

Drogen im Blickpunkt

Schlüsselrolle der Substitution in der Drogentherapie

Substitution in der EU heute weit verbreitet

Die Substitutionstherapie bei problematischen Drogenkonsumenten ist in der Europäischen Union (EU) heute weit verbreitet. Erste Versuche – hauptsächlich mit Methadon – begannen Ende der 60er-Jahre, vor allem in Nordeuropa. Bis Mitte der 90er-Jahre war die Drogensubstitution in allen EU-Mitgliedstaaten umgesetzt worden. Europaweit herrscht heute überwiegend Konsens bezüglich des Nutzens dieser Therapieform. Dennoch ist sie in einigen Ländern nach wie vor ein heikles Thema.

Wissenschaftliche Nachweise lassen darauf schließen, dass mithilfe der Substitutionstherapie Kriminalität, Infektionskrankheiten und drogenbedingte Todesfälle reduziert und das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden von abhängigen Drogenkonsumenten verbessert werden können. Als Gegenargument wird jedoch angeführt, sie biete keine Heilung, sondern sei lediglich eine halbherzige Maßnahme, die das Problem des Drogenkonsums nicht tatsächlich löse. Die EBDD ist der Auffassung, dass sich die politische Debatte über dieses Thema nicht nur auf die Vor- und Nachteile erstrecken sollte. Die Substitutionstherapie sollte vielmehr als ein Element innerhalb eines ganzen Bündels von Maßnahmen gegen das Problem des Drogenkonsums gesehen werden, zu dem auch die drogenfreie Therapie zählt.

Schätzungen zufolge erhalten weltweit ungefähr eine halbe Million Drogenkonsumenten eine Substitutionstherapie. Davon befinden sich mehr als 300 000 in Europa und schätzungsweise 110 000 in den USA [1].

Methadon ist immer noch die am häufigsten verwendete Substanz, obwohl sie längst nicht mehr die Einzige ist. In Frankreich ist Buprenorphin vorherrschend. Andere EU-Mitgliedstaaten haben Versuche mit Substanzen wie Dihydrocodein, Morphin mit verzögerter Wirkung und Levo-Alpha-Acetyl-Methadol (LAAM) durchgeführt. Auf Empfehlung der Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (EMA)

wird LAAM aufgrund des Auftretens von lebensbedrohlichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter den in LAAM-Therapie befindlichen Personen nun jedoch nicht mehr eingesetzt. Die Verwendung von Heroin bei stabilisierten chronischen Opiatkonsumenten wird seit 1997 in den Niederlanden und seit kurzem auch in Deutschland untersucht und ist in anderen Mitgliedstaaten im Gespräch. Im Vereinigten Königreich wird Heroin selektiv in kleinem Umfang schon seit einigen Jahrzehnten verschrieben.

Fakten, Zahlen und Untersuchungen sind natürlich Voraussetzung für eine rationale Erörterung dieser Thematik. Bis vor kurzem waren aktuelle Daten auf EU-Ebene über die Evaluation und Qualität von Substitutionstherapien Mangelware.

Dann veröffentlichte die EBDD Ende 2000 in ihrer Reihe *Insights: Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union* [1] jedoch einen umfassenden Überblick über die jüngste Praxis der Drogensubstitution.

Definition: Die Substitutionstherapie ist eine Form der medizinischen Fürsorge für Opiatabhängige (insbesondere Heroinabhängige), die auf der Verabreichung einer Substanz beruht, die der bislang eingenommenen Droge ähnlich oder mit ihr identisch ist. Sie wird in zwei Formen durchgeführt: als *Erhaltungstherapie* – durch Verabreichung einer ausreichenden Dosis zur Vermeidung des Risikoverhaltens bzw. gesundheitsschädigenden Verhaltens – und als *Entgiftung* – durch stufenweise Herabsetzung der Dosis bis auf null. Die Therapie kann mit oder ohne psychosoziale Unterstützung erfolgen.

