblemen in verschiedenen Gruppen von Migranten gibt es von verschiedenen Seiten. Es

fehlen jedoch weitgehend quantitative und qualitative Informationen über Lebensumstände und Drogenprobleme" (DBDD, S. 4).

### 3.4 Maßnahmen

Die zentralen Bausteine der Sucht- und Drogenpolitik sind die Prävention, die Hilfen und die Repression.

Als wichtigste Ziele werden von der Bundesregierung in ihrem Aktionsplan Drogen und Sucht formuliert ([www.bundesregierung.de/nachrichten-417.495446/Aktionsplan-drogen-und-sucht-de.htm](http://www.bundesregierung.de/nachrichten-417.495446/Aktionsplan-drogen-und-sucht-de.htm)):

- Prävention: Beginn des Konsums verhindern.
- Beratung/Behandlung: Eine Gefährdung/Abhängigkeit mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten behandeln.
- Überlebenshilfe/Schadensreduzierung: Riskante Konsummuster frühzeitig erkennen und reduzieren sowie das Überleben der Suchtkranken sichern.
- Repression/Angebotsreduzierung: Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel eindämmen.

Zur Erreichung dieser Zielsetzung werden unterschiedliche Maßnahmen sowohl zur Angebots- als auch zur Nachfragereduzierung ergriffen.

#### 3.4.1 Reduzierung des Angebots

Eine wesentliche Maßnahme zur Angebotsreduzierung und zur Bekämpfung des Drogenhandels ist nach Angaben des BKA die Strafverfolgung (vgl. BKA, S. 172ff).

#### Rechtslage

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) regelt den Verkehr mit Betäubungsmitteln und sieht harte Strafen für den Drogenhandel vor. Jeder nicht erlaubte Verkehr ist nach § 29 ff. BtMG strafbar, insbesondere Besitz, Herstellung und Anbau, Import und Export, Handel sowie die kostenlose Weitergabe von Drogen.

Erstmals enthält das BtMG Sondervorschriften für drogenabhängige Straftäter. "Therapie vor Strafe" ermöglicht seitdem den Erlass oder die

Reduzierung der Strafe, um Therapie zu fördern (vgl. DBDD, S. 13).

"Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass die Bekämpfung des organisierten Rauschgifthandels zwar einen wichtigen Ansatz innerhalb der Angebotsreduzierung darstellt, jedoch im Hinblick auf das Drogen- und Suchtphänomen lediglich Lösungsansätze für einen Teilausschnitt des Gesamtproblems liefert" (BKA S. 172).

Das BKA weist darauf hin, dass die Bekämpfung des Drogenhandels bzw. -schmuggels nur durch eine dauerhafte Beeinträchtigung auf der Ebene der Zwischen- und Großhändler erfolgen kann (vgl. BKA, S.173).

"Insbesondere auf der Ebene des organisierten Drogenhandels steht weniger die Aufklärung einzelner Straftaten im Vordergrund einer erfolgreichen OK-Bekämpfung (organisierte Kriminalität) als vielmehr die Aufdeckung von übergreifenden Zusammenhängen, die den Weg in die kriminelle Organisation zeigen und deren nachhaltige Beeinträchtigung ermöglichen" (BKA, S. 174).

Das BKA wirkt daher umfassend an Maßnahmen und Strategien zur Bekämpfung des internationalen Drogenhandels mit. Die wichtigsten Ziele hierbei sind:

- Teilstrukturen international organisierter Drogenkriminalität in Deutschland zu erkennen,
- Strukturverfahren zu initiieren,
- die Verantwortlichen ihrer Strafe zuzuführen,
- kriminelle Gewinne zu entziehen,
- illegale Strukturen nachhaltig zu zerschlagen.

Weitere wichtige Gesetze und Regelungen für die Drogenkontrolle:

- Geldwäschegesetz (Money Laundering Act),
- Grundstoffüberwachungsgesetz (Precursor Control Act),
- Strafgesetzbuch (STGB),
- Strafprozessordnung (STPO), (vgl. DBDD, S. 16).

Für Drogenabhängige können Strafen auf der Grundlage der verminderten Steuerungsfähigkeit herabgesetzt werden. Auf der anderen Seite ist es möglich, Straftäter unter Aufsicht zu stellen, wenn diese den Hang haben, berauschende Mittel zu

sich zu nehmen und die Gefahr besteht, dass sie infolge des Hangs weitere erhebliche rechtswidrige Taten begehen werden. Das Gleiche gilt für nicht straffällige Personen, wenn diese sich dauerhaft als unfähig erwiesen haben, ihr Verhalten zu kontrollieren und wenn hierdurch erhebliche Schäden für Leib und Leben zu befürchten sind (DBDD, S. 16).

### 3.4.2 Reduzierung der Nachfrage

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) hat als bundesweit tätiger Fachverband zentrale Forderungen für die Sucht- und Drogenhilfe formuliert.

#### Forderungen/Maßnahmen aus dem 10-Punkte-Katalog der DHS

Verstärkung von frühestmöglicher Prävention und Vermittlung eines verantwortlichen Umgangs mit Suchtmitteln

Der Zugang zu Suchtmitteln wie Alkohol und Nikotin, die häufig als Einstieg für den Konsum illegaler Drogen gelten, muss erschwert und durch präventive Maßnahmen die Bereitschaft zum Konsum reduziert werden. Eine zentrale Gruppe für die zielgruppenorientierte Prävention sind Kinder von Suchtkranken. Untersuchungen gehen davon aus, dass über 50 Prozent dieser Kinder als Erwachsene eine Abhängigkeit oder Co-Abhängigkeit entwickeln. In Deutschland leben etwa 3 Millionen Kinder in suchtkranken Familien.

Entkriminalisierung von Konsumenten illegaler Suchtstoffe

Entkriminalisierung der Konsumenten ist ein wichtiges Element eines umfassenden und menschenwürdigen Hilfe- und Behandlungsansatzes. Kontrolle und Repression müssen sich auf die Anbieterseite konzentrieren.

Erhaltung und Ausbau eines differenzierten Behandlungs- und Betreuungsangebotes

Sucht- und Drogenerkrankungen haben einen heterogenen Charakter und sind durch individuell ausgeprägte somatische, psychische und soziale Folgen gekennzeichnet. Diese Situation erfordert

ein differenziertes Hilfespektrum (ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote), das entsprechend dem aktuellen Stand der Praxis und der Wissenschaft weiterentwickelt werden muss. In der Suchtkrankenhilfe ist eine individuelle und personenkonzentrierte Hilfeplanung notwendig. Der weitere Ausbau flexibler Übergänge und Verbindungen zwischen den spezialisierten suchtspezifischen, medizinischen und psychosozialen Hilfen in einem umfassenden Behandlungs- und Betreuungsansatz ist eine zentrale Aufgabe der Zukunft. Es gilt auf jeder Ebene zeitnah Ausstiegsmöglichkeiten anzubieten. Jeder Suchtkranke hat ein Recht auf Hilfe. Diese muss ausreichend zur Verfügung stehen, erreichbar sein, der Lebensrealität entsprechen und möglichst früh ansetzen.

Ausbau der Maßnahmen zur Überlebenshilfe und Schadensreduzierung

Das Ziel, jede Form von Suchtmittelabhängigkeit zu verhindern und die gesundheitlichen Folgen zu minimieren, darf nicht den Blick auf reale Lebenssituationen von Abhängigen und den Krankheitscharakter von Sucht verstellen. Für Schwerstabhängige gilt es, niedrigschwellige Angebote zu entwickeln. "Die Substitutionsbehandlung von Heroinabhängigen in Verbindung mit medizinischer Grundversorgung sichert das Überleben langjährig Abhängiger oder stabilisiert deren gesundheitlichen Zustand und ist der erste Schritt hin zu einer ausstiegsorientierten Behandlung. Jede Substitutionsbehandlung muss Hand in Hand mit einer intensiven psychosozialen Betreuung gehen" ([www.dhs.de/inforeihe](http://www.dhs.de/inforeihe)).

Ausstieg darf kein Randthema werden

Ziel der Behandlung der Suchterkrankungen ist die Heilung. "Eine angemessene Rehabilitation Suchtkranker als notwendige Hilfeleistung der medizinischen Rehabilitation muss als unersetzlicher Bestandteil der Behandlung Suchtkranker gesichert werden. Dies bedeutet, dass bei einem Rückfall in die Krankheit Suchtbehandlungen wiederholbar sein müssen. Sonst besteht die Gefahr, dass auf Grund verweigerter Rehabilitationsleistungen die Chronifizierung und Verelendung forciert wird, die letztendlich die

Gesellschaft mehr kostet" (DHS [www.dhs.de/info-reihe](http://www.dhs.de/info-reihe)). Flexible Übergänge zwischen den Hilfeinrichtungen müssen ermöglicht und nicht durch leistungs- und zuständigkeitsrechtliche Fragen erschwert oder verhindert werden, um eine möglichst nahtlose Behandlung sicherzustellen. Ausstiegsmöglichkeiten müssen ausreichend und zeitnah angeboten werden (vgl. DHS, [www.dhs.de/inforeihe](http://www.dhs.de/inforeihe) Dokumentation und Statistik).

### **Konkrete Maßnahmen auf Bundesebene zur Reduzierung der Nachfrage**

Prävention und Intervention insbesondere für Jugendliche

Projekte wie das Modellprogramm "Frühintervention" für erstaufrällige Drogenkonsumenten und Internetprojekte der BZgA wie "drugcom.de" werden gefördert. Jugendliche werden über Risiken und Gefahren informiert und zur kritischen Auseinandersetzung angeregt.

Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des Hilfesystems

Die Sozialgesetzbücher definieren die Rahmenbedingungen für die Behandlung. Kostenträger für die Entwöhnung sind die Rentenversicherungsträger (SGB VI). Kostenträger des körperlichen Entzugs sind die gesetzlichen Krankenversicherungen (SGB V). Zusätzliche Anforderungen an die Qualifikation substituierender Ärzte sowie die Einrichtung eines Methadonregisters zur Vermeidung von Doppelverschreibungen dienen der Risikoreduktion.

Ausbau der Substitution

Zur Zeit befinden sich schätzungsweise 50.000 Menschen in Substitutionsmaßnahmen. Der Ausbau dieses Angebots hat nach allgemeiner Einschätzung wesentlich zu einer relativ niedrigen HIV-Rate bei intravenösen Drogenkonsumenten beigetragen. Das Sterberisiko ist bei Drogenabhängigen in Substitution insgesamt deutlich niedriger als bei Abhängigen außerhalb dieser Maßnahmen. "Durch den intensiven Ausbau

der niedrigschwelligen Angebote und insbesondere der Substitutionsangebote in den letzten 10 Jahren hat sich in Deutschland ein breit gefächertes, qualifiziertes Drogenhilfesystem entwickelt. Dieses erreicht einen großen Teil der Drogenkonsumenten und kann ihnen in unterschiedlicher Weise helfen. Gleichwohl ist festzustellen, dass es eine Teilgruppe von Abhängigen nicht erreicht. Diese ist durch hohe Gesundheitsbelastungen bzw. -risiken, schwere Abhängigkeitsausprägung und geringe Behandlungsbereitschaft gekennzeichnet" (DBDD, S. 6).

Verbesserung der Kooperation zwischen Strafverfolgung (Polizei, Staatsanwaltschaft) und Hilfeinrichtungen

In Zusammenhang mit der Einstellung von Strafverfahren sollen verstärkt sekundärpräventive Aktivitäten durch Hilfeinrichtungen stattfinden. Die Bundesregierung fördert hierzu ein Projekt, das in einer Reihe von Bundesländern durchgeführt wird (FRED).

Studie zur kontrollierten Heroingabe unter strengen Kriterien für Schwerstabhängige

Neue Ansätze zur Behandlung von Schwerstabhängigen, die bisher kaum durch die Hilfeangebote erreicht wurden, sollen in der Studie zur heroingestützten Behandlung untersucht und evaluiert werden.

Einrichtung von Drogenkonsumräumen

Diese dürfen nur unter genau festgelegten Rahmenbedingungen eingerichtet werden. Den Konsumenten müssen Ausstiegshilfen angeboten werden. Die Erlaubnis zur Einrichtung obliegt den Ländern.

Zielgruppenspezifische Eindämmung des Drogenkonsums

Spezielle Angebote für besonders gefährdete Zielgruppen wie Jugendliche oder Aussiedler sollen verstärkt werden.

## 4 Nordrhein-Westfalen

### 4.1 Handel

Die folgenden Ergebnisse sind den Jahresberichten des Landeskriminalamtes NRW entnommen.

Heroin kommt vorwiegend aus Südwestasien (hauptsächlich Afghanistan) über die Türkei nach Westeuropa. Die Drogen werden mit LKW's, Bussen und PKW's transportiert, aber auch mit Flugzeugen. Der Weg führt über den Balkan und zunehmend über die zentralasiatischen Staaten und Russland nach Osteuropa und von dort weiter nach Deutschland. Teilweise werden in osteuropäischen Ländern Depots geschaffen, von wo die Ware bei Bedarf abgerufen werden kann. In Deutschland angekommen wird ein Großteil des Heroins zunächst in die Niederlande gebracht, portioniert und wieder nach Deutschland eingeführt. Den Handel dominieren neben deutschen türkisch-kurdische Gruppen, Händler aus dem ehemaligen Jugoslawien und Aussiedler aus den GUS-Staaten. Im Straßenhandel sind vermehrt Schwarzafrikaner (Nigerianer), seit 2002 auch Litauer aktiv. Insgesamt ist ein Rückgang des Konsums von Heroin und begleitender Straftaten zu verzeichnen.

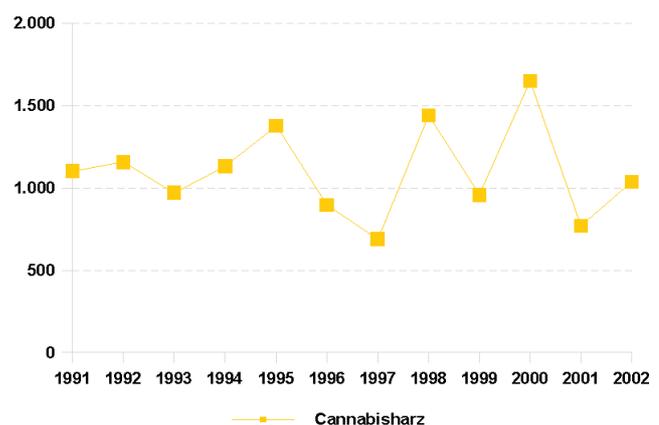
Kokain kommt hauptsächlich aus Kolumbien über andere südamerikanische Länder (Venezuela, Brasilien) auf dem Luft- oder Seeweg nach Deutschland. Bedeutend ist auch der Einfuhrschmuggel aus den Niederlanden. Die Flughäfen Köln/Bonn und Düsseldorf sind Brennpunkte des Kokainschmuggels, bei dem NRW häufig nur Durchgangsstation für den Transport ins europäische Ausland ist. Beteiligte Händler kommen aus Deutschland, der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien, den Niederlanden, Italien und Marokko sowie Afrika. Ähnlich wie beim Heroin scheint der Konsum rückläufig, weiterhin werden aber größere Mengen Kokain nach NRW geschmuggelt.

Amphetamine, besonders Amphetaminderivate, zu denen auch Ecstasy zählt, gewinnen weiterhin an Bedeutung. Sind die Sicherstellungen und Konsumentendelikte beim Amphetamin eher rückläufig, ist der Anstieg bei Ecstasy ungebrochen. Im Jahr 2002 wurden dagegen mehr

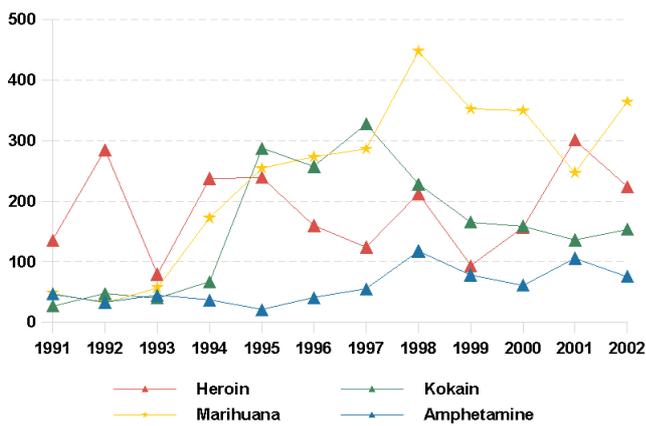
Verstöße gegen das BtMG bei Amphetaminen als bei Ecstasy registriert. Die Tabletten kommen aus den Niederlanden, der Handel wird hauptsächlich von Niederländern und Deutschen betrieben, wobei die Niederländer auch versuchen, ihre Produktionsstätten nach NRW auszuweiten. Auch bei Ecstasy und Amphetaminen dient NRW als Transitland in andere Bundesländer, europäische Staaten sowie in die USA und Kanada. Abnehmer sind vor allem Jugendliche, die leistungssteigernde und stimulierende Droge passt zum Lebensgefühl der jungen Generation. Die Droge ist verhältnismäßig preiswert und die Hemmschwelle der Einnahme gering.

