



emcdda.europa.eu

Social exclusion and reintegration

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Soziale Ausgrenzung und Reintegration

Definitionen und Begriffe

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

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

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

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

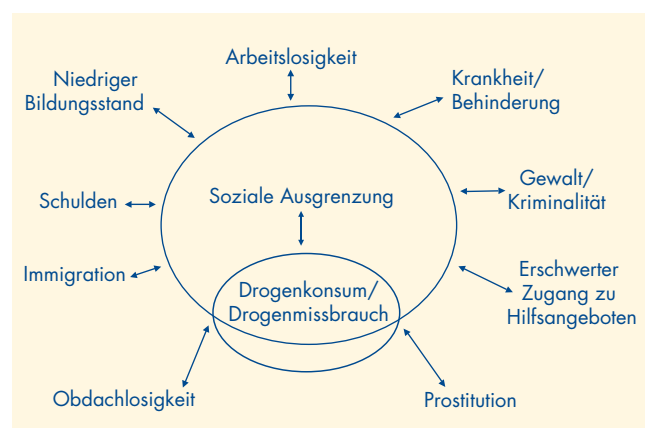
Drogenkonsummuster und beobachtete Folgen in sozial ausgegrenzten Bevölkerungsgruppen

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

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

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

Abbildung 22: Das Verhältnis zwischen sozialer Ausgrenzung und Drogenkonsum



⁽¹⁸⁷⁾ Eurobarometer-Umfrage 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_de.pdf.

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

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

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

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

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

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

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

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

Das Verhältnis zwischen sozialer Ausgrenzung und Drogenkonsum

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Soziale Reintegration

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

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

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

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

⁽¹⁹⁴⁾ Durchschnittliche Arbeitslosenquote in den 15 Mitgliedstaaten (Eurostat, 2002).

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

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

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

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

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

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

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

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

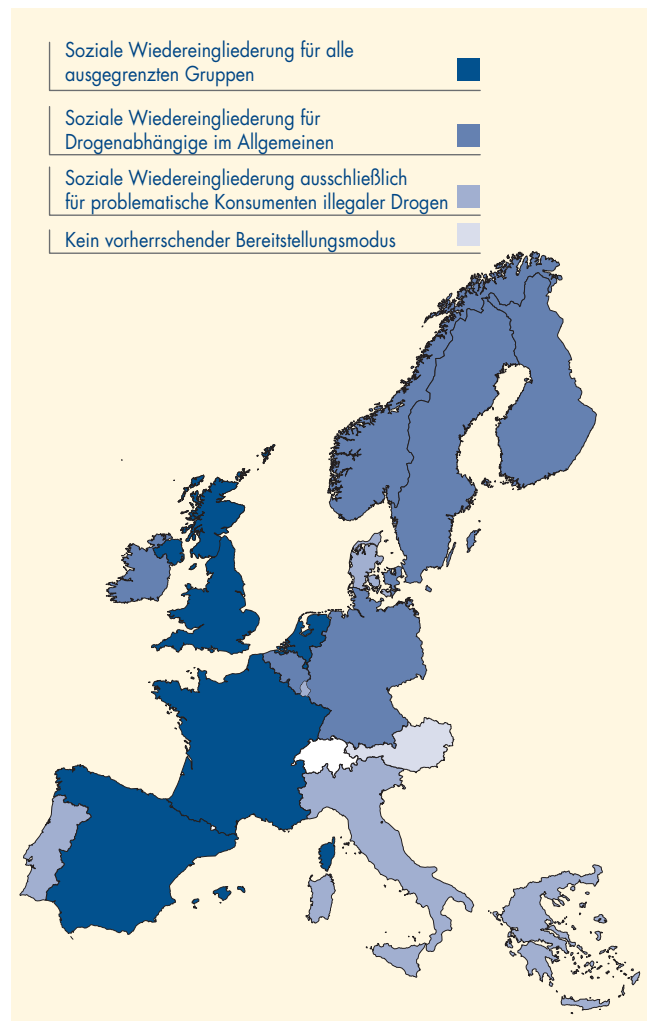
Ein Großteil der Drogenkonsumenten verfügt lediglich über ein geringes Bildungsniveau, und einige Nationalen Berichte weisen auf die Schwierigkeiten der problematischen Drogenkonsumenten auf dem Arbeitsmarkt hin (Griechenland (Kavounidi, 1996), Dänemark (Stauffacher, 1998), Niederlande (Uunk und Vrooman,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

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

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

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

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



Quelle: Nationale Reitox-Berichte.

⁽¹⁹⁸⁾ Zu ausführlicheren Informationen und Länderübersichten siehe die Studie „Social reintegration in the European Union and Norway“ (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).

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

Öffentliche Ausgaben für die Reduzierung der Drogennachfrage ⁽¹⁹⁹⁾

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

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

Mit der Behandlung der öffentlichen Ausgaben im Drogensektor (selbst unter enger Eingrenzung der Bereiche) geht es weniger darum, empirische Nachweise zusammenzustellen, sondern wird vor allem das Ziel verfolgt, in den EU-Ländern ein Bewusstsein für die Bedeutung eines Indikators für die Drogenpolitik wachzurufen.