Wichtige politische Themen auf einen Blick

1. Die Substitutionstherapie ist wesentlicher Bestandteil eines umfassenden Ansatzes zur Drogentherapie. Sie kann dazu beitragen, das Risiko einer HIV-Infektion oder Überdosis zu reduzieren und den Konsum legaler und illegaler Drogen und die drogenbedingte Kriminalität zu verringern.
2. Es spricht einiges dafür, die Substitutionstherapie durch psychosoziale Fürsorge zu unterstützen. In der Praxis fehlen diese Programme jedoch häufig, und der Schwerpunkt liegt mehr auf der Substitution als auf der Therapie.
3. Die derzeit verwendeten Substanzen sind u. a. Methadon, Buprenorphin, Dihydrocodein, Morphin mit verzögerter Wirkung und Heroin. In nahezu allen EU-Mitgliedstaaten ist eine Substanz vorherrschend. Insgesamt wird Methadon am häufigsten eingesetzt. Um optimale Ergebnisse zu erzielen, sollte sowohl die Auswahl der Substanz als auch deren Dosierung auf den jeweiligen Betroffenen abgestimmt werden.
4. Der Zugang zur Substitutionstherapie ist in der EU sehr unterschiedlich. Einige Länder und Programme beschränken den Zugang anhand strenger Kriterien („hochschwelliger“ Zugang). Andere fordern als einzige Zugangsvoraussetzung die Opiatabhängigkeit („niedrigschwelliger“ Zugang).
5. In den meisten EU-Ländern wird die Substitutionstherapie entweder von praktischen Ärzten oder von Fachzentren durchgeführt. Eine Kombination aus beiden wäre optimal. Es muss jedoch dafür Sorge getragen werden, dass kein Abzweigen der Substanzen für den illegalen Konsum stattfindet, indem sich Abhängige aus verschiedenen Quellen Verschreibungen beschaffen und dann mit diesen Drogen handeln.
6. Der geschätzte Anteil der problematischen Opiatkonsumenten, die sich in der EU in Substitutionstherapie befinden, schwankt zwischen einem Tiefstwert von ungefähr 10 % und einem Höchstwert von über 50 % (siehe Tabelle 1, S. 3) [2].



E . B . D . D .

Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

Überblick über die Substitutionstherapie

1. Ein wesentlicher Bestandteil von Drogentherapiesystemen

Es ist hinlänglich belegt, dass eine Substitutionstherapie dazu beitragen kann, die HIV-Übertragung, den Drogenkonsum, das Risiko einer Überdosis und die drogenbedingte Kriminalität zu reduzieren sowie den allgemeinen Gesundheitszustand der Abhängigen zu verbessern. Eine umfassende Literaturdurchsicht [3] erbrachte das Ergebnis, dass die Rate von HIV-Infektionen und Aids durch die Methadontherapie dramatisch gesenkt werden kann. Auch die Häufigkeit von Heroininjektionen, die gemeinsame Benutzung des Drogenbestecks und die Arbeit in der Beschaffungsprostitution können verringert werden. Eine deutsche Vierjahresstudie [4] über eine ambulante Methadontherapie hat gezeigt, dass der Drogenkonsum abnahm, während sich die sozialen Fertigkeiten und Beziehungen verbesserten. Eine Evaluation der Methadonsubstitution in Athen [5] zeigte eine starke Abnahme des parallelen Konsums von Heroin.

„In vielen Ländern hat sich die Substitutionstherapie – nach anfänglichem Widerstand – als Maßnahme gegen das mit dem intravenösen Konsum von Opiaten und anderen Drogen verbundene Risiko einer HIV-Infektion entwickelt. Ihr Nutzen ist unter Beweis gestellt worden. Neben anderen Maßnahmen zur Schadensminimierung und einem geschärften Bewusstsein hat sie Ende der 90er-Jahre in den meisten EU-Ländern zur Eindämmung neuer HIV-Fälle unter injizierenden Drogenkonsumenten beigetragen.“

GEORGES ESTIEVENART, DIREKTOR DER EBDD

2. Substitution statt Therapie?

Die Rechtsvorschriften zur Substitutionstherapie in den meisten EU-Ländern sehen vor, dass diese durch psychosoziale Fürsorge unterstützt werden sollte. Die Forschung zeigt, dass die positiven Effekte der Therapie zum Großteil auf solche Programme zurückzuführen sind. Doch Theorie und Praxis klaffen nur allzu oft auseinander – der Schwerpunkt liegt häufig eher auf der Substitution als auf der Therapie. Der Bedarf an psychosozialer Fürsorge wird durch Erkenntnisse aus der Forschung belegt, denen zufolge Klienten in Methadontherapie, wie andere Drogenabhängige auch, einem besonderen Risiko gegenüber psychischen Erkrankungen und anderen

Gesundheitsproblemen sowie sozialer Verelendung ausgesetzt sind [6]. Es sollte untersucht werden, inwieweit die psychosoziale Fürsorge beim Fortschreiten der Drogenkonsumenten von Abhängigkeit zu Abstinenz möglicherweise eine Katalysatorrolle spielt.