Haschisch kommt vorwiegend aus Marokko aber auch aus Afghanistan und Pakistan nach Europa, Marihuana auch aus Kolumbien, Nigeria und den Niederlanden. Besonders die Nähe von NRW zu den Niederlanden macht Cannabis auch weiter leicht verfügbar. Wie beim Heroin wird Cannabis häufig durch Deutschland in die Niederlande transportiert und von dort wieder nach Deutschland verkauft. Der Handel wird hauptsächlich von Deutschen, Niederländern, Marokkanern und Türken betrieben. Hauptkonsumenten sind Jugendliche.

In NRW werden pro Jahr rund 3 Tonnen Rauschgift konfisziert. Je nach Art der Droge werden sehr unterschiedliche Mengen beschlagnahmt.



**Sichergestelltes Cannabisharz in NRW in Kilogramm (Quelle: Landeskriminalamt NRW, Jahresbericht 2001: Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen, Tabelle 7, Jahresbericht 2002, Tabelle 6/1 und 6/2.)**

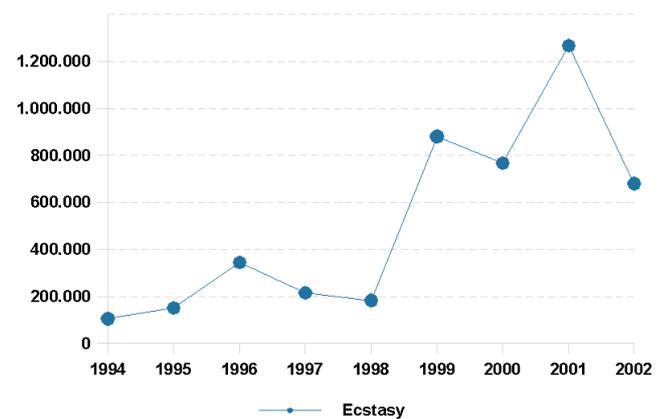


**Sichergestelltes Rauschgift in NRW in Kilogramm (Quelle: Landeskriminalamt NRW, Jahresbericht 2001: Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen, Tabelle 7, Jahresbericht 2002, Tabelle 6/1 und 6/2.)**

Die beschlagnahmten Mengen von Drogen in NRW unterliegen starken Schwankungen. Das liegt daran, dass einzelne Sicherstellungen von großen Mengen das Ergebnis eines Jahres stark beeinflussen können. Von den 2001 sichergestellten 300 Kilogramm Heroin wurden allein 160 Kilogramm in einem türkischen LKW gefunden, der die Ware in die Niederlande befördern sollte. Größere Mengen Kokain kommen über die Flughäfen Düsseldorf und Köln/Bonn nach NRW. Auch aus den Niederlanden werden bedeutende Mengen eingeschmuggelt. Seit 1998 sinken die Mengen beschlagnahmten Kokains und Amphetamins, allerdings stieg im Jahr 2002 die beschlagnahmte Menge Kokain gegenüber dem Vorjahr wieder um 13 Prozent an. Amphetamine wurden 2001 vermehrt sichergestellt, davon allein bei zwei einzelnen Funden 22 Kilogramm und 15 Kilogramm. In den meisten Fällen kommt es aus den Niederlanden und wird von Schmugglern aus NRW ins Land gebracht. Auch die sichergestellten Mengen Cannabisharz und Marihuana sinken seit dem Jahr 2000, 2002 wurden jedoch wieder größere Mengen sichergestellt, in zwei einzelnen Funden allein 149 Kilogramm und 158 Kilogramm Cannabisharz.

Bei der Mode-Droge Ecstasy meldete die Polizei in den vergangenen Jahren zunehmend größere Tablettenfunde. Wurden im Jahr 2000 noch rund 770.000 Tabletten in NRW sichergestellt, waren es ein Jahr später bereits 1.300.000, beinahe das Doppelte. Allein die Hälfte davon machte ein einzelner Fund aus, die Tabletten sollten nach

Australien verschifft werden. 2002 betrug die beschlagnahmte Menge 680.000 Tabletten. Rechnet man den hohen Einzelfund von 2001 heraus, ist die Menge in etwa gleich geblieben. Hauptumschlagplatz ist der Köln/Bonner Flughafen. Die Tabletten kommen aus den Niederlanden und werden über NRW in andere Bundesländer, ins europäische Ausland und in andere Kontinente geschmuggelt.

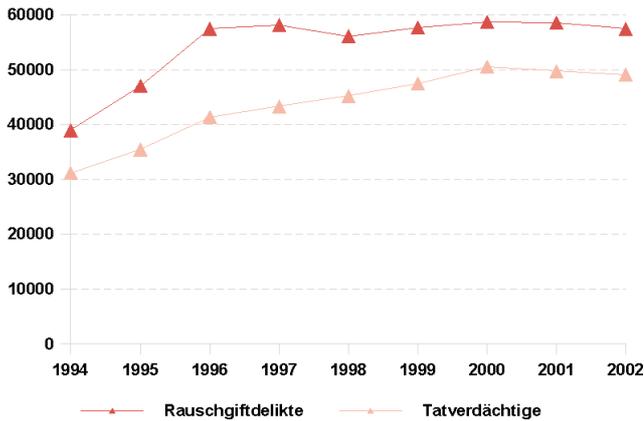


**Sichergestelltes Ecstasy in NRW in Tabletten (Quelle: Landeskriminalamt NRW, Jahresbericht 2001: Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen, Tabelle 7, Jahresbericht 2002, Tabelle 6/1 und 6/2.)**

## 4.2 Kriminalität

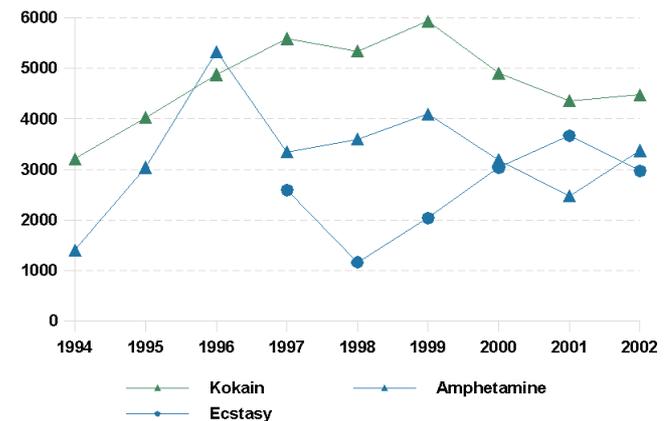
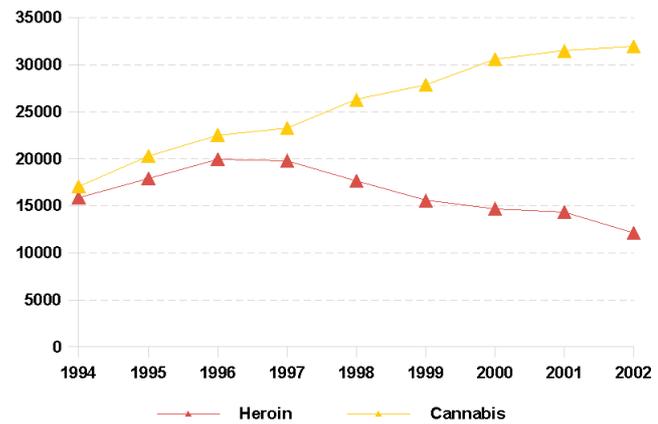
Drogenkriminalität lässt sich nur durch polizeiliche Ermittlungsarbeit aufdecken, da weder die Händler noch die Konsumenten gefasst werden wollen. Insofern spiegeln die Zahlen nicht nur die aktuelle Kriminalität, sondern auch die Ressourcen der Polizei wider. Seit 1996 liegen die Fallzahlen sowohl der Delikte als auch der Tatverdächtigen auf hohem Niveau, in den letzten beiden Jahren ist jedoch ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Das Landeskriminalamt wertet den Anstieg der Zahlen bis 1996 als Folge geänderter Bekämpfungsstrategien der Zollbehörden und der Umorganisation der Polizei. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur NRW's einen Einfluss auf die Ergebnisse haben können, die hier nicht kontrolliert wurden. 2002 registrierte die Polizei in NRW rund 58.000 Rauschgiftdelikte (inklusive 749 Fälle von Beschaffungskriminalität). Weiterhin wurden 49.500 Tatverdächtige (inklusive 392 Tatverdächtige von direkter

Beschaffungskriminalität) ermittelt.



**Rauschgiftdelikte und Tatverdächtige nach BtMG in NRW (Quelle: Landeskriminalamt NRW, Jahresbericht 2001: Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen, Tabelle 2, 14, Jahresbericht 2002, Tabelle 2, 9).**

Betrachtet man die Fallzahlen der Delikte und der Tatverdächtigen getrennt nach Rauschgiftarten, zeigen sich deutliche Unterschiede. Delikte im Zusammenhang mit Heroin sind bis Mitte der 90er Jahre gestiegen, seitdem sind die Zahlen rückläufig. Delikte mit Kokain nahmen bis Ende der 90er Jahre zu, nach einem darauf folgenden Rückgang stiegen die Fallzahlen 2002 erstmals wieder an. Auch bei den Amphetaminen ist seit Mitte der 90er Jahre ein Rückgang der Fallzahlen zu beobachten, der jedoch nicht kontinuierlich verläuft, sondern Auf- und Abwärtsbewegungen zeigt. Straftaten im Zusammenhang mit Amphetaminderivaten (darunter Ecstasy) werden erst seit 1997 in der polizeilichen Kriminalstatistik erfasst und steigen seit Ende der 90er Jahre rapide an. 2002 wurde erstmals ein Rückgang der Delikte gemeldet. Die Fallzahlen bei Cannabisdelikten sind seit Mitte der 90er Jahre kontinuierlich gestiegen.



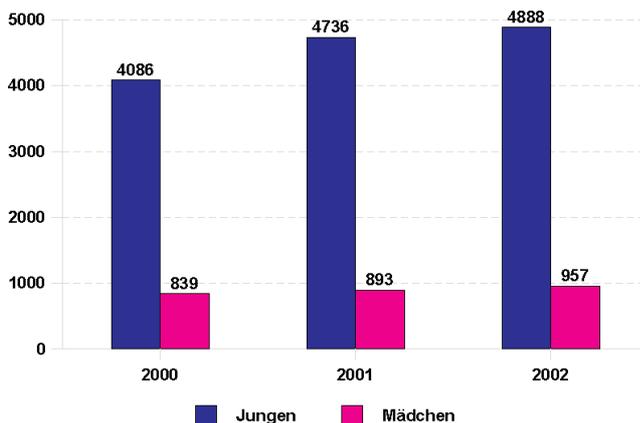
**Rauschgiftdelikte nach BtMG in NRW, getrennt nach Art des Rauschgifts (Quelle: Landeskriminalamt NRW, Jahresbericht 2001: Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen, Tabelle 2, Jahresbericht 2002, Tabelle 2).**

Entgegen diesem allgemeinen Trend stieg 2001 die Zahl der Delikte mit illegalem Handel und Schmuggel von Heroin gegenüber dem Vorjahr sowie die illegale Einfuhr nicht geringer Mengen von Amphetamin, Kokain und Heroin. Die illegale Einfuhr von Cannabis ist demgegenüber gesunken. Auch zeigte sich 2001 ein Anstieg von Tatverdächtigen, die nicht geringe Mengen von Amphetamin und Kokain vertrieben bzw. schmuggelten. Das könnte darauf hindeuten, dass Heroin, Kokain und Amphetamin zwar in NRW bzw. Deutschland insgesamt weniger konsumiert, aber weiterhin von hier in andere Regionen bzw. Länder gehandelt wird. 2002 wurden vermehrt Delikte von Amphetamin- und Kokainkonsumenten registriert, weniger von Ecstasykonsumenten. Auch der illegale Handel und Schmuggel und die Einfuhr bedeutender Mengen Amphetamine blieb hoch bzw. stieg weiter, während der Handel mit Ecstasy zurückging.

Die direkte Beschaffungskriminalität - im Jahr 2001 628 Delikte und 381 Tatverdächtige - ist seit

Mitte der 90er Jahre rückläufig und 2001 erstmals gegenüber dem Vorjahr geringfügig angestiegen. Dieser Trend setzte sich 2002 fort. Es wurden 749 Delikte und 392 Tatverdächtige erfasst.

Während 2001 die Zahl der Tatverdächtigen insgesamt gegenüber dem Vorjahr zurückging, waren mehr Kinder und Jugendliche tatverdächtig, 2002 stiegen die Fallzahlen weiter.



**Rauschgiftdelikte nach §29 BtMG in NRW für unter 18-Jährige (Quelle: Landeskriminalamt NRW, Jahresbericht 2001: Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen, Tabelle 18, Jahresbericht 2002, Tabelle 13/1).**

Das ist vor allem auf die Konsumentendelikte zurückzuführen, d.h. es wurden 2001 mehr unter 18-Jährige durch den Missbrauch von Cannabis sowie von Amphetaminderivaten (Ecstasy) auffällig als im Jahr davor. 2002 änderte sich das Konsummuster - weg vom Ecstasy und hin zu Amphetaminen, sonstigen Drogen und Kokain. 2001 sank in fast allen anderen Altersgruppen die Zahl der Tatverdächtigen, lediglich bei den über 40-Jährigen war ebenfalls ein leichter Zuwachs zu verzeichnen, hauptsächlich auf Grund von illegaler Einfuhr, Handel und Schmuggel von Drogen. 2002 stiegen die Konsumentendelikte beinahe in allen Altersgruppen an, besonders bei Konsumenten von Cannabis, Amphetaminen, sonstigen Drogen und Kokain. Delikte durch illegale Einfuhr bedeutender Mengen Rauschgift nahmen bei den über 30-Jährigen zu.

Der Anteil der weiblichen Tatverdächtigen an der Gesamtzahl aller Tatverdächtigen lag bei 12 Prozent.

Der Anteil nichtdeutscher Tatverdächtiger lag 2001 und 2002 bei 20 Prozent. Damit ist er wieder auf

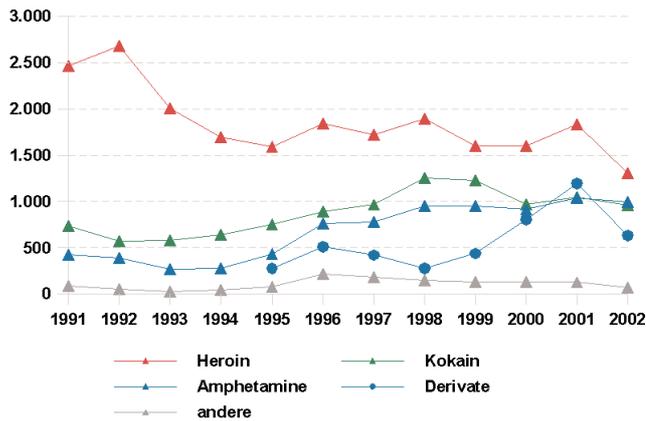
dem Niveau von 1991. Bis 1995 stieg der Anteil auf fast 28 Prozent und fällt seither kontinuierlich wieder ab. Der Anteil ausländischer Tatverdächtiger unterscheidet sich allerdings je nach Deliktform. Beim illegalen Handel und Schmuggel nach §29 BtMG beispielsweise beträgt er 23 Prozent, beim illegalen Handel und Schmuggel von Kokain sogar 56 Prozent und bei Heroin 30 Prozent. Weiterhin nimmt der Anteil der nichtdeutschen Tatverdächtigen mit der Schwere der Delikte zu. Bei den Heroinsicherstellungen ab 1 Kilogramm waren 2002 36 der 41 festgenommenen Tatverdächtigen Nichtdeutsche. Die größte Gruppe der nichtdeutschen Tatverdächtigen bilden Türken, gefolgt von Italienern, Jugoslawen und Marokkanern.

## 4.3 Konsum

### 4.3.1 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen

Im Jahr 2002 wurden 3.477 Personen als erstauffällige Konsumenten harter Drogen registriert. Erstauffällige Konsumenten werden nur in dem Jahr erfasst, in dem sie erstmals von der Polizei registriert werden. Langjährig bekannte Personen sind damit nicht erfasst. Eine Person kann für mehrere Drogen als erstauffällig gelten. Die Anzahl erstauffälliger Konsumenten stieg 1996 sprunghaft um ungefähr 900 Personen gegenüber dem Vorjahr an (3.638), 2001 um rund 700 gegenüber dem Vorjahr auf 4.465. 2002 wurden wiederum ca. 1.000 Personen weniger erfasst. Das Landeskriminalamt schätzt, dass dies durch eine Verlagerung der polizeilichen Kontrollen in andere Deliktsbereiche zu erklären ist. Anhand der absoluten Zahlen kann nicht beurteilt werden, ob die Veränderungen auch durch eine veränderte Bevölkerungsstruktur bedingt sind.