Begrenztheit und Zuverlässigkeit der Daten

Wenngleich wir den Bereich unserer Untersuchungen eingeschränkt hatten, zeigten sich doch Schwierigkeiten aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit von Daten und Datenerhebungen in einem in der EU wenig entwickelten Bereich. Neben „Ad-hoc“-Studien, die während der Ausarbeitung dieses Berichts durchgeführt wurden ⁽²⁰¹⁾, haben nur wenige Studien das Ziel verfolgt, den Umfang der öffentlichen Ressourcen festzustellen, die in der EU für den Drogenbereich zur

Verfügung gestellt wurden ⁽²⁰²⁾. Es ist festzuhalten, dass die meisten EU-Länder keine genauen Angaben zu ihren Ausgaben auf dem Gebiet der Drogen und der Drogensucht machen können.

Die an diesen Untersuchungen Beteiligten konnten daher in den meisten Fällen keine umfassenden Daten vorlegen. Es fehlen einige Daten, und die Berechnungen basieren oft auf Schätzungen und Extrapolationsmethoden ⁽²⁰³⁾.

Wie von vielen Knotenpunkten berichtet und von der Fachliteratur bestätigt, können solche Forschungsarbeiten durch mindestens fünf Faktoren behindert werden: (1) fehlende Daten für einige Bereiche und Länder; (2) die Schwierigkeit einer Abgrenzung der Ausgaben für die Bekämpfung des illegalen Drogenkonsums von Daten, die sowohl den illegalen Drogenkonsum als auch den Alkoholkonsum betreffen; (3) die Vielfalt der Akteure und Organisationen, die auf zentraler, regionaler und lokaler Ebene für die Ausgaben verantwortlich sind; (4) die Schwierigkeit, die öffentlichen Ausgaben genau in die theoretischen Kategorien wie Nachfrage- und Angebotsreduzierung einzuteilen und (5) die Schwierigkeit, die Ausgaben in diesen beiden Kategorien, nach Interventionsbereichen aufzuschlüsseln (Behandlung, Primärprävention, Rehabilitation, Zusammenarbeit, Koordinierung usw.).

Bemerkenswert ist jedoch, dass – obwohl diese Art von Studien offensichtlich durch methodische Probleme kompliziert wird – Entscheidungsträger in den letzten Jahren ein wachsendes Interesse an einer Überprüfung der öffentlichen Ausgaben ⁽²⁰⁴⁾ sowohl als Entscheidungsgrundlage als auch als Mittel zur Leistungsmessung an den Tag legen.

Ausgaben zur Reduzierung der Drogennachfrage

In dem Versuch eine „Liste“ der gesamten staatlichen Direktausgaben zur Reduzierung der Drogennachfrage in den EU-Mitgliedstaaten zu berechnen, und auf der Grundlage der von den nationalen Knotenpunkten übermittelten Daten wurde versucht, einen Vergleich ähnlicher Ausgaben anzustellen.

Obwohl alle erdenklichen statistischen Vorkehrungen getroffen wurden, war nicht zu vermeiden, dass sich die Zahlen in den einzelnen Ländern manchmal auf verschiedene Kategorien beziehen und dass in manchen Ländern keine Daten zur Verfügung stehen. Für Belgien, Dänemark, Italien und besonders Deutschland und Schweden fehlen einige einschlägige Informationen zu Ausgaben für die Nachfragereduzierung, weshalb die Gesamtzahl sicherlich zu niedrig geschätzt ist. Für andere Länder

⁽¹⁹⁹⁾ Durch die Unterschiedlichkeit der verfügbaren Daten werden länderübergreifende Vergleiche erschwert. Ein kompletteres Bild der öffentlichen Drogenausgaben in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten findet sich unter http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰⁰⁾ Bezugsjahr für die „Momentaufnahme“ im Rahmen der Drogenstrategie der Europäischen Union (2000-2004).

⁽²⁰¹⁾ Die EBDD ist insbesondere den Knotenpunkten Griechenlands, Österreichs und Portugals dankbar für ihre speziellen Forschungsarbeiten und Untersuchungen in diesem Bereich, die den Wert dieses Jahresberichts erhöhen. Unser Dank gilt auch Professor Pierre Kopp für die Durchführung einer Peer-Review der Forschungsarbeiten.

⁽²⁰²⁾ Belgien (2003), Luxemburg (2002), Vereinigtes Königreich (2002); weitere Einzelheiten siehe http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰³⁾ Unser Bestreben, so viele Länder wie möglich einzubeziehen, um ein vollständiges europäisches Bild zu bieten, steht in Konflikt zu der geringen Datenmenge in einigen der betreffenden Länder. Daher blieb durch die Berichterstattung einerseits ein breites Spektrum bestehen, andererseits wurden die Analyse- und Vergleichsmöglichkeiten durch die Unsicherheit der endgültigen Zahlen stark reduziert.

⁽²⁰⁴⁾ Belgien (2003), Luxemburg (2002), Vereinigtes Königreich (2002). Weitere Literaturangaben stehen auf der Website der EBDD zur Verfügung (http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).