Die Versorgungsmöglichkeit von Drogenkonsumenten mit psychischen Gesundheitsproblemen hängt von den Verbindungen zwischen psychiatrischen Einrichtungen und Drogenfachstellen ab. In einigen Ländern sind gute Verbindungen mit spezialisierten Dualdiagnose-Abteilungen hergestellt worden. In anderen Ländern sind die Verbindungen zwischen den betreffenden Diensten weniger gut.

„Die Drogentherapie zielt darauf ab, den Betroffenen zu ermöglichen, die Kontrolle über ihr Leben wiederzuerlangen. Fachkräfte müssen fortlaufend einschätzen, inwieweit die Klienten, die Ersatzverschreibungen erhalten, bereit sind, durch einen Entgiftungsprozess drogenfrei zu werden. Die Bereitstellung psychosozialer und praktischer Hilfe während dieses Prozesses ist besonders wichtig.“

MIKE TRACE, VORSITZENDER DES VERWALTUNGSRATES DER EBDD

3. Welche Ersatzsubstanzen werden verwendet?

Nahezu alle EU-Mitgliedstaaten verwenden eine vorherrschende Ersatzsubstanz anstatt einer breiten Palette von Substanzen [7]. Über 90 % der Opiatsubstitution erfolgt in Form von Methadon, außer in Frankreich, wo überwiegend Buprenorphin verwendet wird. EU-weit stieg die geschätzte Anzahl von Drogenkonsumenten unter Methadontherapie zwischen 1993 und 1997 um das Sechsfache an [1].

Die Ersatzsubstanzen haben unterschiedliche Eigenschaften. Buprenorphin birgt nicht die Gefahr einer Überdosis; außerdem hemmt es die Effekte eines parallelen Heroinkonsums. Methadon hingegen ist einfach zu verabreichen und kostengünstig – etwa 9 EUR pro Person pro Woche, im Vergleich zu 65 EUR für Buprenorphin. Einige Experten ziehen Buprenorphin für jüngere Drogenkonsumenten und Methadon für die langfristige Therapie älterer Konsumenten vor. Buprenorphin scheint auch besser für schwangere Frauen geeignet zu sein und bei den

Neugeborenen weniger Probleme als Methadon zu verursachen. Herointherapieversuche laufen in Deutschland und in den Niederlanden und sind in anderen EU-Mitgliedstaaten im Gespräch. Hierbei wird extrem problematischen Heroinkonsumenten ihre ursprüngliche Droge unter medizinisch kontrollierten Bedingungen bereitgestellt. Es ist bei allen Ersatzsubstanzen wichtig, die Substitutionsdosis an die bisherige Höhe des Drogenkonsums des Einzelnen anzupassen.

4. Wie zugänglich ist die Substitutionstherapie?

Trotz einer allgemeinen Ausweitung der Substitutionstherapie in den letzten zehn Jahren ist der Zugang zu ihr innerhalb der EU weiterhin uneinheitlich. So scheint der Erfassungsbereich in Griechenland, Norwegen, Finnland und Schweden begrenzt.

Die Substitution erfolgt fast ausschließlich auf ambulanter Basis. Dies hat den Vorteil, dass es kostengünstig ist und den Drogenkonsumenten ermöglicht, ein normales Alltagsleben zu führen. Die Klienten, die sich in Substitutionstherapie befinden, reichen von relativ gut funktionierenden, häufig berufstätigen Personen bis hin zu marginalisierten und extrem benachteiligten Drogenabhängigen auf der Straße. Folglich benötigen manche Klienten möglicherweise mehr Fürsorge, als die ambulante Substitutionstherapie leisten kann.

Die Zulassungskriterien unterscheiden sich von einem EU-Land zum anderen erheblich. Einige Programme und einige Mitgliedstaaten – beispielsweise Griechenland und Schweden – verfügen über hochschwellige Dienste, die das Alter, die Dauer der Drogenabhängigkeit, die Anzahl der erfolglosen Therapien usw. mit einbeziehen. Andere Mitgliedstaaten, wie Dänemark, Spanien, Italien und die Niederlande, schreiben als Zugangskriterien lediglich Opiatabhängigkeit und Therapiewunsch vor. Durch den hochschwelligen Ansatz werden Menschen mit ähnlichen Problemen und Bedürfnissen erreicht; dabei können allerdings diejenigen ausgeschlossen werden, die zwar Hilfe benötigen, den Zulassungskriterien jedoch nicht entsprechen. Durch die niedrigschwellige Methode werden die meisten potenziellen Klienten erreicht, wobei deren weit auseinander klaffende Bedürfnisse jedoch nicht immer erfüllt werden können. Idealerweise sollten beide einander ergänzen. Auch bei der Verfügbarkeit der Substitutionstherapie in Haftanstalten gibt es sehr große Unterschiede.