Im Folgenden werden die erstauffälligen Konsumenten nach Drogenarten getrennt betrachtet, Doppelzählungen sind dabei möglich. Die Heroinkonsumenten bildeten 2002 die größte Gruppe mit 1.306 Personen. Es folgten die Gruppen der Konsumenten von Amphetaminen (996) und Kokain (964). Ein Jahr zuvor standen die Ecstasykonsumenten an zweiter Stelle (1.197). Diese Zahl hat sich seit 1999 verdreifacht.



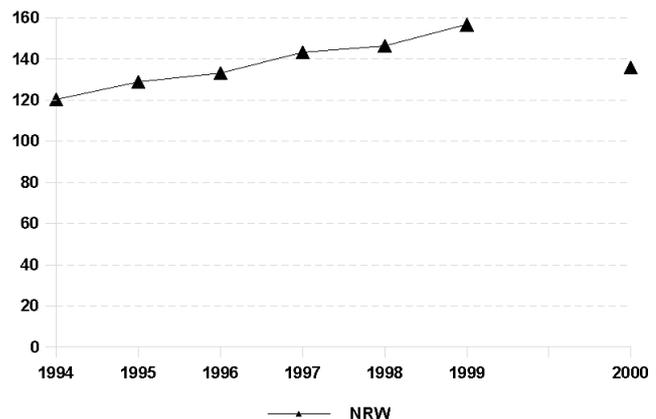
**Erstauffällige Konsumenten harter Drogen in NRW (Quelle: Landeskriminalamt NRW, Jahresbericht 2001: Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen, Tabelle 32, Jahresbericht 2002, Tabelle 18).**

Seit 1999 sinken die Zahlen erstaufrälliger Heroinkonsumenten. Die Zahl erstaufrälliger Kokain- und Amphetaminkonsumenten pendelte sich bei ungefähr 1.000 pro Jahr ein. 2002 wurden nur halb so viele Ecstasykonsumenten von der Polizei erfasst wie im Jahr davor.

Betrachtet man die Erstkonsumenten nach Alter, sanken die Zahlen 2002 in allen Altersgruppen gegenüber dem Vorjahr ab. 2001 stiegen sie noch bei Amphetaminderivaten in allen Altersgruppen an, besonders aber bei den 18- bis 25-Jährigen (863 Erstkonsumenten von insgesamt 1.197). Aber auch bei anderen Drogen wie Heroin, Kokain und Amphetamin waren in einzelnen Altersgruppen Zuwächse gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Der Frauenanteil erstaufrälliger Konsumenten betrug im Jahr 2002 15 Prozent. In den jüngeren Altersgruppen ist er eindeutig höher. Von den 14- bis 18-Jährigen waren 34 Prozent Mädchen, von den 18- bis 21-Jährigen 19 Prozent. Im Erwachsenenalter liegt der Frauenanteil nur noch bei ungefähr 14 Prozent. Dies muss nicht der tatsächlichen Geschlechterverteilung unter Drogenkonsumenten entsprechen, denn nicht jeder Konsument wird polizeilich auffällig. Auch die hohe Zahl erstaufrälliger Heroinkonsumenten ist dadurch zu erklären, dass Heroinkonsumenten wahrscheinlich eher der Polizei auffallen als Kokainkonsumenten.

## 4.3.2 Behandlungsfälle

Die Krankenhausdiagnosestatistik weist aus, wie viele Behandlungsfälle durch Drogen- und Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit stationär behandelt werden. Dabei handelt es sich um psychische Störungen, die durch den Substanzgebrauch entstanden sind, angefangen von akuter Intoxikation, Entzugserscheinungen bis hin zu Folgeschäden. Nicht eingerechnet sind allerdings körperliche Folgeschäden, die auf den Drogenmissbrauch zurückgeführt werden können, z.B. Hepatitiden oder AIDS. Eine zusätzliche Auswertung drogenassoziierter Erkrankungen ist aber nicht sinnvoll, da die Ursachen der jeweiligen Erkrankungen nicht klar (erfasst) sind. Nicht alle Personen mit AIDS oder Hepatitis haben diese durch Drogenkonsum oder diesen begleitende Lebensumstände erworben.



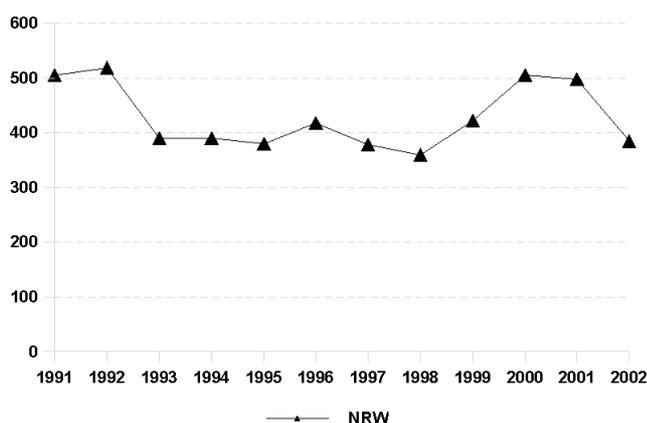
**Krankenhausfälle auf Grund von Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit und -missbrauch. Daten bis 1999 ICD-9, 304 und 305, altersstandardisiert an Europabevölkerung neu, Daten von 2000 ICD-10, F11-F19, altersstandardisiert an Europabevölkerung alt. Quelle: Lögd, Bielefeld.**

Insgesamt nehmen die Behandlungsfälle in NRW über die Jahre zu. 1994 wurden noch rund 120 Personen je 100.000 Einwohner stationär behandelt, 1999 waren es 157. Im Jahr 2000 lag die Zahl zwar niedriger, ist aber auf Grund anderer Berechnungsgrundlagen nicht absolut vergleichbar. Die Statistik der Krankenhausfälle ist schwer beurteilbar, da eine Person doppelt gezählt werden kann. Die Daten des Landeskriminalamtes Nordrhein-Westfalen stützen aber die Annahme, dass es sich hier nicht nur um eine Steigerung von "Fallzahlen" im Sinne von wiederholten

Aufnahmen der gleichen Personen handelt, sondern um eine größere Anzahl einzelner Personen. Denn im angegebenen Zeitfenster von 1994 bis 2000 stieg auch die Zahl erstauffälliger Konsumenten harter Drogen, die Zahl der Rauschgifttoten und die Anzahl von Rauschgiftdelikten und Tatverdächtigen.

### 4.3.3 Drogenbedingte Todesfälle

In NRW wurden von der Kriminalpolizei gemäß den "Richtlinien für den Nachrichtenaustausch bei Rauschgiftdelikten" im Jahr 2001 498 Drogentote registriert, davon 67 Frauen. 2002 waren es 385, darunter 43 Frauen. Die Zahl der Rauschgifttoten ist nicht nur in NRW sondern bundesweit gesunken. Trotzdem ist NRW das Bundesland mit dem meisten Rauschgifttoten. Die Zahl der Drogentoten lag 2001 auf dem Niveau von vor zehn Jahren (1991: 505). In den 90er Jahren waren die Zahlen allerdings rückläufig, bis sie ab 1999 wieder anstiegen. Unter den Rauschgifttoten waren 2002 40 Nichtdeutsche und 35 Aussiedler. Die Zahl der Rauschgifttoten ist von vielen Faktoren abhängig: z.B. sind auch hier die Daten nicht altersstandardisiert. Damit ist die Zahl der Drogentoten nicht ohne Weiteres ein Indikator für die Versorgungslage.



**Rauschgifttote in NRW (Quelle: Landeskriminalamt NRW, Jahresbericht 2001: Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen, Seite 44, Jahresbericht 2002, Seite 39).**

Die Haupttodesursache war auch 2002 der Heroinkonsum mit 194 Toten. 67 von ihnen hatten außer Heroin weitere Substanzen konsumiert. Bei drei Toten kann auf Grund einer chemisch-toxikologischen Untersuchung oder polizeilicher

Ermittlungen davon ausgegangen werden, dass der/die Verstorbene vor dem Tod ausschließlich einen Heroin-Ersatzstoff konsumiert hatte. 39 Personen waren vor ihrem Tod in einer Substitutionsbehandlung.

## 4.4 Maßnahmen

### 4.4.1 Das Landesprogramm gegen Sucht des Landes NRW

"Bis zum Jahr 2005 sollen die Chancen in NRW, ein suchtfreies Leben zu führen, deutlich erhöht werden" - so lautet das vierte Ziel der 10 vorrangigen Gesundheitsziele, die die Landesgesundheitskonferenz ausgehend vom WHO-Programm "Gesundheit für alle" 1995 festgelegt hat.

Das Landesprogramm gegen Sucht soll die Schritte zu diesem Ziel verdeutlichen und die Grundlage für eine gemeinsame Umsetzung schaffen. Es nimmt zu übergreifenden Fragen der Sucht Stellung und legt den Handlungsrahmen zur Eindämmung bzw. Bekämpfung der Sucht fest.

Basis des Programms ist die Erkenntnis, dass Sucht eine Krankheit ist. Es begreift die Bekämpfung der Sucht als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und geht bei den Ursachen der Sucht von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge aus, in dem personen-, umwelt- und suchtmittelbezogene Faktoren in einer Wechselwirkung zueinander stehen.

Das Landesprogramm gegen Sucht verfügt über eine fundierte theoretische Grundlage. Ferner konnte es mit der Unterstützung aller im Land vertretenen Institutionen und Verbände im Suchtbereich, mit denen dieses Programm gemeinsam erarbeitet und abgestimmt wurde, zustande kommen. Es repräsentiert daher auch den gegenwärtigen Stand der fachlichen und öffentlichen Diskussion und ist ausgerichtet auf die Schaffung eines breiten Konsenses aller Beteiligten.

Im Jahr 1998 wurde der erste Teil des Landesprogramms gegen Sucht, der sich schwerpunktmäßig mit den Problemfeldern illegale Drogen, Alkohol und Medikamente befasst verabschiedet. Der zweite Teil, der sich mit den

Bereichen Tabakabhängigkeit und Glücksspielsucht sowie in einem Exkurs mit Essstörungen unter dem Blickwinkel Sucht beschäftigt, folgte im Jahr 2001.

## **Umsetzung**

Die Umsetzung des Programms soll von einer beim Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW angesiedelten Arbeitsgruppe des Vorbereitenden Ausschusses der Landesgesundheitskonferenz (programmbegleitenden Arbeitsgruppe) begleitet werden, die den jeweiligen Planungs- und Umsetzungsstand in Zwei-Jahres-Berichten aufbereitet. Das Landesprogramm ist insofern prozessorientiert. Es sieht daher Teil- und Zwischenschritte, Umsetzungskontrolle und eine begleitende Evaluation vor. Die Berichte der programmbegleitenden Arbeitsgruppe und die Ergebnisse der Beratungen des Vorbereitenden Ausschusses werden dabei ebenfalls Bestandteil des Programms.

Für die Umsetzung der einzelnen Schritte werden konkret die jeweiligen Anbieter und Angebote benannt.

## **Ziele**

Das Programm verfolgt im Schwerpunkt die folgenden Ziele:

- Sicherung, Qualifizierung und Ausbau der auf den drei Säulen der Suchtpolitik (Prävention, Hilfen und Repression) basierenden Initiativen und Maßnahmen,
- Förderung eines gemeinsamen Suchtverständnisses bei den unterschiedlichen Beteiligten in Politik, Verwaltung, Praxis und in der Bevölkerung,
- Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der Ist-Situation, Planungen und Zuständigkeiten,
- Herstellung von verbindlichen Zielvereinbarungen, Planungen und Kooperationen.

## **Struktur**

Von seiner Struktur her ist das Programm

- als Gemeinschaftsprogramm, basierend auf

einem gemeinsamen Suchtverständnis und vereinbarten Grundsätzen und Leitlinien, die die Zuständigkeiten und rechtlichen Vorgaben der Beteiligten berücksichtigen,

- dynamisch und prozesshaft, indem es Ergänzungen und Fortschreibungen vorsieht,
- indikatoren gestützt, unter Berücksichtigung einer verlässlichen Datenbasis,

angelegt.

## **Methodik**

Das Programm richtet sich nach den Bedarfen der Betroffenen.

## **Gesetzliche Rahmenbedingungen**

Die rechtlichen Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich das Landesprogramm bewegt, sind komplex. Es gibt kein Gesetz, das die Zuständigkeiten für Prävention, für die verschiedenen Hilfen und für die Repression durchgehend regelt und zusammenfasst. Statt dessen werden in einer Vielzahl von Gesetzen, Vereinbarungen und Richtlinien verschiedene Zuständigkeiten mit unterschiedlichen Kompetenzen und auch Sichtweisen bestimmt.

Diese Bedingungen erfordern für die Umsetzung des Programms ein gemeinschaftliches Verständnis als Basis für notwendige Entwicklungen.

## **Verantwortung**

Die Verantwortung für die Gesamtkoordination trägt die Landesregierung. Für verschiedene Bereiche im Gesamtsystem sind die Selbstverwaltungskörperschaften zuständig. Hier kommt dem Land eine moderierende Funktion zu. Die Landesregierung hat die Federführung in der Sucht- und Drogenpolitik dem Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW zugewiesen.

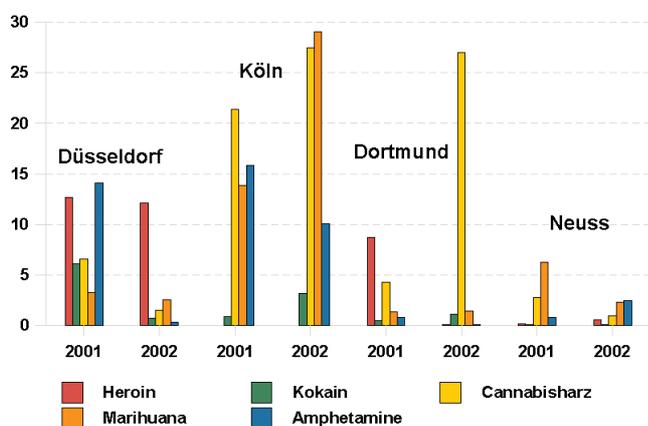
## 5 Düsseldorf

### 5.1 Handel

Wie bereits aus der Schilderung der Situation in Nordrhein-Westfalen deutlich wird, ist Düsseldorf durch die Nähe zur holländischen Grenze und den Flughafen ein strategisch wichtiger Ort für den Drogenhandel. Durch die Nähe zur holländischen Grenze kommt portioniertes Heroin zum Vertrieb an Kleinhändler und Konsumenten in die Stadt. Ähnlich verhält es sich mit Cannabis, es wird zum Teil in den Niederlanden angebaut, zum Teil aber auch aus Marokko und Afghanistan zunächst in die Niederlande transportiert, portioniert und von dort auf den deutschen Markt gebracht.

Der Flughafen Düsseldorf gehört neben dem Flughafen Köln/Bonn zu den Brennpunkten des Einfuhrschmuggels für Kokain. Von hier wird es in andere Bundesländer und ins europäische Ausland transportiert.

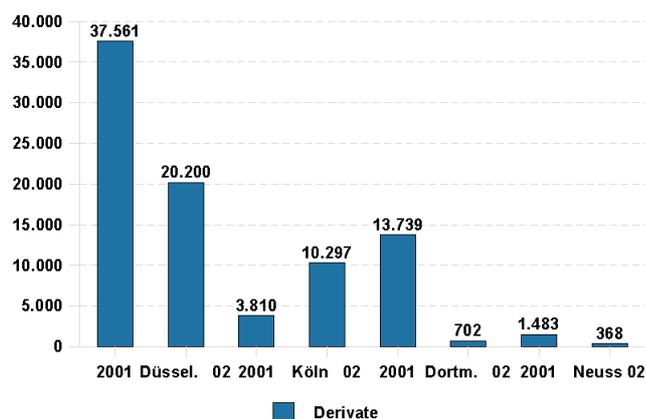
Bei der Herstellung synthetischer Drogen sind die Niederlande führend. Auch diese Drogen gelangen über die Flughäfen Düsseldorf und Köln ins Ausland.



**Sichergestelltes Rauschgift getrennt nach Kreispolizeibehörden in Kilogramm Heroinfunde in Köln nicht darstellbar: 2001: 163,68 kg, 2002: 95,53 kg (Quelle: Landeskriminalamt NRW, Jahresbericht 2001: Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen, Tabelle 8-12, Jahresbericht 2002, Tabelle 7/1-7/5).**

Der Vergleich der sichergestellten Mengen mehrerer Städte zeigt zum Teil erhebliche Schwankungen. Im Jahr 2001 meldeten Köln und Düsseldorf deutlich größere Funde als Dortmund und Neuss. 2002 wurden in Köln deutlich größere

Mengen sichergestellt als in Düsseldorf. Eine Ausnahme bilden die Ecstasy-Tabletten.



**Sichergestelltes Ecstasy getrennt nach Kreispolizeibehörden in Tabletten (Quelle: Landeskriminalamt NRW, Jahresbericht 2001: Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen, Tabelle 8-12, Jahresbericht 2002, Tabelle 7/1-7/5.)**

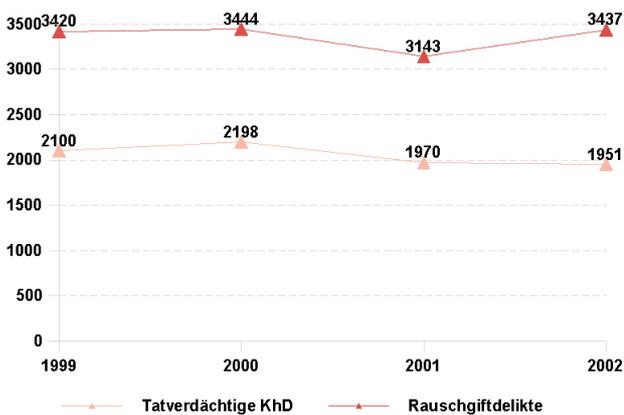
Die Sicherstellungsmengen sind in Köln deshalb noch wesentlich höher als in Düsseldorf, weil die meisten international tätigen Frachtgutfirmen ihren Handel über den Köln/Bonner Flughafen abwickeln. Es ist aber unklar, inwieweit es sich bei den sichergestellten Mengen nur um "die Spitze des Eisbergs" handelt und ob die beschlagnahmte Menge proportional zur tatsächlich im Umlauf befindlichen Menge ist.

Die offene Drogenszene war Mitte der 90er Jahre vor dem Hauptbahnhof anzutreffen. Die Polizei registrierte täglich bis zu 4.800 verschiedene Drogenabhängige vor dem Hauptbahnhof. Auf Initiative des Ordnungsdezernates der Stadt Düsseldorf entwickelte die Polizei das Konzept "Einsatz offene Szene" in Zusammenarbeit mit dem Ordnungsamt der Stadt. Dealer und auswärtige Konsumenten erhalten seitdem ein mehrmonatiges Aufenthaltsverbot für den Hauptbahnhof und den Volksgarten, wenn sie dort aufgegriffen werden. Seit 1997 zählt die Polizei nur noch bis zu 20 Dealer und Konsumenten zeitgleich am Hauptbahnhof und nicht wie ursprünglich bis zu 500. Der Hauptbahnhof ist immer noch ein Treffpunkt für Drogenabhängige, um Geschäfte zu planen, Informationen auszutauschen und andere zu treffen. Seine Funktion als Verkaufsort von Drogen hat er aber weitgehend verloren. Mittlerweile sind andere Szenen in der Altstadt,

am Oberbilker Markt und im Volksgarten entstanden, von denen aber nach Einschätzung der Polizei keine den Stellenwert eines neuen Brennpunktes hat. Für die Hilfeanbieter bedeutet die Zersplitterung in neue, kleinere Szenen eine schlechtere Erreichbarkeit ihrer Klientel. Deshalb müssen aufsuchende Angebote den veränderten Bedingungen Rechnung tragen und entsprechend umstrukturiert werden.

## 5.2 Kriminalität

In Düsseldorf werden jährlich rund 3.400 Rauschgiftdelikte registriert. Die Zahl der tatverdächtigen Konsumenten harter Drogen ist in den letzten Jahren rückläufig. Das gilt auch für den Anteil der Konsumenten harter Drogen an den Tatverdächtigen insgesamt. Die Zahl der Rauschgiftdelikte bleibt dagegen in etwa gleich.



**Anzahl der polizeilich ermittelten Rauschgiftdelikte in Düsseldorf und Anzahl der tatverdächtigen Konsumenten harter Drogen (Rauschgiftdelikte und sonstige Straftaten) (Quelle: Polizeipräsidium Düsseldorf).**

In den Justizvollzugsanstalten in Düsseldorf und Umgebung sind drogenabhängige Straftäter aus Düsseldorf untergebracht. In der JVA Düsseldorf waren im Jahr 2002 2.890 Männer inhaftiert. Die JVA schätzt, dass 50 bis 60 Prozent ihrer Insassen von illegalen Drogen abhängig sind und dass der Anteil der Drogenabhängigen unter den Strafgefangenen zugenommen hat. Meistens liegt eine Abhängigkeit von illegalen Drogen und ein Mischkonsum vor. Die JVA Duisburg-Hamborn, Zweiganstalt Dinslaken, ist für weibliche Untersuchungsgefangene aus dem Landgerichtsbezirk Düsseldorf zuständig. Hier

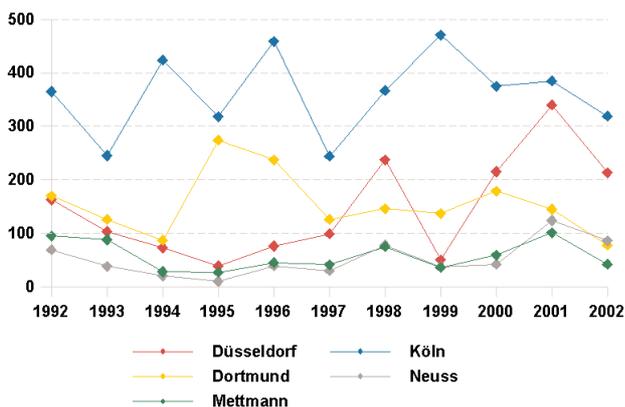
saßen zum Zeitpunkt der Anfrage fünf drogenabhängige Frauen ein. In den verschiedenen Einrichtungen der JVA Willich sind weitere 9 Düsseldorferinnen und 10 Düsseldorfer inhaftiert, die von illegalen Drogen abhängig sind. In den meisten Gefängnissen gibt es sowohl interne Suchtberater als auch eine Anbindung an eine örtliche Suchtberatungsstelle. Meistens besteht ein Kontakt zu Düsseldorfer Beratungsstellen. Besonders im Bereich der Untersuchungshaft reichen die vorhandenen Angebote jedoch nicht aus.

## 5.3 Konsum

Eine genaue Angabe der Drogensüchtigen in Düsseldorf gibt es nicht. Die Zahl der Drogensüchtigen kann nur geschätzt werden. Anfang 2001 wurden Einrichtungen des Düsseldorfer Hilfesystems zu chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken befragt. In der Zeit vom 01.01.2001 bis 30.04.2001 betreuten die verschiedenen Einrichtungen nach eigenen Angaben ungefähr 3.700 Personen, die von illegalen Drogen abhängig waren. Es sollten jedoch nur die Drogenabhängigen gezählt werden, die regelmäßig oder mehrere Tage oder Wochen hintereinander betreut wurden. Damit sind die Drogensüchtigen nicht erfasst, die keinen Kontakt zum Hilfesystem haben oder nur selten Hilfen in Anspruch nehmen. Bei der Befragung konnten aus datenschutzrechtlichen Gründen Doppelzählungen einer Person nicht sicher ausgeschlossen werden.

### 5.3.1 Erstauffällige Konsumenten harter Drogen

Die Zahlen erstauffälliger Konsumenten harter Drogen des Landeskriminalamtes können auch getrennt für die Polizeibehörden betrachtet werden. Im Raum Düsseldorf werden seit 1998 jährlich über 200 Konsumenten harter Drogen erstmals der Polizei bekannt. Die Zahlen liegen damit höher als Anfang und Mitte der 90er Jahre. Unklar ist, ob dies mit geänderten Strategien in der Polizeiarbeit zusammenhängt. Die absoluten Angaben geben einen Eindruck der Größenordnung in den Städten, lassen aber keinen unmittelbaren Vergleich zwischen den Städten und Gemeinden bzw. Rückschlüsse auf die Prävalenz des Drogenkonsums vor Ort zu.

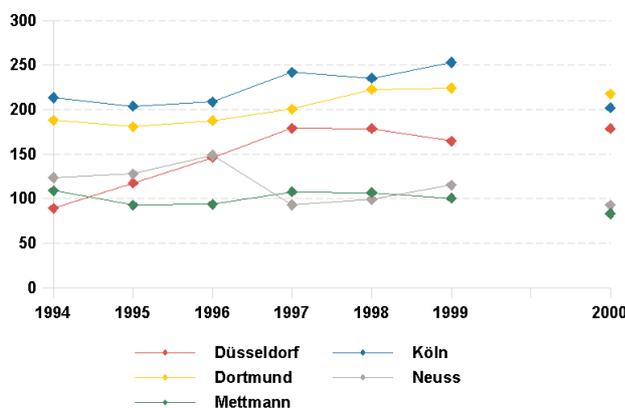


**Erstauffällige Konsumenten harter Drogen nach Kreispolizeibehörden (Quelle: Landeskriminalamt NRW, Jahresbericht 2001: Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen, Tabelle 34-37, Jahresbericht 2002, Tabelle 20/1-20/4).**

In den großen Städten werden mehr erstauffällige Konsumenten harter Drogen registriert als in kleineren oder ländlichen Kreisen. Es ist anzunehmen, dass die Drogenszenen in den Großstädten auch Konsumenten umliegender Orte anziehen.

### 5.3.2 Behandlungsfälle

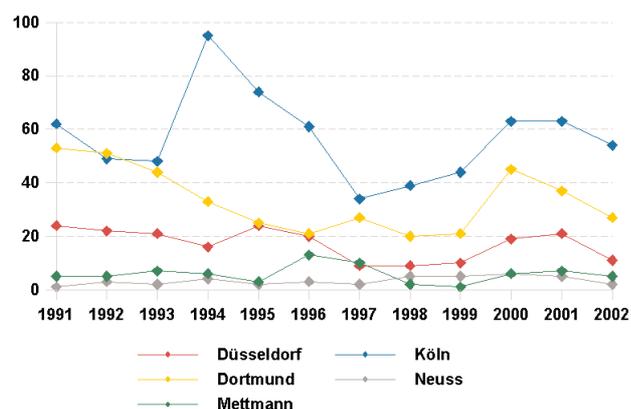
Die Krankenhausdiagnosestatistik gibt an, wie oft Personen auf Grund von Drogen- oder Medikamentenmissbrauch sowie Abhängigkeit stationär behandelt werden. Die Behandlungszahlen liegen in Düsseldorf zwar über dem Landesdurchschnitt und dem ländlichen Umland, aber noch unter denen anderer Großstädte wie Köln und Dortmund.



**Krankenhausfälle auf Grund von Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit und -missbrauch. Daten bis 1999 ICD-9, 304 und 305, altersstandardisiert an Europabevölkerung neu, Daten von 2000 ICD-10, F11-F19, altersstandardisiert an Europabevölkerung alt (Quelle: Lögd, Bielefeld).**

### 5.3.3 Drogenbedingte Todesfälle

In Düsseldorf registriert die Polizei jährlich etwa 20 Drogentote. Nach einem Rückgang seit Mitte der 90er Jahre auf ungefähr 10 pro Jahr, stiegen die Zahlen seit 1999 wieder an. 2002 wurden weniger Drogentote registriert als in den Jahren davor. Das entspricht einem allgemeinen Trend, der sich nicht nur in Düsseldorf und anderen Städten, sondern auch in NRW abzeichnet. Die von der Polizei ermittelten Drogentoten in Düsseldorf und die Daten des Gesundheitsamtes weichen geringfügig voneinander ab. (Polizei 1999: 10; 2000:19; 2001:21; 2002:11; Gesundheitsamt 1999: 10; 2000:21; 2001:21; 2002:15; bis 15.09.03: 6). Im Verhältnis zu vergleichbaren Kommunen in NRW stellt sich die Situation in Düsseldorf damit sehr günstig dar.



**Rauschgifttote getrennt nach Kreispolizeibehörden (Quelle: Landeskriminalamt NRW, Jahresbericht 2001: Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen, Tabelle 42-45.)**

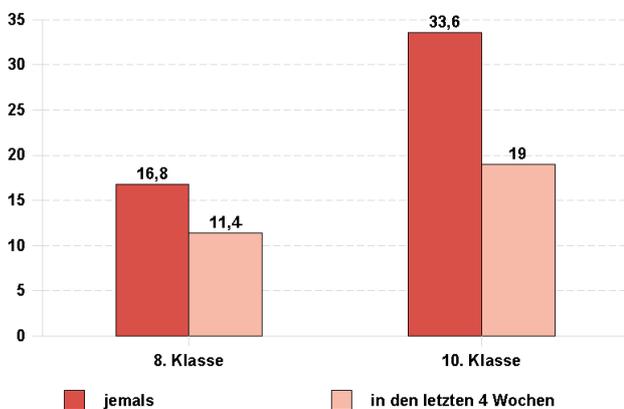
Die zur Verfügung stehenden Daten sind insgesamt nicht sehr belastbar. Es zeigt sich aber in allen Messgrößen seit Ende der 90er Jahre bis ins neue Jahrtausend sowohl eine Zunahme der Konsumenten als auch der Drogentoten. Das gilt aber nicht nur für Düsseldorf sondern auch für Nordrhein-Westfalen insgesamt. 2002 scheinen die Konsumentenzahlen rückläufig zu sein.

### 5.3.4 Drogenkonsum bei Jugendlichen

In den letzten Jahren sind besonders die synthetischen Drogen wie Amphetamine und Ecstasy weiter auf dem Vormarsch. Heroin verliert dagegen an

Bedeutung, obwohl nach wie vor der größte Behandlungsbedarf für Heroinkonsumenten besteht. 2002 scheint der Handel, Vertrieb und Konsum von Ecstasy rückläufig, möglicherweise haben schärfere Kontrollen zu einer geringeren Verfügbarkeit der Droge geführt. Allerdings wird neben Kokain vermehrt Amphetamin konsumiert, so dass weiterhin von einer hohen Nachfrage für synthetische Drogen ausgegangen werden muss. Die mit Abstand am meisten konsumierte Droge ist Cannabis. Ein Ende der zunehmenden Verbreitung ist nicht in Sicht.

Von der Entwicklung auf dem Drogenmarkt sind besonders Jugendliche betroffen. Sie sind Hauptkonsumenten von Haschisch, Marihuana, Ecstasy und Amphetamin. Im Herbst 2001 hat das Gesundheitsamt eine Umfrage an Düsseldorfer Schulen zum Risikoverhalten Jugendlicher durchgeführt. Die Schülerinnen und Schüler der achten und zehnten Klassen wurden dabei auch nach dem Drogenkonsum gefragt. Es stellte sich heraus, dass 17 Prozent der Achtklässler und 34 Prozent der Zehntklässlerangaben, schon mal Haschisch oder Marihuana probiert zu haben.

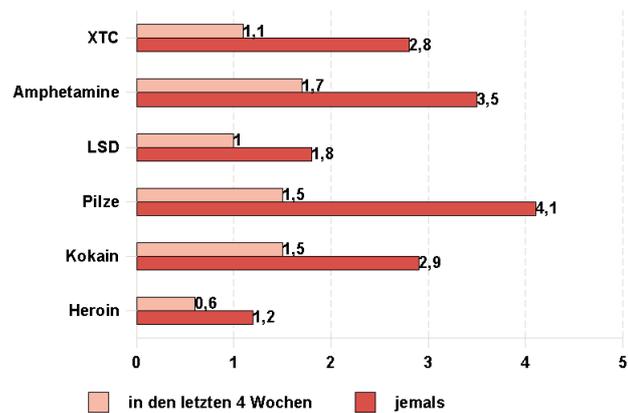


**Prozentuale Anteile der Schülerinnen und Schüler, die angaben, jemals und in den letzten 4 Wochen mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben, getrennt nach Klassenstufe (Quelle: Risikobefragung Jugendlicher 2001).**

Von diesen gaben 28 Prozent bzw. 32 Prozent der Jungen und 38 Prozent bzw. 25 Prozent der Mädchen an, mehr als 10-mal Haschisch geraucht zu haben. Somit wird rund ein Drittel der "Probierer" zu regelmäßigen Konsumenten.

Die Modedroge Ecstasy haben nach eigenen

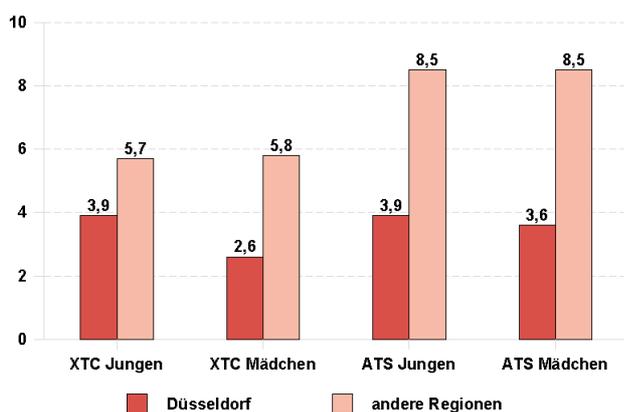
Angaben in der 8. Klasse 2 Prozent und in der 10. Klasse 3 Prozent schon mal genommen. Auch der Anteil derer, die Erfahrung mit Kokain haben, liegt bei 2 bis 3 Prozent. Amphetamine wurden etwas häufiger, von 3 bis 4 Prozent der Befragten, konsumiert. Etwa 1 Prozent der Jugendlichen gab Heroinkonsum an.