Tabelle 1: Substitutionsbehandlung bei problematischen Drogenkonsumenten

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

⁽¹⁾ Methoden zur Einschätzung des problematischen Drogenkonsums schwanken erheblich zwischen den EU-Mitgliedstaaten. Weitere Einzelheiten zur nationalen Prävalenz und zum problematischen Drogenkonsum siehe den Abschnitt über problematischen Drogenkonsum in Kapitel 1 (*Jahresbericht der EBDD 2001*) sowie die Online-Tabelle 1 OL unter: <http://annualreport.emcdda.org>

Schätzungen des problematischen Drogenkonsums beziehen sich hauptsächlich auf Opiatkonsumenten, außer für Finnland und Schweden, wo der Amphetaminkonsum kennzeichnend ist. In den vorliegenden Schätzungen für Finnland und Schweden sind keine Amphetaminkonsumenten enthalten.

⁽²⁾ Geschätzter Anteil der problematischen Drogenkonsumenten in Substitutionstherapie.

⁽³⁾ Die Prävalenzziffer umfasst nur injizierende Drogenkonsumenten, was zu einer Überschätzung der Substitutionserfassungsrate führen könnte.

⁽⁴⁾ Unmittelbar vom nationalen Knotenpunkt gesammelte Information.

⁽⁵⁾ Eine Substitutionserfassungsrate von 100 % scheint nicht plausibel, was darauf schließen lässt, dass die Prävalenzschätzung von 4 694 die derzeitige Prävalenz unterschätzen könnte.

⁽⁶⁾ Nur Opiatkonsumenten.

⁽⁷⁾ Genauere Daten für das Vereinigte Königreich: Prävalenz des problematischen Drogenkonsums (Opiate) = 162 000-244 000; Klienten in der Substitutionstherapie = 35 000; Erfassungsrate = 14-22 %.

5. Wie wird die Substitutionstherapie durchgeführt?

Im Allgemeinen wird die Substitutionstherapie entweder von praktischen Ärzten durchgeführt oder von Fachzentren, die über Dienste verfügen, die speziell auf die Bedürfnisse der Drogenabhängigen zugeschnitten sind. Beides hat seine Vorteile: Die praktischen Ärzte bieten einen breiten geografischen Erfassungsbereich, während Fachzentren über beträchtliche Erfahrung und Fachwissen verfügen. In nahezu allen EU-Mitgliedstaaten konzentriert sich die Therapie jedoch auf die eine oder andere Alternative. Eine Kombination aus beiden – sowie gleichzeitig die Einrichtung eines Systems, um die Abzweigung der Substanzen für illegale Zwecke zu verhindern – könnte wirksamer sein. Beides hat auch seine Nachteile: Die von praktischen Ärzten angebotenen Dienstleistungen schwanken

beträchtlich, und die Drogenabhängigen könnten sich unter Stammpatienten unwohl fühlen. Fachzentren wiederum sind geografisch nicht gleichmäßig verteilt, was zu Nachteilen für Drogenkonsumenten in entlegenen Regionen führen könnte.

6. Drogenkonsumenten in Substitutionstherapie

Tabelle 1 zeigt Schätzungen der Anzahl von problematischen Drogenkonsumenten (hauptsächlich Opiatkonsumenten) in der EU und die geschätzten Prozentsätze in Substitutionstherapie. Letztere schwanken erheblich zwischen den Mitgliedstaaten. In einigen Ländern liegen sie bei nur ca. 10 %, während sie in anderen 50 % überschreiten. Es ist zu beachten, dass es bei den Schätzungen des problematischen Drogenkonsums immer noch an Genauigkeit fehlt und sie nicht leicht zu vergleichen sind. Ein niedriger

Erfassungsbereich bedeutet, dass eine große Anzahl von Drogenkonsumenten möglicherweise einem erhöhten Risiko einer Überdosis, von Gesundheitsschäden, HIV und anderen Infektionskrankheiten sowie der sozialen Ausgrenzung unterliegt.

Man darf jedoch nicht vergessen, dass die Substitution nur bei der Bekämpfung des Problems des *Opiatkonsums* von Nutzen ist. Für den Amphetamin- oder Kokainkonsum gibt es keine derartige Lösung. In den nördlichen EU-Mitgliedstaaten entstehen größere Probleme durch Amphetamine als durch Heroin, und in der EU im Allgemeinen lässt sich der Kokainkonsum nicht ignorieren.