**Prozentuale Anteile der Schülerinnen und Schüler, die angaben, jemals und in den letzten 4 Wochen mindestens einmal Drogen genommen zu haben, 8. und 10. Klasse zusammengefasst (Quelle: Risikobefragung Jugendlicher 2001).**

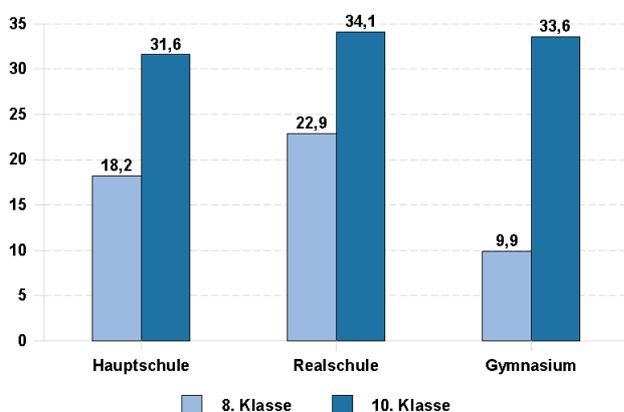
Der Konsum von Cannabis, synthetischen Drogen, Kokain und Pilzen ist in der 10. Klasse weiter verbreitet als in der 8. Klasse. Vermutlich nimmt der Drogenkonsum in den höheren Klassen weiter zu. Sofern Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zu verzeichnen sind, liegen die Konsumentenanteile der Jungen meistens höher.

Die Befragung wurde zeitgleich in den Kreisen Heinsberg, Euskirchen, Düren und der Stadt Aachen durchgeführt, allerdings als Vollerhebung und nicht als Stichprobe, wie in Düsseldorf. In diesen grenznahen Kommunen gaben die Jugendlichen einen deutlich höheren Konsum von Ecstasy und Amphetaminen an als in Düsseldorf. Eine Erklärungsmöglichkeit könnte sein, dass in grenznahen Kreisen und Städten die Drogen noch leichter zu beziehen sind als in Düsseldorf.



**Prozentuale Anteile der Schülerinnen und Schüler (10. Klasse), die in Düsseldorf und anderen Regionen angaben, jemals XTC und Amphetamine konsumiert zu haben, getrennt nach Geschlecht (Quelle: Risikobefragung Jugendlicher 2001).**

Bei dem Vergleich der Schultypen fällt auf, dass besonders im Gymnasium nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Schülerinnen und Schüler Drogen konsumiert. Eine Ausnahme bildet der Cannabiskonsum. Hier holen die Gymnasiasten in der 10. Klasse auf, so dass kein Unterschied mehr zu den anderen Schultypen festzustellen ist.



**Prozentuale Anteile der Schülerinnen und Schüler, die angaben, mindestens einmal Cannabis probiert zu haben, getrennt nach Klassenstufe und Schultyp (Quelle: Risikobefragung Jugendlicher 2001).**

### 5.3.5 Einschätzung der Situation durch die Hilfeanbieter

Das Einstiegsalter für den Drogenkonsum sinkt weiter. Der Heroinkonsum ist etwas rückläufig, wengleich der Behandlungsbedarf bei dieser Droge nach wie vor an erster Stelle steht. Die Zahl

der Drogenabhängigen ist nach den Beobachtungen der Drogenambulanz/Methadonambulanz des Gesundheitsamtes konstant geblieben. Allerdings ändert sich das Konsummuster. Der intravenöse Gebrauch von Heroin ist demnach zurückgegangen, allerdings steigt der Mischkonsum und andere riskante Verhaltensweisen wie häufigerer Drogengebrauch und Beschaffungsprostitution. Der Anteil der Heroinsüchtigen, die HIV-infiziert sind und/oder an einer Hepatitis C leiden, hat zugenommen. Auch der AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V. berichtet über eine zunehmende Verelendung der Drogensüchtigen auf Grund der beschriebenen schlechten Gesundheit. Durch die Methadonsubstitution können aber auch Erfolge verbucht werden. Die Konsumenten werden älter und ihre Gesundheit ist vergleichsweise besser geworden. Jedoch sind immer mehr Jugendliche und junge Erwachsene drogensüchtig. Es werden vermehrt komorbide Störungen bei Drogensüchtigen festgestellt. Seit 1999 steigt die Nachfrage nach synthetischen Drogen weiter an, auch der Konsum von Cannabis nimmt weiter zu. Die Hilfeanbieter beobachten außerdem eine Zunahme des Drogenkonsums bei ausländischen Jugendlichen und bei jungen Aussiedlern.

## 5.4 Maßnahmen

### 5.4.1 Eckpunkte der Drogenpolitik für und in Düsseldorf

In seiner Sitzung am 16. Dezember 1999 hat der Rat der Stadt Düsseldorf neue Eckpunkte der Drogenpolitik für und in Düsseldorf verabschiedet, an deren Umsetzung bis heute festgehalten wird.

### Vernetzung der Angebote und Maßnahmen im Bereich Prävention, Therapie und Repression

Die Angebote im Bereich der Prävention und der Therapie wurden im Konferenzsystem der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz vernetzt. Das "Dach" dieser Vernetzung bildet die Arbeitsgruppe Sucht und Drogen, Spezialthemen aus den Bereichen Prävention und Therapie und Gesundheitshilfen werden in drei entsprechenden Unterarbeitsgruppen behandelt.

Die Bereiche Prävention, Gesundheitshilfen und niederschwellige Angebote, Therapie und Rehabilitation sind ebenfalls mit dem Bereich Kriminalprävention und Repression vernetzt. Dies geschieht durch die Organisation und Moderation der Projektgruppe Drogen des Arbeitskreises Vorbeugung und Sicherheit der Landeshauptstadt Düsseldorf und durch die ständige Beteiligung der Sucht- und Drogenkoordination an diesem Arbeitskreis und weiteren Projektgruppen.

Jüngstes Ergebnis im Bereich Prävention ist eine detaillierte Auflistung aller in Düsseldorf vorhandenen Angebote zur Suchtprävention. Diese Auflistung wird in Kürze in Form einer Druckschrift erhältlich sein. Sie erleichtert die Planung individuell zugeschnittener Präventionsangebote sowohl für Familien als auch für Kinder- und Jugendeinrichtungen sowie Schulen.

Was die Suchtprävention in der "Party-Szene" betrifft, wurden drei Konzepte für Düsseldorf erarbeitet, die der Politik als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung gestellt werden sollen.

Die Unterarbeitsgruppe Therapie und Rehabilitation formulierte Forderungen zum Ausbau therapeutischer Angebote auf regionaler Ebene. So wurde der Bedarf an Entgiftungsplätzen für Opiatabhängige in Düsseldorf an die Landesgesundheitskonferenz weitergeleitet, das Gleiche ist im Bereich der therapeutischen Angebote für suchtkranke Kinder und Jugendliche beabsichtigt.

Zur komplexen Problematik der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken in Düsseldorf wird vom Gesundheitsamt ein Gesundheitsbericht mit Handlungsempfehlungen erstellt. An der Datenerhebung und Diskussion der Ergebnisse war die Unterarbeitsgruppe maßgeblich beteiligt.

Einen sehr großen Zuspruch erfährt die im Jahr 2001 erschienene Broschüre "Düsseldorfer Hilfen für Suchtkranke", deren Aktualisierung und Neuauflage für das Jahr 2004 geplant ist.

In der Unterarbeitsgruppe Gesundheitshilfen und niedrigschwellige Angebote findet regelmäßig ein

Austausch über die aktuelle Situation Drogenabhängiger auf der Straße statt. Die Arbeitsgruppe hat sich ausführlich mit der Notfallhilfe durch Laien unter Einsatz von Naloxon (Gegenmittel bei Vergiftungen mit Heroin) beschäftigt. Die Umsetzung eines entsprechenden Modells aus Berlin wurde in Düsseldorf verworfen, da es sich als nicht ausreichend entwickelt erwiesen hat.

Was die medizinische Grundversorgung betrifft, so ist die Unterarbeitsgruppe durch das System der Gesundheitskonferenz mit der Arbeitsgruppe Wohnungslosigkeit und Gesundheit vernetzt. Bedarfe können hier rückgemeldet werden und fließen in die Gesundheitsberichterstattung ein.

### **Keine Abgabe von Heroin an Drogenabhängige**

An dem Beschluss, sich nicht am Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger zu beteiligen, wurde festgehalten. Düsseldorf orientiert sich weiterhin an therapeutisch-ausstiegsorientierten Hilfen und lehnt möglicherweise suchterlösende Angebote wie Konsumräume ab.

### **Mitglied im Städtebündnis "European Cities Against Drugs" ECAD**

Seit Juni 2001 ist Düsseldorf Mitglied im Städtebündnis "European Cities Against Drugs" (ECAD) und Mitglied des ECAD-Beirates. Mit seiner Mitgliedschaft unterstützt Düsseldorf eine europaweite Haltung gegen die Legalisierung jęglicher Drogen und für ausstiegsorientierte Angebote für Drogenabhängige. Alle Bemühungen, die Verbreitung illegaler Drogen zu verhindern und den konsequenten Ausstieg aus der Abhängigkeit zu fördern, verlieren ihren Sinn, wenn zeitgleich gegenteilige Ansätze gefördert werden. Eine einheitliche Haltung aller europäischen Städte ist das Ziel von ECAD. Durch die Mitgliedschaft im Städtebündnis ECAD ist Düsseldorf in der Lage, sich mit anderen europäischen Städten auszutauschen: von Athen bis Reykjavik und von Moskau bis Paris. So war der Besuch verschiedener Einrichtungen der Drogenhilfe in Stockholm mit Unterstützung des dortigen ECAD-Büros möglich. Weiterhin bietet

ECAD die Möglichkeit, Programme für Migranten aus den ehemaligen Sowjetrepubliken mit Hilfe von ECAD-Mitgliedsstädten in Russland oder dem Baltikum zu entwickeln.

### **Umstrukturierung des Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.**

Der Auftrag des Rates, den Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. umzustrukturieren, steht unmittelbar vor der Umsetzung. Ein entsprechender Vertrag mit der Liga der freien Wohlfahrtsverbände zur Übernahme der Trägerschaft wird voraussichtlich bis Ende 2003 abgeschlossen sein.

### **Erstellung von Informationsmaterial**

Die Nachfrage nach Informationsmaterial für Eltern wird mit der Herausgabe einer Broschüre mit allen Präventionsangeboten in Düsseldorf (s.o.) zum Teil erfüllt - weiteres, umfangreiches Informationsmaterial zur Prävention ist über die jeweiligen Träger erhältlich.

Die Unterarbeitsgruppe Prävention im Konferenzsystem der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz bietet darüber hinaus die Möglichkeit, durch Koordination den Informationsaustausch zwischen Präventionsfachleuten und Einrichtungen für Kinder und Jugendliche und den Schulen zu verbessern.

### **Methadon-Sofort-Programm**

Die Methadon-Sofort-Ambulanz wurde im September 2002 eröffnet. Sie zeichnet sich durch die folgenden Merkmale aus:

- Ihr Standort ist "szenenah", das heißt sie ist nur wenige hundert Meter von den Szenetreffpunkten am Hauptbahnhof und an der Charlottenstraße entfernt.
- Sie kann von der Straße aus ohne Umwege betreten werden und bietet den Klienten auch eine Aufenthaltsmöglichkeit.
- Die Methadon-Sofort-Ambulanz legt großen Wert auf die Zusammenarbeit mit Einrichtungen, die aufsuchende Hilfen für Drogenabhängige anbieten, anderen szenenahen Einrichtungen und den Ordnungsbehörden.

- Die Aufnahme erfolgt unbürokratisch, langwierige Anträge auf Kostenübernahme entfallen, da das Gesundheitsamt die Kosten der Behandlung sofort übernimmt.

- Der Arzt und mindestens ein nichtärztlicher Mitarbeiter sind während der gesamten Öffnungszeit der Einrichtung anwesend. Es besteht stets die Möglichkeit zum Gespräch oder zu einer medizinischen Erstversorgung.

Die Erfahrung des ersten Jahres hat gezeigt, dass gerade sozial desintegrierte, mehrfach geschädigte Drogenabhängige, die in anderen Einrichtungen gescheitert sind, den Weg in die Einrichtung finden und von dort aus weiter versorgt werden können.

Durch die ständige ärztliche Präsenz wird zudem ein weiterer Beitrag zur niederschweligen medizinischen Versorgung geleistet.

Schon jetzt ist festzustellen, dass sich diese Einrichtung bewährt hat - sie ist mit annähernd 25 Patientinnen und Patienten vollständig ausgelastet.

## **5.4.2 Neuere Entwicklungen**

Nach dem Beschluss der neuen Eckpunkte der Drogenpolitik 1999 kam es in der Sucht- und Drogenhilfeplanung zu weiteren Entwicklungen. Der Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Rates der Stadt Düsseldorf (AGS) nimmt laufend neue Anregungen aus anderen Städten (der BRD und dem europäischen Ausland) auf und setzt sich mit diesen auseinander.

### **Informationsreise des Ausschusses für Gesundheit und Soziales nach Amsterdam**

So wurde in der Sitzung des AGS im Februar 2001 über die Einführung einer strafrechtlichen Zwangseinweisung von Süchtigen in den Niederlanden (SOV-Projekt) informiert.

Da es sich dabei jedoch nur um einen Baustein der niederländischen Sucht- und Drogenhilfe handelt, der nicht isoliert betrachtet werden kann, entstand der Wunsch, sich einen umfassenderen Überblick über das niederländische System zu verschaffen.

Im März 2002 reisten die Mitglieder des AGS gemeinsam mit Vertretern der Verwaltung, der Wohlfahrtsverbände und der Presse nach Amsterdam, um neben dem Overamstel-

Gefängnis, in welchem das SOV-Projekt durchgeführt wird, weitere ausgesuchte Einrichtungen und Projekte zu besuchen.

Diese Informationsreise wurde im Juli 2002 in einem Workshop ausgewertet (die Niederschrift über den Workshop ist als Anlage beigefügt).

Ausgehend von den in Amsterdam besuchten Einrichtungen wurden Schwerpunkte für Düsseldorf herausgearbeitet:

- "Partydrogen" bzw. Suchtprävention in der "Party-Szene": Die Unterarbeitsgruppe Prävention der Arbeitsgruppe Sucht und Drogen der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz hat drei entsprechende Konzepte für Düsseldorf gesammelt (von BerTha F., dem SKFM und Ginko e.V.). Sie werden in der Gesundheitskonferenz und dem AGS noch vorgestellt. Darüber hinaus beschäftigte sich die Projektgruppe Drogen des Arbeitskreises Vorbeugung und Sicherheit mit diesem Thema. Die Sucht- und Drogenkoordination des Gesundheitsamtes sichert den Austausch zwischen den beiden Gremien.

- Schadensminimierung: Die neue Methadon-Sofort-Ambulanz ist ein gutes Beispiel für die Verzahnung von Schadensminimierung und Ausstiegshilfe. Nach wie vor bedarf es aber eines Ausbaus vergleichbarer Angebote.

- Repression: Das Gespräch mit dem Leiter der JVA Düsseldorf in der Sitzung des AGS im Mai 2003 hat gezeigt, dass die therapeutischen Möglichkeiten im Bereich Repression noch nicht ausgeschöpft wurden. Die bestehenden Therapieangebote während und nach der Haft reichen hierfür nicht aus.

- Übergeordnete Ansätze: Ein politischer Konsens zur generellen Ausrichtung der Drogenpolitik wurde noch nicht gefunden, bildet jedoch die Grundlage der weiteren Planung und stellt damit eines der wichtigsten Ziele dar.

Die Besuche der Hilfeeinrichtungen in Amsterdam boten in erster Linie Einblicke in eine liberale und auf "harm-reduction" (Schadensminimierung) ausgerichtete Sucht- und Drogenhilfe. Daher entstand der Wunsch, ein alternatives System kennen

zu lernen. Hierfür bot sich Schweden an, da der schwedische Ansatz einen betont ausstiegsorientierten Weg darstellt.

In seiner Sitzung im Februar 2003 beschloss der AGS eine entsprechende Informationsreise nach Stockholm, die aber nicht zu Stande kam.

### **Drogenhilfe-Verbundsystem des SKM e.V. Köln**

Des Weiteren beschäftigte sich der AGS ausführlich mit dem Drogenhilfe-Verbundsystem des SKM e.V. Köln, in dessen Konzept ein Drogenkonsumraum vorgesehen ist. Im Januar 2002 informierten zwei Vertreter des SKM e.V. Köln den AGS über das Konzept und die bisherigen Erfahrungen.

Ein weiteres Gespräch zwischen den AGS-Mitgliedern, Vertretern der Verwaltung, der Düsseldorfer Wohlfahrtsverbände und den Vertretern des SKM e.V. Köln fand im Juni 2003 vor Ort in Köln statt. Dabei war auch die Besichtigung des Drogenkonsumraums geplant, die jedoch wegen einer Bombendrohung ausgefallen ist.

### **"Clean-Streets"-Projekt**

Die Stadt Wuppertal lieferte mit ihrem "Clean-Streets"-Projekt (ein Beschäftigungsprojekt, in dessen Rahmen gefährlicher Abfall wie gebrauchte Spritzen, Fixerbestecke, Glasscherben oder Hundekot von öffentlichen Plätzen entfernt werden) eine weitere Diskussionsgrundlage.