Trotz der Ausweitung der Substitutionstherapie in den letzten Jahren berichten die meisten Mitgliedstaaten nach wie vor über einen Mangel an Qualitätskontrolle, Überwachung und Evaluation einzelner Programme.

Schlussfolgerungen

Substitutionstherapie – politische Erwägungen

In der vorliegenden Kurzinformation zur Drogenpolitik werden einige der heute über den Stand der Substitutionstherapie in der EU zur Verfügung stehenden Schlüsseldaten und Evaluationen zusammengefasst und die wichtigsten Quellen für diejenigen angegeben, die mehr darüber wissen möchten. Ausgehend von den derzeitigen Erkenntnissen könnten folgende Schlussfolgerungen die Grundlage für zukünftige politische Erwägungen bilden:

1. Die Substitution sollte als Teil eines umfassenden Therapiesystems für Opiatabhängige erachtet werden. In Ländern mit einem hohen Übertragungspotenzial durch intravenösen Drogenkonsum sollte sie eine Schlüsselkomponente von HIV-Präventionsstrategien darstellen.
2. Sie sollte systematisch durch psychosoziale Begleitprogramme unterstützt werden.
3. Das Angebot sollte eine breitere und diversifiziertere Palette von Substanzen und Dosierungen umfassen, um dem Profil des sich in Therapie begebenden Klienten zu entsprechen.
4. Die Substitutionstherapie sollte verfügbarer und zugänglicher gemacht werden, wobei sowohl niedrigschwellige als auch hochschwellige Optionen im Rahmen eines ausgeglichenen Ansatzes angeboten werden sollten.
5. Sowohl praktische Ärzte als auch Fachzentren sollten an der Durchführung beteiligt sein.
6. Der Anteil der in Substitutionstherapie befindlichen problematischen Drogenkonsumenten sollte regelmäßig in den einzelnen geografischen Regionen überprüft werden, um die Durchführung der Dienstleistungen zu überwachen.

Wichtige Quellen

[1] Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)

(2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, EMCDDA *Insights* Nr. 3, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg 2000. (Enthält eine umfassende Bibliografie zum Thema Substitutionstherapie.)

[2] Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)

(2001), *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union 2001*, Tabelle 1: Substitutionsbehandlung bei problematischen Drogenkonsumenten, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg 2001, S. 33.

[3] Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., und Alcabas, P. (1998), „Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV“.

Aids, 12 (suppl. A), S. 217-230.

[4] Kufner, H., Vogt, M., und Weiler, D.

(1999), *Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution*, Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler.

[5] EDDRA-Datenbankeintrag (2001),

Second unit of the methadone substitution programme in Athens, (<http://www.reitox.emcdda.org:8008/eddra>), EBDD, Lissabon.

[6] Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B., und Meltzer, H. (1998), „Substance misuse and psychiatric co-morbidity: an overview of the OPCS national psychiatric morbidity survey“.

Addictive Behaviors, 23, Nr. 6, Elsevier Science Ltd., Oxford, S. 909-918.

[7] Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)

(2000), *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union 2000*, Tabelle 1: In der EU verwendete Ersatzsubstanzen, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg, 2000, S. 37.

Informationen im WWW

EBDD (Drogentherapie):
http://www.emcdda.org/responses/themes/drug_treatment.shtml

EBDD (Rechtsdatenbank)
<http://eldd.emcdda.org>

Reviewing legal aspects of substitution treatment at international level
http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_comparative_analyses.cfm#

Euro-Methwork:
<http://www.q4q.nl/methwork>

National Treatment Outcome Research Study:
<http://www.ntors.org.uk>

Drogen im Blickpunkt ist eine Reihe von Kurzinformationen zur Drogenpolitik, die von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), Lissabon, veröffentlicht werden. Die Kurzinformationen werden sechsmal jährlich in den elf Amtssprachen der Europäischen Union und auf Norwegisch veröffentlicht. Originalsprache: Englisch. Sie können auch von der Website der EBDD unter <http://www.emcdda.org> heruntergeladen werden. Nachdruck mit Quellenangabe gestattet. Kostenlose Bestellungen bitte per E-Mail an: info@emcdda.org. Wenn Sie über Aktualisierungen bezüglich neuer Produkte informiert werden möchten, melden Sie sich bitte auf der Homepage der EBDD an.



OFFIZIELLER HERAUSGEBER: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften
© Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2002

DIREKTOR: Georges Estievenart

REDAKTION: Kathy Robertson, John Wright

AUTOREN: Margareta Nilson, Ulrik Solberg, Danilo Ballotta, Lucas Wiessing

GESTALTUNG: Dutton Merrifield, UK

Printed in Italy