Zwischenzeitlich wurde die Möglichkeit der Umsetzung eines vergleichbaren Projektes in Düsseldorf durch die Verwaltung geprüft. Im Oktober 2002 und im Januar 2003 fanden Gespräche zwischen Vertretern der Verwaltung und der Wohlfahrtsverbände statt. Ergebnis war ein Konzept, welches aber finanziell nicht umsetzbar war. Folglich wurde die

Umsetzungsmöglichkeit im Rahmen vorhandener Beschäftigungsprojekte geprüft. Aktuell besteht die Aussicht auf ein Sonderprogramm des Bundes zum (Wieder-) Einstieg von Langzeitarbeitslosen in Beschäftigung. Mit diesen Mitteln wäre ein Projekt, vergleichbar dem "Clean-Streets"-Projekt möglich.

## 6 Handlungsempfehlungen

Zur Entwicklung der Handlungsempfehlungen wurde auf den Bericht "Suchtprävention, Sucht- und Drogenhilfe in der Landeshauptstadt Düsseldorf 1999" zurückgegriffen, um zu überprüfen, in welchen Versorgungsbereichen die Empfehlungen bereits umgesetzt wurden und mit welchem Erfolg. Noch nicht umgesetzte Handlungsempfehlungen werden hier erneut formuliert. Außerdem wurden die Einschätzungen der Hilfeanbieter (sofern sie bis zum 15.09.03 vorlagen) einbezogen, die ihre Bedarfe aus der täglichen Arbeit und Kenntnis der Drogenszene formuliert haben. Daraus ergibt sich ein umfangreiches Bild der derzeitigen Versorgungssituation in Düsseldorf. Die Empfehlungen werden für verschiedene Versorgungsbereiche getrennt dargestellt, um die Orientierung zu erleichtern.

### 6.1 Prävention

#### 6.1.1 Aktuelle Entwicklungen

Die im Drogenbericht von 1999 geforderte Arbeitsgruppe Prävention hat sich inzwischen etabliert. Am 8. Januar 2001 traf sich erstmals die Unterarbeitsgruppe Prävention der Arbeitsgruppe Sucht und Drogen der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, an der Vertreter aller an der Suchtprävention in Düsseldorf beteiligten Institutionen teilnehmen. Die Treffen der Unterarbeitsgruppe finden in regelmäßigen Abständen statt. Entsprechend der Handlungsempfehlung von 1999 wird sie von der Düsseldorfer Fachstelle für Suchtvorbeugung moderiert.

Mit dem Bericht zum Risikoverhalten Jugendlicher hat die Unterarbeitsgruppe eine Grundlage zur bedarfsgerechten Planung erhalten. Der Bericht gibt Ergebnisse einer im Herbst 2001 durchgeführten Umfrage an Düsseldorfer Schulen wieder.

Die Arbeitsgruppe hat eine Broschüre mit allen Angeboten zur Suchtvorbeugung in Düsseldorf erstellt. Zur Zeit werden auf Anfrage einzelner Personen, Schulen oder Institutionen der Kinder- und Jugendarbeit individuell abgestimmte Suchtpräventionsangebote durchgeführt.

Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften existieren vereinzelt. Die Drogenambulanz/Methadonambulanz des Gesundheitsamtes hat ein Beratungs- und Wohnangebot für substituierte Frauen und Mütter mit ihren Kindern etabliert. Der Verein Fliegern Mobil bietet einen wöchentlichen Treff für Kinder aus suchtkranken Familien an.

#### 6.1.2 Empfehlungen

- Die Arbeitsgruppe Prävention der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz wird die Vernetzung der Träger und die Koordination der Suchtprävention weiter vorantreiben. Anhand der Ergebnisse der Befragung zum Risikoverhalten Jugendlicher ist zu prüfen, ob die Angebote zur Prävention ausreichend sind oder ob es in einzelnen Bereichen sogar ein Überangebot gibt. Die inhaltliche Ausrichtung einzelner Anbieter und die jeweiligen Leistungen müssen den Bedarfen entsprechend koordiniert und festgelegt werden. Damit ist gemeint, dass es sowohl geschlechtsspezifische Angebote als auch dem jeweiligen Alter und Hintergrund (z. B. Schultyp) angepasste Präventionsprogramme geben sollte. Generell ist zu berücksichtigen, dass auch die Polizei Angebote vorhält, die z. B. im Bereich legale Drogen oder Multiplikatorenschulungen die Angebote anderer Einrichtungen ergänzen können. Ferner realisiert die Polizei eigene Projekte, die auch andere Anbieter nutzen können, wie die Anti-Drogen-Disco. Die Entwicklung eines bedarfsorientierten Versorgungsnetzes und eine klare Beschreibung von Aufgabenbereichen in der kommunalen Präventionsarbeit ist eine Empfehlung aus dem Drogenbericht von 1999.

- Die Drogenberatungsstellen, die Krankenkassen, die Polizei und auch einige Selbsthilfegruppen bieten Suchtprävention in den Schulen und Kindergärten an, allerdings nur auf Nachfrage der einzelnen Einrichtung. Ein flächendeckendes und zwischen den Anbietern/Trägern abgestimmtes Programm gibt es nicht. Es sollte nach Möglichkeit entwickelt werden. Informations- und Aufklärungsveranstaltungen sollten sich aber nicht nur an Schüler richten, sondern auch an Lehrer und andere Pädagogen, z. B. in Jugendfreizeiteinrichtungen. Außerdem muss ein ausreichender Informationsaustausch von

Präventionsanbietern und Beratungslehrern an den Schulen stattfinden. Die Koordination könnte die Unterarbeitsgruppe Prävention der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz übernehmen. Die Verstärkung der Suchtprävention in Kindergärten und Schulen ist eine Empfehlung aus dem Drogenbericht von 1999. Sie entsprach zu der Zeit sowohl den Trägerwünschen als auch dem Beschluss des AGS vom 02.12.1998. Empfehlungen zur Verstärkung der Suchtpräventionsarbeit liegen zur Zeit von der AWO, der Diakonie und dem Frauenbüro vor.

- Geschlechtsspezifische Angebote zur Suchtprävention gibt es speziell für Mädchen. Im Sinne des Gender-Mainstreaming ist es unbedingt erforderlich, für beide Geschlechter gezielte Präventionsangebote anzubieten. (Empfehlung von 1999: Aufbau emanzipatorischer Jungenarbeit; Empfehlung des Frauenbüros: geschlechtsdifferenzierte Präventionsarbeit.)
- Kinder suchtkranker Eltern brauchen häufig auch beratende und/oder therapeutische Unterstützung. Qualifizierte Angebote müssen in ausreichender Zahl vorgehalten werden. Das Frauenbüro empfiehlt die Entwicklung eines Gesamtkonzepts für die Arbeit mit drogensüchtigen Müttern/Vätern und ihren Kindern. (Empfehlung von 1999: Hilfen für Kinder aus suchtblasteten Lebensgemeinschaften; vgl. auch Empfehlungen des SKFM.)
- Nicht nur in der Primärprävention sind Angebote notwendig. Es müssen auch vermehrt koordinierte Angebote für bereits drogenkonsumierende Jugendliche vorgehalten werden. Dies wird von vielen Trägern und der Polizei eingefordert. Besonders in der Techno-Szene, in der vermehrt synthetische Drogen konsumiert werden, sind aufsuchende Angebote notwendig. Im Moment ist hier nur die Aufklärung des Aids-Hilfe Düsseldorf e.V. tätig. Angebote im Bereich der Tertiärprävention sind unter "niedrigschwellige Angebote" zu finden.

## 6.2 Niedrigschwellige Angebote

### 6.2.1 Aktuelle Entwicklungen

Mit der Eröffnung der Methadon-Sofort-Ambulanz im September 2002 wurden gleich mehrere Handlungsempfehlungen des Jahres 1999 aufgegriffen: Die "szenenah" gelegene Einrichtung bietet eine unbürokratische, schnelle Aufnahme und ebnet somit den Weg zu weiterführenden Hilfen.

Die Erfahrung des ersten Jahres hat gezeigt, dass gerade sozial desintegrierte, mehrfach geschädigte Drogenabhängige, die in anderen Einrichtungen gescheitert sind, den Weg in die Einrichtung finden und von dort aus weiter versorgt werden können. Damit konnte für diesen Personenkreis eine neue Anlaufstelle geschaffen werden. Durch die ständige ärztliche Präsenz wird zudem ein weiterer Beitrag zur niedrigschwelligen medizinischen Versorgung geleistet.

Die Einrichtung hat sich bereits bewährt. Sie ist mit annähernd 25 Patientinnen und Patienten vollständig ausgelastet, anfängliche Bedenken konnten ausgeräumt werden. So hat sich - anders als von der Nachbarschaft befürchtet - keine neue Szene im Umfeld der Einrichtung gebildet.

Eine 1999 geforderte Analyse zur Verbesserung der Hilfen für junge obdachlose und drogenabhängige Menschen ist zwischenzeitlich auch von dem Unterausschuss Obdachlosenhilfe gefordert und vom Jugendamt durchgeführt worden. Die Ergebnisse werden den zuständigen Gremien zur weiteren Bearbeitung vorgestellt.

Der Bericht von 1999 fordert weiterhin einen Ausbau der Streetwork. Das gilt auch heute noch.

Die Stadt Düsseldorf hat sich gegen das Konzept der Konsumräume und das Modellprojekt der heroingestützten Behandlung von Opiatabhängigen entschieden. Die dazu formulierten Handlungsempfehlungen aus dem Suchtbericht von 1999 wurden daher nicht weiter verfolgt.

### 6.2.2 Empfehlungen

- Die Methadonsubstitution sollte besonders im niedrigschwelligen Bereich weiter ausgebaut wer-

den, da sie auch schwer erreichbaren Drogenabhängigen einen Einstieg in das Hilfesystem ermöglicht. (Empfehlung der Methadonambulanz/Drogenambulanz; die AWO und der Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. halten auch eine Methadonambulanz in freier Trägerschaft für sinnvoll.)

- Die niedrigschwelligen sozialarbeiterischen und medizinisch-pflegerischen Angebote sollten zwischen allen Anbietern koordiniert und weiter ausgebaut werden. Diese Empfehlung wurde bereits im Drogenbericht von 1999 formuliert, aktuell wird der Bedarf auch von dem AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V., dem SKFM und dem Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. gestützt. Eine Grundversorgung für kranke Süchtige aus dem Obdachlosenmilieu sieht auch die AWO. Der AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V. vermisst vor allem in der Altstadt eine Anlaufstelle für Drogensüchtige. Die Arbeit der Streetworker muss die Veränderungen in der Szene berücksichtigen, die sich in die Bereiche Altstadt, Oberbilker Markt, Handelszentrum und Volksgarten verlagert hat.

- Der zunehmenden Verbreitung von HIV- und Hepatitis-C-Infektionen unter Drogensüchtigen sollte mit einer ausreichenden Ausgabe sauberer Spritzbestecke begegnet werden. (Empfehlung des AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V.)

- Die AWO, der SKFM, der Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. und der AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V. sehen die Notwendigkeit Konsumräume einzurichten, um der Verelendung der Drogenabhängigen entgegenzuwirken.

## 6.3 Beratung, Therapie und Rehabilitation

### 6.3.1 Aktuelle Entwicklungen

Die 1999 geforderte bessere Zusammenarbeit und Vernetzung der Anbieter im Sinne einer einheitlichen Anlaufstelle wird seit 2000 durch die Sucht- und Drogenkoordination der Stadt wahrgenommen.

Mit der ambulanten Beratungsstelle "komm-pass" konnte das Düsseldorfer Versorgungssystem für

Abhängige illegaler Drogen sinnvoll ergänzt werden.

Die Einrichtung befindet sich auf der Charlottenstraße, ist also ebenfalls "szenenah" angesiedelt und deckt mit der Information und Beratung Drogenabhängiger bis hin zu Streetwork ein breites Hilfespektrum ab.

Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, die Selbsthilfegruppen zu fördern. Der Umfang der Förderung ist jedoch nicht abschließend geklärt (Empfehlung aus dem Drogenbericht von 1999: gesicherte Grundfinanzierung). Durch die Vereinheitlichung der Förderanträge ist es jedoch gelungen, den Selbsthilfegruppen die Antragstellung zu erleichtern.

Die gemeinschaftliche Förderung durch die Krankenkassen stellt eine wesentliche Verbesserung der Finanzierung der Arbeit dar. Von Seiten des Gesundheitsamtes werden in regelmäßigen Abständen Treffen der Suchtselbsthilfegruppen organisiert, bei denen die Vertreter der Selbsthilfegruppen über die neuesten Entwicklungen im Bereich der Düsseldorfer Suchtkrankenhilfe informiert werden.

Das Ziel, die Vernetzung der Selbsthilfe mit den professionellen Einrichtungen zu verbessern (Empfehlung von 1999), wird kontinuierlich verfolgt. So sind die Selbsthilfegruppen sowohl in der Arbeitsgruppe Suchtkrankenhilfe als auch in der Arbeitsgruppe Sucht und Drogen der Gesundheitskonferenz und ihrer Unterarbeitsgruppen vertreten.

Die zwischen der Stadt Düsseldorf und den Anbietern im Bereich Sucht- und Drogenhilfe abzuschließenden Zuwendungsverträge werden die 1999 geforderte Grundfinanzierung für Beratungsstellen und Suchthilfeeinrichtungen sichern. Einige Einrichtungen sehen den besonderen Bedarf des weiteren Ausbaus bzw. der finanziellen Sicherung ihrer Angebote (Notschlafplätze im DrogenhilfeCentrum, Notschlafstelle Knackpunkt).

Die neuen BUB-Richtlinien (Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) zur Substitutionsbehandlung schreiben eine psychosoziale Betreuung parallel zur Substitutionsbehandlung verbindlich vor. Die

Kosten für die psychosoziale Begleitung werden jedoch nicht von den Krankenkassen übernommen. Nicht nur die Kostenübernahme bei psychosozialer Betreuung ist ungeklärt, es gibt im Moment auch nicht genügend Kapazitäten für die psychosoziale Betreuung aller substituierten Patienten. Außerdem ist die Aufnahme in die ambulante Substitution erschwert, da der erforderliche Nachweis der psychosozialen Betreuung nicht erbracht werden kann.

Die Erfahrungen der Drogenambulanz/ Methadonambulanz des Gesundheitsamtes zeigen, dass ohne eine berufliche Rehabilitation nur schwer eine dauerhafte Abstinenz erreicht werden kann. Bereits 1999 wurde der Ausbau von tagesstrukturierenden Arbeitsmaßnahmen für Drogenabhängige empfohlen.

Im Suchtbericht 1999 wurden eine Tagesstätte (mit therapeutischen und tagesstrukturierenden Angeboten) und mehr Plätze im betreuten Wohnen für Suchtkranke gefordert. Nach Einschätzung der Drogenambulanz/ Methadonambulanz fehlen betreute Wohnplätze vor allem für ältere männliche substituierte Drogenabhängige, die derzeit in Übergangseinrichtungen untergebracht werden müssen. Eine Kapazitätserweiterung des Betreuten Wohnens hält auch der SKFM und der Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. für notwendig. Das Frauenbüro sieht auch einen Bedarf besonders für junge drogenabhängige Frauen und Mädchen, die der Prostitution nachgehen. Die AWO betont, dass Haftentlassene in der sensiblen Phase kurz nach der Entlassung dringend entsprechende Unterstützung brauchen, um nicht wieder straffällig zu werden.

### 6.3.2 Empfehlungen

- Eine Kostenübernahme der psychosozialen Betreuung für Substituierte muss gefunden werden. Benötigt wird eine unabhängige Clearingstelle, die die Indikation für eine psychosoziale Betreuung und/oder Psychotherapie stellt. Es müssen ausreichend Plätze zur Verfügung gestellt werden. Die substituierenden Ärzte, die Träger, die Verwaltung und die niedergelassenen Therapeuten müssen eine geeignete Versorgungsstruktur entwickeln. Zwischen den Akteuren müssen Qualitätsvereinbarungen getrof-

fen werden (vgl. Stellungnahmen der Methadonambulanz/ Drogenambulanz, der AWO, des SKFM, des AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V. und des Düsseldorfer Drogenhilfe e.V., siehe Anhang).

- Der Gesundheitszustand der (jungen) Drogenabhängigen ist bedenklich. Die Methadonambulanz/Drogenambulanz empfiehlt die Behandlung von Hepatitis C mit Interferon in dafür spezialisierten Einrichtungen.

- Seit 2001 steigt die Nachfrage nach "Therapie statt Strafe". Mit dieser Maßnahme können verurteilte Drogenabhängige der Strafverbüßung entgehen, wenn sie eine ambulante Methadonsubstitution aufnehmen. Durch die vermehrte Nachfrage ist ein Ausbau qualifizierter ambulanter Behandlungsangebote notwendig (Empfehlung der Methadonambulanz/ Drogenambulanz).

- Das Angebot der ambulanten Hilfen für Abhängige illegaler Drogen sollte bedarfsgerecht ausgebaut werden. Das gilt für ambulante Therapien und Modelle des Betreuten Wohnens. Besonders notwendig sind berufliche Rehabilitationsmaßnahmen für Drogensüchtige (Empfehlungen aus dem Drogenbericht von 1999). Da die Drogensüchtigen keine homogene Gruppe darstellen, müssen die Angebote auf verschiedene Zielgruppen abgestimmt sein (z. B. Substituierte, Haftentlassene, junge drogensüchtige Frauen, die der Prostitution nachgehen). Gerade tagesstrukturierende Maßnahmen und Arbeitsprogramme werden auch von mehreren befragten Hilfeanbietern als wichtig erachtet. Ebenfalls werden Plätze im Betreuten Wohnen benötigt (vgl. Empfehlungen der Methadonambulanz, der AWO, des Frauenbüros, des SKFM und des Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.'s).

## 6.4 Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA)

### 6.4.1 Aktuelle Entwicklungen

Zur Versorgungssituation von chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken liegt die im Drogenbericht von 1999 geforderte Angebots- und Bedarfserhebung vor. Ein entsprechender Gesundheitsbericht ist in Arbeit. Die Arbeitsgruppe Sucht und Drogen der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz nutzt die Daten zur weiteren Planung. Die Diakonie in Düsseldorf beabsichtigt die Eröffnung einer stationären Einrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke. Der Landschaftsverband Rheinland wird diese Einrichtung fördern. Der Versorgungsbedarf für diese Personengruppe ist allerdings auch dann noch nicht vollständig gedeckt.

### 6.4.2 Empfehlungen

- Weitere Forderungen sind aus der Bestandsaufnahme ableitbar, so fehlen sowohl niedrigschwellige Therapieangebote für diesen Personenkreis, verschiedene Wohnangebote von betreuten Wohnformen bis zu stationären Einrichtungen und eine gesamtstädtische Koordination der Hilfsangebote speziell für diesen Personenkreis. Dies wurde bereits 1999 im Drogenbericht formuliert.
- Die Diakonie betont die Notwendigkeit für ambulante und stationäre Wohnformen.
- Die AWO benennt einen speziellen Handlungsbedarf für Drogenabhängige aus dem Obdachlosenbereich. Besonders für die Szene im Bereich Hauptbahnhof/Charlottenstraße/Oberbilk müsse ein integriertes und flexibles Versorgungskonzept erarbeitet werden. Auch der SKFM betont die Notwendigkeit eines Gesamtkonzeptes für die Charlottenstraße und die Einbeziehung der Anwohner.
- Das Frauenbüro hat sich in einem Arbeitskreis mit dem Thema junge und obdachlose Frauen

und Mädchen befasst und umfassende Handlungsempfehlungen formuliert, die von Prävention über niedrigschwellige Angebote bis zur Behandlung reichen. Sie sind an den entsprechenden Stellen genannt (vgl. Stellungnahme des Frauenbüros im Anhang).

- Das Haus Eller benennt einen speziellen Bedarf an dauerhaften Wohnangeboten für alte chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke.
- Der Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. hält passgenaue Hilfen für Menschen mit Doppeldiagnosen für notwendig und eine Mischung aus medizinischer Versorgung und psychosozialer Betreuung für obdachlose Süchtige.

## 6.5 Migranten

### 6.5.1 Aktuelle Entwicklungen

Die Hilfeinrichtungen beobachten einen Anstieg des Drogenkonsums bei (jugendlichen) Migranten und Aussiedlern (vgl. Empfehlungen der AWO). Kulturelle Konflikte können die Identitätsentwicklung jugendlicher Migranten ungünstig beeinflussen. Hinzu kommen nicht selten noch aufenthaltsrechtliche Fragen, die die Situation für die Jugendlichen erschweren. In einigen Kulturkreisen herrscht darüber hinaus ein anderes Verständnis im Umgang mit Krankheiten. So wird versucht, Suchtprobleme nicht nach draußen zu tragen, sondern im Kreis der Familie zu lösen. Besonderheiten dieser Art müssen in der Beratung und Behandlung von drogengefährdeten und -abhängigen Jugendlichen berücksichtigt werden. Daher ist eine Ausweitung der bestehenden Angebote in diese Richtung notwendig. Der Mangel an speziellen Beratungs- und Therapieangeboten für Migranten und Aussiedler wurde bereits im Drogenbericht von 1999 festgestellt. Die Forderung wird aktuell besonders von der AWO, der Diakonie und dem Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. gestützt.

### 6.5.2 Empfehlungen

- In der Suchtberatung müssen die speziellen Probleme von Migranten und Aussiedlern in das Beratungs- und Behandlungskonzept integriert werden.

- Fachkräfte in der Suchtberatung und -behandlung müssen über ein hohes Maß an interkultureller Kompetenz verfügen, bzw. darin geschult werden. Es empfiehlt sich, neben deutschen auch Fachkräfte anderer Nationalitäten einzustellen.
- Die Beratung für Betroffene und deren Angehörige sollte auch in der Muttersprache möglich sein, da dadurch über das sprachliche Verstehen hinaus Verständnis und Akzeptanz signalisiert wird.
- Es sollte Selbsthilfegruppen und Angebote für Angehörige verschiedener Nationalitäten und kultureller Hintergründe geben.
- Geschlechtsspezifische Probleme von Migrantinnen und Migranten und von Aussiedlerinnen und Aussiedlern müssen in bestehende Konzepte einbezogen werden.

## 6.6 Geschlechtsspezifische Angebote

### 6.6.1 Aktuelle Entwicklungen

Das Frauenbüro weist darauf hin, dass bei Frauen sexueller Missbrauch häufig den Grund für eine Suchterkrankung darstellt. Suchtkranke Frauen haben auch häufiger als suchtkranke Männer ein geringeres Bildungsniveau und befinden sich in einer schlechteren wirtschaftlichen Situation. Das gängige Schönheitsideal stellt für Frauen einen besonderen Risikofaktor für die Entwicklung von Ess-Störungen dar. Die Beispiele verdeutlichen, dass Suchtprävention, Beratung und Behandlung geschlechtsspezifisch ausgerichtet sein müssen. Im Hilfesystem gibt es bereits einige gut etablierte Angebote für Frauen und Mädchen, z. B. die Suchtberatungsstelle BerTha F. und die Angebote Knackpunkt und Trebecafé für junge obdachlose Frauen. Im Sinne des Gender-Mainstreaming ist es notwendig, auch für Männer entsprechende Angebote zu entwickeln. Für Jungen und Männer fehlen nach wie vor gezielte Angebote. Ein Beispiel ist der "Treffpunkt Werkstatt" für drogenkonsumierende männliche Jugendliche. Gerade die jungen Männer in der Drogen- und Prostituiertenszene sind schwer erreichbar. Die

Forderung nach mehr jungen- und männerspezifischen Angeboten und einer Absicherung der Angebote für Mädchen und Frauen war Bestandteil des Drogenberichts von 1999.

### 6.6.2 Empfehlungen

- Frauen, die Beratungs- und Therapieangebote wahrnehmen möchten, brauchen zeitgleich Kinderbetreuungsangebote. Hier ist zu prüfen, ob die Beratungs- und Behandlungsstellen eine Kinderbetreuung sicherstellen können oder ob im Bedarfsfall eine solche eingerichtet werden kann. Das Gleiche gilt auch für stationäre Angebote. (Empfehlung von 1999: sowohl Kinderbetreuung als auch parallele Therapieangebote für Kinder und Mütter, siehe auch Empfehlungen des SKFM). Das Frauenbüro empfiehlt alle Angebote für schwangere Drogenabhängige und Mütter mit Kindern zu koordinieren. Als Beispiel für eine verbesserte Zusammenarbeit könne das Modell VIOLA der Stadt Essen dienen.
- Es fehlen niedrigschwellige Angebote für Jungen und Männer in der Drogenszene (Empfehlung aus dem Drogenbericht von 1999). Dazu zählen auch Übernachtungs- und Akutschlafplätze (AWO) und Streetwork für männliche Prostituierte (SKFM).

## 6.7 Kinder und Jugendliche

### 6.7.1 Aktuelle Entwicklungen

Die nächstgelegene stationäre Einrichtung für Kinder und Jugendliche befindet sich in Viersen. Eine ortsnahe Einrichtung mit Entzugs- und Therapieplätzen, die eine ausreichende Vor- und Nachsorge wie auch schnelle Krisenintervention und Wiederaufnahme ermöglicht, fehlt in Düsseldorf. Die Anbieter setzen sich darum für ein ortsnahe Angebot ein. Nach ihrer Einschätzung fehle es für Jugendliche und junge Erwachsene außerdem an ambulanter Psychotherapie, teilstationären und tagesstrukturierenden Angeboten sowie an Nachsorge (vgl. Diakonie, SKFM, AWO, Methadonambulanz/ Drogenambulanz, Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.).

## 6.7.2 Empfehlungen

- Düsseldorf braucht eine stationäre Einrichtung für suchtkranke Kinder und Jugendliche, da nur so eine ausreichende Flexibilität in der Vor- und Nachsorge sowie in der Krisenintervention und der Anbindung an örtliche ambulante Hilfen gewährleistet werden kann (Empfehlung aus dem Drogenbericht von 1999 und der Anbieter).
- Das Angebot ambulanter, tagesstrukturierender und anderer teilstationärer Behandlungsformen, die den Betroffenen erlauben, in ihrem sozialen Umfeld zu verbleiben, muss geprüft und ggf. erweitert werden (Empfehlung aus dem Drogenbericht von 1999 und der Anbieter).

## 6.8 Ältere Menschen

### 6.8.1 Aktuelle Entwicklungen

Gerade ältere Menschen werden bei den Suchtkrankheiten häufig vergessen. Durch die besonderen Belastungen im Alter, wie z.B. Verlust des Partners, zunehmende Krankheiten, wenig soziale Kontakte, Umzug in eine Alteneinrichtung, Auseinandersetzung mit dem Leben, Probleme mit der Alltagsgestaltung entwickeln viele erst mit zunehmenden Jahren eine Suchterkrankung. Über das Ausmaß des Problems in Düsseldorf und die Versorgung dieser Personengruppe ist wenig bekannt. Diese unbefriedigende Situation wurde bereits 1999 bemängelt.

### 6.8.2 Empfehlungen

Die Bedarfe von älteren und alten suchtkranken Menschen sollten durch eine gezielte Befragung, insbesondere der ambulanten Pflegedienste, der Altenheime und sonstigen Einrichtungen, erhoben werden. Auch hier sind geschlechtsspezifische Fragestellungen zu berücksichtigen (Empfehlung aus dem Drogenbericht von 1999).

## 6.9 Drogensüchtige im Strafvollzug

### 6.9.1 Aktuelle Entwicklungen

In der JVA Düsseldorf sind vor allem Männer in Untersuchungshaft untergebracht. Obwohl in der JVA Düsseldorf eine interne Suchtberatung geleistet wird, es ein präventives Angebot für Jugendliche gibt und die Beratungsstelle Kommpass einmal wöchentlich eine Sprechstunde abhält, wird die Situation von der JVA als unbefriedigend gewertet. Die Gründe dafür sind, dass der Haftaufenthalt die Anbindung an das örtliche Drogenhilfesystem unterbricht. Gerade in der ersten Zeit der Haft sind die Betroffenen aber nach Erfahrungen der JVA für eine Drogenberatung zugänglich. Eine weitere kritische Phase stellt die Zeit unmittelbar nach der Entlassung dar. Wenn drogenabhängige Haftentlassene dann nicht sofort eine Anlaufstelle haben und ausreichende Unterstützungsangebote vorfinden, kommt es schnell wieder zu einem Rückfall (vgl. Stellungnahmen der JVA, AWO, SKFM).

### 6.9.2 Empfehlungen

- Aufbau eines dualen Betreuungssystems, bei dem die örtlichen Suchtberater die Klienten auch in der Untersuchungshaft aufsuchen und begleiten. Damit soll die Kontinuität in der Betreuung gewährleistet und verhindert werden, dass Drogensüchtige durch einen Haftaufenthalt aus dem Hilfesystem herausfallen. Außerdem ist die Zeit in der Untersuchungshaft zu kurz, um eine nachhaltige Arbeit vor Ort zu ermöglichen. Auch sind die Angebote nicht ausreichend. Den Ausbau von Beratung und Therapie im Strafvollzug empfiehlt bereits der Drogenbericht von 1999. Aktuell wird der Bedarf auch von der JVA Düsseldorf, der AWO, dem SKFM und dem Düsseldorfer Drogenhilfe e.V. gesehen.

## 7 Zusammenfassung

### 7.1 Entwicklung der Drogenmärkte

#### 7.1.1 Heroin

Opium wird weltweit auf einer Fläche von rund 180.000 Hektar angebaut. Seit den 90er Jahren ist der Anbau und die Herstellung von Opiaten rückläufig. Der Hauptproduzent ist mit Abstand Afghanistan und löst in dieser Funktion Südostasien ab. Myanmar als zweitgrößter Lieferant unterhält zwar eine größere Anbaufläche, erzielt aber deutlich niedrigere Erträge als Afghanistan. Weltweit sind schätzungsweise 4.500 Tonnen Opium im Umlauf, ein Zehntel davon als Heroin. Die Droge gelangt über die Balkanroute nach Europa, neuerdings auch vermehrt über zentralasiatische Staaten nach Osteuropa. Dort wird das Heroin zwischengelagert und bei Bedarf abgerufen. Hauptimportland für Deutschland ist die Türkei. Die Droge gelangt mit allen Verkehrsmitteln nach Deutschland, wird von hier in die Niederlande gebracht, portioniert und wieder nach Deutschland eingeschmuggelt. Die Polizei spricht vom sog. "Ameisenhandel".

#### 7.1.2 Kokain

Seit Ende der 90er Jahre hat Kolumbien Peru als Hauptanbauland für die Koka-Pflanze verdrängt. Neben diesen beiden ist Bolivien ein bedeutendes Herkunftsland, kleinere Anbauflächen existieren auch in Brasilien, Venezuela und anderen südamerikanischen Ländern. Der Anbau von Koka ist wie der des Opiums seit den 90er Jahren rückläufig. Derzeit wird die Anbaufläche auf rund 173.000 Hektar geschätzt, das entspricht einem Ertrag von ungefähr 800 Tonnen Kokain jährlich. Kokain gelangt von den Anbauländern über andere südamerikanische Länder auf dem Luftweg nach Westeuropa, um die Herkunft zu verschleiern. Deutschland ist auf Grund seiner zentralen Lage in Europa Transitland. Neben dem Frankfurter Flughafen sind die Flughäfen Köln/Bonn und Düsseldorf die wichtigsten Umschlagplätze für Kokain. Von hier wird die Droge in andere Bundesländer und das europäische Ausland geschmuggelt.

#### 7.1.3 Cannabis

Cannabis ist die weltweit am meisten angebaute, gehandelte und konsumierte illegale Droge überhaupt. Da Cannabis auch wild wächst, ist die Ausbreitungsfläche kaum zu beziffern. Sie liegt wahrscheinlich um das 10fache höher als die von Heroin und Kokain. Der Anbau und Handel von Cannabis nimmt seit den 90er Jahren kontinuierlich zu. Cannabis wird in der Regel in räumlicher Nähe zum Anbaugelände gehandelt und konsumiert. Eine Ausnahme bildet hier Europa: 40 Prozent der sichergestellten Menge stammt aus nichteuropäischen Ländern. Marihuana kommt hauptsächlich aus Kolumbien, Südafrika, Russland, Jamaica und den Niederlanden, Haschisch vor allem aus Marokko, Afghanistan und Pakistan. Während in Amerika und Afrika vorwiegend mit Marihuana gehandelt wird, werden drei Viertel der weltweit sichergestellten Haschischmenge in Europa beschlagnahmt. Den europäischen Handel dominieren die Niederlande und Spanien. Wie beim Heroin wird importiertes Cannabisharz in die Niederlande gebracht, abgepackt und wieder nach Deutschland eingeführt. Die Nähe Düsseldorfs zur niederländischen Grenze macht die Droge leicht verfügbar.

#### 7.1.4 Synthetische Drogen

Seit Mitte der 90er Jahre erobern synthetische Drogen den Markt. Dazu zählen amphetaminartige Aufputschmittel und ihre Derivate, darunter Ecstasy. Die Drogen sind vor allem in Ost- und Südostasien, Amerika und Westeuropa sehr verbreitet. In Europa werden die größten Mengen Amphetamine im Vereinigten Königreich, den Niederlanden, Deutschland, Schweden und Polen beschlagnahmt. Bei der Modedroge Ecstasy sind die Niederlande das wichtigste Herkunftsland: Drei Viertel der weltweit beschlagnahmten Mengen stammen von dort. Bedeutende Mengen werden aber auch in Belgien, Deutschland, im Vereinigten Königreich, Spanien und den USA sichergestellt. Im Jahr 2000 wurde bisher die weltweit größte Menge beschlagnahmt. Seitdem stagnieren die Zahlen oder sind leicht rückläufig. Dieser Trend lässt sich auch auf europäischer Ebene und in Deutschland und NRW feststellen. Für die synthetischen Drogen spielt der Düsseldorfer Flughafen durch seine Nähe zur hol-

ländischen (und belgischen) Grenze eine wichtige Rolle im internationalen Drogenhandel.

## 7.2 Kriminalität

Drogenkriminalität ist im hohen Maße Bestandteil des organisierten Verbrechens und geht mit Waffenschmuggel, Terrorismus und Menschenhandel einher. Drogenkriminalität birgt ein erhebliches zerstörerisches Potential. Neben den schwerwiegenden Folgen, die der Drogenkonsum für die Betroffenen selbst hat, stellt die Drogenkriminalität eine ernste Gefahr für demokratische Strukturen dar. Routinedaten liegen jedoch meistens nur über Verstöße gegen nationale Drogengesetze im engeren Sinne vor. In Deutschland sind rund zwei Drittel aller erfassten Rauschgiftdelikte Konsumentendelikte. Insgesamt steigt in Deutschland seit 1993 die Zahl der Rauschgiftdelikte und der Tatverdächtigen an. Diese Entwicklung lässt sich auch in NRW beobachten, wo sich die Fallzahlen seit 1996 auf hohem Niveau halten (rund 58.000 ermittelte Rauschgiftdelikte jährlich). Seit 2001 stagnieren die Zahlen auf Bundes- und auf Landesebene. In Düsseldorf sind die Zahlen seit 1999 relativ konstant. Die Beschaffungskriminalität ist seit den 90er Jahren rückläufig, was auf verbesserte niedrigschwellige Angebote, z.B. Methadonsubstitution, zurückgeführt wird. In NRW stieg die Beschaffungskriminalität 2001 und 2002 wieder geringfügig an. Besorgniserregend ist, dass die Zahl der jugendlichen Tatverdächtigen bis 18 Jahre in den letzten drei Jahren zugenommen hat.

## 7.3 Drogenkonsum

Rund 5 Prozent aller Menschen über 15 Jahren konsumieren Drogen, das sind rund 200 Millionen. In den meisten Ländern nimmt der Drogenkonsum weiter zu, besonders der von Cannabis und Amphetaminen. Jugendliche und junge Erwachsene konsumieren häufiger Drogen als ältere. In Europa ist die Prävalenz des Drogenkonsums bei 15- bis 34-Jährigen doppelt so hoch wie bei den 15- bis 64-Jährigen. Die Angaben einzelner Länder weichen erheblich voneinander ab. Für das Jahr 2000 wurde der Anteil der 15- bis 34-Jährigen, die in dem Jahr vor der Befragung Cannabis konsumierten, im Vereinigten Königreich mit 22 Prozent, in Deutschland mit 17

Prozent, in Frankreich mit 5 Prozent und in Schweden mit nur einem Prozent angegeben. Eine Befragung des Gesundheitsamtes unter Düsseldorfer Schülern ergab, dass 17 Prozent der Achtklässler und 34 Prozent der Zehntklässler mindestens einmal Cannabis probiert haben. Die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigt, dass sich die Bereitschaft von Jugendlichen, Cannabis, Ecstasy und Amphetamine zu probieren, in den letzten zehn Jahren verdoppelt hat.

### 7.3.1 Konsumenten harter Drogen

Ein weiterer Indikator für die Zunahme des Drogenkonsums ist der problematische, d.h. regelmäßige Konsum harter Drogen. In der Europäischen Union wird der Anteil der Bevölkerung mit problematischem Konsum in einigen Ländern als konstant eingeschätzt, in anderen wird eine Zunahme registriert, darunter in Belgien, Norwegen, Deutschland, Italien, Luxemburg, Schweden und dem Vereinigten Königreich. Dabei liegen Portugal und Italien auf hohem Niveau (9 bzw. 8 Personen je 1.000 Einwohner), Deutschland auf niedrigem Niveau (3 Personen je 1.000 Einwohner). Die Zahl polizeilich registrierter Erstkonsumenten harter Drogen stieg seit Anfang der 90er Jahre bis 2001 bundes- und landesweit an. Allerdings wurden in NRW 2002 deutlich weniger Personen dokumentiert. Auch in Düsseldorf sinken die Zahlen seit 2001. Es bleibt abzuwarten, ob dies die Folge veränderter Ermittlungsstrategien ist oder eine Trendwende markiert.

### 7.3.2 Behandlungsfälle und drogenbedingte Todesfälle

Heroinkonsumenten haben nach wie vor den größten Behandlungsbedarf unter den Drogenabhängigen. In Europa, Asien und Australien sind 60 bis 70 Prozent der Klienten in Behandlungseinrichtungen heroinabhängig. In Nord- und Südamerika dominieren unter den behandlungsbedürftigen Abhängigkeitskranken die Kokainkonsumenten, in Afrika die Cannabiskonsumenten. In Europa steigt die Behandlungsnachfrage an. Dies wird aber eher mit einer besseren Datenerfassung und mehr Behandlungseinrichtungen erklärt als mit einer

steigenden Anzahl Suchtkranker. In Deutschland ist vor allem ein Zuwachs von Abhängigen festzustellen, die erstmals wegen Cannabiskonsum eine Behandlung nachfragen. In Nordrhein-Westfalen und auch in Düsseldorf stieg die Zahl der Krankenhausfälle (darin können Mehrfachzählungen einer Person enthalten sein), die wegen drogeninduzierter psychischer Störungen stationär behandelt werden müssen. In Düsseldorf liegen die Behandlungszahlen unter denen von Köln und Dortmund, aber über denen angrenzender Städte und Kreise und dem Landesdurchschnitt.

Auch wenn der Heroinkonsum eher rückläufig ist, nimmt die Risikobereitschaft unter den Drogenkonsumenten dennoch zu. In Düsseldorf beobachten die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eine Zunahme drogenassoziierter Krankheiten wie AIDS und Hepatitis C. Die schwer kranken Drogenabhängigen sind häufig sehr jung und nicht nur körperlich sondern auch psychisch krank. Weitere Probleme sind Obdachlosigkeit, Straffälligkeit und Schulden. Der Mischkonsum nimmt unter Drogensüchtigen zu, d.h. die Betroffenen sind von mehreren Substanzen abhängig. Dies stellt eine erhebliche gesundheitliche Belastung dar und führt häufig zum Tod. Die Drogensterblichkeit ist in Europa von 1998 bis 2000 angestiegen. In Deutschland ist in den folgenden Jahren ein Rückgang der Drogentoten von rund 2.000 jährlich auf 1.500 festzustellen. In Nordrhein-Westfalen ist der Verlauf der Zahlen auf niedrigerem Niveau ganz ähnlich. In Düsseldorf wurden 2000 und 2001 jeweils rund 20 Drogentote von der Polizei registriert, doppelt so viele wie in den beiden Jahren davor. Im Jahr 2002 zählte die Polizei 11 Drogentote. Den Rückgang der Drogensterblichkeit führt die Bundesregierung auf verbesserte niedrigschwellige Angebote, besonders die Substitution, zurück.

## 7.4 Maßnahmen

Drogenkriminalität und Drogensucht stellen umfassende gesellschaftliche Phänomene dar, die weitreichende Konsequenzen, angefangen von der Entwicklungshilfe, über die Strafverfolgung des organisierten Verbrechens bis hin zu Prävention, Behandlung und Rehabilitation der Süchtigen, verlangen. Daher enthalten alle politischen

Programme gegen die Drogensucht sowohl Maßnahmen zur Reduzierung des Angebots als auch zur Reduzierung der Nachfrage.

### 7.4.1 Vereinte Nationen

Die Vereinten Nationen haben ein Internationales Drogenkontrollprogramm entwickelt, das durch Verträge zwischen den Mitgliedsstaaten die Herstellung und den Handel von Suchtstoffen regelt und den Drogenmissbrauch und illegalen Handel bekämpft. Schwerpunkte der 1998 auf einer Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen vereinbarten Strategie sind: Zusammenarbeit der Justizbehörden zur Förderung der Drogenkontrolle, Kontrolle von chemischen Vorläufersubstanzen, Strafverfolgung der Geldwäsche, Reduzierung der Verfügbarkeit amphetaminartiger Aufputschmittel, Vernichtung illegaler Suchtstoffpflanzen und alternative Entwicklungsprogramme, Reduktion der Nachfrage.

### 7.4.2 Europäische Union

Der Drogenaktionsplan der EU sieht die folgenden sechs Hauptziele vor:

- Die Prävalenz des Drogenmissbrauchs zu senken, insbesondere bei Minderjährigen,
- die Inzidenz drogenassoziierter Krankheiten (HIV, Hepatitis, TBC) und die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle zu senken,
- die Anzahl erfolgreich behandelter Abhängiger zu erhöhen,
- die Verfügbarkeit illegaler Drogen zu reduzieren und
- die Anzahl der Drogenstraftaten zu verringern.

### 7.4.3 Bundesrepublik Deutschland

Der "Aktionsplan Drogen und Sucht" der Bundesregierung betont die vier Säulen der Drogenbekämpfung:

- Prävention: Beginn des Konsums verhindern,
- Beratung/Behandlung: Eine Gefährdung/Abhängigkeit mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten behandeln,
- Überlebenshilfe/Schadensreduzierung: Riskante

Konsummuster frühzeitig erkennen und reduzieren sowie das Überleben der Suchtkranken sichern,

- Repression/Angebotsreduzierung: Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel eindämmen.

#### 7.4.4 Nordrhein-Westfalen

Das Land NRW verfolgt mit dem "Landesprogramm gegen Sucht" eine umfassende Strategie, in die alle Beteiligten einbezogen werden. Die Umsetzung des Programms wird von einer beim Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW angesiedelten Arbeitsgruppe des Vorbereitenden Ausschusses der Landesgesundheitskonferenz (programmbegleitenden Arbeitsgruppe) begleitet. Die Ziele des Programms sind:

- Sicherung, Qualifizierung und Ausbau der auf den drei Säulen der Suchtpolitik (Prävention, Hilfen und Repression) basierenden Initiativen und Maßnahmen,
- Förderung eines gemeinsamen Suchtverständnisses bei den unterschiedlichen Beteiligten in Politik, Verwaltung, Praxis und in der Bevölkerung,
- Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der Ist-Situation, Planungen und Zuständigkeiten,
- Herstellung von Verbindlichkeit hinsichtlich der Zielvereinbarungen, Planungen und Kooperationen.

#### 7.4.5 Düsseldorf

In Düsseldorf legt der Ratsbeschluss vom 16. Dezember 1999 die Eckpunkte der Drogenpolitik fest:

- Vernetzung der Angebote im Bereich Prävention, Therapie und Repression,
- keine Abgabe von Heroin an Drogenabhängige,
- Beitritt zum Städtebündnis "European Cities Against Drugs",
- Umstrukturierung des Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.,
- Erstellung von Informationsmaterial für Eltern,
- Methadon-Sofort-Programm.

## 7.5 Handlungsempfehlungen

### 7.5.1 Prävention

In Düsseldorf hat sich seit Januar 2001 die Arbeitsgruppe "Prävention" der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz etabliert. Wesentliche Herausforderungen in der Präventionsarbeit sind: Die Anpassung der Angebote der Prävention an die aktuellen Bedarfe durch Koordination der Leistungen, Planung eines flächendeckenden Präventionsangebots in Schulen und Einführung sekundärpräventiver Maßnahmen in der Party-Szene.

### 7.5.2 Niedrigschwellige Angebote

Im Bereich niedrigschwelliger Angebote gilt es, der zunehmenden Verelendung der Drogenabhängigen entgegenzuwirken. Auf Grund der guten Erfahrungen im ersten Jahr mit der Methadon-Sofort-Ambulanz sollte über einen Ausbau des Angebots nachgedacht werden. Der Ausbreitung von HIV-Infektionen und Hepatitis C sollte durch aufsuchende medizinische und sozialarbeiterische Tätigkeit begegnet werden.

### 7.5.3 Beratung, Behandlung und Rehabilitation

Die Kostenträgerschaft für die substitutionsbegleitende psychosoziale Betreuung ist zu klären. Zwischen den Anbietern müssen verbindliche Leistungsverträge geschlossen werden. In der ambulanten Versorgung Drogenabhängiger und Substituierter fehlen darüber hinaus geeignete tagesstrukturierende und berufsvorbereitende Maßnahmen.

Für die Gruppe der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken müssen umfassende Versorgungskonzepte erstellt werden. Weiterhin fehlen geeignete Wohnformen sowohl in der stationären Vollversorgung wie auch beim betreuten Wohnen.

Die Probleme von Migranten und Aussiedlern wurden bisher in den Beratungs- und Behandlungskonzepten zu wenig berücksichtigt und müssen daher entsprechend erweitert werden.

In der Versorgungslandschaft fehlen geeignete jungen- und männerspezifische Behandlungsangebote. Besonders junge drogensüchtige Männer mit Mehrfachproblemlagen werden vom Hilfesystem nur schwer erreicht. Die Angebote für drogensüchtige Frauen mit Kindern und schwangere Frauen sind bedarfsgerecht weiter auszubauen.

Für drogenabhängige Kinder und Jugendliche gibt es in Düsseldorf keine stationäre Einrichtung, dies wäre aber für eine flexiblere Behandlungsplanung wünschenswert. Auch im ambulanten Bereich fehlen Angebote, z.B. in der Psychotherapie.

Über die Bedarfe älterer Menschen, die erst im Alter eine Suchtkrankheit entwickeln, ist wenig bekannt. Die Bedarfe sollten ermittelt und in der Sucht- und Drogenberatung stärker berücksichtigt werden.

Die Beratung und Behandlung von drogensüchtigen Straftätern ist zu verbessern. Die Angebote in den Justizvollzugsanstalten reichen nicht aus. Eine geeignete Anbindung an das örtliche Hilfesystem muss ausgebaut werden.

## 8 Literaturverzeichnis

- BKA Bundeskriminalamt, Lagezentrale Rauschgift (2001). Rauschgiftjahresbericht 2001, Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.
- BZgA Bundeszentrale für die gesundheitliche Aufklärung (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Endbericht. Köln.
- DBDD Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2001). Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001.
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.) (2001). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Bd 1, Bern: Hans Huber.
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2003). Jahrbuch Sucht. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH. ISBN 3-87581-230-1.
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.. Dokumentation und Statistik, [www.dhs.de/dokumentation](http://www.dhs.de/dokumentation).
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.. Forderungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zur Sucht- und Drogenpolitik an den Deutschen Bundestag und an die Bundesregierung in der 15. Legislaturperiode, [www.dhs.de/inforeihe](http://www.dhs.de/inforeihe).
- DHS Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2001). Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe, Positionspapier 2001. Hamm.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2003). Drogen- und Suchtbericht, April 2003. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2002). Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen 2002, Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaft 2002, ISBN 92-9168-127-X.
- International Narcotics Control Board (2002). Annual Report. United Nations Publication, Sales No. E.03.XI.01, ISBN 92-1148154-6.
- Landeshauptstadt Düsseldorf, Dezernat Umwelt und Gesundheit (1999). Suchtprävention, Sucht- und Drogenhilfe in der Landeshauptstadt Düsseldorf.
- Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2001). Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen. Jahresbericht.
- Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2002). Rauschgiftkriminalität in Nordrhein-Westfalen. Jahresbericht.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (1999). Landesprogramm gegen Sucht, Teil 1, Illegale Drogen, Alkohol, Medikamente.
- Pressemitteilung der UNO anlässlich der Veröffentlichung des Berichts des Internationalen Suchtstoffkontrollrats am 20.02.2003. <http://www.uno.de/presse/2003/unic569.htm>
- United Nations, Office on Drugs and Crime (2003). Global Illicit Drug Trends. United Nations Publication, Sales No. E.03.XI.05, ISBN 92-1-148156-2.
- Vereinte Nationen, Generalversammlung. Resolutionen und Beschlüsse der zwanzigsten Sondertagung der Generalversammlung. Offizielles Protokoll, Zwanzigste Sondertagung, Beilage 3 (A/S-20/14).

## 9 Anhang

Protokoll des Ratsbeschlusses vom 16.12.1999 über  
“Neue Eckpunkte der Drogenpolitik für und in  
Düsseldorf”

Niederschrift über den Workshop vom 09.07.2002  
zur Auswertung der Informationsreise des  
Ausschusses für Gesundheit und Soziales nach  
Amsterdam am 7./8. März 2002

Anschreiben des Gesundheitsamtes an die  
Institutionen und Fachleute vor Ort mit  
Adressenliste

Stellungnahmen der einzelnen Institutionen und  
Einrichtungen

Anschreiben des Gesundheitsamtes an die  
Justizvollzugsanstalten mit Adressenliste

Stellungnahmen der einzelnen  
Justizvollzugsanstalten

---

**Herausgegeben von der**  
Landeshauptstadt Düsseldorf  
Der Oberbürgermeister  
Gesundheitsamt

**Verantwortlich**  
Prof. (BG) Dr. med. H. Schneitler

**Bericht/Redaktion**  
Renate Hoop, Andre Withalm, Regina  
Behrendt

**Gestaltung**  
Klemens Lummer

**Druck**  
Stadt-Druckerei

X/03-8.  
[www.duesseldorf.de](http://www.duesseldorf.de)